

# Raport Vjetor 2023



FONDI  
I SIGURIMIT  
TË DETYRUESHËM  
TË KUJDESIT  
SHËNDETËSOR

## **PARATHËNIE**

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

**Mars 2024**

## TABELA E PËRMBAJTJES

Shkurtime e përdorura .....	5
1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.....	7
1.1 Vizioni.....	7
1.2 Misioni .....	7
1.3 Baza Ligjore .....	7
2. Menaxhimi i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor .....	8
2.1 Drejtimi i Fondit.....	8
2.2 Struktura organizative e Fondit gjatë vitit 2023 .....	9
2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2023 .....	10
3. Zbatimi i Skemës së Sigurimeve Shëndetësore.....	11
3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore .....	11
3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri .....	12
3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve .....	12
3.4 Sigurimi vullnetar.....	14
3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve .....	14
3.6 Masa e kontributit .....	15
4. Burimet Financiare .....	15
4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2023 .....	15
4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore (DPT, ISSH).....	17
4.3 Transferta nga buxheti i shtetit.....	18
4.4 Të ardhura të tjera .....	18
5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor.....	19
5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve .....	21
5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor .....	21
5.3 Financimi i shërbimit spitalor .....	21
6. Shpenzime të tjera të Fondit.....	23
6.1 Shpenzimet administrative .....	23
6.2 Shpenzimet për investime .....	23
7. Përfitimet e Popullatës .....	24
7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor .....	24
7.2 Kontrolli mjekësor bazë .....	27
7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor .....	30
7.4 Paketat shëndetësore .....	47
7.5 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikalë.....	55

7.6	Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme .....	57
8.	Zhvillimi i sistemit të informacionit.....	66
8.1	Sistemi elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes.....	66
8.2	Përditësim i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike .....	68
8.3	Sistemi i recetës elektronike.....	68
8.4	Zbatimi i sistemit eKontroll: sistemi i kontrollit të subjekteve që kanë kontratë me Fondin.....	69
8.5	Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar gjatë vitit 2023 .....	69
9.	Monitorimi i Kontratave me Dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore .....	70
9.1	Monitorimi i zbatimit të kontratave .....	70
9.2	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore.....	70
9.3	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike.....	71
9.4	Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet .....	74
9.5	Problematikat Kryesore.....	75
10.	Përmirësimi i Administrimit të Fondit .....	76
10.1	Misioni i auditimit të brendshëm .....	77
10.2	Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit .....	77
10.3	Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre.....	77
10.4	Rekomandimet .....	78
10.5	Konkluzione .....	80
11.	Komunikimi dhe Informimi i Publikut.....	81
12.	Bashkëpunimi me Institucionet.....	84
12.1	Bashkëpunimi ndërinstitucional.....	84
12.2	Marrëveshjet Ndërkombëtare.....	85
13.	Prioritetet Strategjike dhe Objektivat .....	86
13.1	Prioritetet strategjike .....	86
13.2	Objektivat vjetore 2024.....	87

## Shkurtime e përdorura

<b>FSDKSH</b>	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
<b>FONDI</b>	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
<b>MSHMS</b>	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
<b>MFE</b>	Ministria e Financave dhe Ekonomisë
<b>ISSH</b>	Instituti i Sigurimeve Shoqërore
<b>DPT</b>	Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve
<b>BSH</b>	Banka e Shqipërisë
<b>VKM</b>	Vendim i Këshillit të Ministrave
<b>AKSHI</b>	Agjencia Kombëtare e Shoqërisë së Informacionit
<b>SHISH</b>	Shërbimi Informativ i Shtetit
<b>INSTAT</b>	Instituti i Statistikave
<b>KA</b>	Këshilli Administrativ i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
<b>LBR</b>	Lista e Barnave të Rimbursueshme
<b>QSH</b>	Qendër Shëndetësore
<b>MPF</b>	Mjek i Përgjithshëm dhe i Familjes
<b>QSUNT</b>	Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë
<b>INN</b>	Klasifikimi Ndërkombëtar i Barnave
<b>ATC</b>	Klasifikimi Anatomik Terapeutik Kimik
<b>RMI</b>	Rezonanca magnetike
<b>EKG</b>	Elektrokardiogramë
<b>IEVP</b>	Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale
<b>PSK</b>	Person me Sëmundje Kronike
<b>PAK</b>	Person me Aftësi të Kufizuara
<b>DRF</b>	Drejtori Rajonale e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
<b>PKI</b>	Infrastruktura e Çelësit Publik
<b>e-RX</b>	Receta Elektronike
<b>e-RM</b>	Sistemi i Raportit Elektronik
<b>SISHP</b>	Sistemi i Formularit të Vizitës
<b>AHIS</b>	Sistemi i Regjistrimit Elektronik i të Siguruarve
<b>RSS</b>	Nënshkrimi Elektronik Online
<b>KSH</b>	Karta e Shëndetit
<b>PKIE</b>	Plani Kombëtar për Integrimin Europian
<b>SHISH</b>	Shërbimi Informativ i Shtetit
<b>HAP</b>	Health for All Project
<b>SQDNE</b>	Sistemi i Qarkullimit të Dokumenteve me Nënshkrim Elektronik

**KDI**  
**PB**  
**SMP**  
**FB**

Koordinatori për të Drejtën e Informimit  
Platforma e Bashkëqeverisjes  
Sektori i Marrëdhënieve me Publikun  
Facebook

## **1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor**

### **1.1 Vizioni**

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), ka si vizion krijimin e ndjenjës së sigurisë në përmbushjen e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore dhe për ta bërë skemën e shërbimeve shëndetësore më të aksesueshme.

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

FSDKSH-ja në funksion të rritjes së aksesit dhe përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor për popullatën, fokusohet në prirje të rëndësishme që lidhen me ndryshimet demografike dhe epidemiologjike, zhvillimet teknologjike, si dhe pritshmëritë në rritje të konsumatorit për akses në trajtimet mjekësore cilësore dhe bashkëkohore.

### **1.2 Misioni**

FSDKSH është i vetmi organ autonom publik, i cili administron dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Nisur nga kompetencat e parashikuara nga ligji, FSDKSH-ja, menaxhon skemën e sigurimeve shëndetësore, duke synuar në mbulimin e popullsisë në përfitimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, të financuara nga sektori publik dhe privat, në bazë të legjislacionit, duke siguruar fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale të popullatës, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. FSDKSH-ja, garanton përfitimet e sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërinë e skemës së sigurimeve, e cila vepron në bazë të parimit të solidaritetit dhe barazisë.

### **1.3 Baza Ligjore**

FSDKSH ushtron veprimtarinë e tij në bazë të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe akteve nënligjore të dala në zbatim të tij, i cili përcakton statusin ligjor, strukturën, funksionet dhe veprimtarinë e Fondit.

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

FSDKSH menaxhon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

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

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

## **2. Menaxhimi i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor**

### **2.1 Drejtimi i Fondit**

Drejtimi i FSDKSH-së organizohet dhe funksionon mbi bazën e statutit të tij, të miratuar nga Këshilli i Ministrave. Organet drejtuese të Fondit janë: Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm.

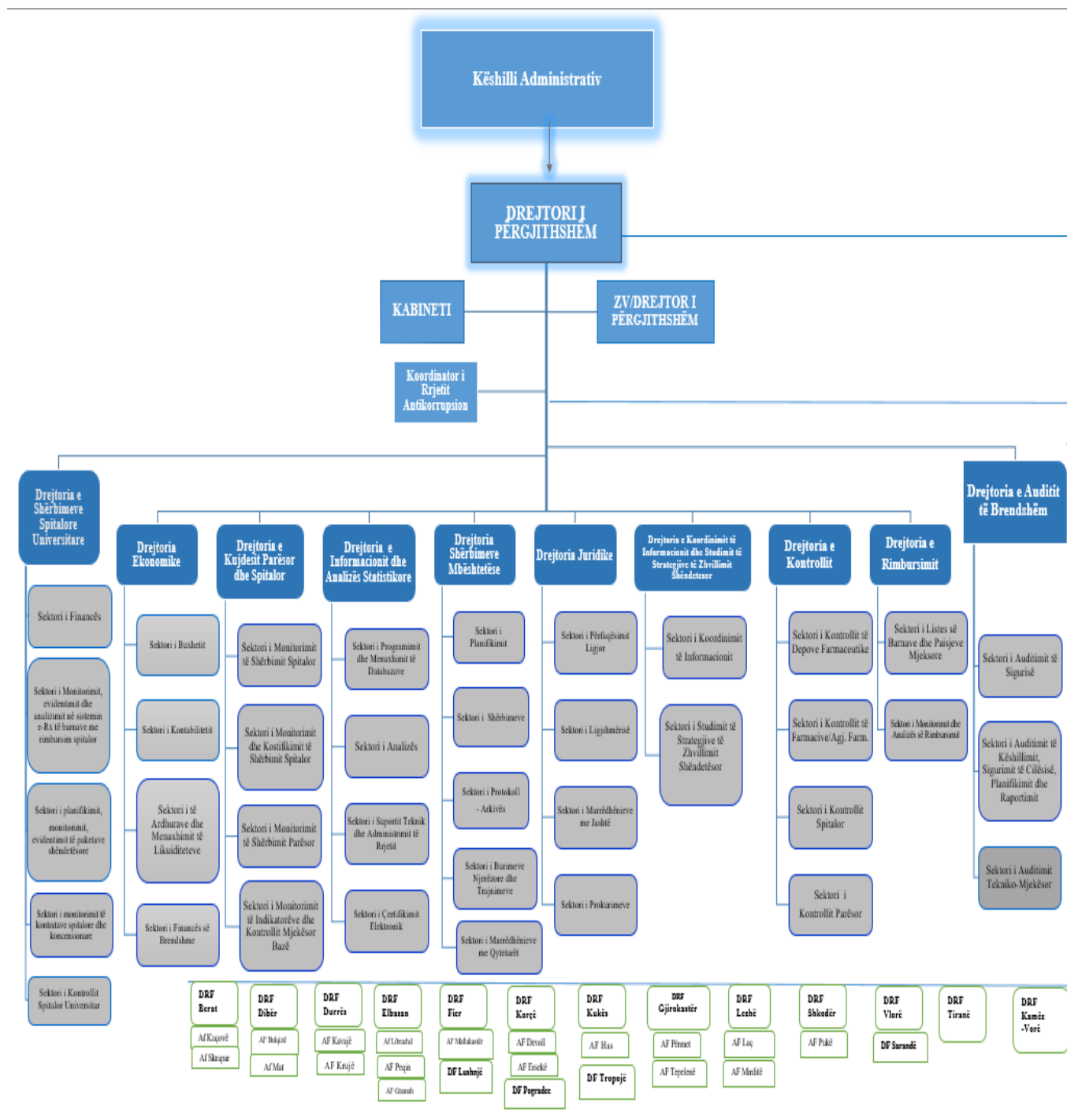
- Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i FSDKSH-së dhe ka aktualisht në përbërjen e tij 7 (shtatë) anëtarë, si më poshtë:
  - Ministri i Shëndetësisë ose përfaqësuesi i tij (2 përfaqësues);
  - Ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij;
  - Drejtori i Përgjithshëm i Fondit ose përfaqësuesi i tij;
  - Drejtori i Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesi i tij;
  - Presidenti i Urdhrit të Mjekut të Shqipërisë ose përfaqësuesi i tij;
  - Një përfaqësues i sindikatës së profesionistëve të shëndetësisë, të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave.

Koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.



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

## 2.2 Struktura organizative e Fondit gjatë vitit 2023



### 2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2023

- VKA nr.1, datë 30.01.2023 “Për miratimin e buxhetit të Fondit për vitin 2023”;
- VKA nr.2, datë 30.01.2023 “Për financimin shtesë të spitaleve publike për realizimin e paketave të shërbimeve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për 2023”;
- VKA nr.3, datë 21.02.2023 “Për një ndryshim të vendimit nr. 489, datë 30.07.2021 të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e Listës së Barnave të Rimbursueshme dhe masën e mbulimit të tyre”;
- VKA nr.4, datë 24.04.2023 “Për miratimin e Raportit financiar dhe Bilancit vjetor 2022 të Fondit”;
- VKA nr.5, datë 24.04.2023 “Për miratimin e investimit të fondit rezervë në Bono Thesari gjatë 2023”;
- VKA nr.6, datë 24.04.2023 “Për miratimin e disa ndryshimeve në udhëzimin për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”;
- VKA nr.7, datë 24.04.2023 “Për miratimin e Raportit Vjetor 2022 të Fondit”;
- VKA nr.8, datë 28.04.2023 “Për miratimin e një ndryshimi në udhëzimin nr.1, datë 03.05.2017 “Për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor””;
- VKA nr.9, datë 26.06.2023 “Për disa ndryshime në rregulloren e burimeve njerëzore të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesti Shëndetësor, në kapitullin “Paga””;
- VKA nr.10, datë 26.06.2023 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2023”;
- VKA nr.11, datë 26.06.2023 “Për propozimin për një ndryshim në vendimin nr. 23, datë 18.01.2023, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2023”, të ndryshuar”;
- VKA nr.12, datë 26.06.2023 “ Për një ndryshim në vendimin nr.1, datë 30.01.2023 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2023”;
- VKA nr.13, datë 26.06.2023 “Për një ndryshim në vendimin nr.9, datë 04.03.2018 të Këshillit Administrativ të Fondit “Për mbulimin e shpenzimeve të QSH që do të përballojnë mbulimin shëndetësor pandërprerë gjatë sezonit turistik””;
- VKA nr.14, datë 31.08.2023 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2023”;
- VKA nr.15, datë 31.08.2023 “Për miratimin e Programit Buxhetor Afatmesëm 2024 - 2026 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;

- VKA nr.16, datë 31.08.2023 “Për një ndryshim në Vendimin e Këshillit Administrativ nr.23, datë 11.11.2022 “Për krijimin e komisionit të hartimit të Listës së Barnave të Rimbursueshme për vitin 2023”;
- VKA nr.17, datë 29.09.2023 “Për lirimin nga detyra e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor Znj. Albana Çela”;
- VKA nr.18, datë 29.09.2023 “Për komandimin në detyrën e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor Z.Spartak Zekja”;
- VKA nr.19, datë 13.11.2023 “Për një ndryshim në vendimin nr.1, datë 30.01.2023 të Këshillit Administrativ “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2023”, të ndryshuar”;
- VKA nr.20, datë 13.11.2023 “Për rishpërndarje të buxhetit dhe shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2023”;
- VKA nr.21, datë 20.12.2023 “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor për vitin 2024”;
- VKA nr.22, datë 20.12.2023 “Për disa shtesa dhe ndryshime në vendimin e Këshillit Administrativ të Fondit nr. 8, datë 13.02.2017 “Për kriteret që duhet të plotësojnë institucionet shëndetësore jopublike për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e tyre” i ndryshuar”;
- VKA nr.23, datë 20.12.2023 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2023”;
- VKA nr.24, datë 20.12.2023 “Për disa ndryshime në udhëzimin nr.1, datë 03.05.2017, “Për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor” të ndryshuar”.

### **3. Zbatimi i Skemës së Sigurimeve Shëndetësore**

#### **3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore**

Skema e sigurimeve shëndetësore është ngritur dhe funksionon që nga viti 1995. Ajo rregullohet me ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Që nga krijimi mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme, si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik. Skema evoluoi gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore. Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model mix (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (që vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke i dhënë kështu skemës qasje solidare. Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të vetëm, që është FSDKSH, i cili e menaxhon atë në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

FSDKSH përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës. Mekanizmi i implementimit të skemës së sigurimeve shoqërore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

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

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

### **3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri**

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

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

### **3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve**

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor, ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore. Personat e siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor regjistrohen në regjistrin elektronik të të siguruarve, i krijuar dhe i menaxhuar nga FSDKSH. Identifikimi i personave të siguruar bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrimit elektronik ose portalit e-Albania. Regjistri i të siguruarve përmban të dhëna lidhur me kategoritë e personit të siguruar

ekonomisht aktiv, jo aktiv ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit. Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, personat e siguruar, mund të bashkëpagojnë një pjesë të çmimit.

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

- të punësuarit;
- personat e vetëpunësuar;
- punonjësit e papaguar të familjes;
- persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

- personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta;
- viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme;
- gratë e papuna me tre apo më shumë fëmijë të moshës deri në 18 vjeç, ku njëri prej fëmijëve është nën moshën 5 vjeç dhe familja ka të ardhura nën 100 mijë lekë në muaj, për periudhën e kujdesit ndaj fëmijës deri në moshën 5-vjeçare.

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

- Fëmijët 0 - 18 vjeç;
- Invalidët e plotë, përfshirë edhe invalidët paraplegjikë, tetraplegjikë dhe të verbërit e plotë;
- Invalidët e luftës;
- Veteranët;
- Personat që gëzojnë statusin e ish- të dënuarve dhe të përndjekurve politikë;

- Jetimët;
- Personat që përfitojnë pagesën për aftësinë e kufizuar.

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

- Pensionistët;
- Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;
- Azilkërkuesit;
- Viktimat e trafikimit;
- Personat me sëmundje kronike, sipas listës së miratuar me urdhër të ministrit të Shëndetësisë.

### **3.4 Sigurimi vullnetar**

Personat, që nuk përfshihen në asnjë prej grupeve të mësipërme, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6 mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar. Pas përfundimit të periudhës së sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, personat që nuk përfshihen në kategoritë, për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen pranë FSDKSH për sigurim vullnetar brenda 3 muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Sigurimi shëndetësor vullnetar paguhet nga vetë personi, i cili lidh me Fondin kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar.

### **3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve**

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

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

Për kategori të veçanta personash, të cilët kryejnë veprimtari ekonomike profesionale, përfshirë edhe punonjësit e papaguar të familjes që punojnë e bashkëjetojnë me të vetëpunësuarin,

profesionet, paga për efekt të llogaritjes së kontributeve, nga paga minimale deri në pagën maksimale, si dhe kriteret e përcaktimit të saj caktohen nga Këshilli i Ministrave.

### **3.6 Masa e kontributit**

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3.4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7, të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

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

## **4. Burimet Financiare**

### **4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2023**

#### **Buxheti fillestar i Fondit:**

Buxheti i miratuar me Ligjin nr. 84/2022 “Për buxhetin e vitit 2023”, për Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, ishte 54,536 milionë lekë. Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk e tejkalon tavanin prej 11,400 milionë lekësh. Fondi për shërbimin spitalor detajohet dhe përdoret me vendim të Këshillit të Ministrave.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave nr.23, datë 18.01.2023, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2023”, është detajuar buxheti për shërbimin spitalor.

#### **Ndryshimet e buxhetit fillestar:**

- Me shkresë të Ministrisë së Financave nr. 9004/1, datë 25.05.2023 (depozituar në Fond nëpërmjet shkresës së MSHMS nr. 1998/3, datë 09.06.2023), janë akorduar transfertë nga Buxheti i Shtetit 1.7 miliardë lekë, përkatësisht 1.3 miliardë lekë në shërbimin spitalor dhe 400 milionë lekë në shërbimin parësor, për përbalimin e efekteve të rritjes së pagave për vitin 2023. Në total, buxheti i Fondit arrin vlerën 56,236 milionë lekë.

- Me Aktin Normativ Nr. 5, datë 18.10.2023, “Për disa shtesa dhe ndryshime në Ligjin nr. 84/2022, “Për buxhetin e vitit 2023”, buxheti i Fondit pëson ndryshimet e mëposhtme:

Vlera totale e buxhetit nuk ndryshon.

Vlera e kontributeve të sigurimeve shëndetësore rritet me 1,724 milionë lekë.

Vlera e transfertës së buxhetit pakësohet me 1,724 milionë lekë (pakësimi në programin e kujdesit parësor).

Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk tejkalon tavanin prej 12,000 milionë lekësh (është rritur taveri i shpenzimeve të rimbursimit të medikamenteve me 600 milionë lekë).

Bazuar në këto akte, si dhe në vendimet e Këshillit Administrativ, buxheti i Fondit ka ndryshuar si më poshtë:

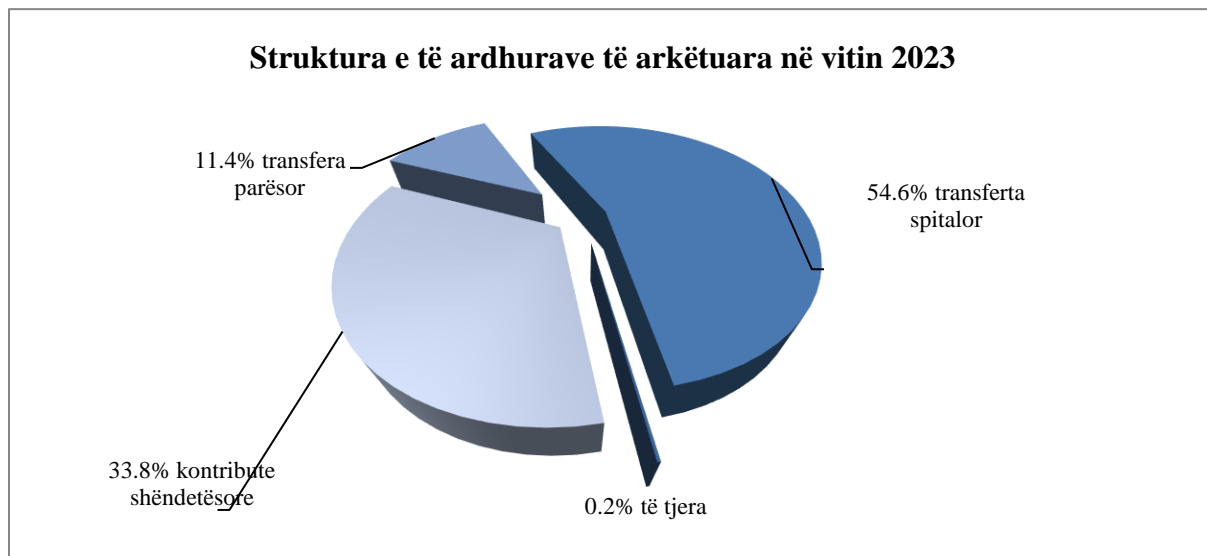
(Në milionë lekë)

Buxheti per vitin 2023 (000 leke)	Ligji 84/2022	VKM 23(18.1.2023)	Buxhet fillstar (VKA nr.1 (30.01.2023)	NDRYSHIM VKA 2 (30.01.2023) 3) (paketat)	VKA nr. 10 (26.06.2023)	VKA nr.12 (26.06.2023) shtuar efekte pagat	VKM 499 (24.8.2023)	VKA 14 (31.08.2023)	VKA 19 (13.11.2023) pas AN 5	VKA 20(13.11.2023)	VKA 23(20.12. 2023)	Buxheti perfundimtar
<b>I. Te ardhurat gjithsej</b>	<b>54,536,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,700,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56,236,000</b>
<b>1. Kontributi i sigurimeve shendetesore</b>	<b>17,077,000</b>		<b>-100,000</b>						<b>1,724,000</b>			<b>18,701,000</b>
<b>2. Kontribut I Buxhetit te Shtetit</b>	<b>37,459,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,700,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1,724,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>37,435,000</b>
paresor	7,738,000				400,000				-1,724,000			6,414,000
spitalor	29,721,000				1,300,000							31,021,000
<b>3. Te ardhura te tjera</b>			<b>100,000</b>									<b>100,000</b>
<b>II. Shpenzimet gjithsej</b>	<b>54,536,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,700,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56,236,000</b>
<b>1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve</b>	<b>11,400,000</b>	<b>0</b>	<b>200,400</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>520,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12,120,400</b>
Likuidimi i rimbursimit te barnave	11,400,000								600,000			12,000,000
fisha diabeti (0-25) vjec			200,400						-80,000			120,400
<b>2. Shpenzime per kujdesin shendetesor paresor</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11,459,933</b>	<b>0</b>	<b>400,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-260,333</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11,599,600</b>
Financimi i QSH (shpemdare + rezerve)			10,583,843		400,000				-260,333			10,723,510
Kontrolli baze			876,090									876,090
<b>3. Shpenzimet administrative</b>			<b>1,150,000</b>		<b>185,000</b>				<b>-100,000</b>			<b>1,235,000</b>
<b>4. Investime</b>			<b>260,000</b>									<b>260,000</b>
<b>5. Financimi per sherbimin spitalor</b>	<b>29,721,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,300,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31,021,000</b>
spitalet		21,061,610		1,385,860	842,130		82,000	1,307,770		210,960	15,090	24,905,420
rezerve spitalet	29,721,000	-28,602,530			-722,130	1,300,000	-181,800	-1,307,770		-191,680	-15,090	0
paketat		3,135,920		-1,385,860	-120,000					-19,280		1,610,780
rimbursime VKM		50,000										50,000
transferta per individe (mjekte specialiste)		30,000										30,000
pagesa e sherbimeve PPP		4,325,000					99,800					4,424,800
pagesa e sherb. PPP (dialize)		875,000										875,000
pagesa e sherb. PPP (Sterilizim)		1,750,000										1,750,000
pagese spitalet PPP labororet		1,700,000					99,800					1,799,800
Rezerve e padetajuar	<b>13,415,000</b>		-13,070,333			-185,000			-159,667			<b>0</b>

Të ardhurat e arkëtuara (cash) u realizuan në vlerën 56,087 milionë lekë, ose 99.7% e planifikimit, realizuar më pak nga plani për vlerën 149 milionë lekë.

Në strukturën e të ardhurave, peshën specifike më të madhe e zënë transfertat e buxhetit shtetit me 66% (nga të cilat 54.6% për shërbimin spitalor dhe 11.4% për shërbimin parësor) ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve shëndetësore me 33.8 %. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 0.2%.





## Realizimi i të ardhurave

(Në milionë lekë)

	ZËRAT E TË ARDHURAVE	Viti 2022	Viti 2023		Realizimi i cash /planit viti 2023		Realizimi i konst /planit viti 2023		Ndryshimi konstatuar (viti 2023-viti 2022)		Peshë spec. cashi v.2023	
		Fakti - konstatuara	Plani	Fakti -cash	Fakti - konstatuara	vlerë	%	vlerë	%	vlerë		%
	<b>TË ARDHURAT GJITHSEJ</b>	<b>52,928</b>	<b>56,236</b>	<b>56,087</b>	<b>56,088</b>	<b>-149</b>	<b>99.7%</b>	<b>-148</b>	<b>99.7%</b>	<b>3,160</b>	<b>105.9%</b>	<b>100.0%</b>
<b>a</b>	<b>Kontributet e sigurimit shëndetësor</b>	<b>16,164</b>	<b>18,701</b>	<b>18,946</b>	<b>18,946</b>	<b>245</b>	<b>101.3%</b>	<b>245</b>	<b>101.3%</b>	<b>2,782</b>	<b>117.2%</b>	<b>33.8%</b>
	nga DPT në BSH	16,106	18,644	18,884	18,886	240	101.3%	242	101.3%	2,780	117.3%	33.7%
	nga ISSH (fermerët)	58	57	62	60	5	108.8%	3	105.3%	2	103.4%	0.1%
<b>b</b>	<b>Transferta e buxhetit të shtetit, nga këto</b>	<b>36,638</b>	<b>37,435</b>	<b>37,043</b>	<b>37,043</b>	<b>-392</b>	<b>99.0%</b>	<b>-392</b>	<b>99.0%</b>	<b>405</b>	<b>101.1%</b>	<b>66.0%</b>
	Transfertë për shërbimin parësor	7,340	6,414	6,414	6,414	0	100.0%	0	100.0%	-926	87.4%	11.4%
	Transfertë për shërbimin spitalor	<b>29,298</b>	<b>31,021</b>	<b>30,629</b>	<b>30,629</b>	<b>-392</b>	<b>98.7%</b>	<b>-392</b>	<b>98.7%</b>	<b>1,331</b>	<b>104.5%</b>	<b>54.6%</b>
	Spitalet	22,857	24,306	23,914	23,914	-392	98.4%	-392	98.4%	1,057	104.6%	42.6%
	Tërheqje nga FSDKSH për paketat, bonus, VKM, PPP	6,441	6,715	6,715	6,715	0	100.0%	0	100.0%	274	104.3%	12.0%
<b>c</b>	<b>Të ardhura të tjera</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>-2</b>	<b>98.0%</b>	<b>-1</b>	<b>99.0%</b>	<b>-27</b>	<b>78.6%</b>	<b>0.2%</b>

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

Kontributet e sigurimit shëndetësor në total ishin programuar 18,701 milionë lekë. Në fakt u transferuan në llogaritë e Fondit 18,946 milionë lekë, ose në masën 101.3%, me tejkalim prej 245 milionë lekë, përkatësisht sipas organeve përgjegjëse të mbledhjes së kontributeve:

- Nga organet tatimore (DPT) nga 18,644 milionë lekë kontribute të programuara u transferuan 18,884 milionë lekë, ose në masën 101.3%, me tejkalim 240 milionë lekë.

- Nga organet e sigurimeve shoqërore (ISSH) nga 57 milionë lekë kontribute të fermerëve të programuara u transferuan 62 milionë lekë, ose 108.8%, me tejkalim 5 milionë lekë.

#### **4.3 Transferta nga buxheti i shtetit**

Transfertat nga buxheti i shtetit në total nga 37,435 milionë lekë të programuara u realizuan 37,043 milionë lekë, ose në masën 99%, me mosrealizim 392 milionë lekë, përkatësisht:

- *Transfertat për shërbimin parësor* u realizuan në vlerën 6,414 milionë lekë, ose në masën 100% e planifikimit. Me transfertën e shërbimit parësor mbulohen financimi i Qendrave Shëndetësore, si dhe pagesat e kontrollit bazë shëndetësor për grupmoshat 35-70 vjeç.
- *Transfertat për shërbimin spitalor* (përfshirë edhe spitalet publike) nga 31,021 milionë lekë të programuara u realizuan në vlerën 30,629 milionë lekë, ose në masën 98.7% e programimit, me mosrealizim 392 milionë lekë.

Nga transfertat totale, vlera prej 23,914 milionë lekë është transferuar për spitalet publike dhe vlera prej 6,715 milionë lekë është tërhequr nga Fondi për pagesa të shpenzimeve që përballohen nga programi i shërbimit spitalor.

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

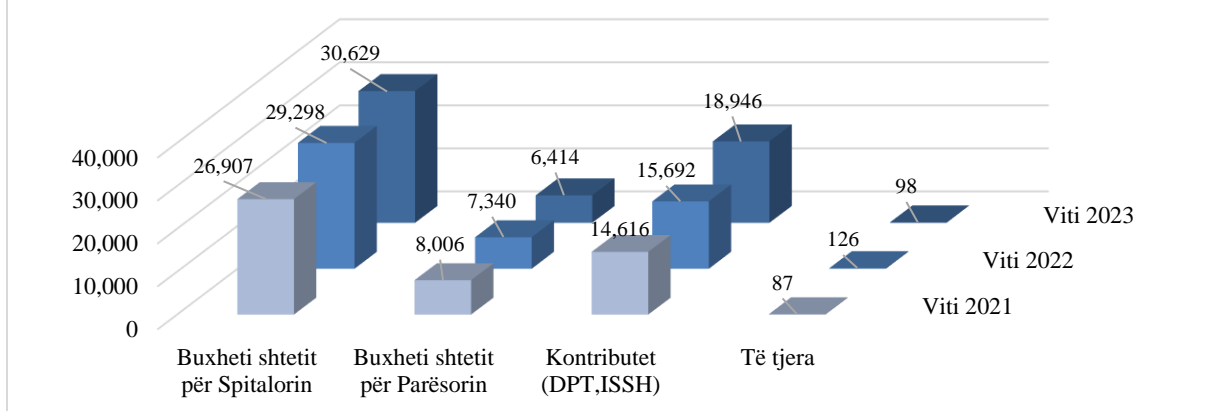
- Financimin e shërbimit spitalor në spitalin rajonal Durrës dhe “Memorial” Fier;
- Financimin e paketave shëndetësore në institucionet jopublike;
- Financimin e kontratave konçesionare të lidhura nga autoriteti qendror (Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale);
- Pagesat për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, sipas miratimit, rast pas rasti, me vendim të Këshillit të Ministrave;
- Pagesa të bonusit për mjekë specialistë që kontraktohen për ofrimin e shërbimeve të munguara në spitalet rajonale e bashkiake.

#### **4.4 Të ardhura të tjera**

Nga burime të tjera (interesat e depozitave, të investimeve në bono thesari, dëmet ekonomike, etj) u arkëtuan të ardhura në vlerën 98 milionë lekë, në masën 98% e planifikimit, me mosrealizim 2 milionë lekë. Nga shuma e të ardhurave të tjera, rreth 81 milionë lekë u arkëtuan interesa nga investimi i fondit rezervë në bono thesari.

Krahasimi i të ardhurave të arkëtuara për vitet 2021, 2022, 2023 paraqitet si vijon:

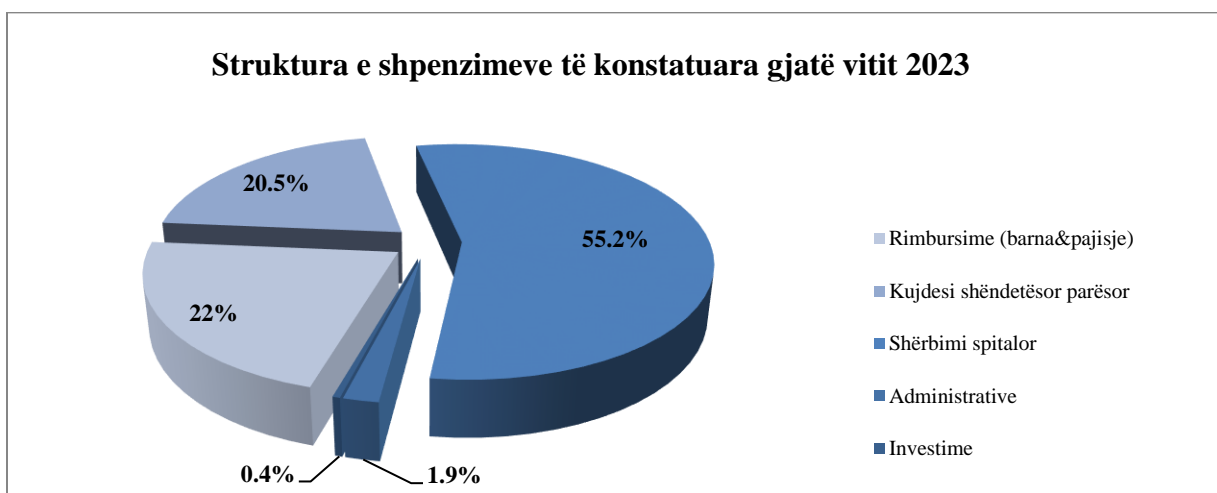
### Realizimi të ardhurave të arkëtuara për vitet 2021, 2022, 2023 (Në milionë lekë)



## 5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

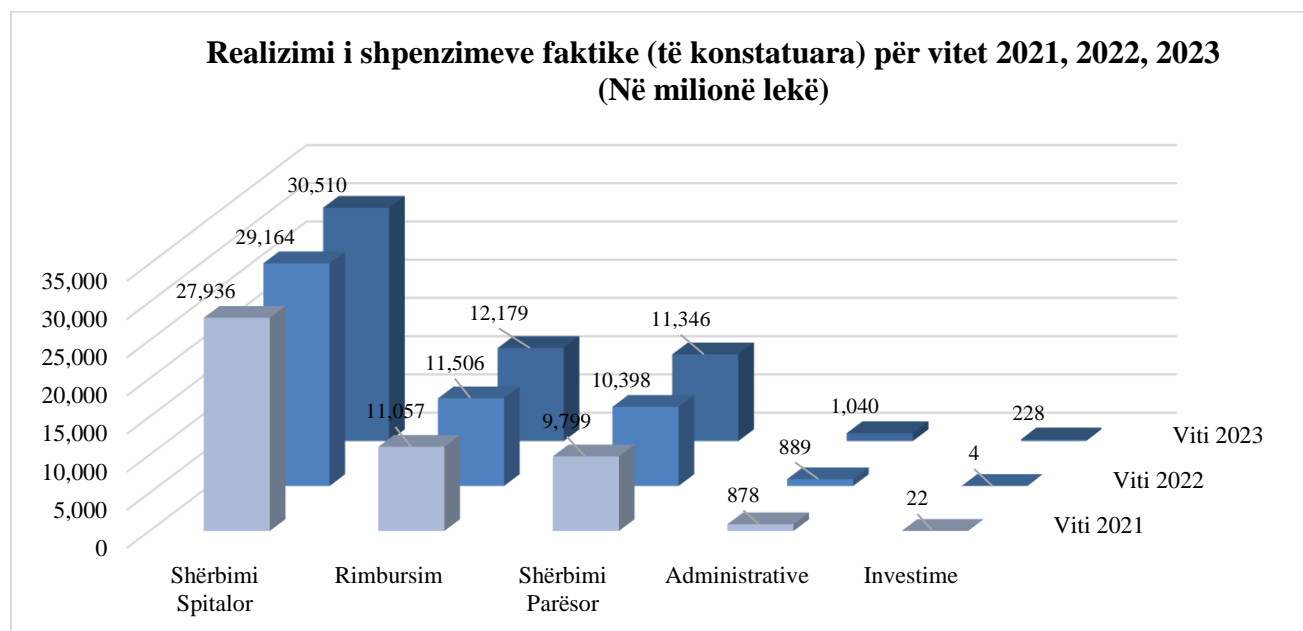
Gjatë vitit 2023, shpenzimet totale të paguara (përfshirë shpenzimet e spitaleve publike) arritën në vlerën 55,213 milionë lekë nga 56,236 milionë lekë të programuara, ose 98.2% e planifikimit. Shpenzimet e paguara u realizuan më pak 1,023 milionë lekë. Theksojmë se në fillim të vitit buxhetor u paguan të gjitha detyrimet nga viti 2022.

### Struktura e shpenzimeve të konstatuara gjatë vitit 2023



Në strukturën e shpenzimeve, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 55.2%, ndjekur nga shpenzimet për rimbursimin e barnave e pajisjeve me 22%, shpenzimet e kujdesit parësor (financimi i QSH e kontrolli mjekësor bazë) me 20.5%, shpenzimet administrative (pagat e shpërblimet, sigurimet shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime) me 1.9 % dhe së fundi investimet me një peshë jo të konsiderueshme.

Krahasimi i shpenzimeve të faktike (të konstatuara) për vitet 2021, 2022, 2023 paraqitet si vijon:



Realizimi i shpenzimeve

(Në milionë lekë)

ZËRAT E SHPENZIMEVE	Viti 2022	Viti 2023			Realizimi i cash/planit viti 2023		Realizimi i konst/planit viti 2023		Ndryshimi konstatuar (viti 2023-viti 2022)		Peshë spec. konsta vit.2023
	Fakti-konstatuar	Plani	Fakti-cash	Fakti-konstatuar	në vlerë	në %	vlerë	%	në vlerë	në %	në %
<b>SHPENZIMET GJITHSEJ</b>	<b>51,960</b>	<b>56,236</b>	<b>55,213</b>	<b>55,303</b>	<b>-1,023</b>	<b>98.2%</b>	<b>-934</b>	<b>98.3%</b>	<b>3,342</b>	<b>106.4%</b>	<b>100.0%</b>
<b>1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve</b>	<b>11,506</b>	<b>12,120</b>	<b>12,109</b>	<b>12,179</b>	<b>-11</b>	<b>99.9%</b>	<b>58</b>	<b>100.5%</b>	<b>673</b>	<b>105.8%</b>	<b>22.0%</b>
<b>2. Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor</b>	<b>10,398</b>	<b>11,600</b>	<b>11,346</b>	<b>11,346</b>	<b>-254</b>	<b>97.8%</b>	<b>-254</b>	<b>97.8%</b>	<b>948</b>	<b>109.1%</b>	<b>20.5%</b>
Financimi i QSH	9,522	10,724	10,470	10,470	-254	97.6%	-254	97.6%	948	110.0%	18.9%
Kontrolli bazë	876	876	876	876	0	100.0%	0	100.0%	0	100.0%	1.6%
<b>3. Shpenzimet administrative</b>	<b>889</b>	<b>1,235</b>	<b>1,062</b>	<b>1,040</b>	<b>-173</b>	<b>86.0%</b>	<b>-195</b>	<b>84.2%</b>	<b>151</b>	<b>117.0%</b>	<b>1.9%</b>
<b>4. Investime</b>	<b>4</b>	<b>260</b>	<b>228</b>	<b>228</b>	<b>-32</b>	<b>87.8%</b>	<b>-32</b>	<b>87.6%</b>	<b>224</b>	<b>5858.2%</b>	<b>0.41%</b>
<b>5. Financime për shërbimin spitalor</b>	<b>29,164</b>	<b>31,021</b>	<b>30,467</b>	<b>30,510</b>	<b>-554</b>	<b>98.2%</b>	<b>-511</b>	<b>98.4%</b>	<b>1,346</b>	<b>104.6%</b>	<b>55.2%</b>
Financime për spitalet publike	23,534	24,905	24,589	24,589	-316	98.7%	-316	98.7%	1,055	104.5%	44.5%
Shpenzime për paketat spitalore në privat	1,470	1,611	1,531	1,539	-79	95.1%	-71	95.6%	69	104.7%	2.8%
Shpenzime për trajtimin e pacientit me VKM	12	30	11	11	-19	35.1%	-19	35.1%	-1	90.4%	0.0%
Shpenzimet – Bonusi për mjekët specialistë	11	50	13	13	-37	26.0%	-37	26.6%	3	125.6%	0.0%
Shpenzimet- PPP (dializa, sterilizimi e laboratorët)	4,115	4,425	4,323	4,358	-102	97.7%	-67	98.5%	243	105.9%	7.9%

Gjatë vitit 2023, u konstatuan shpenzime rreth 55,303 milionë lekë, ose 98.3%, më pak për vlerën 934 milionë lekë.

## **5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve**

- Plani vjetor: 12,120 milionë lekë,
- Pagesat vjetore: 12,109 milionë lekë (ose 99.9% e planit vjetor).
- Shpenzuar më pak nga plani rreth 11 milionë lekë.

Në shumën totale të pagesave përfshihen edhe likujdimet e detyrimeve nga viti i mëparshëm. Megjithëse u respektua plani buxhetor në pagesa, në vitin 2023, listëtreguesit e pranuar për rimbursimin e barnave & pajisjeve arritën në vlerën 12,179 milionë lekë, ose në masën 100.5% e planifikimit, më tepër nga plani për vlerën rreth 58 milionë lekë. Në fund të vitit, nga listëtreguesit e pranuar për rimbursimin e barnave & pajisjeve mbetën papaguar rreth 796 milionë lekë. Krahasuar me vitin e mëparshëm, detyrimet e fundit të vitit u rritën me 5.8% , ose për vlerën 673 milionë lekë.

## **5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor**

Shpenzimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor (financimi i QSH dhe kontrolli mjekësor bazë) arritën në vlerën 11,346 milionë lekë, ose në masën 97.8%, më pak nga plani 254 milionë lekë.

-Shpenzimet për financimin e QSH arritën në shumën 10,470 milionë lekë (përfshirë edhe financimi në natyrë me shtypshkrime). Janë financuar qendrat shëndetësore për aktivitetin e tyre vjetor, përfshirë financimin shtesë për qendrat që ofrojnë shërbim të pandërprerë gjatë sezonit veror, si dhe paketën e barnave e materialeve të mjekimit për qendrat shëndetësore që bllokohen gjatë dimrit. U financuan qendrat shëndetësore për përballimin e efektit të rritjes së pagave për mjekët, teknikët e shkencave mjekësore si dhe punonjësit e tjerë mbështetës, në zbatim të politikave qeveritare për rritjen e pagave në sistemin shëndetësor publik.

Për mjekët specialistë rritja mujore e pagave ishte 50 mijë lekë, e për mjekët e përgjithshëm e teknikët e shkencave mjekësore, u realizua një rritje mujore e pagës prej 7%.

- Shpenzimet për shërbimin e kontrollit mjekësor bazë të popullsisë nga 35-70 vjeç arritën në vlerën 876 milionë lekë, në masën 100% të planit.

Gjatë periudhës gjithë vjetore u realizuan gjithsej 467,663 raste nga projeksioni prej 475,000 raste.

## **5.3 Financimi i shërbimit spitalor**

Buxheti për shërbimin spitalor parashikohet në ligjin e buxhetit dhe miratohet me vendim të Këshillit të Ministrave. Për vitin 2023, spitalet u financuan në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 23, datë 18.01.2023, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2023”, të ndryshuar.

Shpenzimet gjithë vjetore për shërbimet spitalore arritën në vlerën 30,510 milionë lekë, ose në masën 98.4%, ose më pak nga plani 511 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor për shpenzimet spitalore u kryen pagesa në vlerën 30,467 milionë lekë, nga 31,021 milionë lekë të planifikuara, ose 98.2%, shpenzuar më pak 554 milionë lekë. Në shumën totale të pagesës përshihen edhe likuidimet e detyrimeve nga viti i mëparshëm.

### **Financimi i Spitaleve Publike**

Financimi vjetor i spitaleve publike ka arritur në shumën 26,313 milionë lekë nga 26,705 milionë lekë të planifikuara, ose 98.5% e planit. Shpenzuar më pak nga plani 392 milionë lekë. Nëpërmjet financimit janë përballuar nevojat e spitaleve në paga, sigurime shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime. Gjithashtu, në vlerën e mësipërme përfshihet financimi i paketave spitalore të miratuara me VKM në spitalet publike, si dhe financimi i kontratës konçensionare të laboratorëve.

U financuan spitalet për përballimin e efektit të rritjes së pagave për mjekët, teknikët e shkencave mjekësore si dhe punonjësit e tjerë mbështetës, në zbatim të politikave qeveritare për rritjen e pagave në sistemin shëndetësor publik.

Për mjekët specialistë rritja mujore e pagave ishte 50 mijë lekë.

### **Financimi i paketave spitalore në institucionet jopublike**

Për paketat spitalore në dhënës privat të shërbimit (spitalet jopublike) shpenzimet arritën në shumën 1,539 milionë lekë, ose 95.6% e planit vjetor, më pak nga plani 71 milionë lekë. Nga këto shpenzime, në fund të vitit mbeti palikujduar shuma 136 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor për paketat spitalore u kryen pagesa në shumën 1,531 milionë lekë, (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm), nga 1,611 milionë lekë të planifikuara, ose u realizuan 95.1%, më pak 79 milionë lekë.

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

### **Financimi sipas vendimeve rast pas rasti të Këshillit të Ministrave**

Për trajtimet spitalore miratuar rast pas rasti me VKM shpenzimet e paguara arritën 11 milionë lekë, nga 30 milionë të planifikuara, ose 35.1%, më pak nga plani 19 milionë lekë. Pagesa bëhet nga drejtoria qendrore vetëm për rastet që kanë paraqitur dokumentacionin përkatës të trajtimit spitalor nga VKM e miratuara.

### **Financimi i bonusit të mjekëve specialistë**

Për financimin e bonusit për mjekë specialistë të kontraktuar në shërbime të munguara në spitalet rajonale e bashkiake shpenzimet e pranuar për pagesë arritën në shumën 13 milionë lekë, ose 26.6% e planit vjetor, më pak nga plani 50 milionë lekë. Nga këto shpenzime, në fund të vitit ka mbetur palikujduar rreth 0.9 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor për financimin e mjekëve specialistë të kontraktuar edhe pagesat arritën rreth 13 milionë lekë (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm).

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

### **Financimi i shërbimeve PPP në shërbimin spitalor (hemodializë, sterilizim dhe laboratorë)**

Për financimin e kontratave PPP në shërbimin spitalor, të nënshkruara nga Autoriteti u shpenzuan:

Për shërbimin e hemodializës dhe sterilizimit, të cilat paguhen nga njësitë e Fondit, kryer nga partneriteti publik-privat (PPP) shpenzimet e pranuar gjithë vjetore arritën 2,634 milionë lekë, ose 100.3% e planit vjetor, më tepër 9 milionë lekë. Nga këto shpenzime, në fund të vitit kanë mbetur palikujduar rreth 261 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor për shërbimin e hemodializës dhe sterilizimit u kryen pagesa në vlerën 2,599 milionë lekë, (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm) nga 2,625 milionë lekë të planifikuara, ose 99%. U shpenzuan më pak nga plani 26 milionë lekë.

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

Për kontratën PPP të laboratorëve, e cila paguhet nga vetë spitalet, rezulton paguar nga këta të fundit vlera prej 1,724 milionë lekë, nga 1,799.8 milionë lekë të planifikuara.

## **6. Shpenzime të tjera të Fondit**

### **6.1 Shpenzimet administrative**

Shpenzimet administrative (paga e shpërblime, sigurime shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime) arritën 1,040 milionë lekë, ose në masën 84.2% e planifikimit, më pak nga plani 195 milionë lekë. U realizua me sukses rritja e pagave të personelit, në zbatim të politikave qeveritare për rritjen e pagave në administratën publike.

### **6.2 Shpenzimet për investime**

Shpenzimet për investime u realizuan rreth 228 milionë lekë, ose në masën 87.6% e planifikimit, më pak nga plani 32 milionë lekë. Investimet janë realizuar për zërin e ndërtimeve dhe blerje softwerike, pajisje zyre dhe informatike. Gjatë vitit 2023 u investua për implementim dhe përmirësim të sistemit të regjistrimit të të siguruarve.

## **7. Përfitimet e Popullatës**

Ligji Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, zgjeroi mundësitë e përfitimit të shërbimeve nga popullata, përmes procesit të kontraktimit nga ana e Fondi-t, si të shërbimeve publike ashtu edhe të atyre private.

Paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm hartohen duke përcaktuar:

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

### **7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor**

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

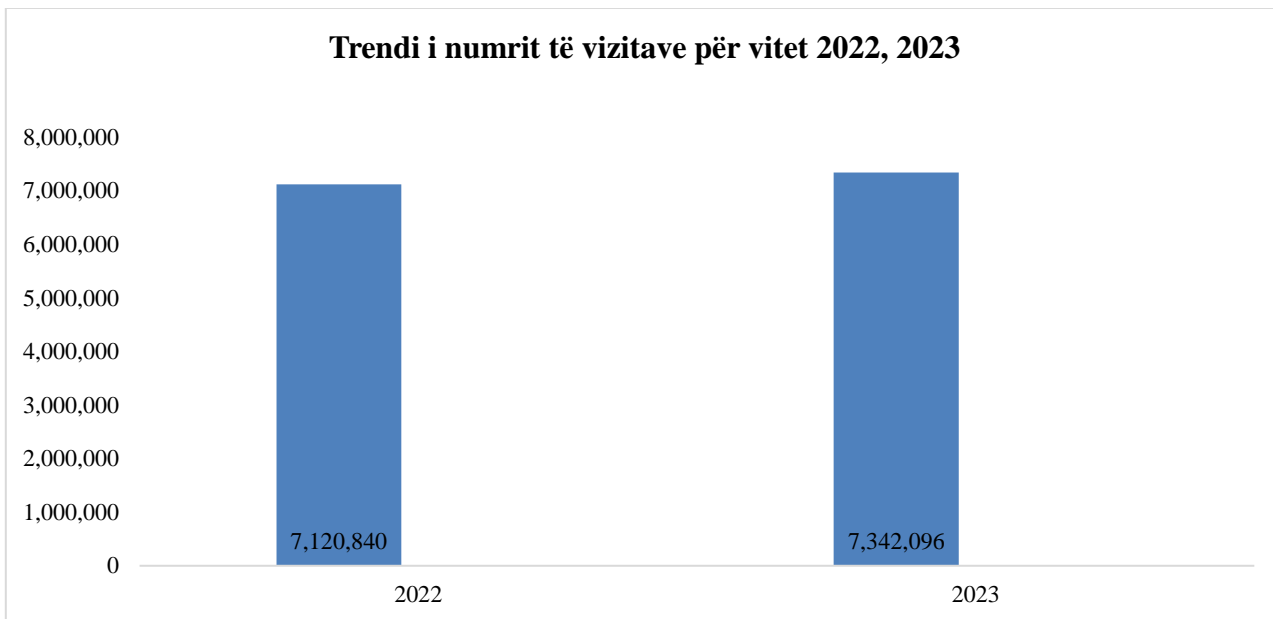
- Kujdesi në rastet e urgjencës;
- Kujdesi shëndetësor për fëmijët;
- Kujdesi shëndetësor për të rriturit;
- Kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues;
- Kujdesi shëndetësor për të moshuarit;
- Kujdesi shëndetësor mendor;
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor.

Popullsia e deklaruar nga mjekët e familjes në total është 4,202,331 banorë, ku 2,273,907 banorë janë në zonat urbane dhe 1,928,424 banorë në zonat rurale. Numri i Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes që kanë mbuluar me shërbim shëndetësor gjithë territorin e vendit për muajin Dhjetor 2023 është 1,452. Numri i mjekëve specialistë është 311. Numri i infermierëve dhe laborantëve është 6,675, nga të cilët 1,791 janë infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes.

Gjatë vitit 2023 nga ana e Qendrave Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë kryer 7,342,096 vizita, nga këto 6,460,590 vizita janë kryer nga MP/F dhe 881,506 vizita janë kryer nga Mjekët Specialistë të Qendrave Shëndetësore të Specialiteteve në Tiranë. Përqindja e realizimit në total të numrit të vizitave në rang vendi është 163 % dhe mesatarja ditore e vizitave është rreth 14.7 vizita.

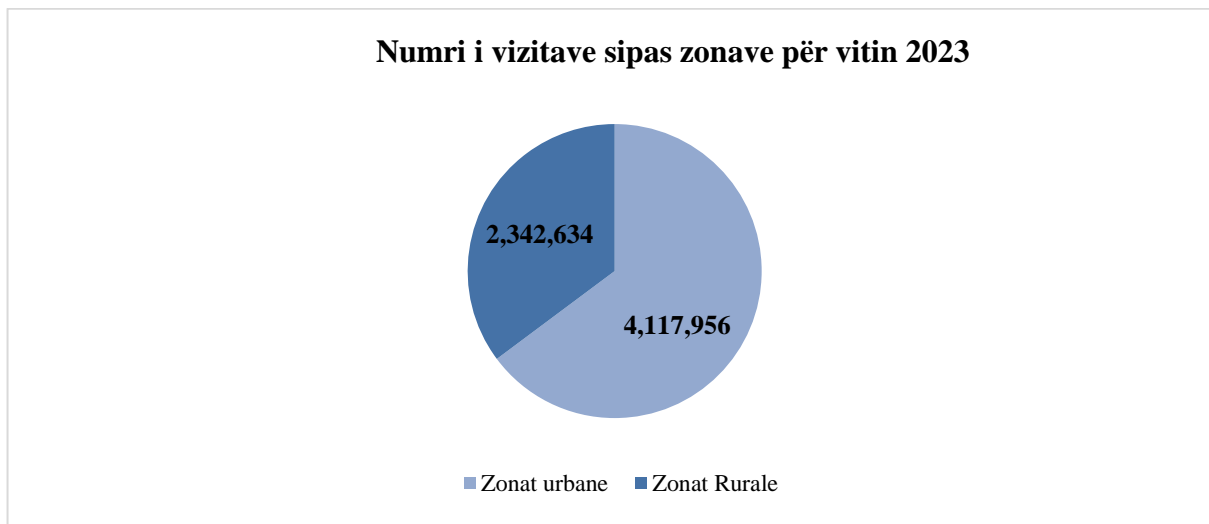


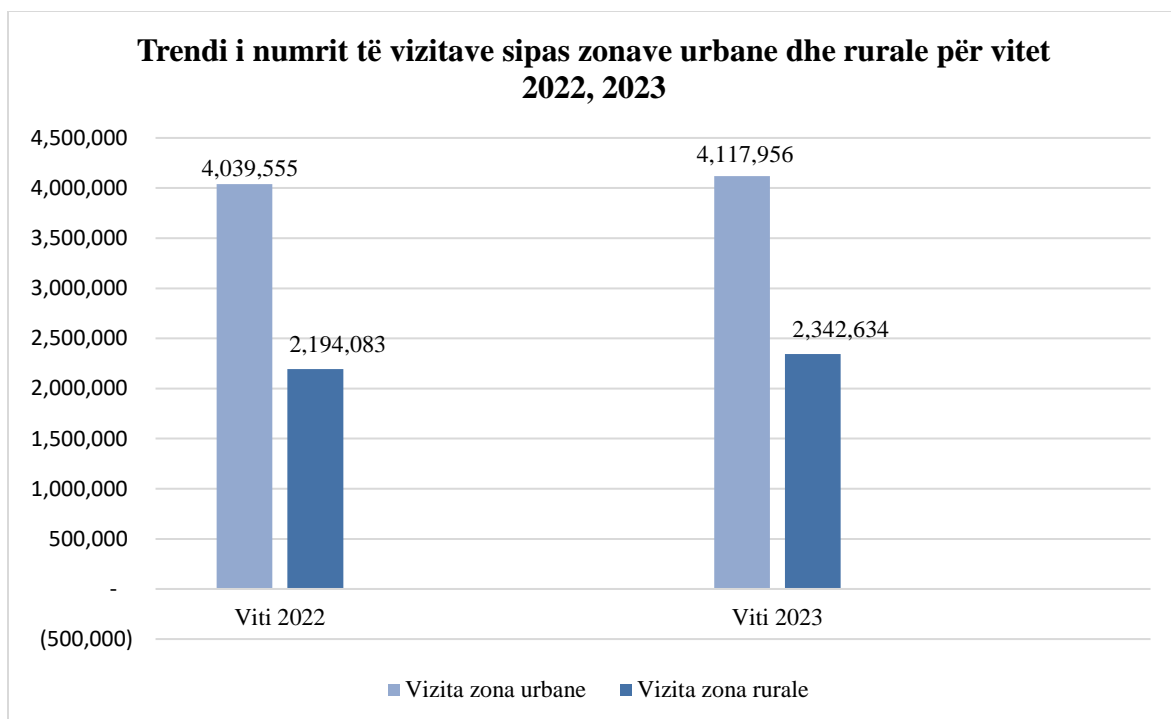
## Vizitat e realizuara për periudhën 2022, 2023 nga Qendrat Shëndetësore të Kujdesit Parësor.



Paraqitja grafike e mësipërme tregon trendin e vizitave të kryera nga qendrat shëndetësore të kujdesit parësor gjatë viteve 2022, 2023 dhe ndryshimin midis viteve të shprehur në përqindje. Nga krahasimi i numrit të vizitave vihet re një rritje prej 3 % në vitin 2023.

### ➤ Vizitat e kryera sipas zonave urbane dhe rurale për vitet 2022, 2023



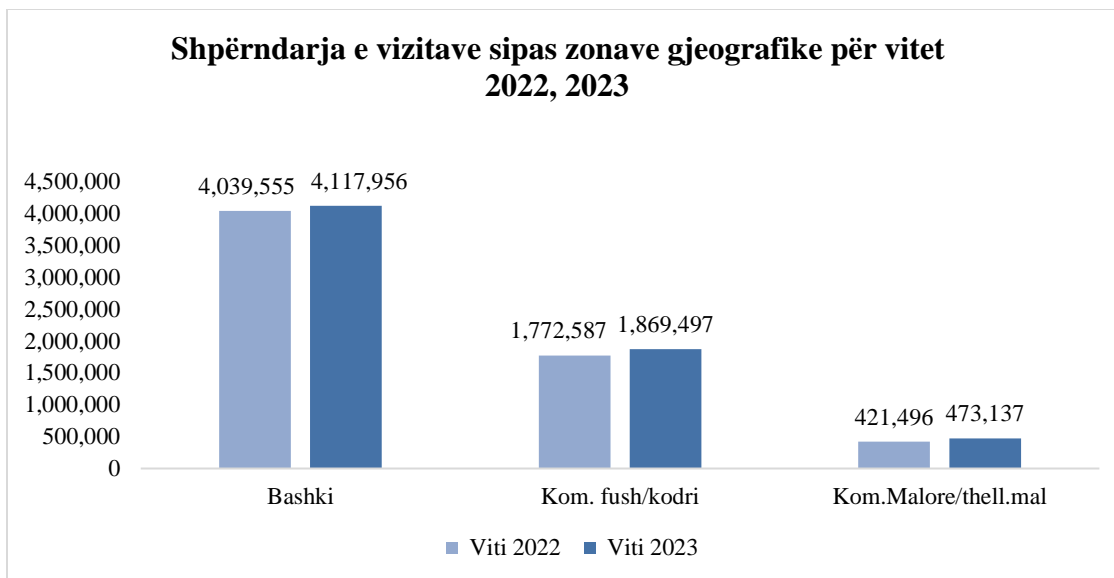


Në grafikun e mësipërm jepen të dhënat sipas zonave urbane/rurale gjatë viteve 2022 dhe 2023. Gjatë vitit 2023 kemi ndryshim të dukshëm të vizitave në zonat urbane dhe rurale. Në vitin 2023, këto vizita u rritën me rreth 2 % për zonat urbane dhe me rreth 6 % për zonat rurale.

➤ **Vizitat e realizuara sipas zonave gjeografike, Bashki, Komunë Fushore/ Kodrinore, Komunë Malore/Thellë malore për vitet 2022, 2023**

Shpërndarja e vizitave sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitet 2022, 2023 paraqitet si më poshtë:

- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në Bashki gjatë vitit 2023 u rrit me rreth 78 mijë vizita (ose 2 %) më shumë.
- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në zonat Komunë Fushore/Kodrinore gjatë vitit 2023 u rritën me 96 mijë vizita (ose 5 %) më shumë.
- vizitat nga MP/F në Qendrat Shëndetësore të zonave Komunë Malore/Thellë Malore gjatë vitit 2023 vizitat u rritën me rreth 51 mijë vizita (ose 11 %) më shumë.

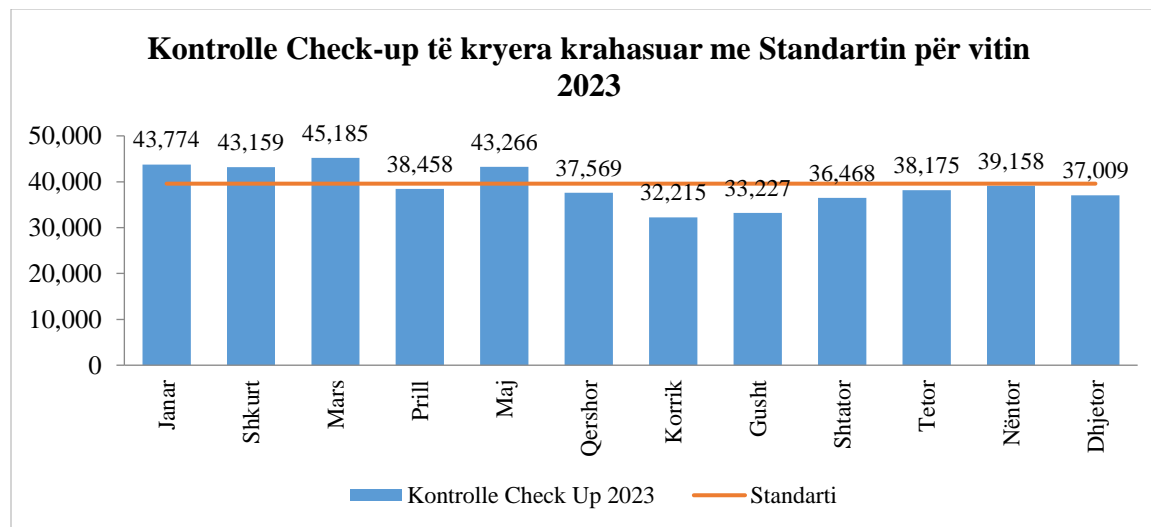


## 7.2 Kontrolli mjekësor bazë

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

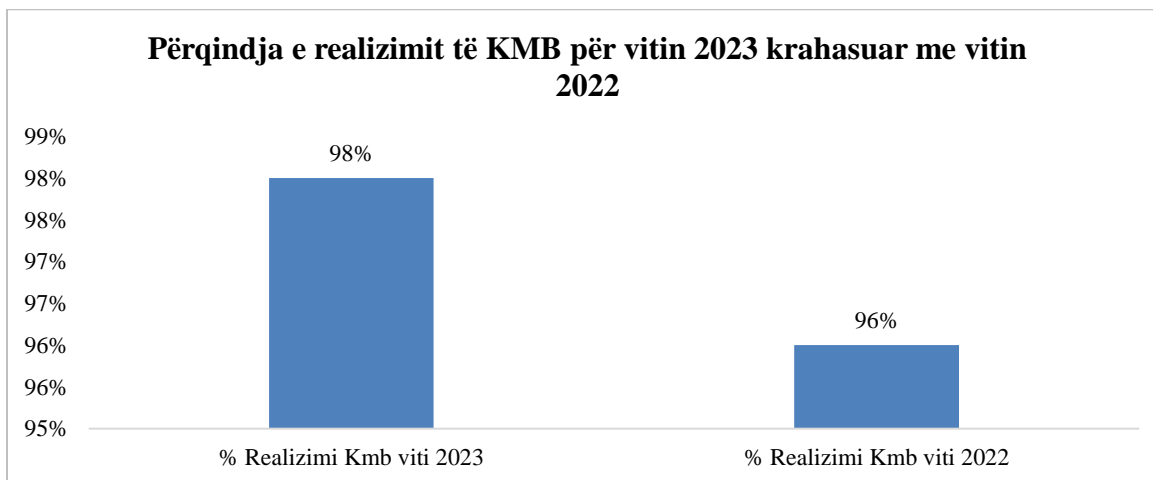
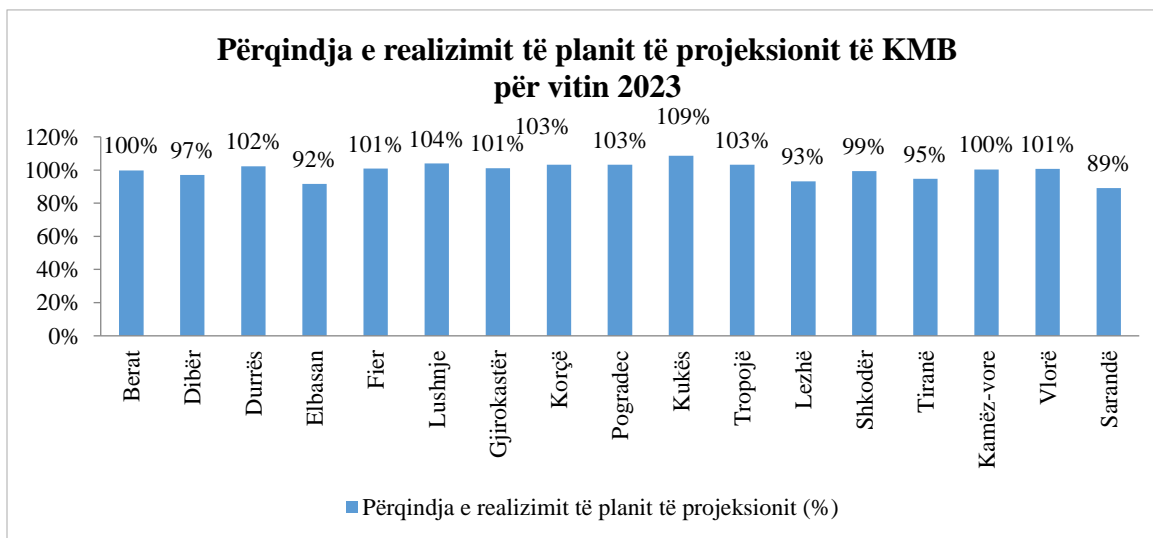
Për periudhën Janar – Dhjetor 2023, u realizuan 467,663 kontrolle mjekësore bazë, me një përqindje realizimi të planit të projeksonit 98%. Ndërkohë që për vitin 2022 janë kryer 454,828 kontrolle mjekësore bazë, ose e shprehur në përqindje 96%. Pra për vitin 2023 kemi një rritje të numrit të kontrollit mjekësor bazë të kryer me 12,835 kontrolle më shumë, ose e shprehur në përqindje me një rritje prej rreth 2% më shumë kontrolle të kryera krahasuar me një vit më parë.

Për më shumë grafikët e mëposhtëm:

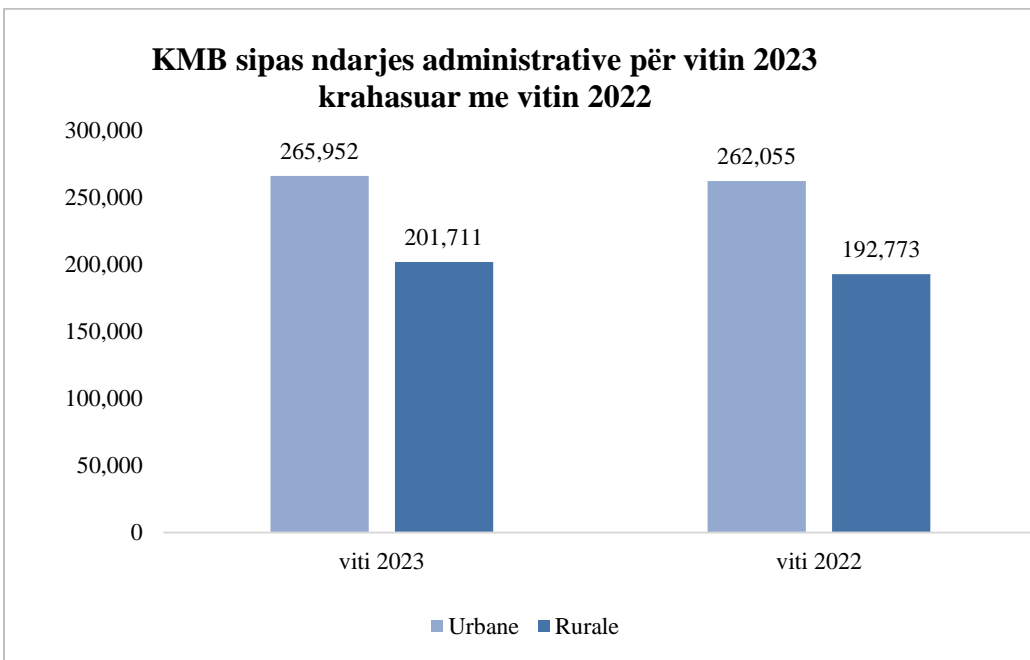
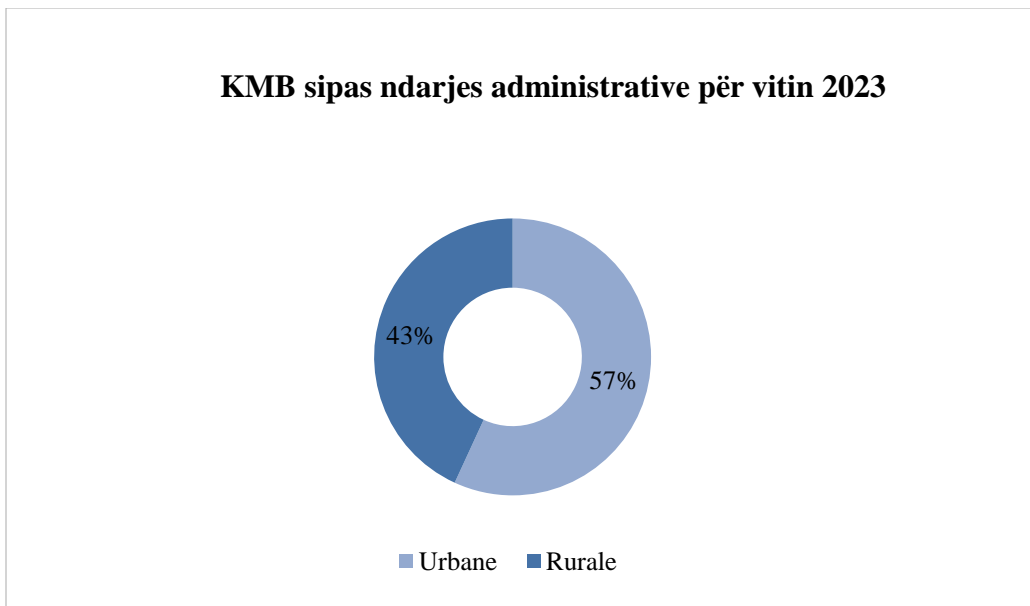




Realizimi i planit të projeksionit të kontrollit mjekësor bazë në përqindje për periudhën Janar-Dhjetor 2023:

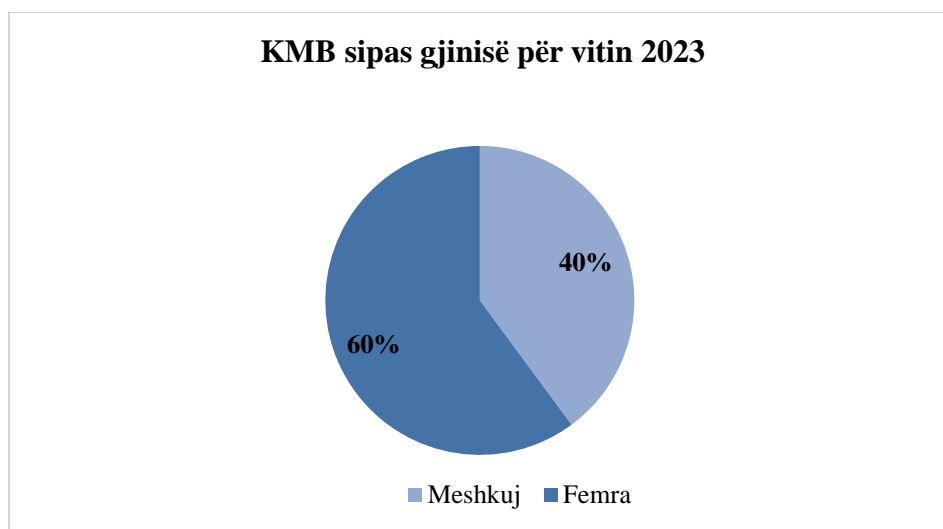


Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale, kontrolli mjekësor bazë për periudhën Janar-Dhjetor 2023, paraqitet në grafikun si më poshtë:



Për vitin 2023 kontrolle mjekësore bazë rezultojnë të kryera 43% në zonat rurale dhe 57% në zonat urbane. Ndërsa për vitin 2022 kontrolle mjekësore bazë sipas ndarjes administrative rezultojnë 42% në zonat rurale dhe 58% në zonat urbane.

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



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

### **7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor**

Në kontratën me spitalet publike janë monitoruar gjithsej 15 indikatorë të performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar dhe vlerësuar janë: numri i shtrimeve në spitale, niveli i shfrytëzimit të shtratit, ditëqëndrimi mesatar, xhiro e shtratit në spitale, përqindja e numrit të pacientëve të shëruar të dalë nga spitali, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital. Më poshtë janë të pasqyruara aktivitetet e Spitaleve Universitare, Rajonale dhe Bashkiake si edhe realizimet e indikatorëve sipas kontratës.

#### **Shtrimet**

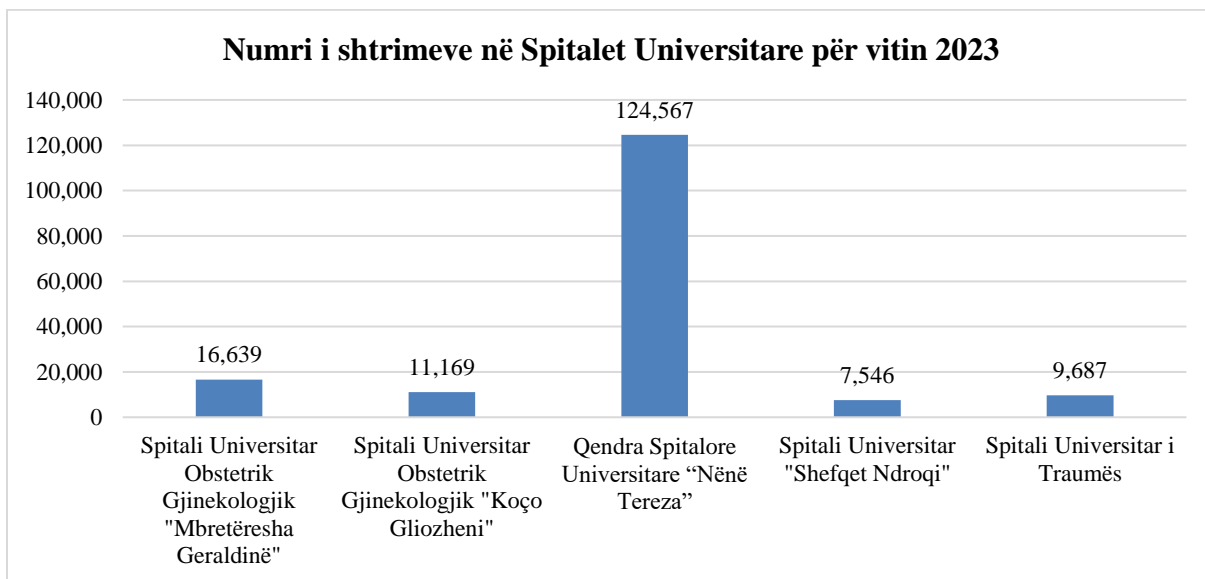
Në total për vitin 2023 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 307,808 pacientë, 29,927 pacientë më shumë se një vit më parë.

Nga ky numër në Spitalet Universitare janë shtruar 169,608 pacientë, në Spitalet Rajonale janë shtruar 110,506 pacientë dhe në Spitalet Bashkiake janë shtruar 27,694 pacientë.

#### **Spitalet Universitare**

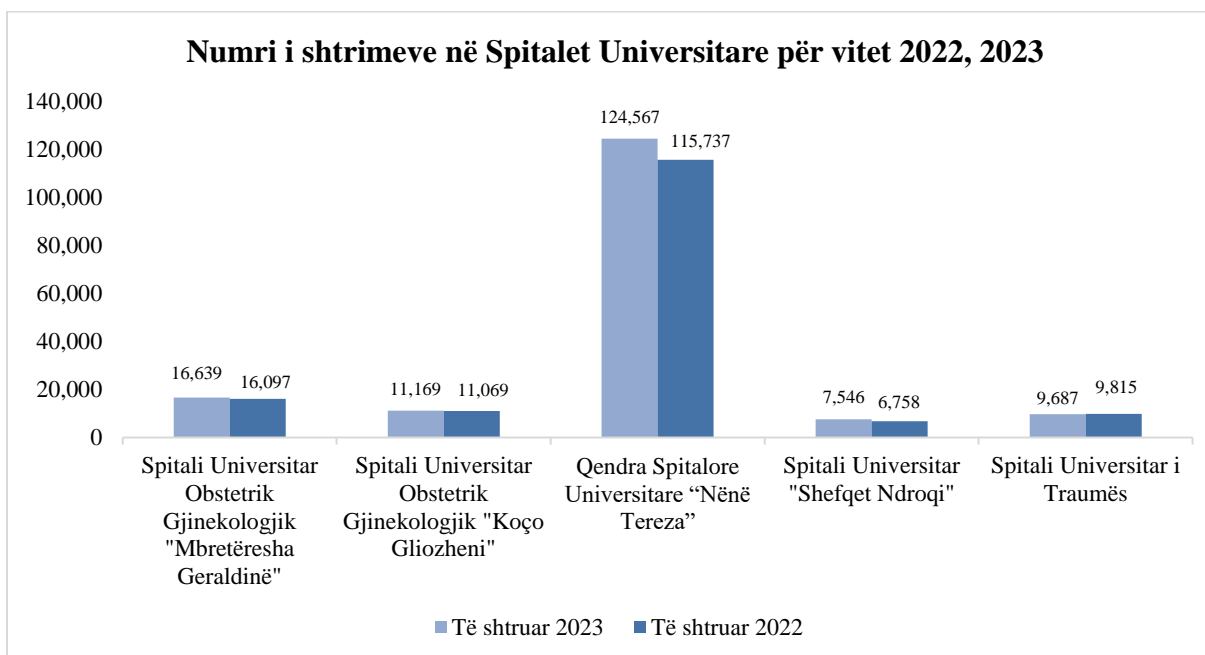
Në Spitalet Universitare numri i shtrimeve për vitin 2023 është 169,608 pacientë, 10,132 pacientë më shumë se një vit më parë.

Numri i shtrimeve në Spitalet Universitare për Vitin 2023:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për vitin 2023 në spitalet universitare vihet re se Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" ka numrin më të lartë të shtrimeve me 124,567 shtrime për vitin 2023.

Krahasimi i shtrimeve në Spitalet Universitare për vitet 2022, 2023:



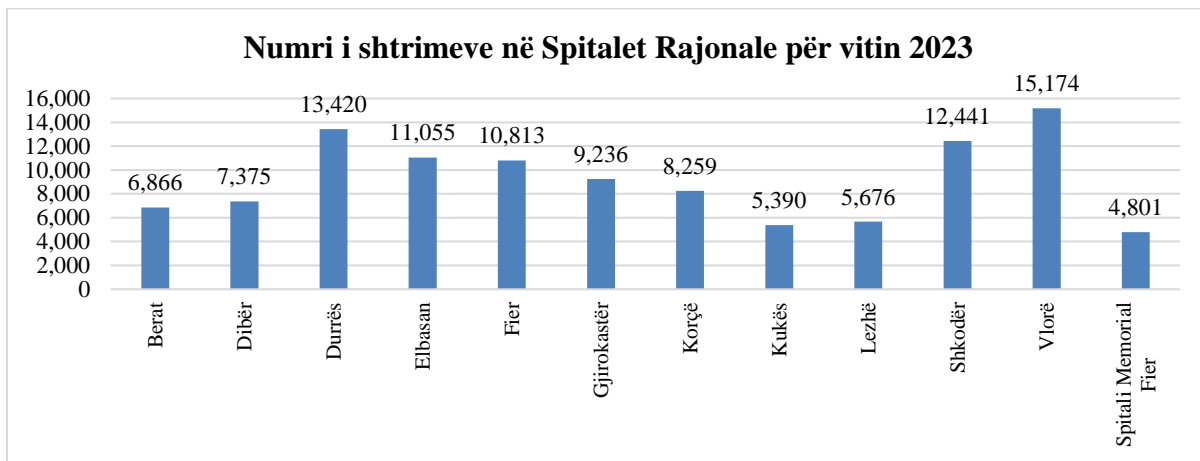
Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare për vitet 2023, 2022 vihet re një rritje e numrit të shtrimeve për vitin 2023.

Numri i shtrimeve gjatë vitit 2023 për Spitalet Universitare në total krahasuar me vitin 2022 ka rritje me 10,132 shtrime.

### Spitalet Rajonale

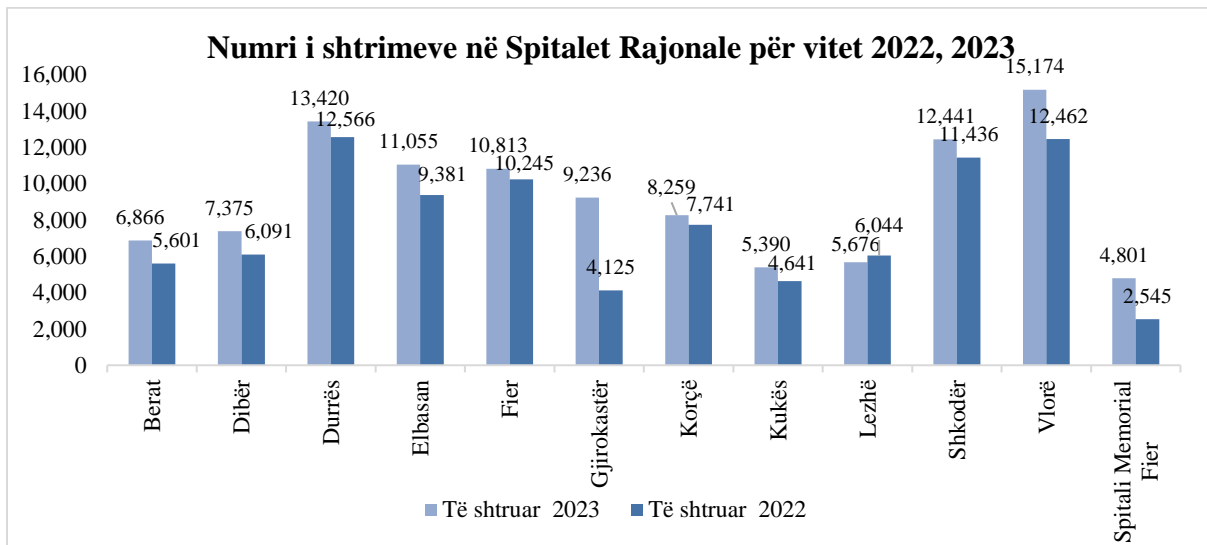
Numri i shtrimeve për Spitalet Rajonale për vitin 2023 është 110,506 pacientë, 17,628 pacientë me shumë se një vit më parë.

Numri i shtrimeve në Spitalet Rajonale për vitin 2023:



Me numrin më të lartë të shtrimeve në Spitalet Rajonale rezultojnë Spitali Rajonal Vlorë i ndjekur nga Spitali Rajonal Shkodër dhe Spitali Rajonal Durrës.

Krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Rajonale për vitet 2022, 2023:





Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për vitin 2023 me vitin 2022 vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2023 ka rritje me 17,628 shtrime më shumë.

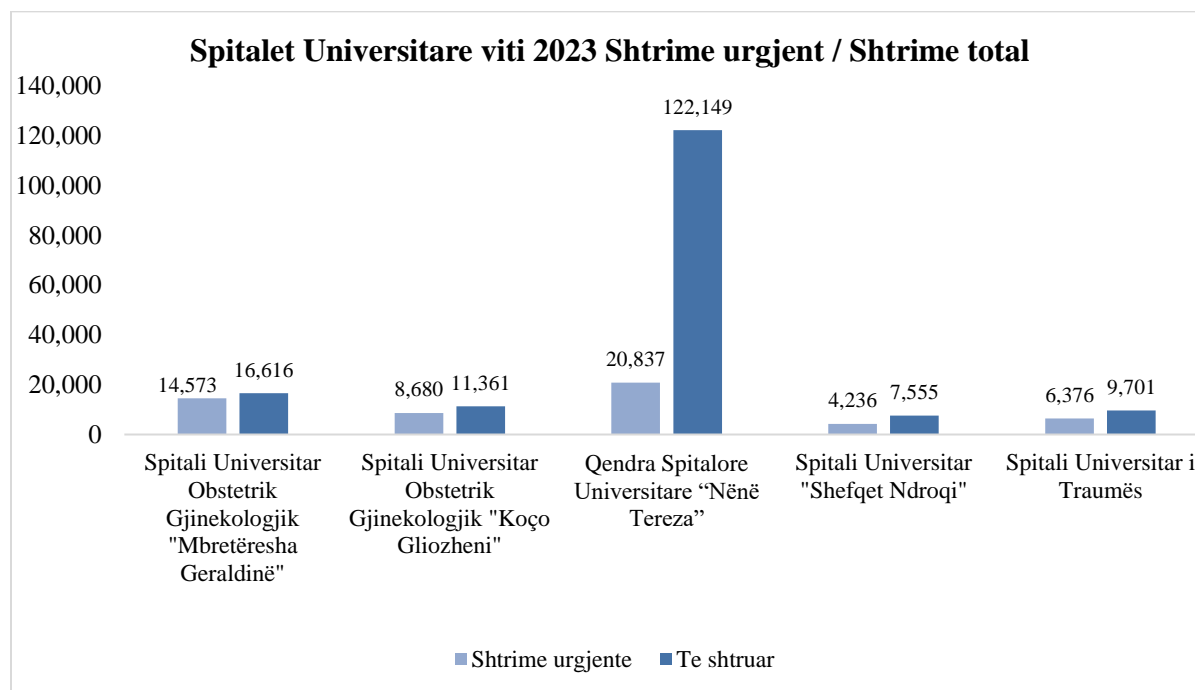
### Spitalet Bashkiake

Numri i shtrimeve në Spitalet Bashkiake për vitin 2023 është 27,694 pacientë, 2,167 pacientë më shumë krahasuar me një vit më parë.

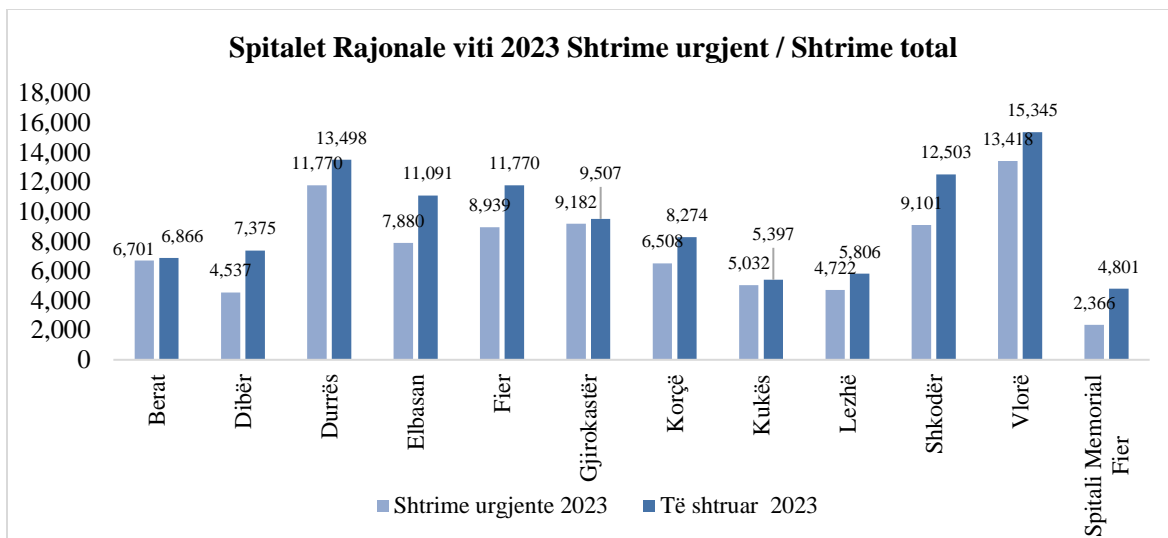
### Raporti i shtrimeve urgjente me shtrimet në total

Për vitin 2023 në total 54,8 % e shtrimeve në spitale janë nëpërmjet shërbimit të urgjencës.

Në Spitalet Universitare për vitin 2023 shtrimet urgjente zënë 32,7 % të shtrimeve në total.



Për vitin 2023, në Spitalet Rajonale nga 112,233 e shtrimeve në total, 90,156 shtrime janë nga urgjenca, që zënë 80.3 % të totalit. Edhe në vitet e shkuara përqindja e shtrimeve urgjent ka rezultuar tepër e lartë.



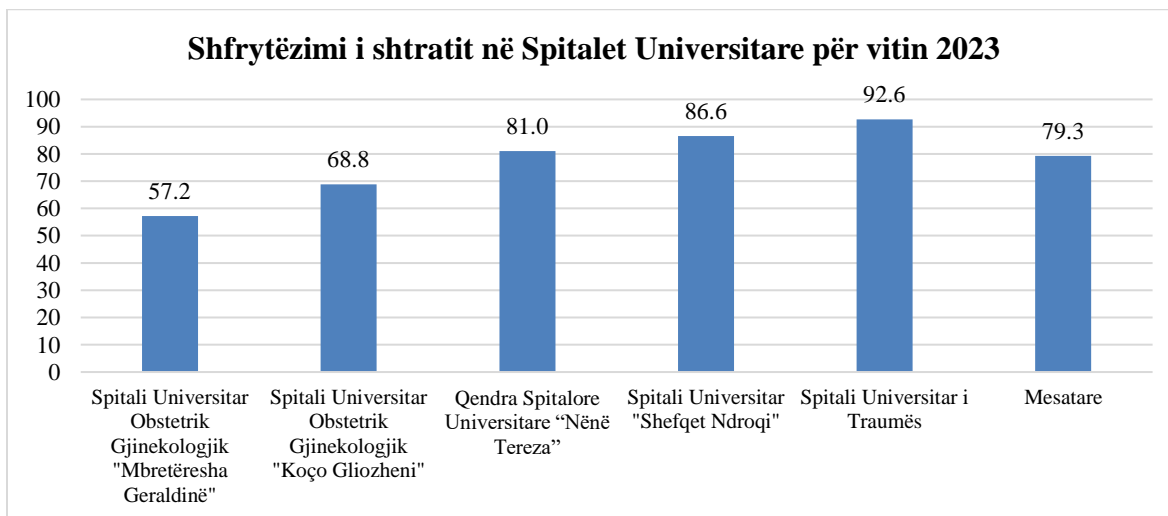
Për sa i përket këtij indikator vlerat më të larta janë në Spitalet Rajonale Vlorë, Durrës, Shkodër, Fier dhe Gjirokastrë.

### Shfrytëzimi i shtratit

Si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore paraqitet në këto nivele; në Spitalet Universitare mesatarja e shfrytëzimit të shtratit është 79.3 % dhe në Spitalet Rajonale mesatarja e shfrytëzimit të shtratit është 34.5 %.

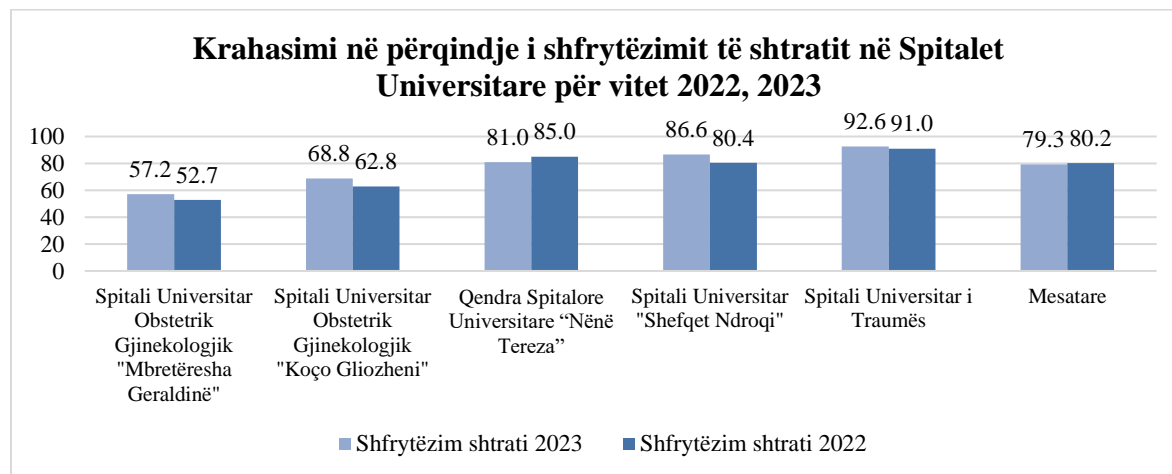
Më poshtë paraqesim grafikët krahasues për shfrytëzimin e shtratit në spitalet rajonale, universitare dhe bashkiake.

### Shfrytëzimi i shtratit në Spitalet Universitare



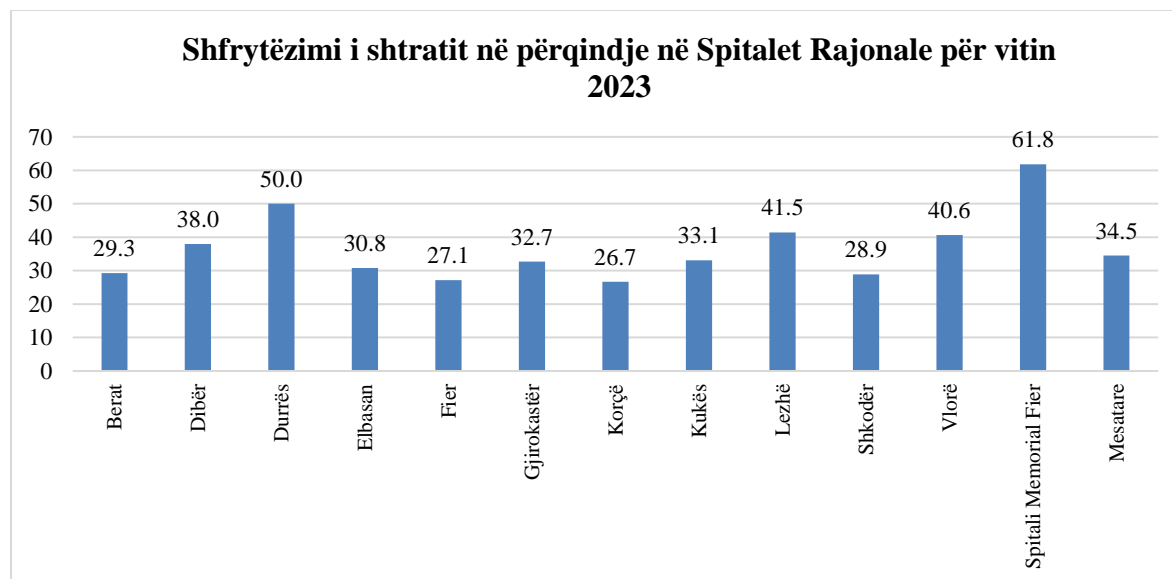
Vlerat më të larta paraqiten në Spitalin Universitar të Traumës, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit në Spitalet Universitare për vitet 2022, 2023:



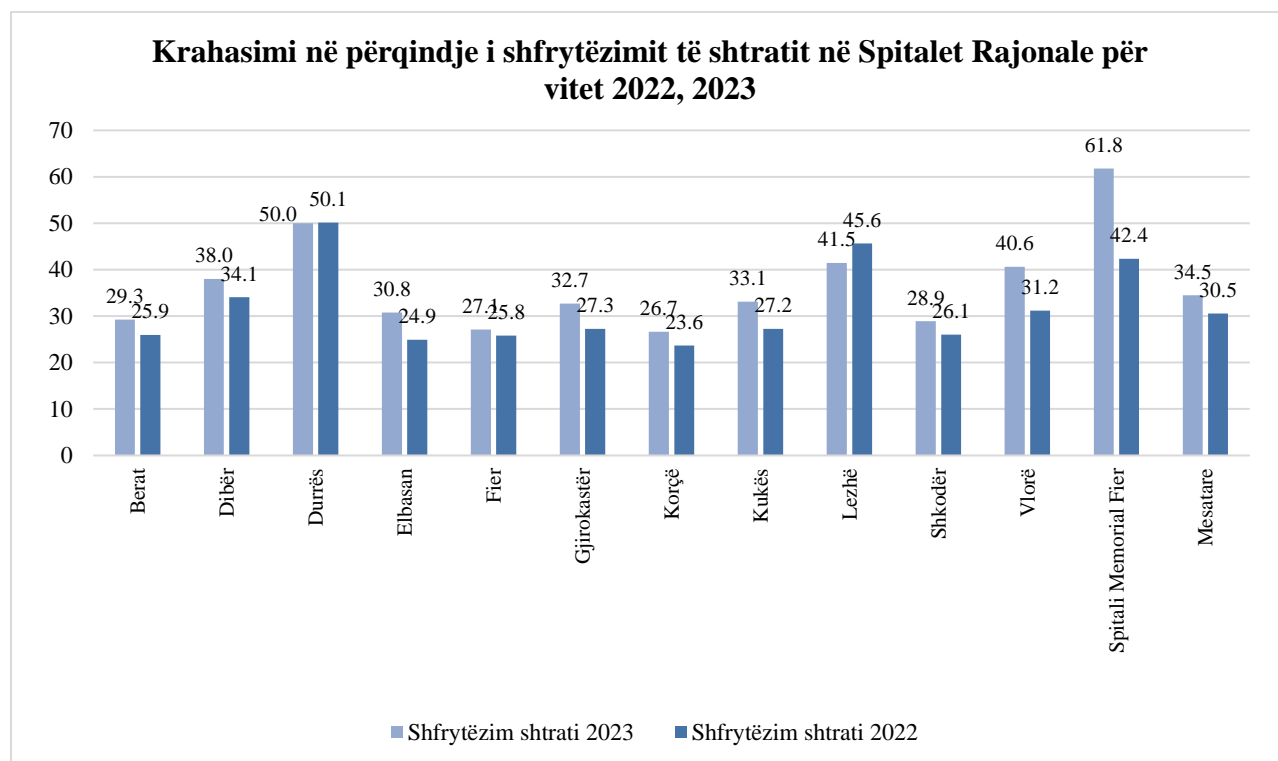
Për Spitalin Universitar të Traumës, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” dhe Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni” kemi një rritje të indikatorit të shfrytëzimit të shtratit për vitin 2023, ndërsa për Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” vihet re një ulje e lehtë e këtij indikatorit për vitin 2023.

### Shfrytëzimi i shtratit në Spitalet Rajonale për vitin 2023



Në nivele më të larta për shfrytëzimin e shtratit për vitin 2023 paraqitet Spitali Memorial Fier, Durrës, Lezhë, Vlorë dhe Dibër, në vlera më të ulura paraqitet Spitali Fier, Berat, Shkodër dhe Korçë.

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit për Spitalet Rajonale për vitet 2022, 2023:



Nga krahasimi i mësipërm vihet re një rritje e këtij indikator në Spitalet Rajonale për vitin 2023.

### **Ditë qëndrimi mesatar**

Në total mesatarja e ditë qëndrimit mesatar për të gjitha spitalet për vitin 2023 është 3.8 ditë.

Indikatori i ditë qëndrimit mesatar paraqitet në këto shifra në spitale:

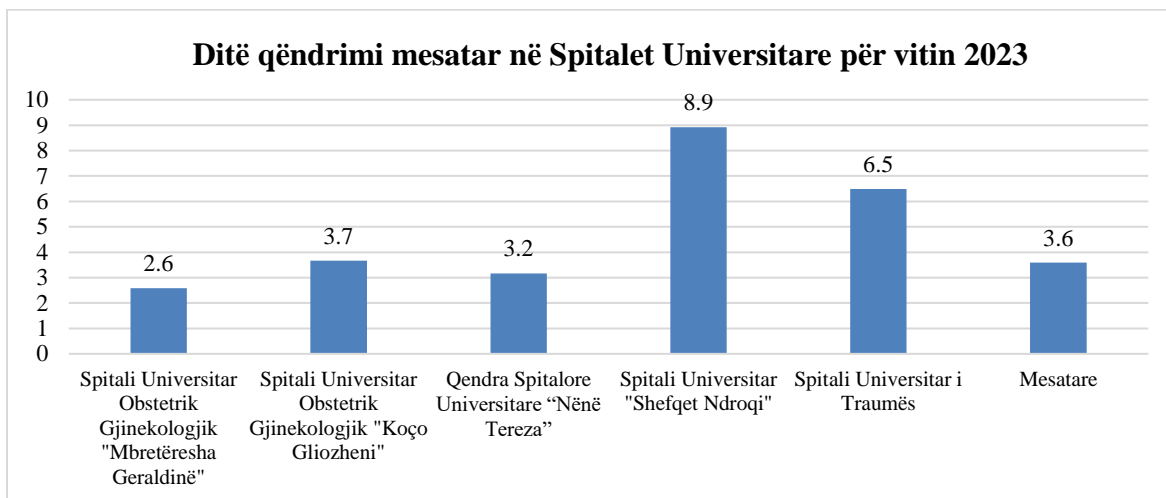
Në Spitalet Universitare mesatarja e ditë qëndrimit mesatar është 3.6 ditë.

Në Spitalet Rajonale mesatarja e ditë qëndrimit mesatar është 4.0 ditë.

Në spitalet Bashkiake mesatarja e ditë qëndrimit mesatar është 4.7 ditë.

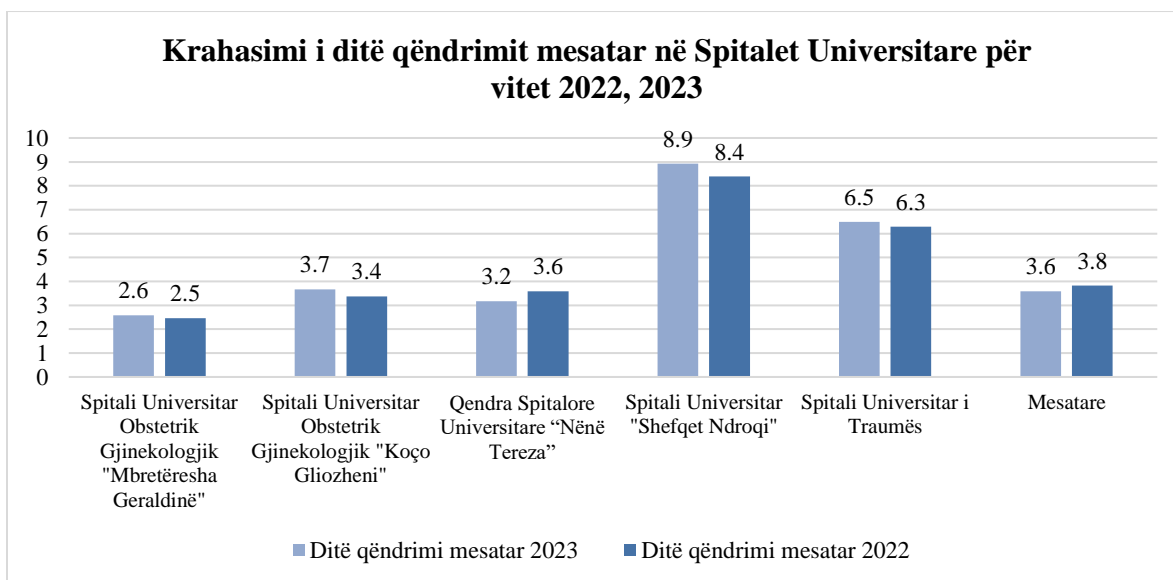
Më poshtë paraqesim grafikët krahasues për ditëqëndrimin mesatar në Spitalet Universitare dhe Spitalet Rajonale.

## Ditë qëndrimi mesatar në Spitalet Universitare



Në Spitalet Universitare ditë qëndrimi mesatar në nivelet më të larta rezultojnë në Spitalin Universitar "Shefqet Ndroqi" përkatësisht 8.9.

Krahasimi i ditë qëndrimit mesatar në Spitalet Universitare për vitet 2022, 2023:

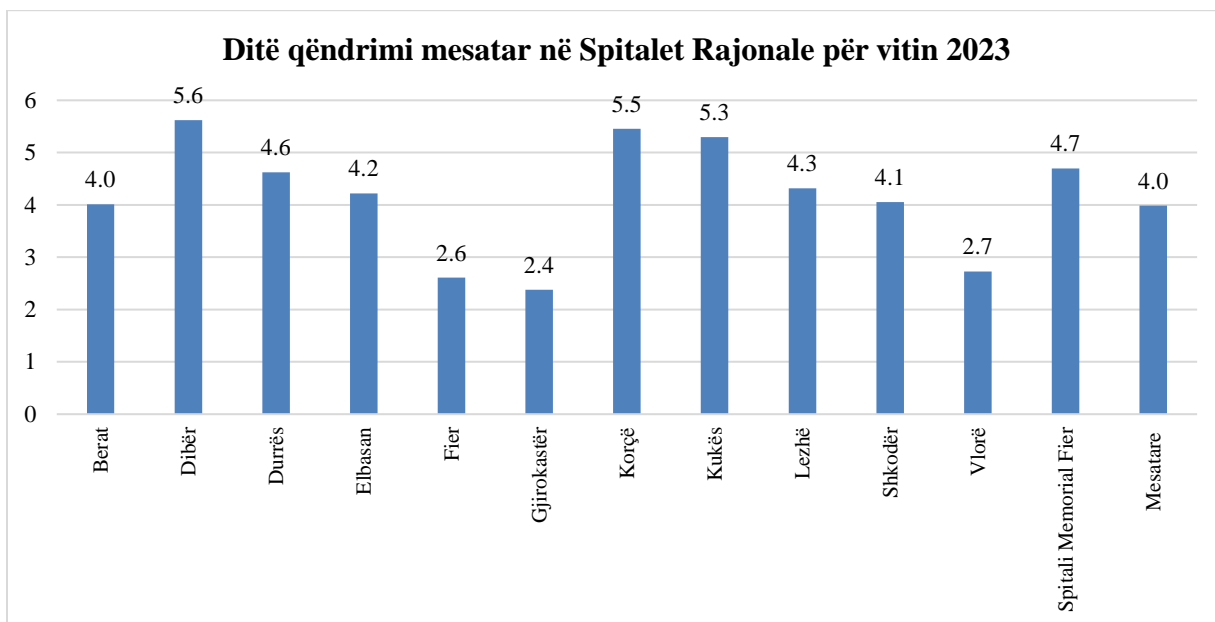


Nga krahasimi me vitin 2022 rezultojnë ulje e ditë qëndrimit mesatar për Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Koço Gliozheni" dhe rritje e ditë qëndrimit mesatar për Spitalin Universitar të Traumës, Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë" dhe Spitalin Universitar "Shefqet Ndroqi".

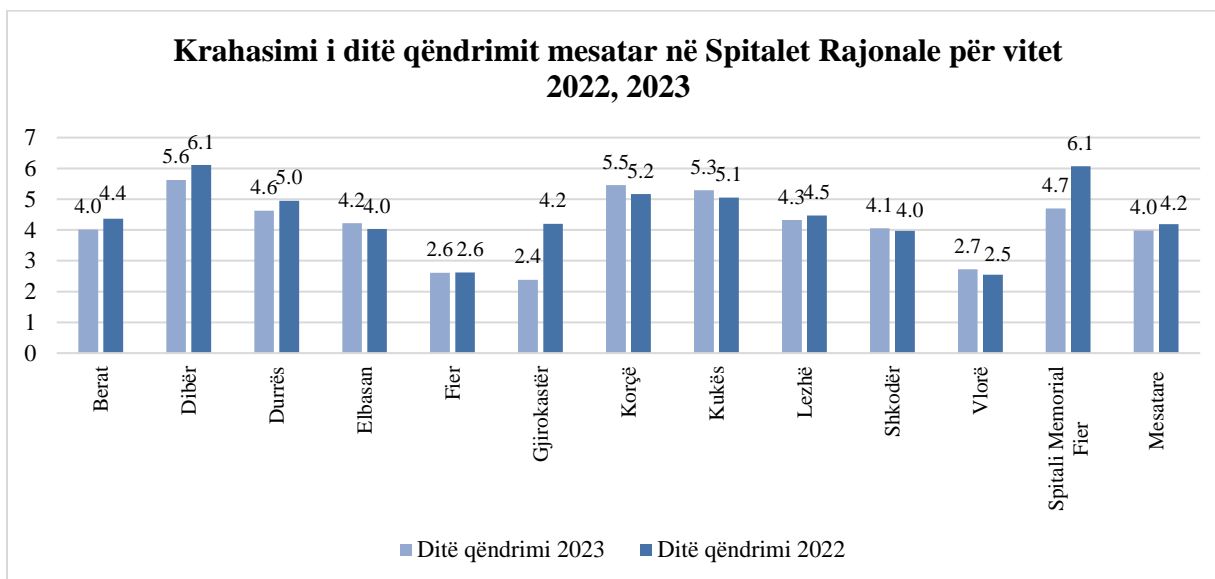
Për spitalet Universitare indikator i ditëqëndrimit mesatar për vitin 2023 ka një mesatare 3.6 ditë.

## Ditë qëndrimi mesatar në Spitalet Rajonale

Ditë qëndrimi mesatar paraqitet në shifra normale në të gjitha spitalet rajonale ku mesatarja është 4.0 ditë. Tregues më të lartë kanë spitalet Dibër, Korçë, Kukës dhe Spitali Memorial Fier.



Krahasimi i ditëqëndrimit mesatar në Spitalet Rajonale për vitet 2022, 2023:



Në pjesën më të madhe të Spitaleve Rajonale vihet re një ulje e këtij indikator për vitin 2023. Për rajonet Berat, Dibër, Durrës, Lezhë, Spitali Memorial Fier dhe Gjirokastrë vihet re një ulje e

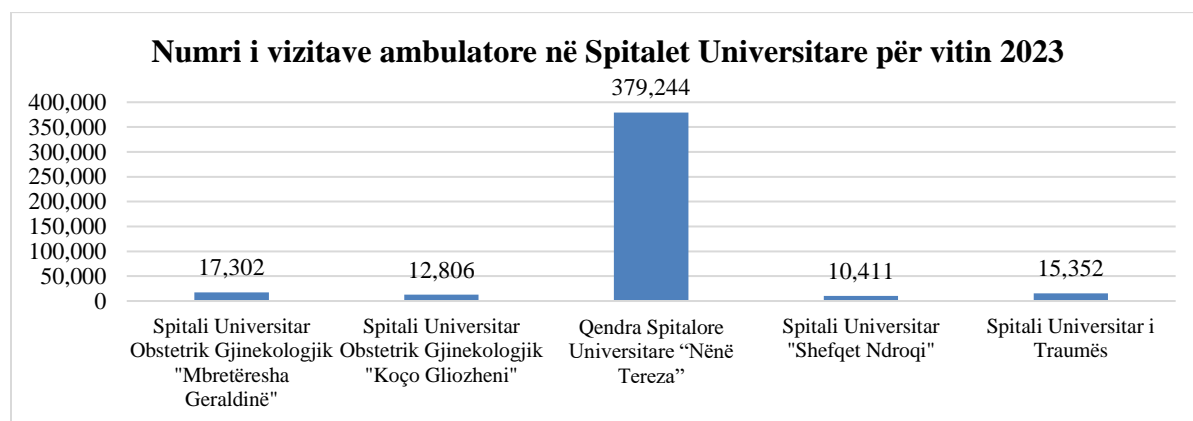
ditë qëndrimit mesatar. Për rajonet Korçë, Kukës, Vlorë dhe Shkodër vërehet një rritje e këtij indikatorit.

## Vizitat ambulatorë

### Vizitat ambulatorë në Spitalet Universitare

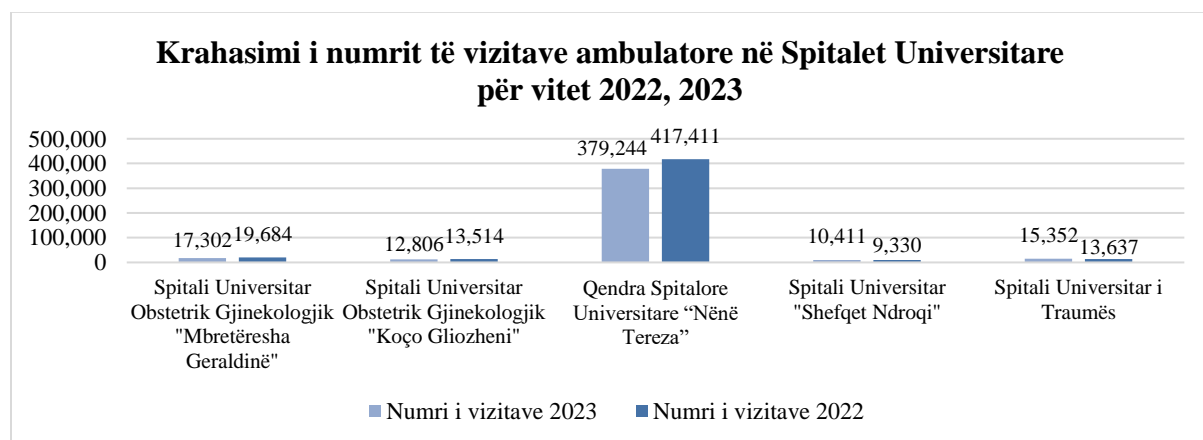
Pacientë të konsultuar për vitin 2023 në Spitalet Universitare janë 435,115. 38,461 pacientë më pak se në vitin 2022.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet numri total i vizitave ambulatorë të specializuara në Spitalet Universitare për vitin 2023



Nga grafiku vihet re se numrin më të lartë të vizitave ambulatorë për vitin 2023 e ka realizuar Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza".

Në grafikun e mëposhtëm jepet krahasimi i numrit total të vizitave ambulatorë të specializuara në Spitalet Universitare për vitet 2022, 2023:

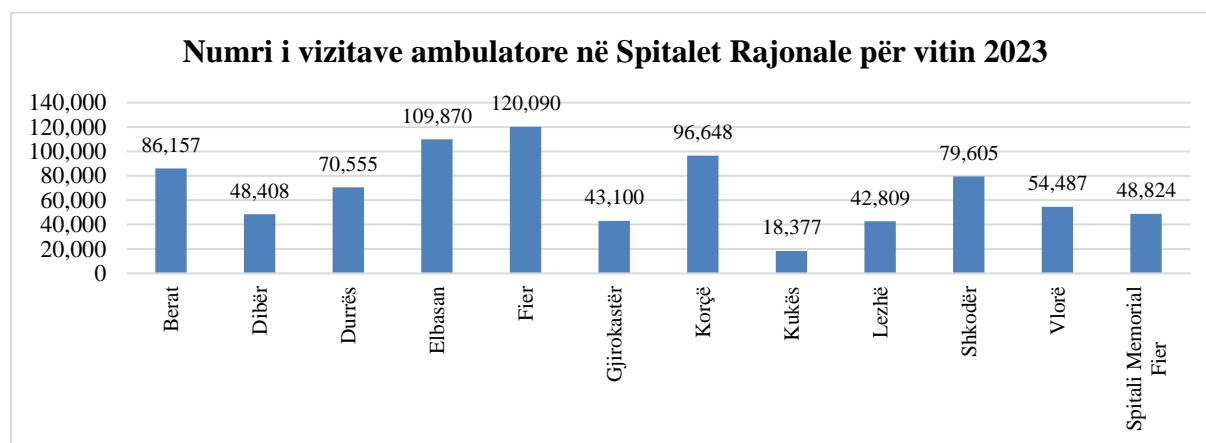


Për vitin 2023 rezulton se kemi një ulje të numrit të vizitave ambulatorë në realizuara në Spitalet Universitare.

### Vizita ambulatorë në Spitalet Rajonale

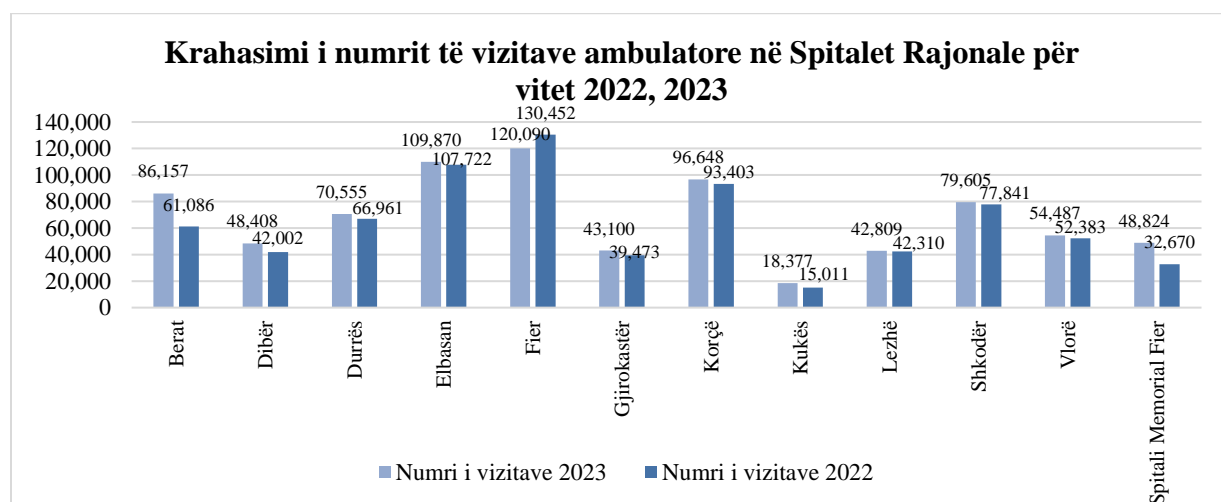
Pacientë të konsultuar për vitin 2023 në Spitalet Rajonale janë 818,930. 57,616 pacientë më shumë se në vitin 2022.

Në grafikun e mëposhtëm jepet numri total i vizitave ambulatorë të specializuara në Spitalet Rajonale për vitin 2023



Nga grafiku vihet re se numrin më të lartë të vizitave ambulatorë për vitin 2023 e kanë Spitalet Rajonale Fier dhe Elbasan.

Në grafikun e mëposhtëm jepet krahasimi i numrit total të vizitave ambulatorë të specializuara në Spitalet Rajonale për vitet 2022, 2023:





Nga grafiku rezulton se për vitin 2023 në Spitalet Rajonale kemi një rritje të numrit të vizitave ambulatorie, ndërsa në Spitalin Rajonal të Fierit kemi një ulje të lehtë të numrit të vizitave.

## Ekzaminimet Laboratorike

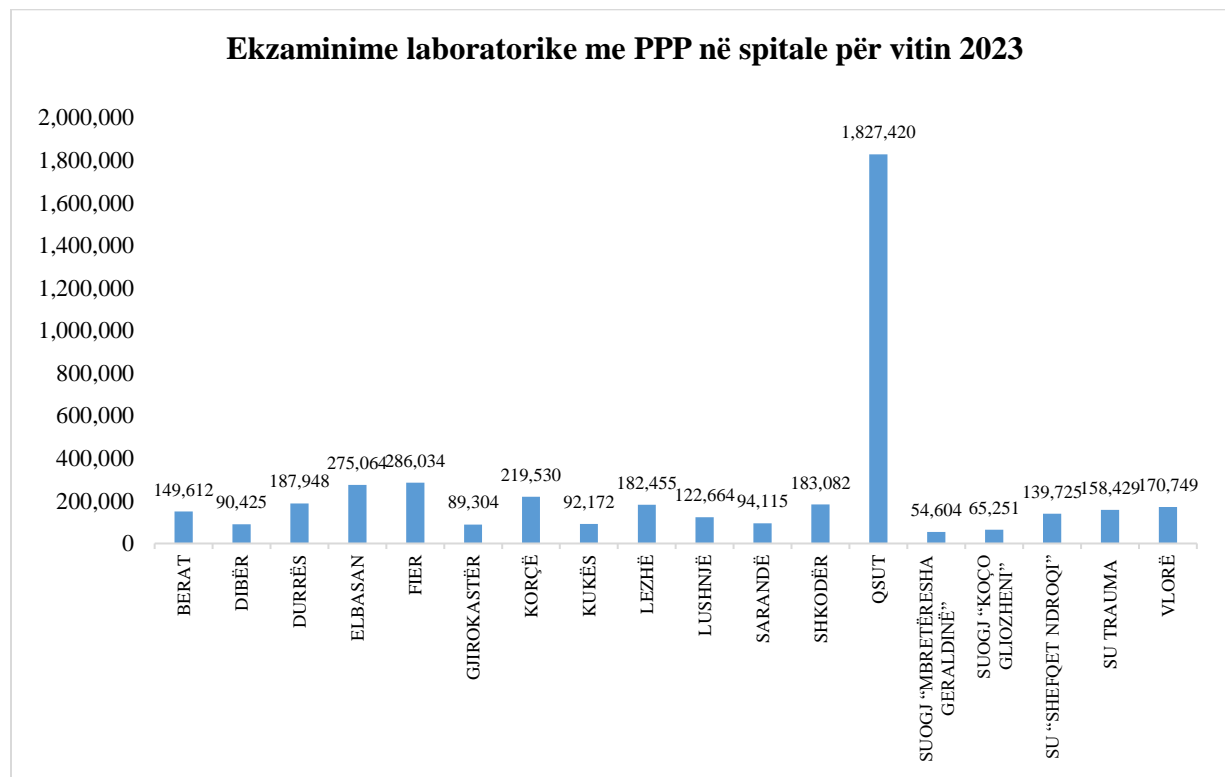
### Ekzaminimet Biokimike-Klinike

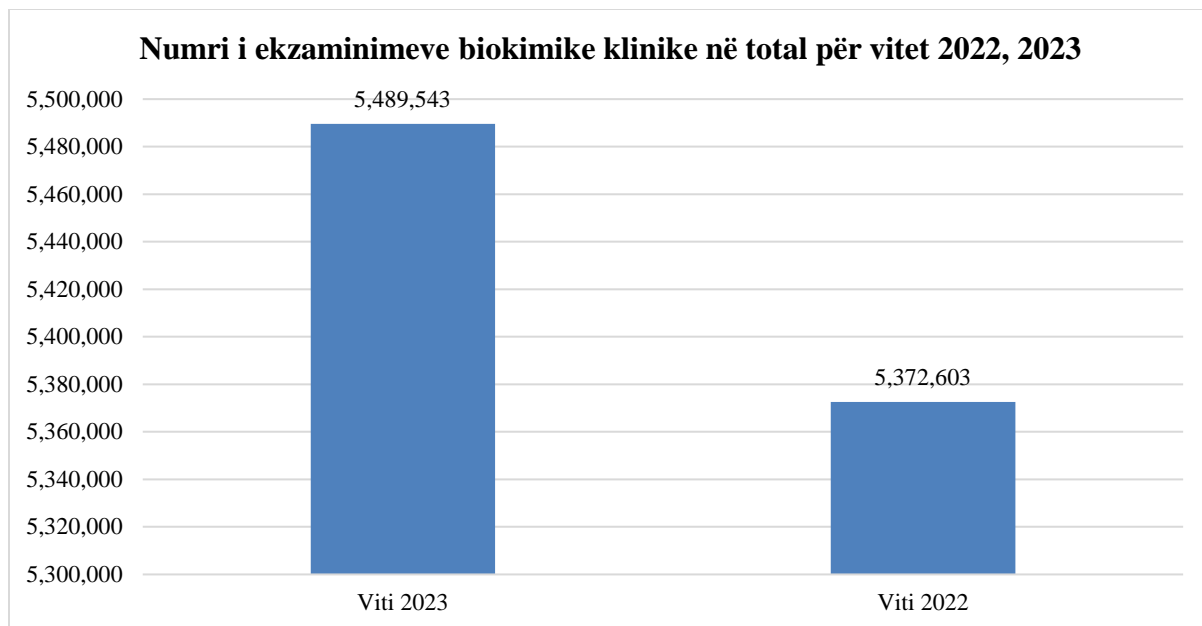
Për vitin 2023 rezulton se në të gjithë spitalet e kontraktuara nga Fondi, janë realizuar 5,489,543 ekzaminime laboratorike. Në këtë numër ekzaminimesh përfshihen ekzaminimet e realizuara nga shërbimi i laboratorit në spitale dhe shërbimi i konçesionarit të laboratorëve me PPP në spitalet e caktuara.

Në Spitalet Universitare janë realizuar 2,245,429 ekzaminime, në Spitalet Rajonale janë realizuar 2,094,747 ekzaminime, ndërsa Spitalet Bashkiake janë realizuar 1,149,367 ekzaminime laboratorike.

Nga numri total i ekzaminimeve nga shërbimi i konçensionarit të laboratorit në 18 spitale sipas kontratës “Për ofrimin e shërbimit laboratorik të spitaleve universitare, rajonale dhe atyre bashkiake të Sarandës dhe Lushnjës” për vitin 2023 janë realizuar 4,388,583 ekzaminime.

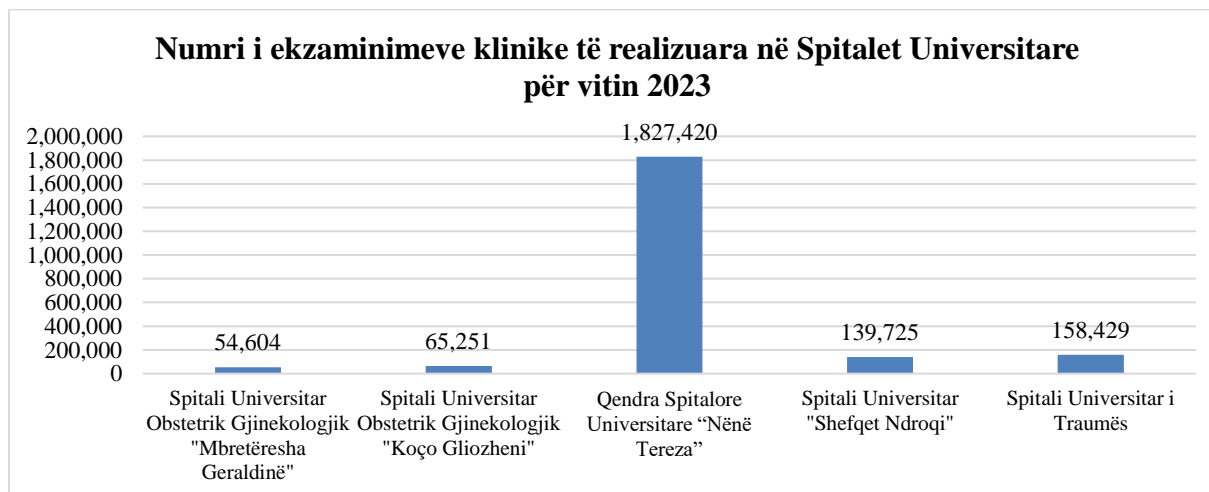
### Ekzaminime Laboratorike me PPP për vitin 2023





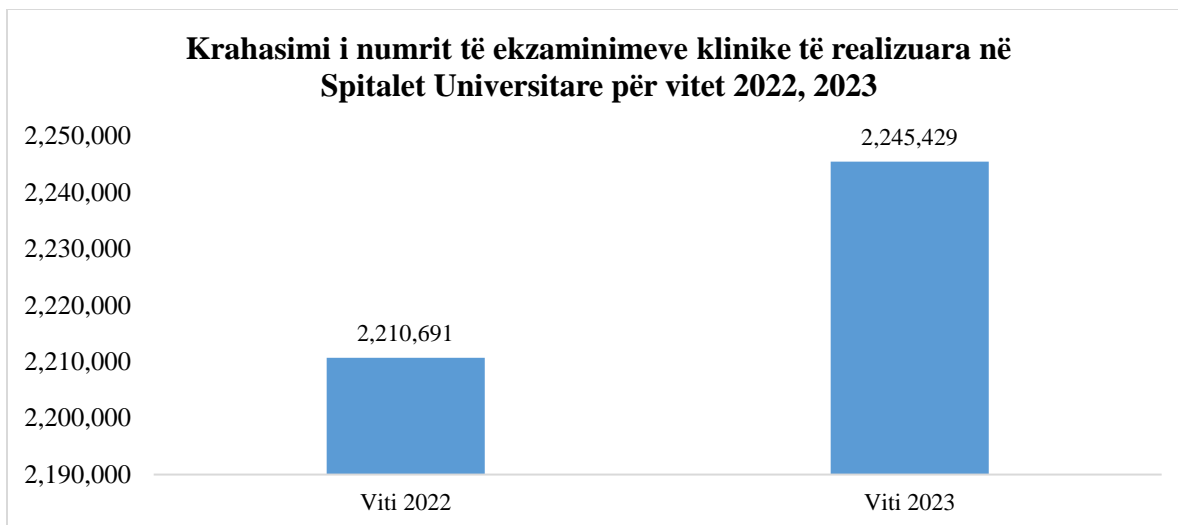
### Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Universitare

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara në Spitalet Universitare për vitin 2023



Nga grafiku vihet re se Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" ka numrin më të lartë të ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara për vitin 2023.

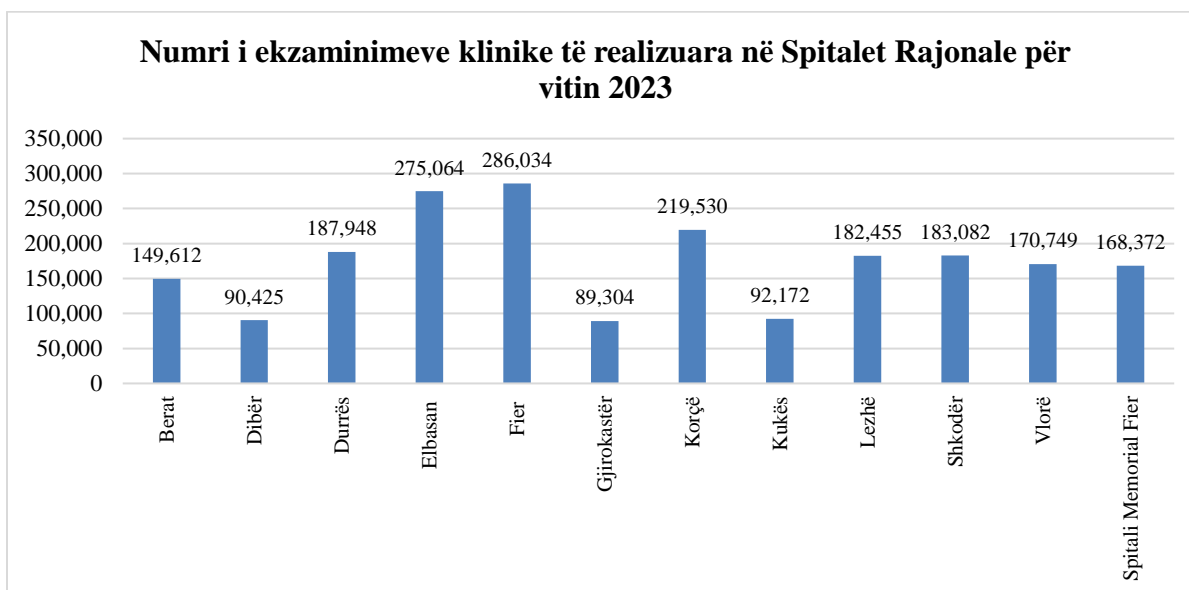
Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara në total në Spitalet Universitare për vitet 2022, 2023:



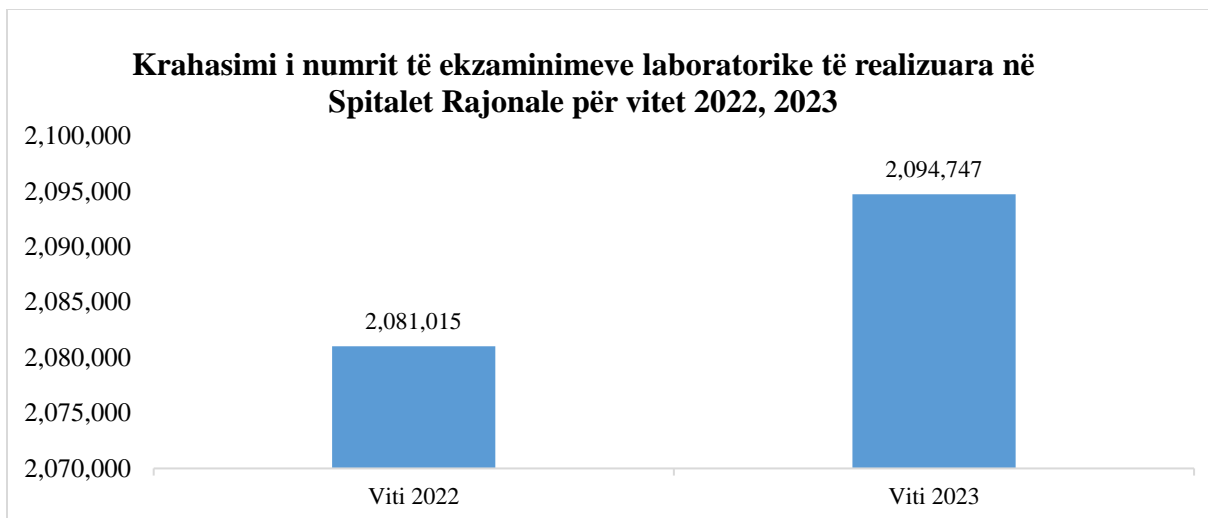
Nga grafiku krahasues për vitet 2022, 2023 vihet re se për vitin 2023 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve klinike të realizuara në total në Spitalet Universitare me 34,738 ekzaminime më shumë.

### Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Rajonale

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara në total në Spitalet Rajonale për vitin 2023:



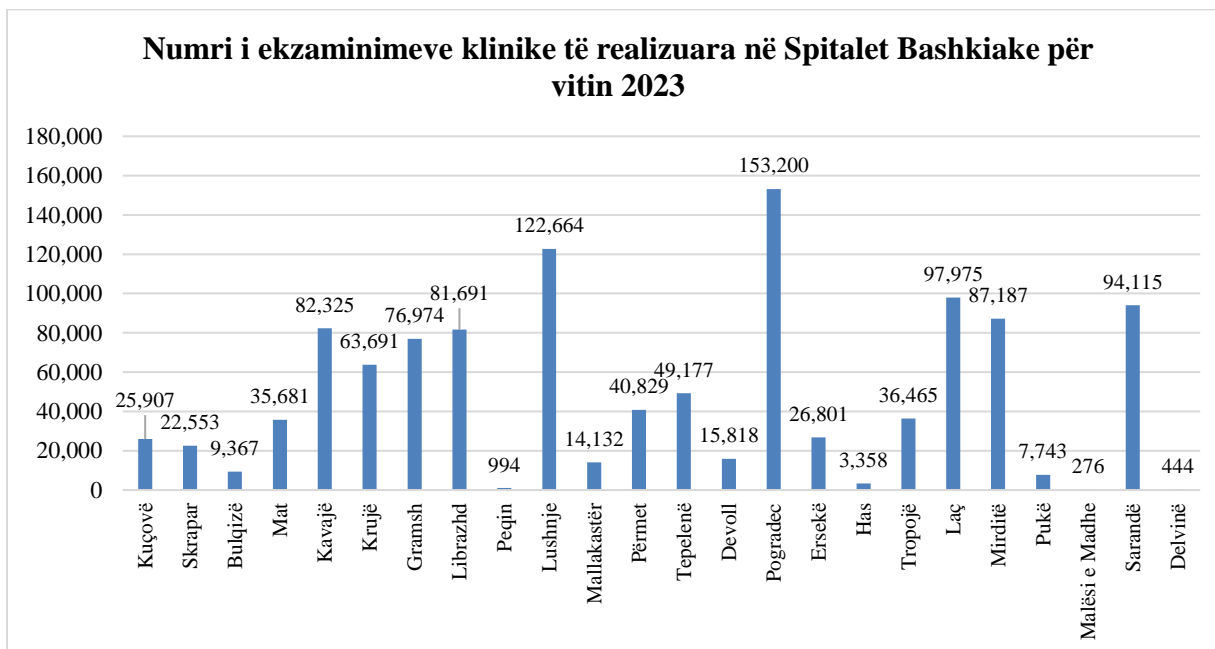
Nga grafiku vihet re se me numrin më të lartë të ekzaminimeve klinike të realizuara janë Spitalet Rajonale Fier, Elbasan dhe Korçë.



Nga grafiku vihet re se për vitin 2023 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve laboratorike të realizuara në total në Spitalet Rajonale.

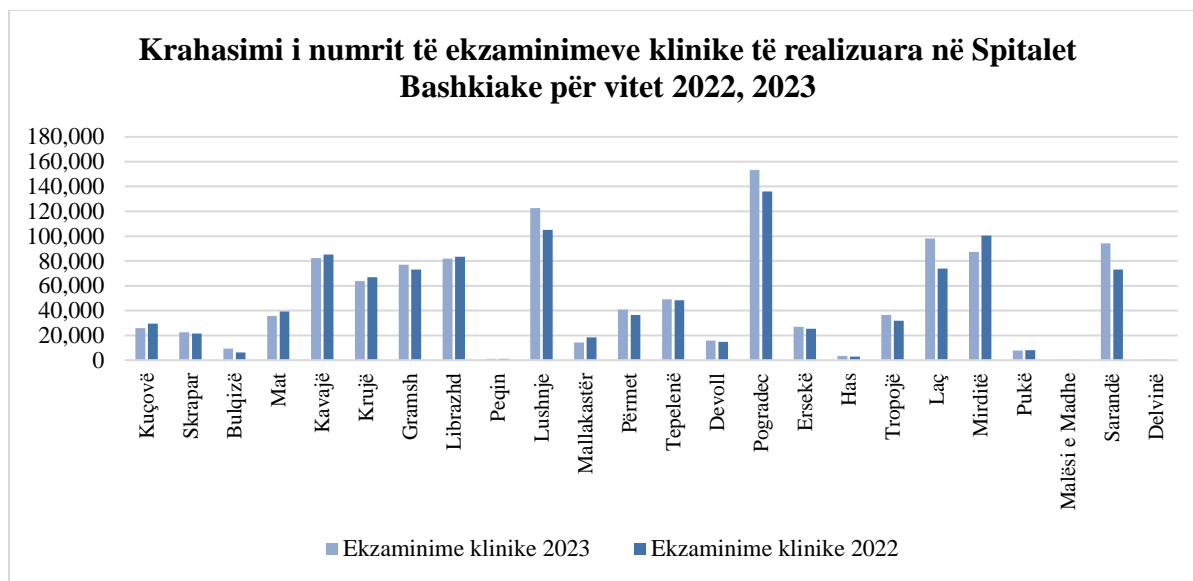
### Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Bashkiake

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara në Spitalet Bashkiake për vitin 2023



Nga grafiku vihet re se numrin më të lartë të ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara e kanë spitalet Pogradec, Lushnje, Sarandë, Laç, Librazhd, Kavajë, Mirditë, etj.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të realizuara në total në Spitalet Bashkiake për vitet 2022, 2023:

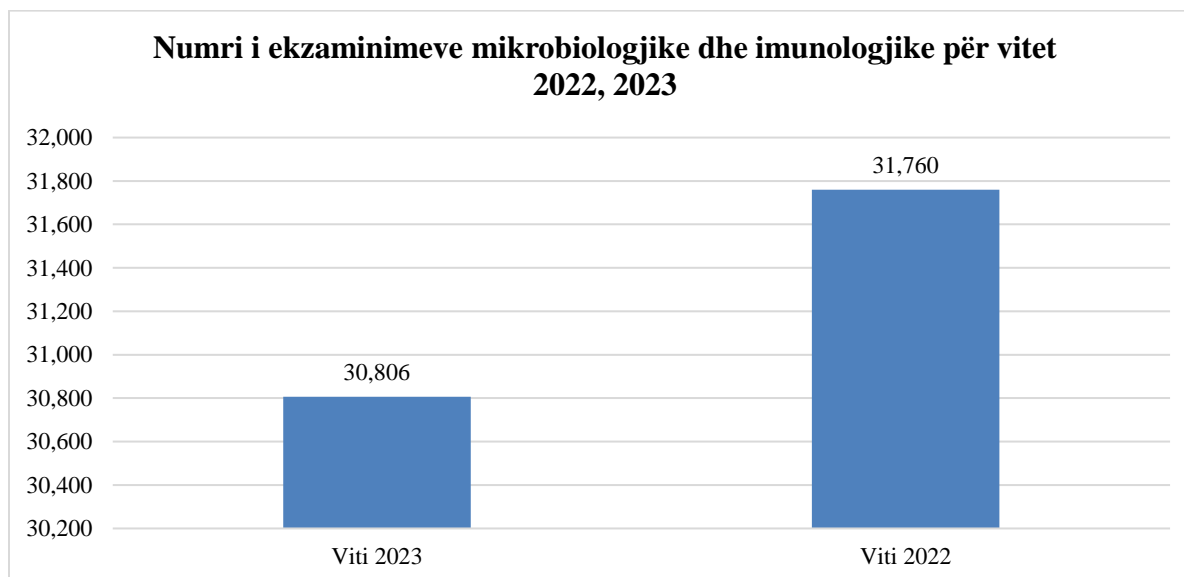


Nga grafiku krahasues për vitet 2022, 2023 vihet re se për vitin 2023 kemi rritje të numrit të ekzaminimeve klinike të realizuara në Spitalet Bashkiake.

### Ekzaminimet mikrobiologjike dhe imunologjike

Për vitin 2023 janë kryer në total 30,806 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve të kryera në spitale për vitet 2022, 2023:



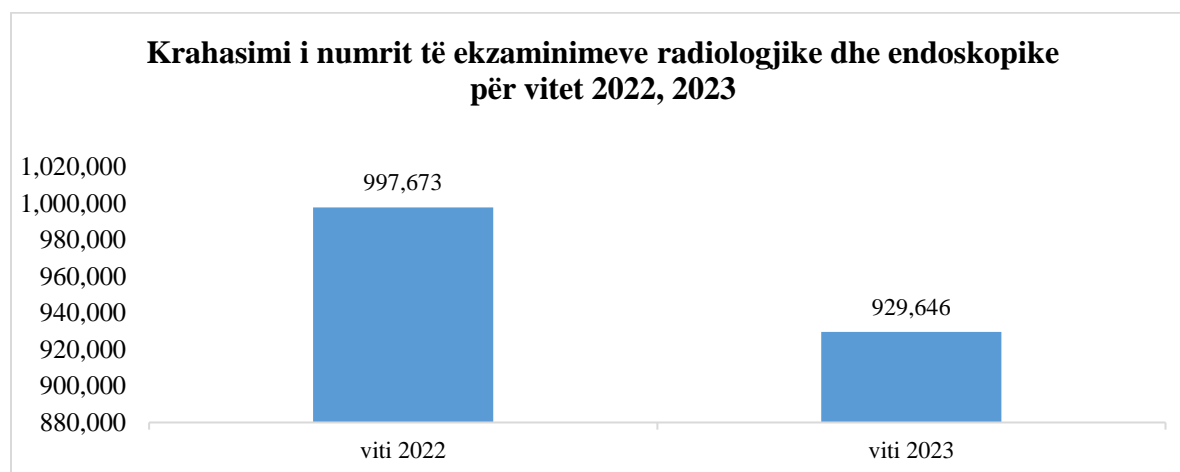
Nga grafiku vihet re se për vitin 2023 numri i ekzaminimeve mikrobiologjike dhe imunologjike të kryera në spitale është më i ulur krahasur me vitin 2022.

### **Ekzaminimet radiologjike dhe endoskopike**

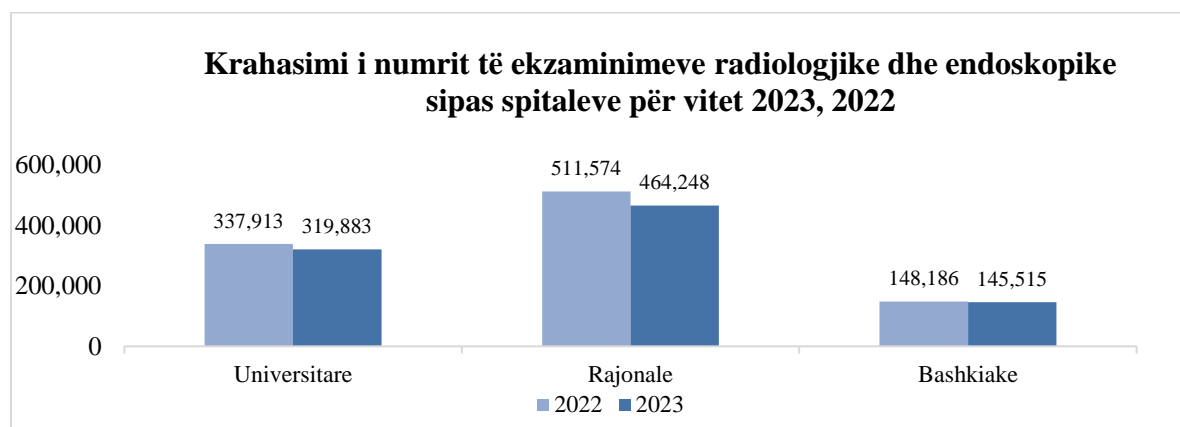
Ekzaminime radiologjike dhe endoskopike të realizuara për vitin 2023, për Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake janë raportuar në total 929,646 ekzaminime.

Nga krahasimi me vitin 2022 rezulton se janë realizuar 68,027 ekzaminime më pak gjatë vitit 2023.

Më poshtë gjeni paraqitjen grafike për periudhën Janar - Dhjetor 2022 dhe Janar - Dhjetor 2023, për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.



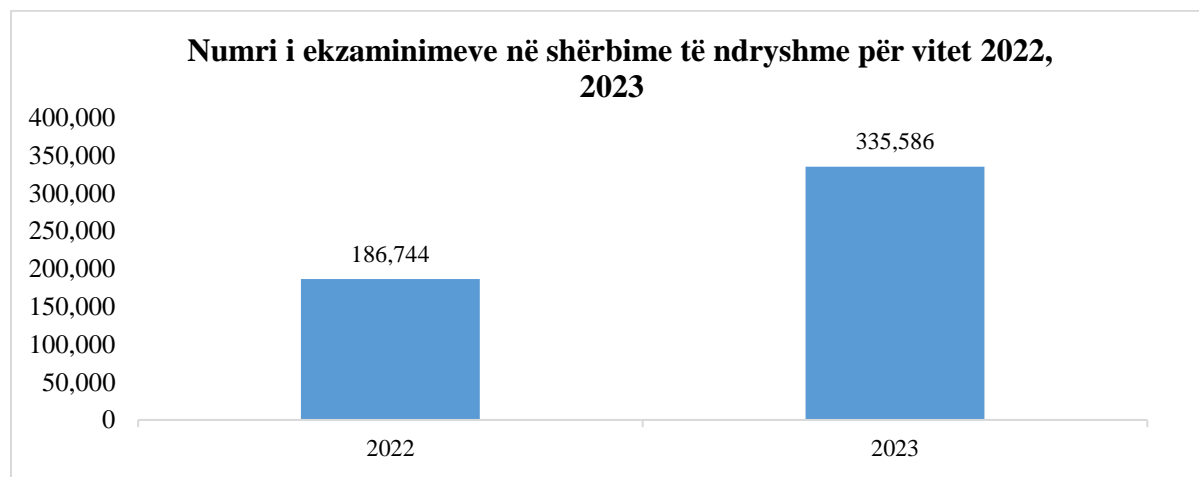
Më poshtë gjendet paraqitja grafike për vitet 2022, 2023 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.



## Ekzaminime në shërbime të ndryshme

Në lidhje me numrin e ekzaminimeve në shërbime të ndryshme, për periudhën vitin 2023, janë realizuar në total 335,586 ekzaminime.

Më poshtë gjendet paraqitja grafike për vitet 2022, 2023:



### 7.4 Paketat shëndetësore

Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara dhe të financuara nga Fondi bëhet në zbatim të Vendimit Nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, i ndryshuar. Gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2023 institucionet shëndetësore publike, private dhe shoqëria konçesionare të kontraktuara nga Fondi kanë ofruar shërbimet për ofrimin e paketave shëndetësore pacientëve.

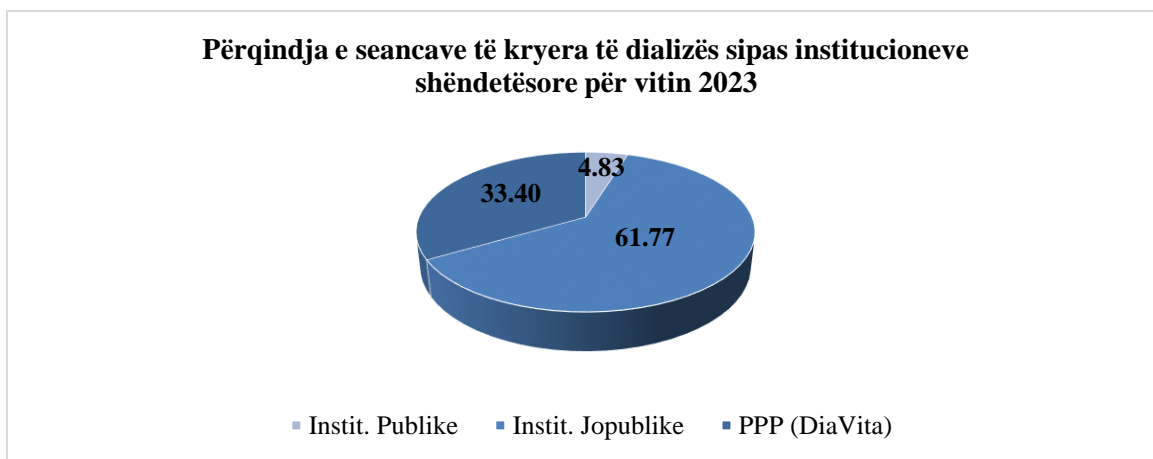
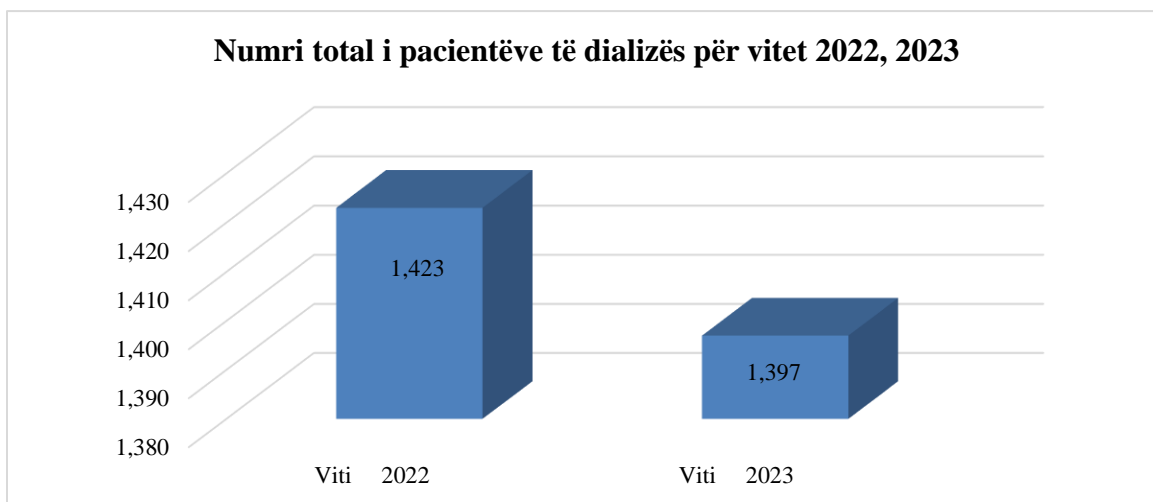
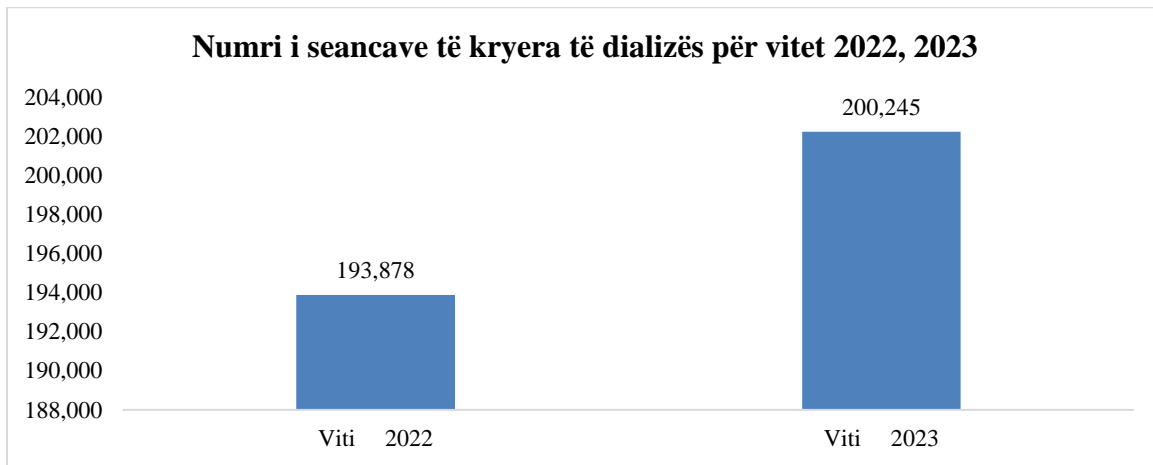
#### Paketa e Dializës

Shërbimi i paketës së dializës është ofruar nga 1 spital publik, 8 institucione shëndetësore jopublike dhe 1 PPP (Shoqëria Tregtare DiaVita Sh.p.k).

Numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe jopublike në muajin Dhjetor 2023 është 1397 pacientë, nga të cilët 829 pacientë në spitalet jopublike, ose 59.3%, 105 pacientë në spitalet publike, ose 7.6% dhe 463 pacientë, ose 33.1% në 5 qendrat e dializës të Shoqërisë Tregtare “Dia Vita” Sh.p.k, (PPP).

Në vitin 2023 nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara nga Fondi për ofrimin e shërbimit të hemodializës u kryen 200,245 seanca hemodialize në total, nga të cilat

9,669 seanca nga institucionet shëndetësore publike, 123,692 seanca nga institucionet shëndetësore jopublike dhe 66,884 seanca dialize nga kontrata me PPP (konçesionari “DiaVita” Sh.p.k.).





## Paketat e Kardiologjisë

Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiologjisë është mbuluar nga:

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, e cila ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” Tiranë, Spitali Rajonal “Memorial” Fier dhe Spitali Rajonal Shkodër.

Në paketën e kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

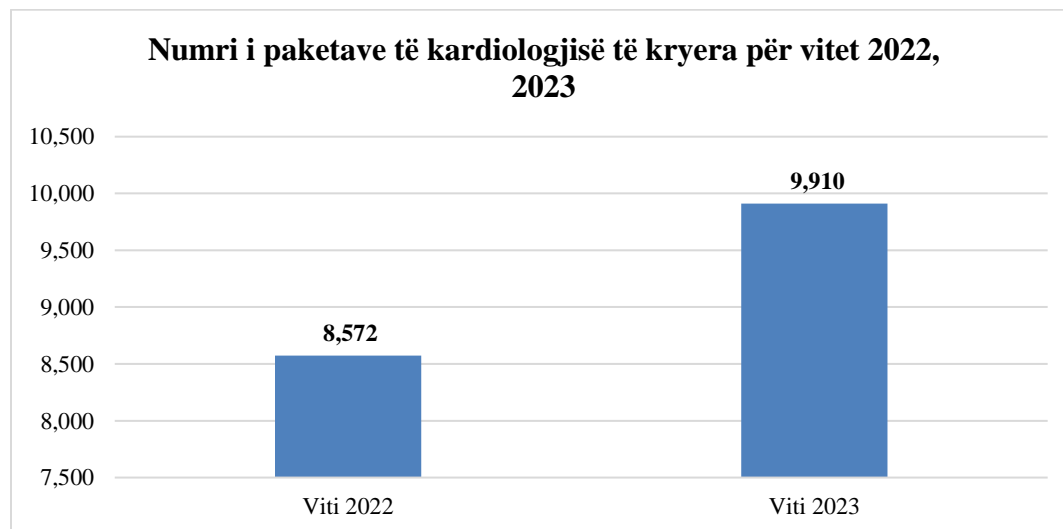
- Pacemaker definitiv
- Angiografi koronare
- Angioplastikë koronare (PCA)
- Angiografi + Angioplastikë

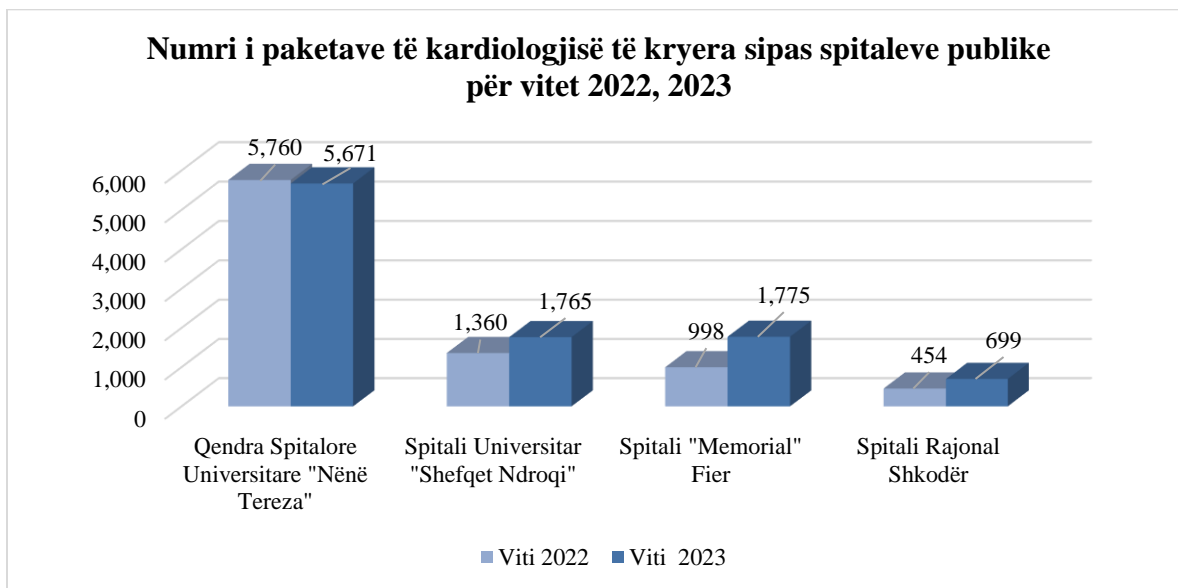
Theksojmë se edhe gjatë vitit 2023 shërbimi i kardiologjisë në QSUT për procedurat e mësipërme, është ofruar në 24 orë, duke përmirësuar shërbimin shëndetësor për pacientët.

Për vitin 2023 janë kryer në total 9,910 procedura të kardiologjisë, të cilat janë kryer të gjitha në spitalet publike. Të gjitha nevojat janë mbuluar 100 % nga spitalet publike.

Paketat shëndetësore të kardiologjisë të realizuara sipas paketave shëndetësore për periudhën Janar-Dhjetor 2023 janë:

a-Pacemaker definitiv	574 paketa
b-Angiografi koronare	5,530 paketa
c-Angioplastikë koronare	242 paketa
d-Angiografi + Angioplastikë	3,564 paketa





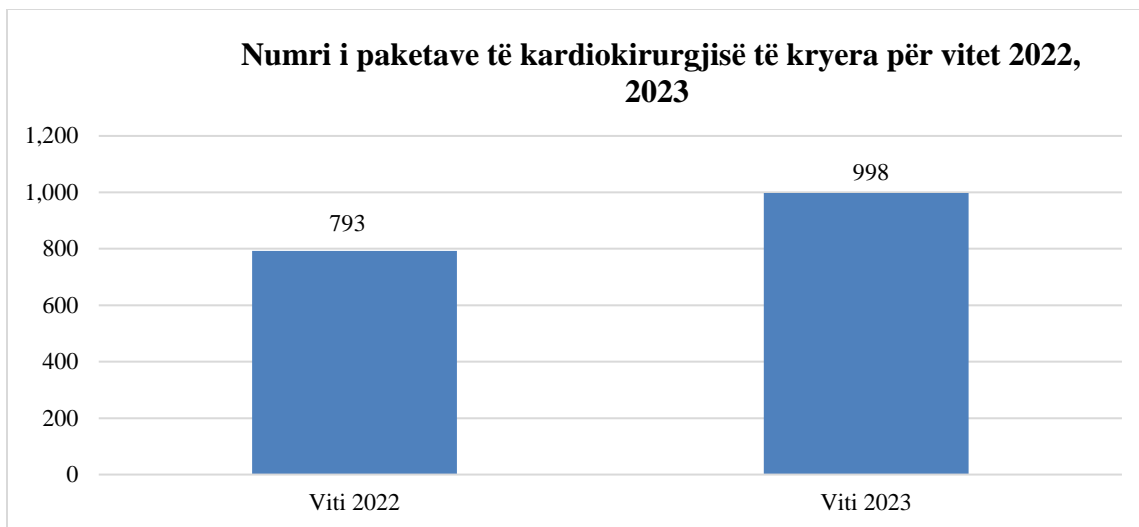
### **Paketa e Kardiokirurgjisë**

Shërbimi për paketën shëndetësore të kardiokirurgjisë për vitin 2023, është mbuluar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Në paketën e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- 1 By pass aorto koronar
  - 1.1. By Pass + Plastikë e Valvulës
  - 1.2. By Pass + Zëvendësim me Valvul Mekanike
  - 1.3. By Pass + Zëvendësim me Valvul Biologjike
2. Valvular
  - 2.1. Mono Valvular me Protezë Mekanike
  - 2.2. Mono Valvular me Protezë Biologjike
  - 2.3. BI Valvular me Protezë Mekanike
  - 2.4. BI Valvular me Protezë Biologjike
3. Interventi Kongenital

Për periudhën Janar - Dhjetor 2023, janë kryer 998 procedura mjekësore, të cilat janë kryer të gjitha në institucionet shëndetësore publike. 650 procedura janë kryer në Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe 348 procedura janë kryer në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”.



### **Paketa e Transplantit Renal të Veshkës dhe Paketa e Terapisë së Flakjes Akute**

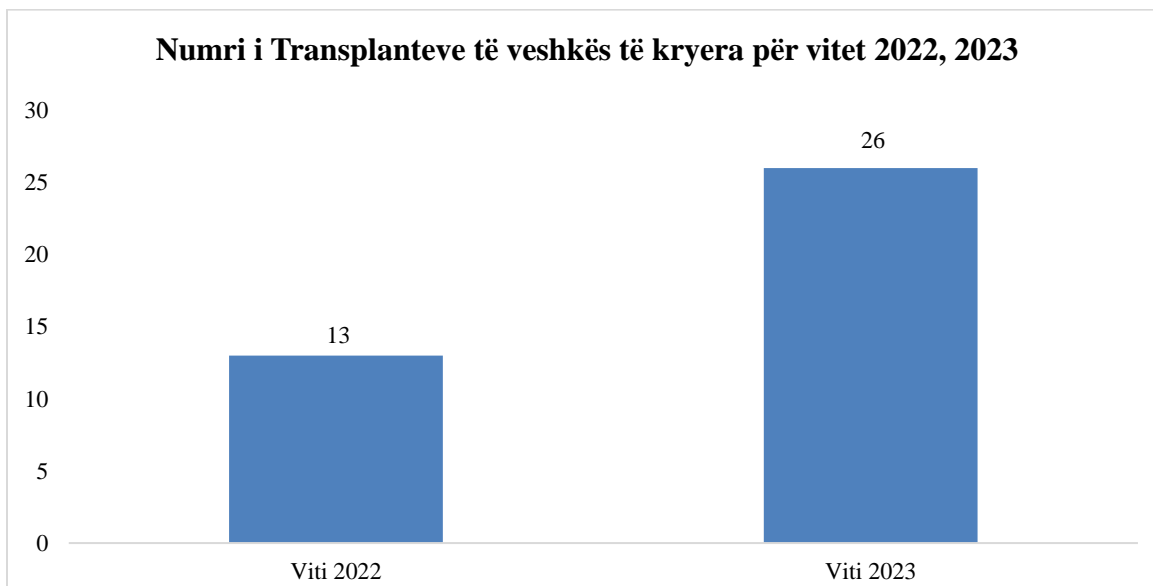
Paketa e Transplantit Renal të Veshkës dhe Paketa e Terapisë së Flakjes Akute është mbuluar nga institucionet shëndetësore jopublike të kontraktuara me Fondin.

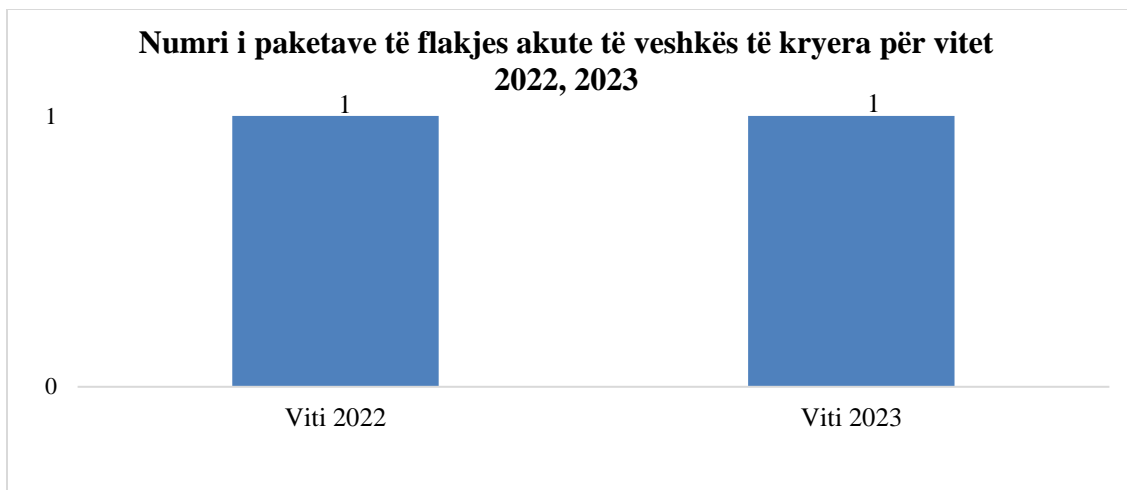
Për periudhën Janar – Dhjetor 2023, janë kryer gjithsej 26 transplante dhe 1 procedurë terapi e flakjes akute të veshkës nga të cilat:

13 transplante renale dhe 1 terapi e flakjes akute janë kryer në spitalin jopublik “Amerikan”

13 transplante renale janë kryer në spitalin jopublik “Hygeia”.

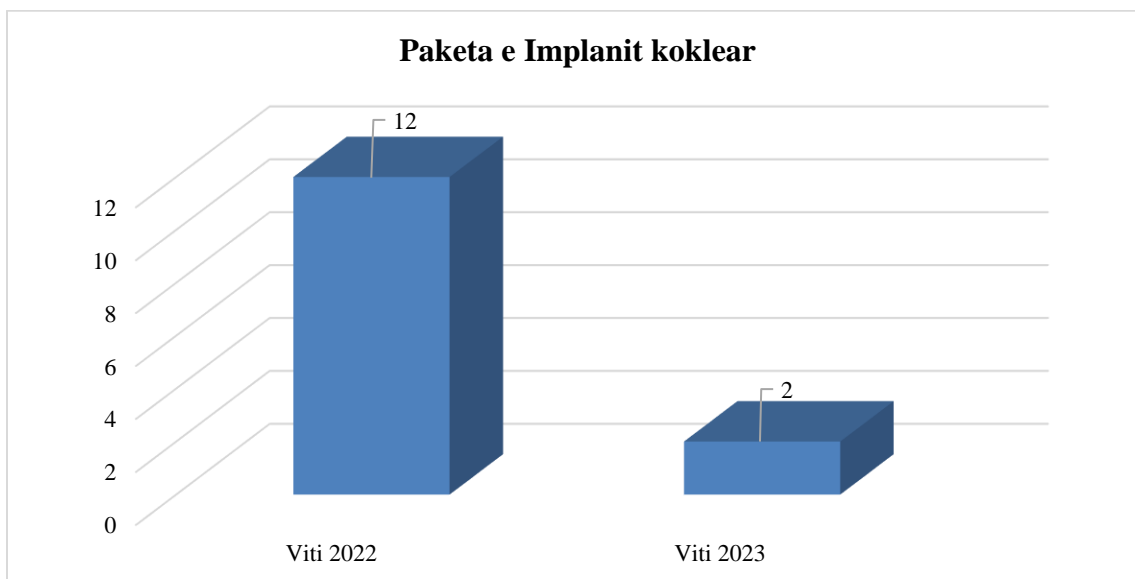
Në spitalet universitare publike nuk ofrohet ende paketa e transplantit të veshkës dhe terapisë së flakjes akute.





### **Paketa e Implantit Koklear**

Fondi gjatë vitit 2023 lidhi kontratë me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2023, janë realizuar 2 paketa të implantit koklear në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.

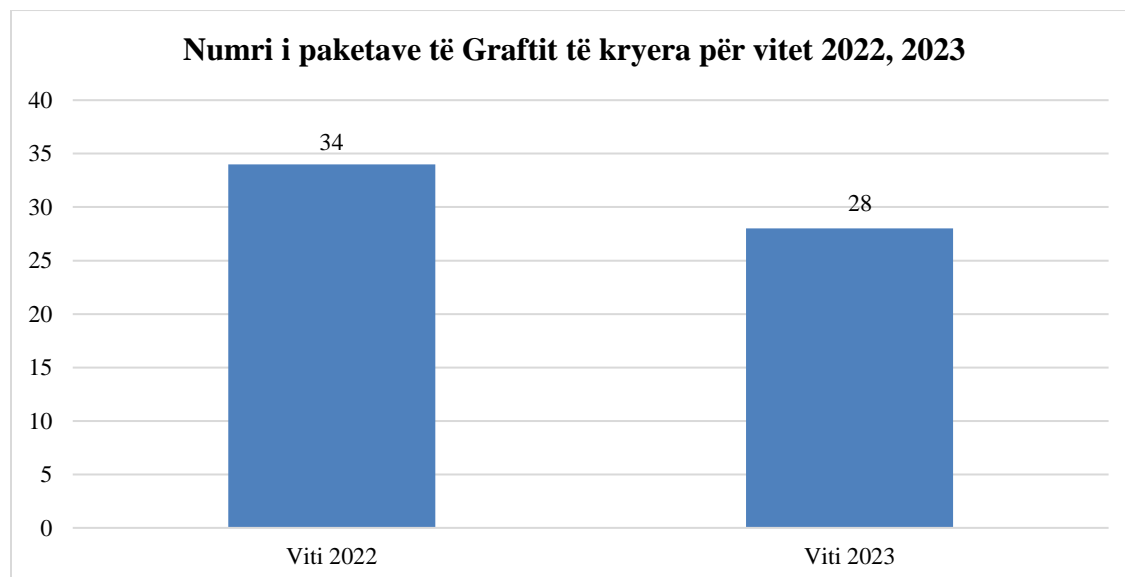
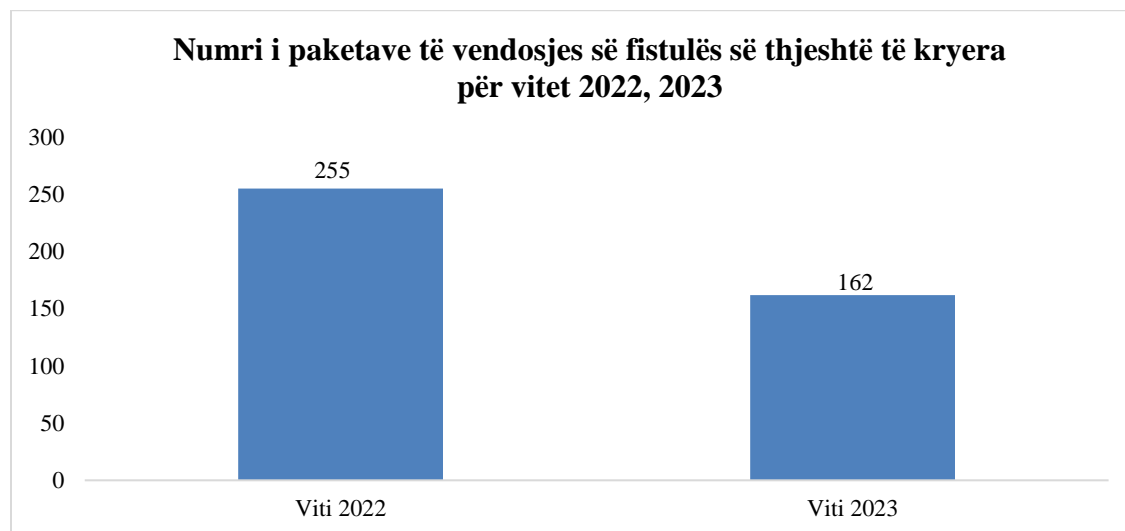


### **Paketa e vendosjes së Fistulës dhe Graftit**

Në vitin 2023 Fondi lidhi kontratë me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, me spitalin jopublik “Amerikan 1” dhe spitalin jopublik “Hygeia”, që e ofrojnë këtë shërbim duke plotësuar nevojat e pacientëve.

Gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2023 janë realizuar në total 162 vendosje fistule, nga të cilat në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë 104 vendosje fistule, në spitalin jopublik “Amerikan” 33 vendosje fistule dhe në spitalin jopublik “Hygeia” 25 vendosje fistule.

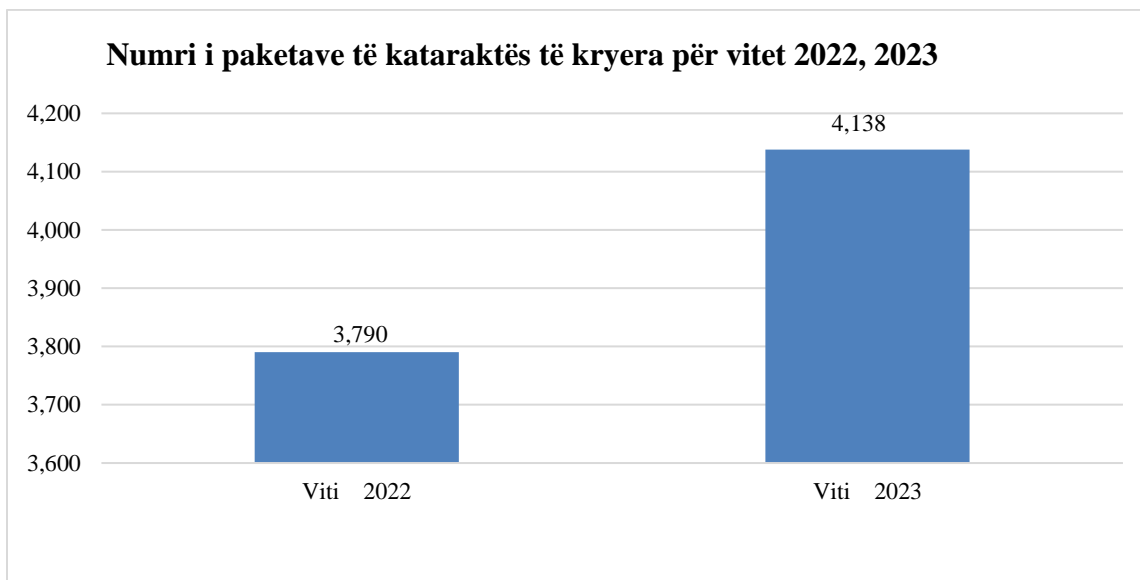
Gjithashtu janë realizuar në total 28 grafte, nga të cilat 12 grafte në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, 10 grafte në spitalin jopublik “Amerikan” dhe 6 grafte në spitalin jopublik “Hygeia”.



### **Paketa e Kataraktës**

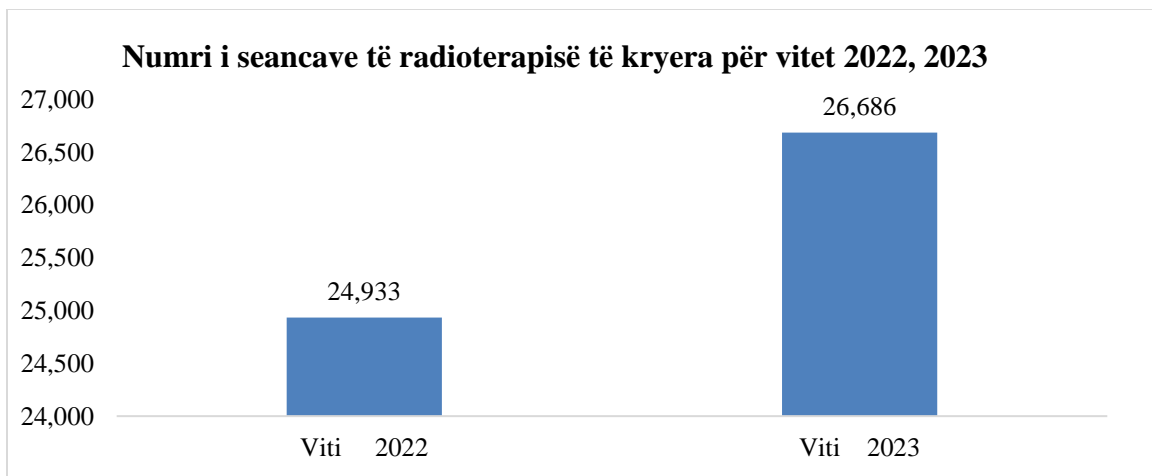
Paketa e Kataraktës është ofruar nga spitalet publike të kontraktuar nga Fondi si Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, Spitali Universitar i Traumës dhe spitalet rajonale Fier, Vlorë dhe Durrës.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2023, janë trajtuar në total 4,138 pacientë me paketën e kataraktës, nga te cilët në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë 3,132 raste, në spitalin rajonal Fier 232 raste, në spitalin rajonal Vlorë 290 raste, në spitalin rajonal Durrës 320 raste dhe në Spitalin Universitar të Traumës 164 raste. Në krahasim me vitin 2022 kemi një rritje të numrit të nderhyrjeve të kataraktës me 9 %.



### **Paketa e Radioterapisë, Trajtimi me akselerator linear**

Paketa e radioterapisë, trajtimi me akselerator linear është ofruar vetëm nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Në periudhën Janar- Dhjetor 2023, janë realizuar gjithsej 26,686 seanca radioterapie sipas llojit të paketave. Këto paketa shëndetësore ofrohen nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.



## 7.5 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikale

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

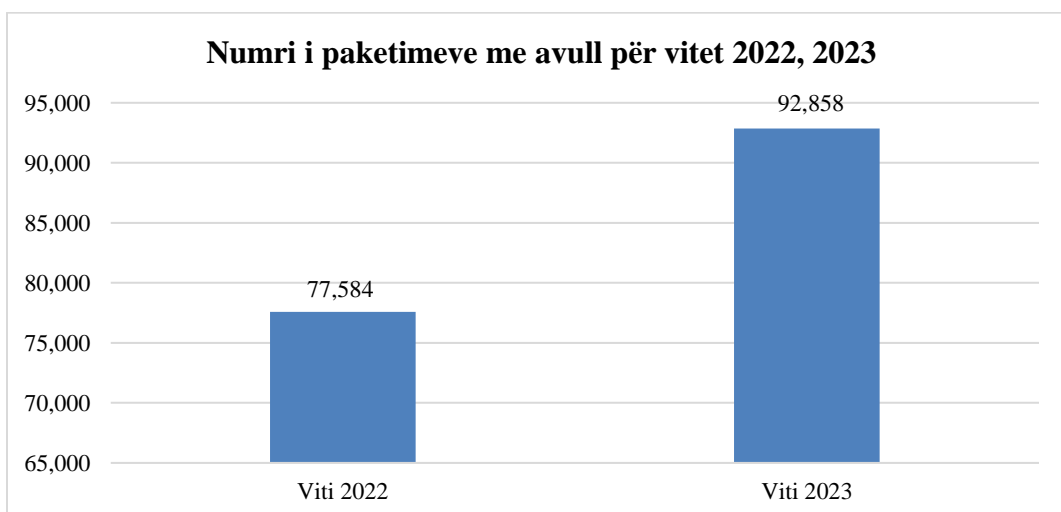
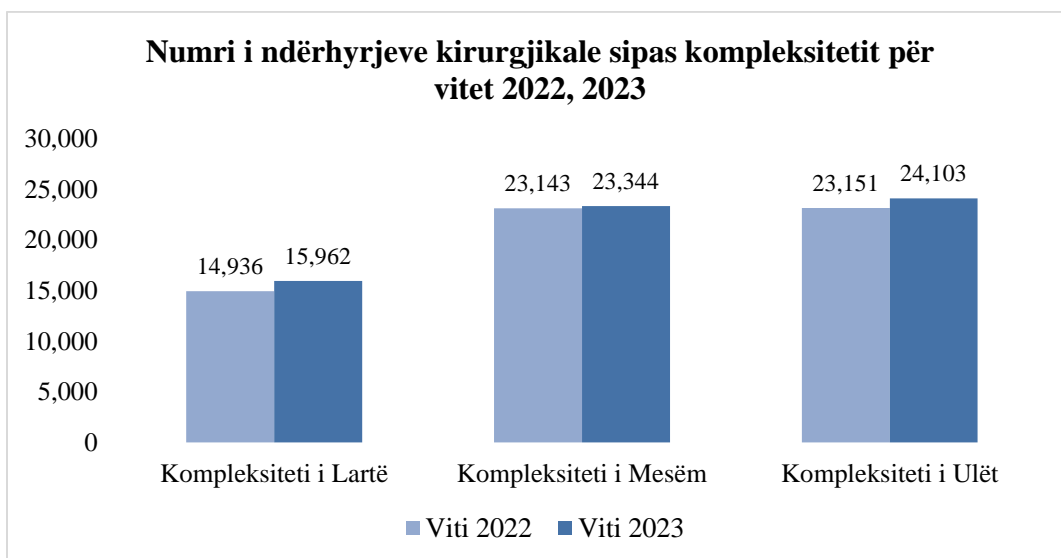
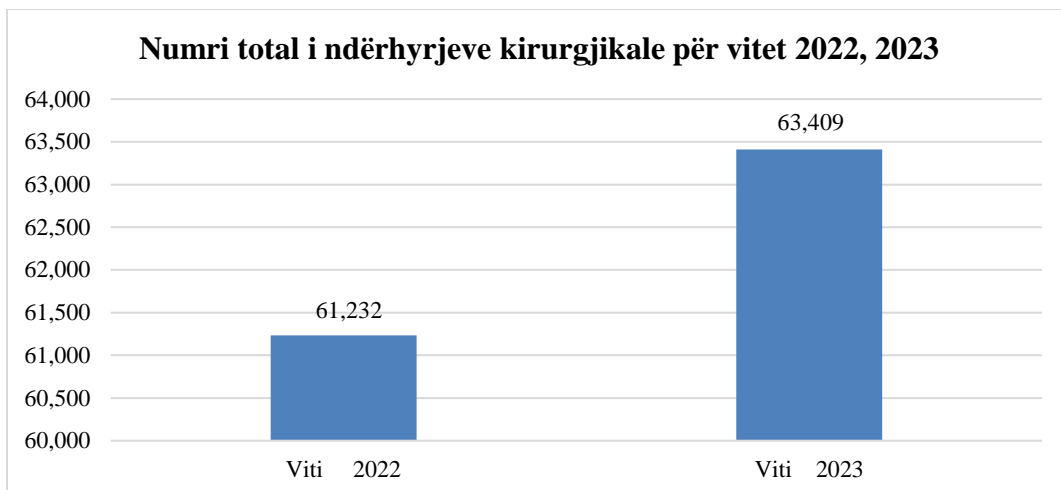
Në periudhën Janar – Dhjetor 2023 ka ofruar shërbimin në 29 spitale publike (5 Spitale Universitare në Tiranë, 11 Spitale Rajonale dhe 13 Spitale Bashkiake).

Gjatë periudhës Janar – Dhjetor 2023 është ofruar shërbimi për 63,409 ndërhyrje kirurgjikale në total, nga 63,608 ndërhyrje kirurgjikale që është projekcioni 12 mujor. Realizimi i planit të ndërhyrjeve kirurgjikale për periudhën Janar – Dhjetor 2023 është 99.68 %.

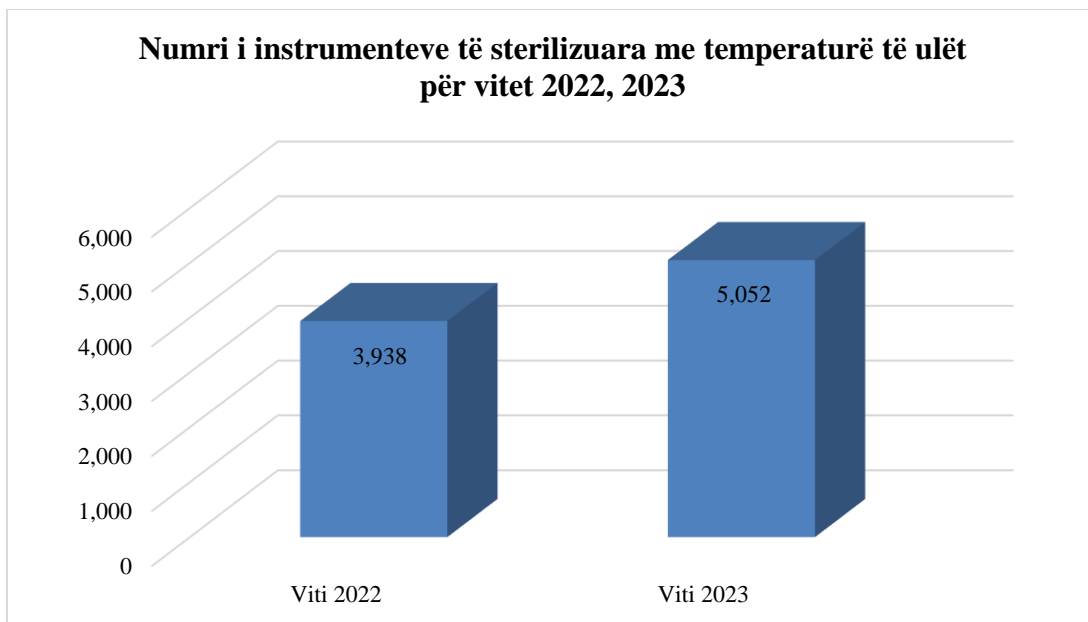
Në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” në vitin 2023 është zgjeruar gama e procedurave të ndërhyrjeve kardiokirurgjikale nga Shërbimi Universitar i Kardiokirurgjisë. Në vitin 2023 janë kryer një numër më i lartë i operacioneve kardiokirurgjikale krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit të kaluar, faktorë që kanë ndikuar në përdorimin e më shumë seteve kirurgjikale në këtë spital.

Ndërhyrjet kirurgjikale sipas kompleksitetit të ndërhyrjeve rezultojnë:

1- Kompleksitet i lartë	15,962 ndërhyrje kirurgjikale
2- Kompleksitet i mesëm	23,344 ndërhyrje kirurgjikale
3- Kompleksitet i ulët	24,103 ndërhyrje kirurgjikale
<hr/>	
Totali (1+2+3)	63,409
4- Paketime me avull e me temp. të ulët	92,858
5- Sterilizimi me temperaturë të ulët	5,052
<hr/>	
Totali (1+2+3+4+5)	161,319 ndërhyrje kirurgjikale, paketime me avull & sterilizim me temperaturë të ulët.







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

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

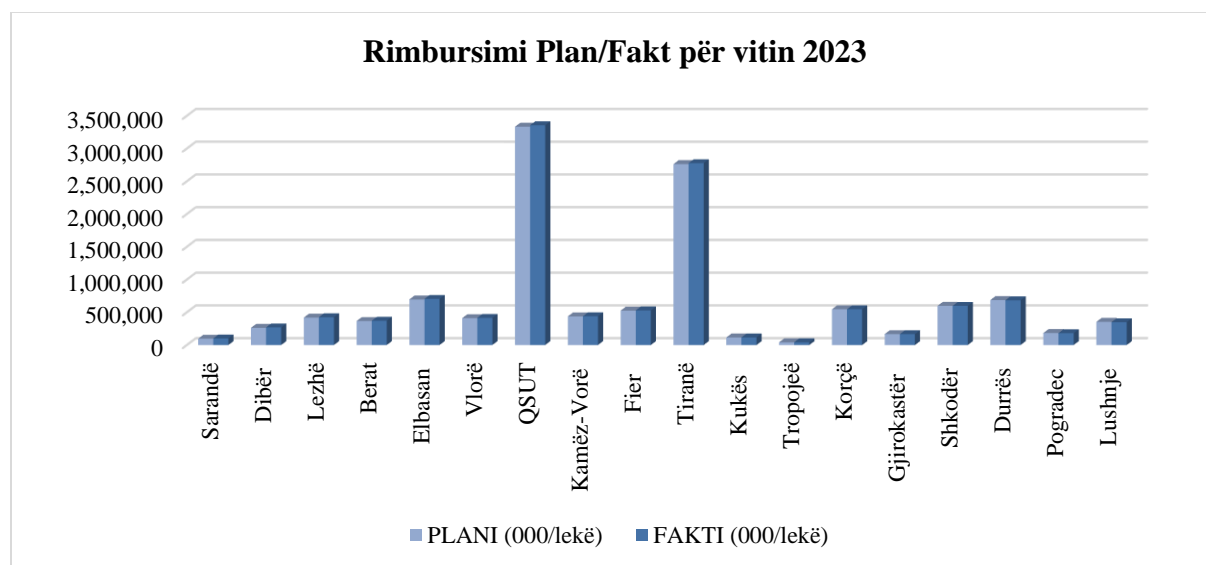
Mbi bazën e kontratave të Fondit me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas Listës së Barnave të Rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive të caktuara me Vendim të Këshillit të Ministrave. Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 489, datë 30.07.2021, u miratua dhe hyri në fuqi Lista e Barnave të Rimbursuara (LBR 2021).

Lista e barnave që filloi efektet e saj në Gusht të vitit 2021 u zgjerua me 22 barna të reja, nga të cilat 19 barna lëvrohen në farmacitë e spitaleve dhe 3 barna tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur. Për vitin 2023, sipas raportimeve nga Drejtoritë Rajonale, Fondi ka kontraktuar rreth 822 Farmaci dhe 42 Agjenci Farmaceutike, 15 Shpërndarës Farmaceutik dhe 43 Importues Farmaceutik.

### Realizimi i planit të shpenzimeve të rimbursimit:

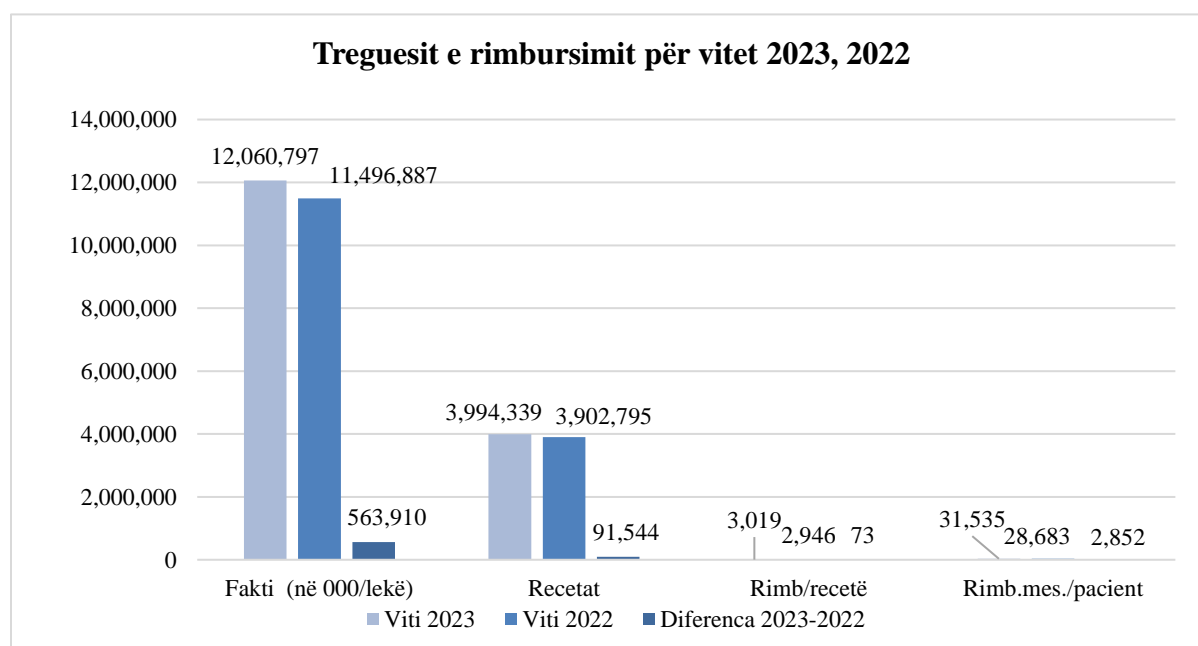
Periudha	Plani (mijë/Lekë)	Fakti (mijë/Lekë)	Tejkalimi (mijë/Lekë)	Realizimi në %
Viti 2023	12,000,000	12,060,797	60,797	100.5

Shpenzimet e rimbursimit për vitin 2023 rezultojnë në vlerën 12,060,797 mijë lekë, rreth 60.7 milion lekë më shumë se plani.



Situata e shpenzimeve të rimbursimit në nivel Fondi e krahasuar me rimbursimin e vitit 2023 dhe vitit 2022:

Periudha	Fakti (në 000/Lekë)	Recetat	Rimb/recetë	Rimb.mes./pacient
<b>Viti 2023</b>	12,060,797	3,994,339	3,019	31,535
<b>Viti 2022</b>	11,496,887	3,902,795	2,946	28,683
<b>Diferenca 2023-2022</b>	563,910	91,544	73	2,852



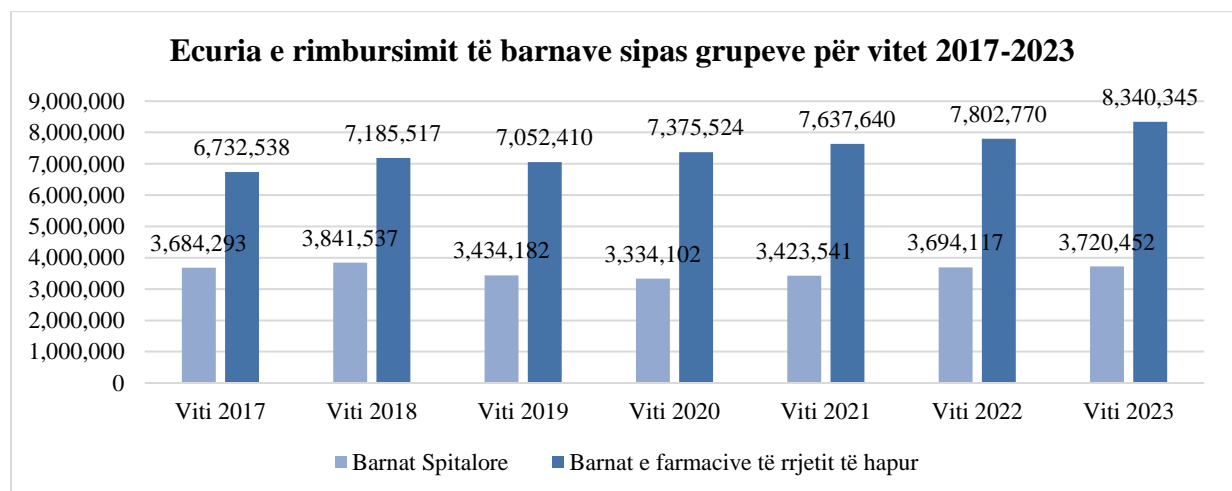
Nga të dhënat konstatohet se:

- ✓ Për vitin 2023 krahasuar me vitin 2022, shpenzimet e rimbursimit janë rritur me 563.9 milion lekë më shumë
- ✓ Vlera mesatare e recetës është rritur me +73 lekë më shumë.
- ✓ Numri i recetave të rimbursuara është rritur me +91,554 receta më shumë.
- ✓ Vlera e rimbursimit për pacient është rritur me + 2,852 lekë më shumë se një vit më parë.

*Rritja e shpenzimeve të rimbursimit, në krahasim me 1 vit më parë ka ardhur për shkak të trajtimit me terapi me kosto më të lartë mjekimi për pacientët. Në këtë shkak kanë ndikuar dhe të gjitha sëmundjet me incidencë të lartë në popullsi siç janë Diabet Mellitus, Hipertension, etj, të cilët janë ndikuar drejtpërdrejtë nga pasojat e Covid-19.*

Në tabelën e mëposhtme paraqitet ecuria e shpenzimeve të rimbursimit gjatë viteve të fundit, e ndarë sipas barnave spitalore dhe barnave që tregtohen në rrjetin e hapur farmaceutik, paraqitur në mijë Lekë:

Grupet e barnave të LBR	Viti 2017	Viti 2018	Viti 2019	Viti 2020	Viti 2021	Viti 2022	Viti 2023
Barnat Spitalore	3,684,293	3,841,537	3,434,182	3,334,102	3,423,541	3,694,117	3,720,452
Barnat e farmacive të rrjetit të hapur	6,732,538	7,185,517	7,052,410	7,375,524	7,637,640	7,802,770	8,340,345
<b>Barnat në total</b>	<b>10,416,831</b>	<b>11,027,054</b>	<b>10,486,592</b>	<b>10,709,626</b>	<b>11,061,181</b>	<b>11,496,887</b>	<b>12,060,797</b>
% e barnave Spitalore ndaj totalit	35.4	34.8	32.7	31.1	30.95	32.1	30.8



Nga tabela dhe grafiku i mësipërm evidentohet se, gjatë vitit 2023 ka një rritje të shpenzimeve të rimbursimit për grupin e barnave spitalore dhe si përqindje ndaj shpenzimeve totale të rimbursimit evidentohet një ulje gjatë këtij viti, 1.3% më pak. Konkretisht për vitin 2023 shpenzimet e rimbursimit për barnat spitalore zënë rreth 30.8%, ndërsa për vitin 2022 zinin rreth 32.1 % të shpenzimeve totale të rimbursimit.

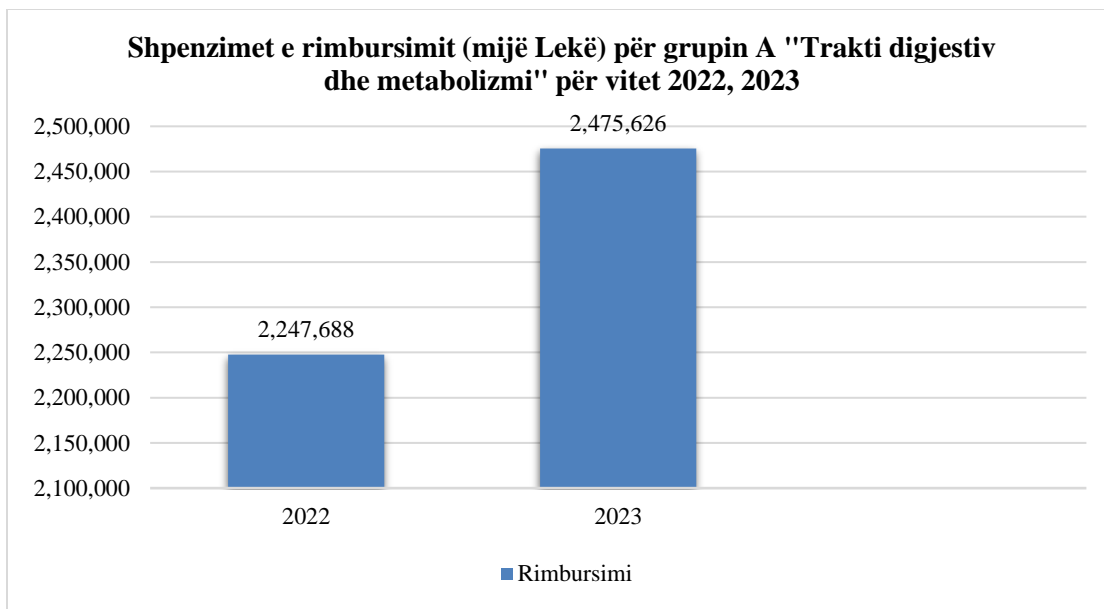
### **Shpenzimet e rimbursimit sipas grupeve ATC (anatomik, terapeutik, kimik) të barnave**

Krahasuar me vitin 2022, rritja e shpenzimeve të rimbursimit ka ardhur për shkak se grupet me impakt të lartë financiar kanë rritje të vlerës së rimbursimit.

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

- Grupi A “Trakti digjestiv dhe metabolizmi” me 137.9 milion lekë më shumë se e njëjta periudhë e një viti më parë. Për vitin 2023 grupi A zë 20.5% të shpenzimeve të rimbursimit, krahasuar me 20 % që zinte një vit më parë. Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2023 konstatohet tek barnat e nëngrupit të *Antidiabetikëve* të cilët zënë 97 % të shpenzimeve të gjithë grupit A dhe rreth 19.5% të shpenzimeve totale të rimbursimit, krahasuar me 19.2%% që zinte vitin e kaluar. Pra, në tërësi janë grupi i insulinave, rritja e konsumit të tyre që ka shkaktuar këtë rritje të lartë të shpenzimeve të rimbursimit.
  - Insuline Aspart solution 100 Nj.N/ml - 3 ml me një rritje rreth 33 milionë lekë më shumë se shpenzimet e vitit 2022 për këtë bar.
  - Insuline Glargine solution 100 Nj.N/ml - 3 ml me një rritje prej 4.9 milionë lekë më shumë se shpenzimet e vitit 2022 për këtë bar.
  - Insuline Glargine 300 Nj.N./ml me një rritje prej 61.5 milionë lekë më shumë se shpenzimet e vitit 2022.

Barnat si më sipër janë të lidhura direkt me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për diagnozën Diabet Mellitus, e cila në rimbursim zë rreth 20.5 % të vlerës totale të rimbursimit.



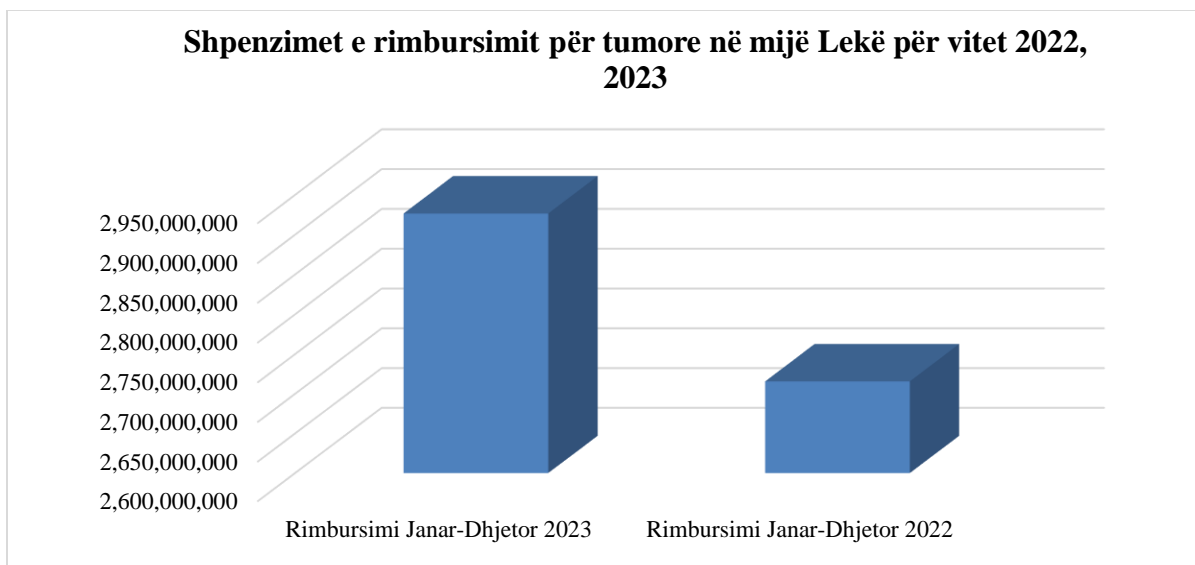
Barnat e grupit C “Sistemi Cardiovascular” me rreth 221.5 milion lekë më shumë se në vitin 2022. Për vitin 2023 grupi C zë 24.8% të shpenzimeve të rimbursimit. Në këtë grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2022 konstatohet tek barnat e nëngrupit të “Barnat vepruese në Sistemin Renin-Angiotensin”, të cilët zënë 44% të shpenzimeve të gjithë grupit C dhe ka një rritje prej 128 milion lekë më shumë në shpenzimet vjetore të rimbursimit krahasuar me një vit më parë. Konkretisht rritja me e madhe konstatohet për barnat:

- Sacubitril + Valsartan 24 + 26 mg, me një rritje rreth 40.7 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.
- Sacubitril + Valsartan 49 + 51 mg, me një rritje rreth 28.5 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.
- Sacubitril + Valsartan 97 + 103 mg, me një rritje rreth 11 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.
- Ranolazine 375 mg, me një rritje rreth 19 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.
- Ranolazine 500 mg, me një rritje rreth 51 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.
- Ranolazine 750 mg, me një rritje rreth 2 milion Lekë më shumë se vitin e kaluar.

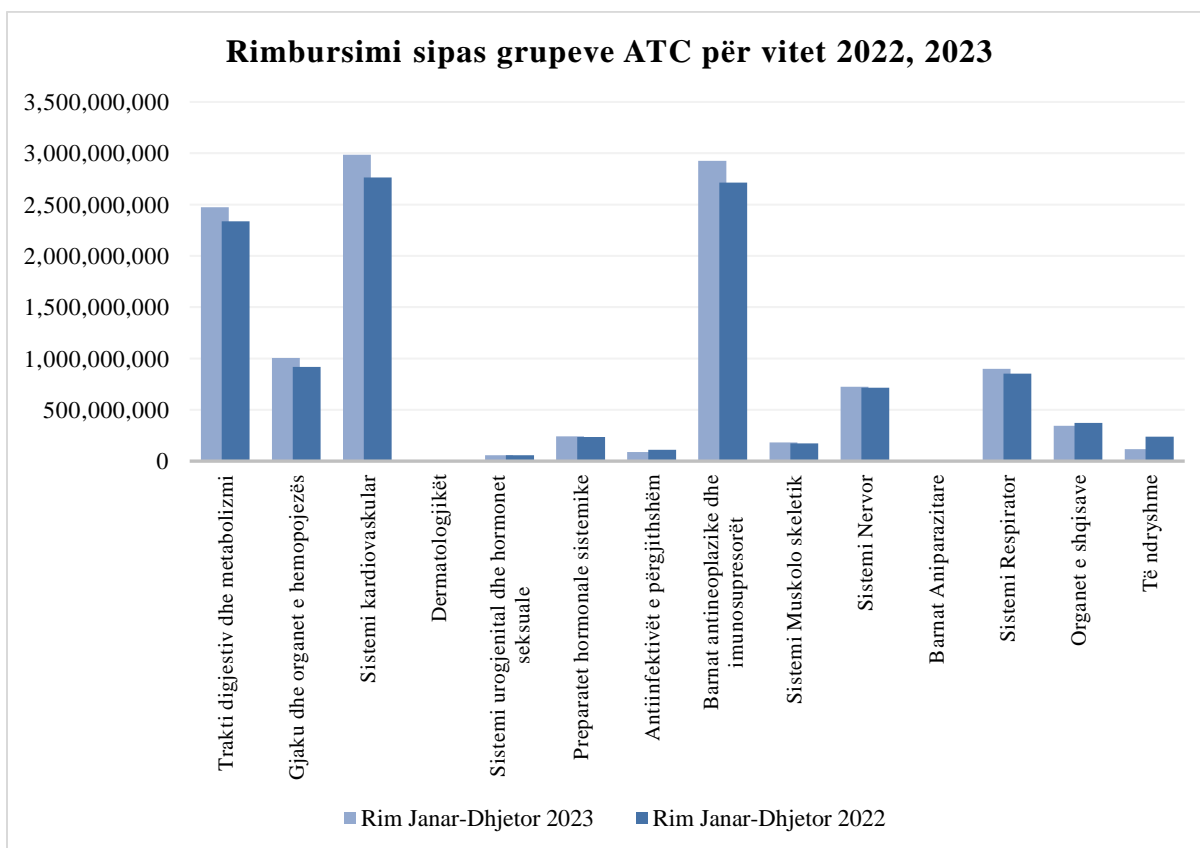
Barnat e grupit L “Barnat antineoplazike dhe imunosupresorët” me një rritje të shpenzimeve të rimbursimit krahasuar me një vit më parë. Te ky grup bëjnë pjesë shumë barna spitalore, të cilat kanë një impakt të lartë financiar. Ky grup zë 24.2% të shpenzimeve të rimbursimit.

- Pembrolizumab 25mg/ml - 4ml ka një rritje me rreth 33 milion Lekë më shumë se një vit më parë.
- Enzalutamide 40 mg me një rritje prej 76.6 milion Lekë më shumë se një vit më parë.
- Ruxolitinib 20 mg me një rritje rreth 43.2 milion Lekë më shumë se një vit më parë.

Barnat si më sipër janë të lidhura direkt me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për diagnozat e tumoreve që zënë 24.2 % të shpenzimeve të rimbursimit në total.



Krahasimi grafik i ecurisë së rimbursimit sipas grupeve ATC për vitet 2022, 2023:



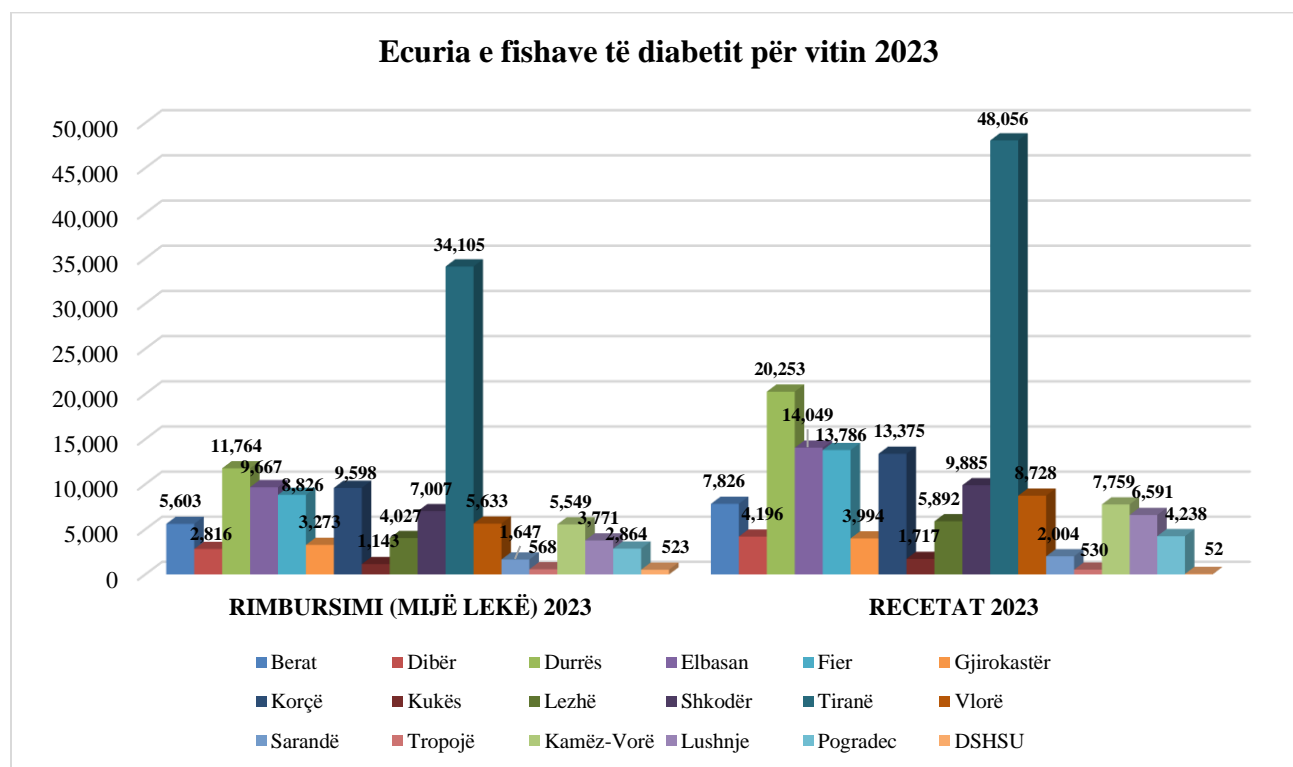
## Ecuria e shpenzimeve të fishave të diabetit

Duke filluar nga data 27.02.2023, Fishat e Diabetit rimburohen në të gjithë farmacitë e rrjetit të hapur farmaceutik, të cilat kanë kontratë me Drejtorinë Rajonale të Fondit.

Fishat e diabetit përshkruhen në recetat elektronike të rimbursuara nga mjekët e familjes për të gjithë pacientët, të cilët i përkasin dy kategorive të veçanta. Konkretisht, kategoria “Diabetike 0-25 vjeç” si dhe kategoria “Diabetike mbi 65 vjeç”.

Bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 58 datë 01.02.2023 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin nr.61 datë 03.02.2017 të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, të ndryshuar, fishat e diabetit jepen në farmacitë e rrjetit të hapur me kontratë me Fondin. Në këtë vendim është zgjeruar dhe kategoria përfituese e fishave të diabetit duke shtuar dhe personat diabetikë mbi 65 vjeç.

Vlera e rimbursuar për fishat e diabetit për periudhën Janar-Dhjetor 2023 është rreth 118 milion lekë. Gjithsej, gjatë këtij viti kanë përfituar rreth 55,392 pacientë, të cilët i përkasin dy kategorive të sipërcituara.



Gjatë viti 2022, janë rimbursuar 372,310 fisha diabeti për kategorinë 1-18 vjeç dhe 533,606 fisha diabeti për kategorinë 18-25 vjeç. Në vlerë rimbursimi, për të dy kategoritë 1-18 vjeç dhe për kategorinë 18-25 vjeç janë rimbursuar një total vjetor 8.6 milion Lekë. Në kuadrin e zgjerimit të këtij shërbimi konstatohet se numri i pacientëve që kanë përfituar fisha diabeti të rimbursuara për vitin 2022 është 623 pacientë.

## Rimbursimi sipas kategorive të popullsisë për vitin 2023 krahasuar me vitin 2022

EMERTIMI I KATEGORISE	RIMBURSIMI 2023	RIMBURSIMI 2022	Diferenca	NUMRI I RECETAVE 2023	NUMRI I RECETAVE 2022	Diferenca	NUMRI I Pacienteve 2023	NUMRI I Pacienteve 2022	Diferenca	TREGUESI RIMBURSIM PER RECEIJE/lek 2023	TREGUESI RIMBURSIM PER RECEIJE/lek 2022	Diferenca
Femije 0-12 muajsh	189	342	-153	212	303	-91	152	208	-56	892	1,128.0	-236
Invalid i plote	1,946,365	1,956,749	-10,384	483,072	476,017	7,055	35,595	38,679	-3,084	4,029	4,110.7	-82
Invalid i pjesshem	1,927	2,071	-145	966	1,246	-280	190	298	-108	1,995	1,662.4	332
Invalid lufte	213	345	-131	108	149	-41	9	13	-4	1,977	2,314.4	-338
Veteran	21,849	28,131	-6,282	7,829	10,370	-2,541	519	925	-406	2,791	2,712.7	78
Pensionist pa afat	5,561,150	5,120,030	441,121	2,373,281	2,303,263	70,018	208,633	212,068	-3,435	2,343	2,222.9	120
Paafte menderisht ose fizikisht	91,130	114,888	-23,759	26,742	29,286	-2,544	3,679	4,439	-760	3,408	3,923.0	-515
Leje lindje/ Raport												
Mjekesor	161	457	-296	70	128	-58	24	44	-20	2,299	3,572.8	-1,273
Jetim	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1,208	1,406.4	-199
Sigurim vullnetar	150	153	-3	114	120	-6	23	35	-12	1,319	1,278.7	40
I verber	5,420	7,855	-2,435	2,038	2,852	-814	251	363	-112	2,659	2,754.0	-95
IEVP	12,767	12,615	153	11,178	10,615	563	2,672	2,601	71	1,142	1,188.4	-46
Pension social	69,827	88,760	-18,933	30,709	36,679	-5,970	3,730	4,009	-279	2,274	2,419.9	-146
Student 18-25 vjec	532	453	79	178	208	-30	76	97	-21	2,988	2,175.9	812
Ndihme ekonomike	11,091	9,864	1,227	9,584	9,302	282	2,826	3,083	-257	1,157	1,060.4	97
Grua shtatzene	333	335	-2	52	72	-20	31	40	-9	6,408	4,656.1	1,752
Azilkerkues	9,621	7,873	1,748	2,494	2,177	317	311	320	-9	3,858	3,616.2	241
I punesuar	27,371	34,589	-7,218	19,004	25,460	-6,456	4,730	6,382	-1,652	1,440	1,358.6	82
I vetepunesuar	3,114	3,285	-171	2,111	2,304	-193	734	732	2	1,475	1,425.6	50
Femije 1-18 vjec	203,208	239,418	-36,210	24,195	27,652	-3,457	6,636	7,507	-871	8,399	8,658.3	-260
I papune/punekerkes	2,962	3,527	-566	3,041	3,887	-846	1,064	1,488	-424	974	907.5	66
Te perndjekur politike	634	624	10	262	264	-2	66	48	18	2,421	2,365.1	56
Pension me afat	3,358	2,621	737	2,347	2,319	28	529	562	-33	1,431	1,130.2	301
Perfitues te tjere nga ISSH	199	214	-15	121	205	-84	19	35	-16	1,644	1,044.7	599
Anetar i papaguar i familjes	57	65	-8	56	55	1	25	33	-8	1,016	1,175.6	-160
I vetpunesuar ne bujqesi	283	200	83	195	216	-21	46	63	-17	1,450	923.7	526
Invalid i pjesshem jashte kategorie	412	381	31	311	296	15	94	121	-27	1,324	1,287.5	37
Semundje Kronike	4,077,059	3,849,296	227,763	992,361	954,954	37,407	109,482	115,538	-6,056	4,108	4,030.9	78
Invalid/Tetraplegjik	8,965	7,805	1,161	1,606	1,522	84	210	233	-23	5,582	5,128.0	454
Persona te diagnostikuar me Sars-Cov2	447	3,940	-3,493	101	873	-772	99	866	-767	4,430	4,513.5	-84
<b>Totali</b>	<b>12,060,797</b>	<b>11,496,887</b>	<b>563,909</b>	<b>3,994,339</b>	<b>3,902,795</b>	<b>91,544</b>	<b>382,456</b>	<b>400,831</b>	<b>-18,375</b>	<b>3,019</b>	<b>2,945.8</b>	<b>74</b>

Nga krahasimi i treguesve të rimbursimit të vitit 2023 me treguesit e vitit 2022, konstatohet se rritja totale e shpenzimeve të rimbursimit prej 563.9 milion lekë, ka ardhur për shkak të rritjes së rimbursimit tek disa kategori të veçanta dhe rritjes se vlerës mesatare për receta me 74 lekë më shumë, ku specifikojmë:



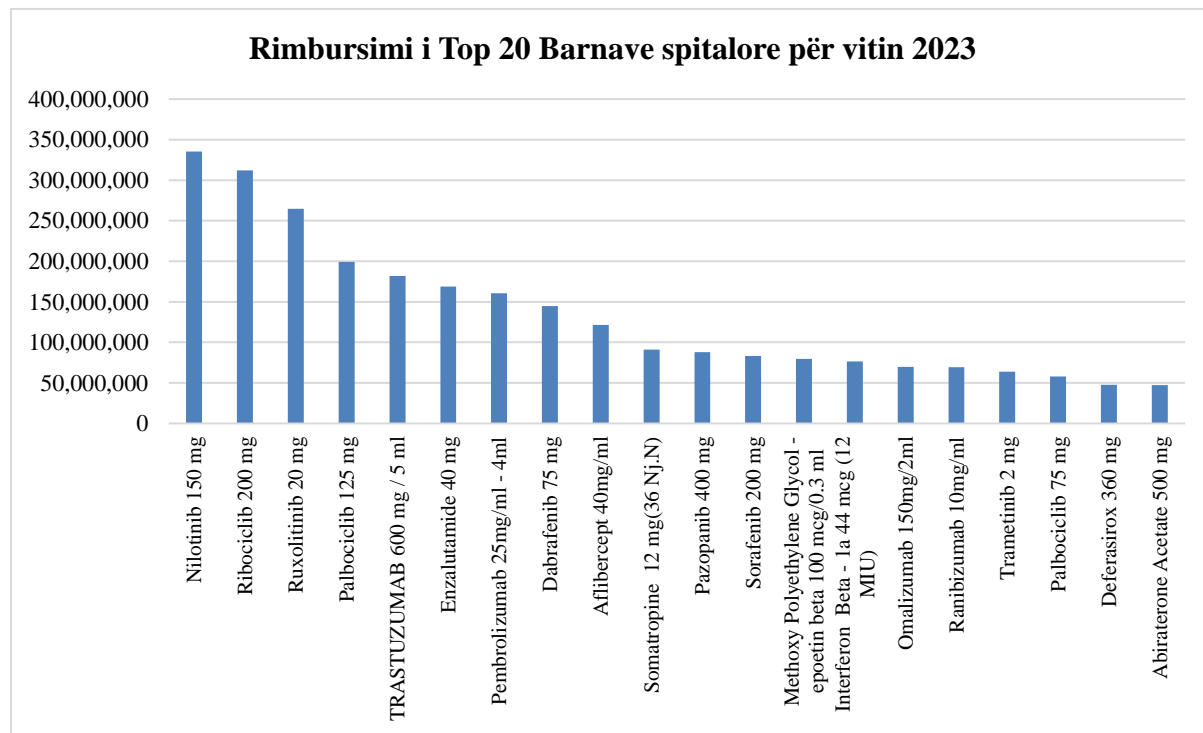
- Sëmundje kronike – me një rritje prej 227.7 milion lekë më shumë se viti parardhës ose rreth 40.3% e rritjes totale të shpenzimeve. Për këtë kategori është rritur numri i recetave të rimbursuara me 37,407 receta më shumë, dhe vlera mesatare për recetë 78 lekë më shumë, duke trajtuar më shumë diagnoza dhe terapi me kosto me të lartë.
- Pensionist pa afat - me një rritje prej 441.1 milion lekë më shumë se viti parardhës ose rreth 78.2% e rritjes totale të shpenzimeve. Për këtë kategori është rritur numri i recetave të rimbursuara me 70,018 receta më shumë dhe është rritur vlera mesatare për recetës 120 lekë, duke trajtuar më pak diagnoza dhe terapi me kosto me të lartë.

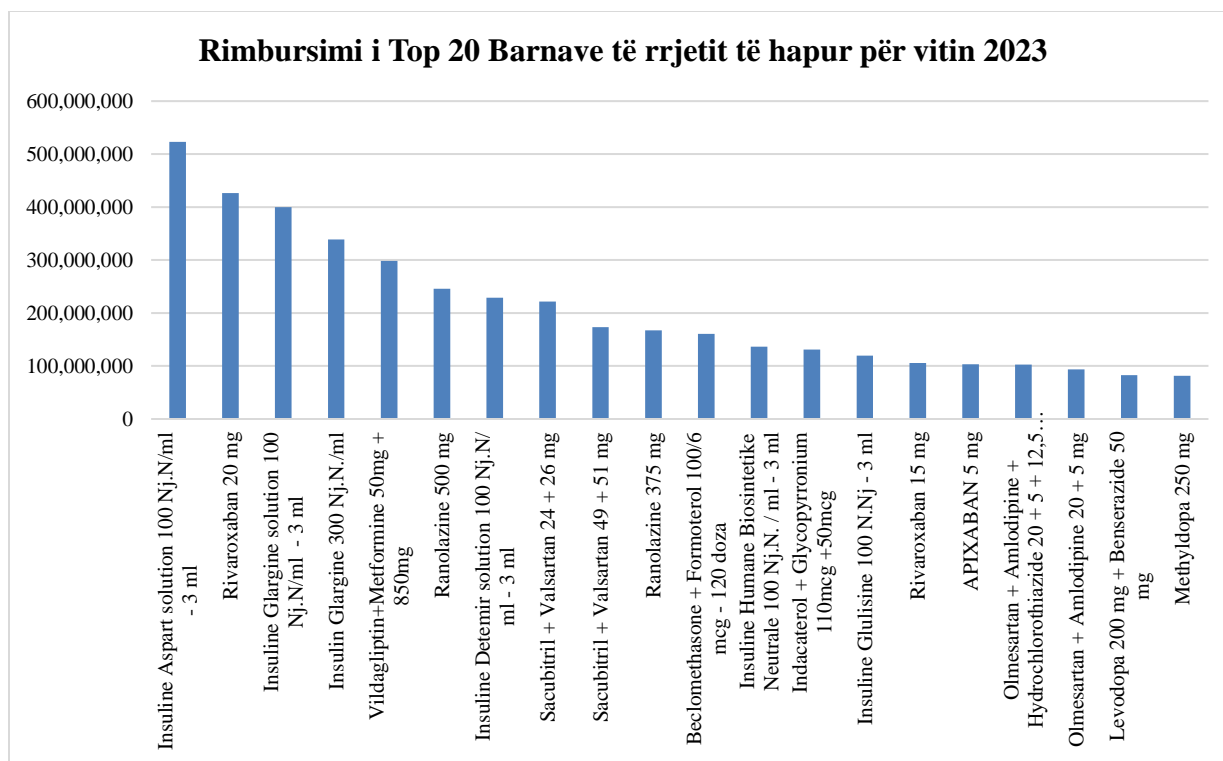
### Identifikimi i barnave me impaktin më të lartë në shpenzimet e rimbursimit

Për vitin 2023, 20 barnat e rrjetit të hapur farmaceutik me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 2,6 miliard lekë, duke zënë rreth 22.1% të shpenzimeve totale të rimbursimit.

Ndërsa 20 barnat spitalore me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 4.1 miliard lekë, duke zënë rreth 34.3% të shpenzimeve totale të rimbursimit.

- Bari spitalor me rimbursimin më të lartë është Nilotinib 150 mg dhe bari ambulator me rimbursimin më të lartë është Insuline Aspart solution 100 Nj.N/ml – ml.





## 8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

### 8.1 Sistemi elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes

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

Në vijim të zbatimit të kontratës me objekt “Regjistri elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes”, me Nr. 1381 Prot., datë 18.03.2019, Fondi në bashkëpunim me Agjencinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit ka zhvilluar një sistem të ri informatik për regjistrimin e vizitave të pacientëve në shërbimin parësor, i cili ka për qëllim kalimin e sistemit aktual (SCIS) në një sistem të përqëndruar tërësisht online, me të cilin procedurat e punës janë në kohë reale.

Projekti konsiston në:

- Zbatimin e sistemit e-vizita për regjistrimin, administrimin dhe përpunimin e vizitave të pacientëve online nga ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor që raportojnë pranë FSDKSH dhe MSHMS.

Benefitet e regjistrimit të vizitave në sistemin e ri:

- Evitohet regjistrimi manual i vizitave në formularët letër nga mjekët e Kujdesit Shëndetësor Parësor.
- Ndërvepron me sistemet e tjera elektronike dhe rrit saktësinë e të dhënave që regjistrohen.

- Tashmë në sistem ruhet historiku i vizitave dhe informacionit shëndetësor të pacientit (shenjat jetësore, alergjitë, etj).
- Raporte në kohë reale të qendëruara mbi të dhënat, të cilat shërbejnë për vendim-marrje klinike, menaxheriale dhe administrative.

Portali i mjekut të familjes dhe moduli “Single Sign On” bën të mundur akses te:

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

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

Në zbatim të kontratës Nr. 3, datë 28.02.2022 me objekt: “Mirëmbajta e sistemit formularët e vizitave të mjekut të familjes”, gjatë viteve 2022, 2023 ka vijuar përdorimi i sistemit e-vizita në plotësimin e formularëve përkatës të vizitave nga stafi mjekësor. Më konkretisht stafi që plotëson aktualisht formularë vizite është si më poshtë:

DRF/DF	Numri i Agjencive	Numri i QSH	Staf që plotëson formular vizite	
			Mjekë	Infermierë
Berat	3	22	107	542
Dibër	3	32	124	532
Durrës	3	32	390	694
Elbasan	4	46	296	876
Fier	2	23	201	417
Gjirokastrë	3	22	98	412
Kamëz-Vorë	1	8	128	181
Korçë	3	29	165	563
Kukës	2	16	54	231
Lezhë	3	18	160	396
Lushnje	1	17	116	252
Pogradec	1	8	53	205
Sarandë	1	13	58	144
Shkodër	3	31	224	663
Tiranë	1	27	807	981
Tropojë	1	8	35	137
Vlorë	1	17	179	432

Gjatë vitit 2023, janë bërë përditësime të sistemit e-vizita dhe të webservice-ve të tij, në kuadër të vënies në punë të sistemit të përmirësuar AHIS për të mundësuar aksesimin e sistemit AHIS të ri nëpërmjet portalit të mjekut me SSO. Gjithashtu, janë shtuar disa raporte të reja dhe janë përmirësuar raporte ekzistuese sipas kërkesave, si dhe është mundësuar në sistem regjistrimi i vizitave të banorëve tek mjeku i familjes kur banori referohet tek psikologu/punonjësi social.

## **8.2 Përditësim i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike**

Ky projekt i realizuar në vitin 2019 mundëson raportimin online të depove farmaceutike mbi qarkullimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme midis distributorëve të ndryshëm, duke mundësuar shmangien e fiktivitetit.

Në zbatim të kontratës së shërbimit me Nr. 8358 Prot., datë 06.12.2021, me objekt “Mirëmbajtje e sistemit të depove farmaceutike (e-Depo) për FSDKSH”, gjatë viteve 2022, 2023, ka vijuar përdorimi i këtij sistemi, si i vetmi sistem zyrtar i njohur nga Fondi, i cili përdoret nga rreth 60 depo. Sistemi e-Depo mundëson një pasqyrë të konsoliduar të informacionit mbi inventarin e depove farmaceutike për barnat e rimbursueshme, duke trajtuar gjendjen e inventarit, fletë hyrjet nga importi si dhe fletë daljet drejt depove të tjera shpërndarëse apo subjekteve farmaceutike.

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

Gjatë vitit 2023, me hyrjen në fuqi të VKM – së për rimbursimin e fishave të diabetit për kategorinë Diabetikë mbi 65 vjeç, është realizuar procesi i inventarizimit të këtyre pajisjeve mjekësore në sistemin e-depo, si dhe transaksionet hyrje-dalje midis depove farmaceutike dhe farmacive të rrjetit të hapur, të kontraktuara me Fondin për rimbursimin e fishave të diabetit.

## **8.3 Sistemi i recetës elektronike**

Gjatë vitit 2023, FSDKSH në bashkëpunim me AKSHI-n ka vijuar me mirëmbajtjen e sistemit të recetës elektronike. Në zbatim të kontratës me Nr. 3497 Prot., datë 21.05.2021, me qëllim përmirësimin e shërbimeve publike është realizuar në sistemin e recetës elektronike integrimi i teknologjisë së re të nënshkrimit elektronik nëpërmjet platformës së nënshkrimit elektronik të zhvilluar nga AKSHI. Ky sistem përdoret nga rreth 1,800 mjekë dhe 1,600 farmacistë të cilët gjenerojnë, ekzekutojnë dhe nënshkruajnë elektronikisht receta me rimbursim.

Gjatë vitit 2023, me hyrjen në fuqi të VKM-së Nr. 58 datë 01.02.2023 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin nr.61 datë 03.02.2017 të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, të ndryshuar, për rimbursimin e fishave të diabetit, është

realizuar procesi i implementimit të gjenerimit dhe ekzekutimit të këtyre fishave në sistemin e recetës elektronike, duke mbështetur dhe asistuar si depot farmaceutike ashtu edhe profesionistët shëndetësorë në këtë proces.

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

Gjatë vitit 2023 është vijuar me mirëmbajtjen dhe zbatimin e sistemit e-Kontroll, i cili:

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

Në vitin 2023, Fondi ka shtuar edhe një shërbim të ri në portalin e-Albania, "Aplikim për lidhje/rilidhje kontrate me Institucionet Shëndetësore jo Publike", që u mundëson institucioneve shëndetësore jo publike të aplikojnë për lidhje apo rilidhje kontrate me Drejtorinë e Shërbimeve Spitalore Universitare apo me Drejtorinë Rajonale të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, në mënyrë që të realizohet financimi i paketave të shërbimeve shëndetësore që do të ofrohen nga institucioni shëndetësor jo publik.

#### **8.5 Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar gjatë vitit 2023**

Në zbatim të kontratës me Nr. 54 Prot., datë 11.04.2023 me objekt "Përmirësimi i rrjetit të FSDKSH", është realizuar përmirësimi i infrastrukturës, duke zëvendësuar pajisjet e rrjetit end-of-life dhe jofunksionale (Zyra Qëndrore dhe Degët në varësi). Pajisjet e rrjetit në degët dhe zyrën qëndrore janë të aksesueshme dhe monitorojnë në mënyrë të qendërzuara aktivitetin dhe disponibilitetin e shërbimeve. Sistemet e brendshme dhe ato të rimbursimit që aksesohen nga sektorë të ndryshëm të drejtorive rajonale janë plotësisht të aksesueshme nëpërmjet pajisjeve të reja të rrjetit.

Gjithashtu, gjatë vitit 2023, në zbatim të kontratës me Nr. 53 Prot., datë 11.04.2023, me objekt "Përmirësimi i sistemit të regjistrimit të të siguruarve", në bashkëpunim me AKSHI-n dhe Bashkimin e Operatorëve Ekonomikë, është realizuar implementimi i këtij sistemi, i cili ka në fokus zgjidhjen e të gjitha problematikave të mbartura dhe hasura përgjatë gjithë viteve të

përdorimit të këtij sistemi, si dhe një menaxhim më të mirë të regjistrimit dhe lëvizshmërisë së banorëve.

## 9. Monitorimi i Kontratave me Dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore

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

### 9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave

Drejtoria e Kontrollit gjatë vitit 2023, ka ushtruar kontrole në 780 subjekte ose rreth 25% e totalit të subjekteve të cilat kanë lidhur kontratë me Fondin. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- **155** Qendra Shëndetësore;
- **379** Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- **183** Farmaci (132 kontrole të plotë dhe 51 tematik)
- **31** Depo farmaceutike. (9 farmaci të spitaleve, 3 depo për disponibilitet dhe 19 depo inventar)
- **32** Spitale (27 kontrole të plotë dhe 5 tematik)

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- Shpërblim Dëmi ekonomik në vlerën totale 3,091,582.4 Lekë;
- Masë administrative Gjobë, në vlerën totale 549,200 Lekë;
- Masë administrative Kushte penale, në vlerën totale 2,684,000 Lekë,

### 9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm, për periudhën Janar-Dhjetor 2023 nga Sektori i kontrollit parësor janë planifikuar për kontroll dhe realizuar kontrollet në rajonet si më poshtë vijon:

Nr.	DRSKSH	Total Q.Sh	Total mjekë	Subjekte të kontrolluara		Lloji i kontrollit	Sanksione		
				Q.SH	MPF/MS		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba
1	Kamëz-Vorë	8	67	6	25	I plotë	48,244		25,000
2	Lushnje	17	51	7	14	I Plotë	10,370		3,000
3	Durrës	32	196	13	33	I plotë	26,586		21,000
4	Elbasan	46	150	12	30	I plotë	18,896		24,000
5	Berat	22	65	13	26	I plotë	18,369		14,000
6	Tiranë	27	322	10	41	I plotë	52,357	10,000	37,000
7	Fier	23	90	5	14/13	Tematik			15,000

8	Korçë	29	63	8	16/18	Tematik		50,000	23,000
9	Lezhë	18	73	5	16/14	Tematik		10,000	20,000
10	Gjirokastrë	22	46	10	22	I plotë			6,000
11	Vlorë	17	78	14	33	I plotë	21,055		18,000
12	Pogradec	8	31	5	16	I plotë	16,774		7,000
13	Sarandë	13	25	10	16	I plotë	4,580		27,000
14	Dibër	32	49	11	18	I plotë	20,718	5,000	20,000
15	Tiranë	27	322	13	30	I plotë	65,931		23,000
16	Shkodër	31	101	13	29	I plotë	34,659		16,000
	<b>T O T A L</b>	<b>372</b>	<b>1729</b>	<b>155</b>	<b>379/45</b>		<b>338,539</b>	<b>75,000</b>	<b>299,000</b>

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

-Kanë rezultuar shkelje të kufizimeve të listës së barnave të rimbursuara, protokolleve të përdorimit të barnave dhe akteve të Fondit për mirëadministrimin e shpenzimeve të rimbursimit për mjekimin e të sëmurëve, administrimin e kartelave të pacientëve.

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

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 338,539 Lekë.
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 299,000 Lekë.
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 75,000 Lekë.

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2023 krahasuar me vitin 2022

Viti	DRF/Rajone	Kontroll QSH	Kontroll MPF / MS	Lloji i kontrollit	Sanksione		
					Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha
<b>2023</b>	16 Rajone	155	379/45	I plotë, Tematik	338,539	75,000	299,000
<b>2022</b>	15 Rajone	131	334	I plotë	568,487	38,000	221,000

### 9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

#### a) Për subjektet Farmaceutike

Spektori i Farmacive dhe agjencive farmaceutike kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor në subjektet farmaceutike të kontraktuara nga Fondi, duke u bazuar në planin mujor të Drejtorisë së Kontrollit si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta.

Spektori i kontrollit të farmacive dhe agjencive farmaceutike, për periudhën Janar-Dhjetor 2023, ka ushtruar kontrolle në 183 subjekte me kontratë me Drejtoritë Rajonale, që përbëjnë 71.5% të shpenzimeve të rimbursimit në Fondm referuar të dhënave nga Drejtorja e Informacionit dhe Analizës Statistike për vitin 2023 (këtu nuk përfshihet DSHSU) dhe 100 % e Planit vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm.

Rezultatet paraqiten si më poshtë:

Nr.	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekteve të kontrolluara			Lloji i kontrollit	Sanksione				Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjekteve të kontrolluar	Totali i subjekteve me kontrate në raport me numrin e subjekteve të kontrolluar
	DRF	Farmaci /Agjensi Totali	Total	Plotë	Tematik		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjopa	Zgjidhje kontrate		
1	Sarandë	13	4	2	2	Tematik + inventar	21,541		-	-	32%	31%
2	Gjirokastrë	16	4	2	2	Tematik + inventar	18,191		-	-	29%	24%
3	Durrës	91	15	10	5	Tematik + inventar	129,054	4,000	-	-	27%	17%
4	Kamëz-Vorë	37	12	8	4	Tematik + inventar	74,494		-	-	45%	32%
5	Fier	50	10	10	-	Tematik + inventar	132,419		-	-	44%	20%
6	Tiranë	275	30	25	5	Tematik + inventar	420,614		210,200	-	39%	10%
7	Berat	41	10	5	5	Tematik + inventar	70,580		-	-	31%	26%
8	Elbasan	79	15	10	5	Tematik + inventar	220,632		-	-	35%	18%
9	Vlorë	55	8	4	4	Tematik + inventar	41,815		-	-	23%	15%
10	Kukës	9	4	2	2	Tematik + inventar	13,352		-	-	44%	44%
11	Tropojë	4	2	2	-	Tematik + inventar	8,093		-	-	79%	50%
12	Pogradec	17	5	5	-	Tematik + inventar	33,779		-	-	56%	29%
13	Dibër	22	10	5	5	Tematik + inventar	47,485		-	-	53%	45%
14	Korçë	40	15	10	5	Tematik + inventar	108,614		-	-	54%	38%
15	Shkodër	63	17	14	3	Tematik + inventar	118,253		40,000	-	48%	27%
16	Lezhë	36	12	8	4	Tematik + inventar	70,113		-	-	47%	33%
17	Lushnje	40	10	10	-	Tematik + inventar	63,152		-	-	59%	25%
	<b>TOTAL</b>	<b>888</b>	<b>183</b>	<b>132</b>	<b>51</b>		<b>1,592,181</b>	<b>4,000</b>	<b>250,200</b>	<b>-</b>		

Për periudhën Janar – Dhjetor 2023, janë kontrolluar 183 subjekte (132 kontrolle të plotë dhe 51 tematik) dhe janë marrë masat si më poshtë:

- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 1,592,181 për subjektet farmaceutike;
- Kushte penale në vlerën 250,200 lekë për 4 subjekte farmaceutike;

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2023 krahasuar me vitin 2022:



Viti	DRF/Rajone	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	Sanksione			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha	Zgjidhje kontrate
2023	17 Rajone	183	Inventar dhe Tematik	1,592,181	4,000	250,200	-
2022	15 Rajone	165	Inventar dhe Tematik	2,885,288	156,700	-	-

#### b) Për subjektet Depo Farmaceutike.

Sektori i Depove Farmaceutike gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2023 ka kryer kontrole për disponibilitet të barnave të listës së rimbursueshme në 3 Depo farmaceutike, kontroll me inventar në 19 Depo Farmaceutike Importuese dhe në 9 farmaci të spitaleve për barnat e shtrenjtam ku u konstatuan mungesa të barnave të listës së rimbursueshme.

Rezultatet e kontrolleve praqiten si më poshtë:

Kontrolli	Sanksione		
	Dëm ekonomik	Kusht Penal	Gjobë
Kontroll i plotë me inventarizim	315,030.4	-	-
Kontroll i Farmacive te Spitaleve Rajonale	-	-	-
Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	2,000,000	-
<b>Totali</b>	<b>315,030.4</b>	<b>2,000,000</b>	-

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

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

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2023 krahasuar me vitin 2022:

Viti	Depo	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	Sanksione			
				Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë	Zgjidhje kontrate
2023	Depo	31	9 farmaci të spitaleve Rajonale, 3 depo për disponibilitet dhe 19 depo me inventar	315,030.04	2,000,000	-	-
2022	Depo	16	1 farmaci e QSUT, 2 farmaci të spitaleve Rajonale, 3 depo për disponibilitet dhe 10 depo me inventar	40,034,764	3,120,009	-	-

#### 9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet

Spektori i Kontrollit Spitalor, për vitin 2023, ka kryer kontrole të plota në Spitalet: Sp. Mirditë, Sp. Peqin, Sp. Universitar “Koço Gliozheni”, Sp. Malësi e Madhe, Sp. Shkodër, Sp. Universitar “Mbretëresha Geraldinë”, Sp. Bulqizë, Sp. Dibër, Sp. Sarandë, Sp. Tepelenë, Sp. Delvinë, Sp. Gjirokastër, Sp. Ersekë, Sp. Devoll, Sp. Përmet, Sp. Kukës, Sp. Amerikan Gjirokastër, Sp. Amerikan Fier, Sp. Amerikan Berat, Sp. Amerikan Durrës, QSU "Nënë Tereza" Tiranë, S.U. Trauma si edhe kontrole tematike në Spitalet: Sp. Fier, Sp. Lushnje, Sp. Kuçovë, Sp. Kurbin, Sp. Gramsh.

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

Nr	Spitalet	Masa organizative	Masa disiplinore	Masa administrative (gjoba)	Masa detyrim për shpërblim dëmi (Vlerë)	Kushte Penale	Ndërprerje kontrate
1	Sp.Korçë	14	0	0	0	115,000	0
2	Sp.Elbasan	9	0	0	0	0	0
3	Sp.Berat	11	0	0	0	0	0
4	Sp.Lezhë	5	0	0	0	40,000	0
5	S.U.Shefqet Ndroqi	6	0	0	55,128	0	0
6	Sp.Mirditë	11	0	0	0	25,000	0
7	Sp.Peqin	10	0	0	6866	20,000	0
8	Sp.Koço Gliozheni	5	0	0	0	0	0
9	Sp.Malësi e Madhe	11	0	0	0	0	0
10	Sp.Shkodër	11	0	0	101,426	205,000	0
11	S.U.Mbretëresha Geraldinë	3	0	0	0	0	0

12	Sp.Bulqizë	9	0	0	0	0	0
13	Sp. Dibër	30	0	0	441,147	0	0
14	Sp.Fier Tematik	7	0	0	0	0	0
15	Sp.Sarandë	9	0	0	30,307	0	0
16	Sp.Tepelenë	7	0	0	0	0	0
17	Sp. Delvinë	3	0	0	0	0	0
18	Sp.Gjirokastrë	32	2	1 pagë	20,511	110,000	0
19	Sp.Ersekë	9	0	0	5,367	0	0
20	Sp.Devoll	2	0	0	0	0	0
21	Sp.Lushnje	3	0	0	0	0	0
22	Sp.Kuçovë	4	0	0	0	0	0
23	Sp.Përmet	8	0	0	0	20,000	0
24	Sp.Kukës	13	0	0	185,078	70,000	0
25	Sp.Gramsh	1	0	0	0	0	0
26	Sp.Amerikan Gjirokastrë	0	0	0	0	0	0
27	Sp.Amerikan Fier	0	0	0	0	0	0
28	Sp.Amerikan Berat	0	0	0	0	0	0
29	Sp.Amerikan Durrës	0	0	0	0	0	0
30	Sp.Kurbin	1	0	0	0	0	0
31	QSU "Nënë Tereza" Tiranë	në proces					
32	S.U.Trauma	në proces					
	<b>Totali</b>	<b>234</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>845,830</b>	<b>605,000</b>	<b>0</b>

Siç vërehet në tabelën e mësipërme shkeljet e konstatuara për vitin 2023 janë:

- Masa detyrim shpërblim dëmi në vlerën 845,830 lekë.
- Kushte penale në vlerën 605,000 lekë.
- Masa organizative 234 masa.
- Masa Disiplinore 2.
- Masa administrative 1 pagë.

Spitalet Korçë, Elbasan, Berat, Lezhë dhe Sp. Universitar “Shefqet Ndroqi” janë planifikuar dhe realizuar në vitin 2022, por Vendimi për këto spitale ka dalë në vitin 2023 dhe për këtë arsye dhe masat organizative, disiplinore, administrative dhe kushtet penale janë pasqyruar në tabelën e mësipërme.

## 9.5 Problematikat Kryesore

- Kushti penal është vendosur për mosplotësimin e kartelave sipas elementeve, në kundërshtim me Neni 6 “Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër” pika 5 që citon: “Të përdorë kartelat klinike tip të miratuara nga MSHMS. Plotësimi i tyre nga mjeku specialist të bëhet me shkrim të qartë dhe konform të gjitha rubrikave që kartela përmban. Vendosja e diagnozës klinike të bëhet brenda afateve kohore të kërkuara, si dhe të shkruhet e plotë”.
- Dëmi ekonomik është vënë për mangësitë e konstatuara në dokumentacionin e bankës,

kontrollin e pagave, të shpenzimeve për udhëtim e dieta, shpenzimeve të karburantit, si dhe në farmacinë e spitalit për barnat e skaduara dhe diferenca. Në bazë të Nenit 17 “Dëmi ekonomik” me pikën 4 a. i cili citon: “Spitali zhdëmton Fondin/ DRF në vlerën përkatëse kur në rast se: a) lejon skadencën e barnave, reagentëve, filmave, materialeve për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial për shkak të mosruajtjes së tyre në parametrat e duhur, si dhe keqadministrimit të tyre si dhe mangësi në moszbatimin e kontratës”.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten të dhënat e detajuara për vitet 2022 dhe 2023 për spitalet Universitarë, Rajonalë, Bashkiakë dhe Spitalet privatë:

Nr.	Viti	Numri i subjekteve të kontrolluara	Sanksione				
			Dëm ekonomik	Kusht penal	Masa disiplinore	Masa administrative	Masa organizative
1	2023	32	845,830	605,000	2	1	234
2	2022	21	1,334,899.5	495,000	15	3	204

Për vitin 2023 janë kryer 32 kontrolle gjithsej, por të realizuara 30 (nga këto 25 kontrolle të plota dhe 5 kontrolle tematikë), me një dëm ekonomik në vlerën 845,830 lekë, 605,000 lekë kusht penal, 234 masa organizative, 2 masa disiplinore dhe 1 masë administrative.

Për vitin 2022 janë kryer 26 kontrolle gjithsej, por të realizuara 21 (nga këto 17 kontrolle të plota dhe 4 kontrolle tematikë), me një dëm ekonomik në vlerën 1,334,899.5 lekë, 495,000 lekë kusht penal, 204 masa organizative, 15 masa disiplinore dhe 3 masa administrative.

## 10. Përmirësimi i Administrimit të Fondit

Raporti vjetor i veprimtarisë së Auditit të Brendshëm ka si synim informimin lidhur me menaxhimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare dhe fokusohet në këto drejtime:

- Përgjegjshmëri në realizimin e programit të auditimit.
- Shkalla e pajtueshmërisë me standartet e auditimit, ku rezultatet dhe produktet e veprimtarisë pasqyrohen në raportet e auditimit dërguar çdo subjekti.
- Komunikimi i rezultateve të veprimtarisë, problemet më të rëndësishme të identifikuar dhe të trajtuara.
- Ecuria në drejtim të përmirësimit të vazhdueshëm dhe veprimeve korrigjuese, si dhe sfidat e përpjekjet për të siguruar pajtueshmërinë me kuadrin legjislativ.

Veprimtaria audituese përfshin Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit, Drejtoritë Rajonale të Fondit me Degët e tyre si dhe Spitalin Rajonal Durrës e Spitalin Memorial Fier.

Gjatë vitit 2023 janë realizuar auditime të kombinuara dhe auditime për zbatimin e rekomandimeve të lëna nga auditimet e realizuara në vitin 2022. Në përfundim të vitit rezulton se janë realizuar 20 misione angazhim auditimi nga të cilat 19 janë të përfunduara dhe 1 është në proces përfundimi (Drejtoria Përgjithshme). Janë rekomanduar në total 187 masa organizative. Nga 20 misione auditimi, 19 janë të kombinuara dhe 1 për zbatim rekomandimesh në 6 subjekte.

### **10.1 Misioni i auditimit të brendshëm**

Misioni i Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është kryerja e çdo misioni angazhim auditimi në përputhje me dispozitat ligjore e nënligjore në fuqi, standardet ndërkombëtare të auditimit të brendshëm të pranuar dhe shpallura nga Ministri i Financave e Ekonomisë, të Planit Strategjik e Vjetor të Veprimtarisë së auditimit të brendshëm.

Auditimi i brendshëm ka asistuar të gjitha nivelet e menaxhimit, nëpërmjet analizave, vlerësimeve, këshillimeve dhe rekomandimeve.

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

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

### **10.2 Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit**

Programi i auditimit është mbështetur mbi Planin Strategjik. Misionet e auditimit të realizuara mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara dhe verifikimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme.

### **10.3 Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre**

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

Nga totali prej 187 rekomandimeve të lëna nga auditimet e vitit 2023, 49 rekomandime janë me risk të lartë, 128 rekomandime janë me risk të mesëm dhe 10 rekomandime janë me risk të ulët, sikurse paraqiten në tabelën në vijim:

Risku	Numri rekomandimeve	Pesha specifike
Lartë	49	26.2
Mesëm	128	68.4
Ulët	10	5.4
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Drejtorja e Auditit që në fazën e planifikimit vjetor është mbështetur në auditimin e sistemeve apo subjekteve që kanë një risk të lartë dhe risk të mesëm. Është kërkuar që gjatë vitit 2023 të gjitha drejtoritë në qendër dhe rajone të përditësojnë listat e proceseve, regjistrin e riskut dhe gjurmët e auditit.

Mbi bazën e përvojës së fituar janë vlerësuar risqet sipas sistemeve dhe subjekteve. Nisur nga fakti që strukturat e Fondit duke përfshirë dhe Drejtorinë e Përgjithshme përdorin fonde të konsiderueshme publike, niveli i riskut është vlerësuar si i lartë, i mesëm dhe i ulët.

#### 10.4 Rekomandimet

Një aspekt mjaft i rëndësishëm i aktivitetit auditues është dhënia e rekomandimeve në përfundim të çdo misioni angazhim auditimi. Rekomandimet janë mbështetur në gjetjet e rezultuara dhe kanë si qëllim përmirësimin e punës së subjekteve të audituara.

Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2023, DAB ka rekomanduar 187 masa organizative, konkretisht sipas sistemeve.

Analiza e detajuar e rekomandimeve sipas sistemeve të audituara për vitin 2023 paraqitet në tabelën në vijim:

Sistemi	Numri rekomandimeve	Pesha specifike
Supervizime në QSH	44	23.53
Kontrolli në spitale	31	16.58
Blerje e prokurime	18	9.63
Programimi dhe zbatimi buxhetit	18	9.63
Personel, paga e shpërblime	13	6.95
Kontabilitetit dhe raportimit	13	6.95
Kontrolli në subjektet farmaceutike	13	6.95
Zbatim rekomandimeve të lëna	9	4.81
Menaxhimit financiar e kontrolli	8	4.28
Pagesat e arkëtimit	8	4.28
Kontrata konçesionare	4	2.14
Karburantit e lëndës djegëse	3	1.60
Analiza e rimbursimit	2	1.07

Medikamente e materiale tjera	2	1.07
Paketat shëndetësore	1	0.53
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100.00</b>

Rekomandimet e dhëna kanë të bëjnë me zbatimin me korrektësi të akteve ligjore e nënligjore në fuqi dhe janë përqëndruar në:

- Rritjen e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm.
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontrolleve në subjektet me risk të lartë, përmirësimin e organizimit të punës nga të gjitha strukturat, realizimin e detyrave funksionale në përputhje me rregulloren e funksionimit të Fondit.
- Përmirësimi i cilësisë së supervizimeve e kontrolleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet si dhe duke kërkuar zbatimin e pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve. Përmirësimin e cilësisë të kontrollit në spitale dhe mbulimin me kontroll të të gjitha problematikave të aktivitetit të spitalit.
- Zbatimi i udhëzimeve për hartimin dhe zbatimin e buxhetit në të gjitha hallkat duke u mbështetur në analiza e duke dhënë gjatë kohës informacion të plotë e të saktë, kontabiliteti e pasqyrat financiare.
- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve, argumentimi i blerjeve me bilance të plota e të sakta materiale si dhe zbatimi me korrektësi i procedurave të prokurimeve, mbështetja me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi si dhe analiza e faktorëve për çdo rast tejkalmi.
- Përgatitjen e rregulloreve e udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike, shpenzimeve konçensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketave të shërbimit të kontraktuara.

Në zbatimin e rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme:

Për vitin 2023 është verifikuar niveli i zbatimit të 186 rekomandimeve të lëna nga viti 2022.

- Me auditime tematike janë verifikuar 42 rekomandime.
- Me auditime të kombinuara janë verifikuar 144 rekomandime.

Analiza e detajuar e nivelit të zbatimit të rekomandimeve evidentohet në tabelën në vijim:

Statusi rekomandimit	Numri rekomandimeve	Pesha specifike
I zbatuar plotësisht	125	67.20
I zbatuar pjesërisht	32	17.20
Në proces zbatimi	16	8.60
I pazbatuar	13	7.00
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100.00</b>

- Përgjigja dhe reagimet e menaxhimit

Njësia e auditimit si një nga prioritetet e saj ka edhe ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve, rritjen e cilësisë së tyre si dhe forcimin e bashkëpunimit me njësitë e audituara me qëllim që

rekomandimet e dhëna të shërbejnë për ndreqjen e parregullsive e gabimeve, dhe përmirësimin e menaxhimit dhe sistemeve të kontrollit të brendshëm.

Për tu siguruar se subjektet e audituara kanë ndërmarrë të gjitha masat korrigjuese ose veprimet e duhura për zbatimin e rekomandimeve dhe këshillave të auditimit, përveç informacioneve të drejtuesve të këtyre njësive, ndjekja kryhet nëpërmjet angazhimeve të ushtruara, në programet e të cilave përfshihet edhe zbatimi i rekomandimeve të lëna në angazhimet e mëparshme, por edhe si angazhime më vete.

Subjektet e audituara kanë bashkëpunuar me grupet e angazhimit të auditimit, për të diskutuar, pranuar dhe zbatuar rekomandimet, të cilat i referohen konstatimeve të auditimit.

Rekomandimet e dhëna si masa organizative janë pranuar nga subjektet e audituara. Ato kanë reaguar duke hartuar e miratuar plan veprimet përkatëse, të cilat i kanë dërguar në Drejtorinë e Auditit.

Zbatimi i masave organizative të dërguara gjatë vitit 2023 do të verifikohet gjatë auditimeve të rradhës, por edhe me programe të veçanta për njësi të ndryshme, planifikuar në Planin Strategjik dhe Vjetor të miratuar.

## 10.5 Konkluzione

Veprimtaria audituese e Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është realizuar duke siguruar integritet të punonjësve, pavarësi si dhe përmirësim profesional. Zbatimi përherë e më mirë i standarteve profesionale duke vendosur një komunikim gjithnjë e më konstruktiv e bashkëpunues me subjektet e audituara.

- **Prioritetet për vitin e ardhshëm**

Me qëllim sigurimin e ruajtjes së objektivitetit, pavarësisë, integritetit të informacionit, përdorimit eficient të burimeve dhe efektivitetit të sistemeve të kontrollit të brendshëm në Fond, për të ardhmen nevojitet përmirësimi i punës audituese në disa drejtime, të cilat përbëjnë dhe prioritetet e vitit në vazhdim, konkretisht:

- Rishikimi i procedurës së planifikimit vjetor me metodën bazuar në rrezik dhe mekanizmin për përditësimin e universit të auditimit;
- Metodatat e kampionimit të auditimit, duke përfshirë metodatat statistikore dhe jostatistikore;
- Aneksi i ri mbi analizën e të dhënave (data analytics) dhe përdorimin e tyre gjatë angazhimeve të auditimit;
- Programe Auditimi Model mbi aktivitetet kryesore të DAB, hartimi i programit për vlerësimin e cilësisë së Auditimit të Brendshëm, si dhe ndërtimi i treguesve kyç të performancës të aktivitetit të AB.
- Rritja e forcës audituese për vlerësimin real të funksionimit të sistemit të kontrollit të brendshëm në qendër dhe rajone dhe dhënien e rekomandimeve përkatëse.
- Studimi i legjislacionit ekzistues në fushën e auditimit të brendshëm, menaxhimit financiar dhe kontrollit, buxhetit, kontabilitetit, prokurimeve, sigurimeve shëndetësore, e më gjerë,



përditësimi i njohurive në mënyrë individuale, por edhe me pjesëmarrjen në kurset vjetore të trajnimit të audituesve, me qëllim ngritjen profesionale të specialistëve dhe rritjen e cilësisë së auditimeve.

- Fokusi i aktiviteteve gjatë vitit

Në funksion të zbatimit të qëllimeve strategjike të përcaktuara në Planin Strategjik, DAB do të fokusohet në fushat në vijim:

- Komunikimi, integrimi, ndikimi. Hartimi i strategjisë për komunikim efektiv, Raportimi i progresit në zbatimin e rekomandimeve të dhënave
- Forcimi i pavarësisë. Zhvillimi i mëtejshëm i metodologjisë për përzgjedhjen e auditimeve bazuar në rrezik, Ndryshimet e nevojshme ligjore, në përputhje me standartet e pranuar.
- Zhvillimi dhe forcimi i kapacitetit institucional për të mbështetur auditimin. Forcimi i mëtejshëm i kontroleve të brendshme institucionale, Ngritja dhe forcimi i mëtejshëm i kapaciteteve profesionale të personelit për zbatimin e planit strategjik, Sigurimi i kushteve të përshtatshme dhe mjeteve të nevojshme për punë.

Megjithë arritjet mendojmë që në të ardhmen të përmirësojmë punën në drejtim të: Forcimit të kontrollit të brendshëm nga njësitë shpenzuese, Përqëndrimi i punës audituese në zonat me risk të lartë, veçanërisht të riskut të mashtrimit, Rritja e cilësisë së auditimeve.

## 11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut

Njësia e Marrëdhënieve me Publikun gjatë angazhimit të saj në zbatim të detyrave brenda përgjegjësisë dhe fushëveprimit të saj, është angazhuar edhe në çdo aspekt tjetër të komunikimit me qëllimin e vetëm që qytetarët, mediat dhe palët e interesuara për veprimtarinë e Fondit, të jenë të informuar në kohë dhe me transparencë.

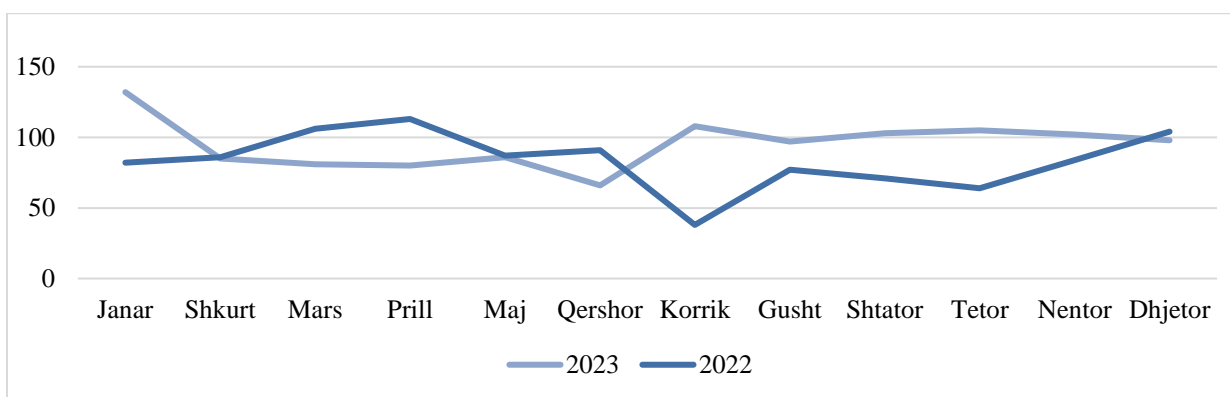
Puna e njësisë në shërbim të informimit të publikut dhe palëve të interesuara për shërbimet e institucionit, është zhvilluar nëpërmjet kanaleve të informacionit, më konkretisht:

- *Adresa elektronike* [info@fsdksh.gov.al](mailto:info@fsdksh.gov.al) - Me hyrjen në fuqi të VKM nr. 252, datë 29.04.2022, "Për Proçedurat e Shërbimit Online", gjatë vitit 2023 komunikimi me publikun është orientuar kryesisht tek adresa elektronike [info@fsdksh.gov.al](mailto:info@fsdksh.gov.al), nëpërmjet së cilës janë shqyrtuar pjesa më e madhe e kërkesave dhe ankesave nga qytetarët dhe është përcjellë informacioni i nevojshëm lidhur me shërbimet që ofron Fondi. Nëpërmjet kësaj adrese janë ndjekur gjithashtu, të gjitha rastet e ardhura nga Platforma e Bashkëqeverisjes, të cilat janë shqyrtuar me transparencë dhe brenda afateve kohore të përcaktuara.
- *Koordinatori për të drejtën për informim* - Nëpërmjet adresës elektronike të Koordinatorit për të Drejtën për Informim, në zbatim të Ligjit nr. 119/2014, datë 18.09.2014, "Për të drejtën e informimit", janë pranuar dhe shqyrtuar të gjitha kërkesat për informacion, të dërguara kryesisht nga media, shoqëria civile e të tjerë.

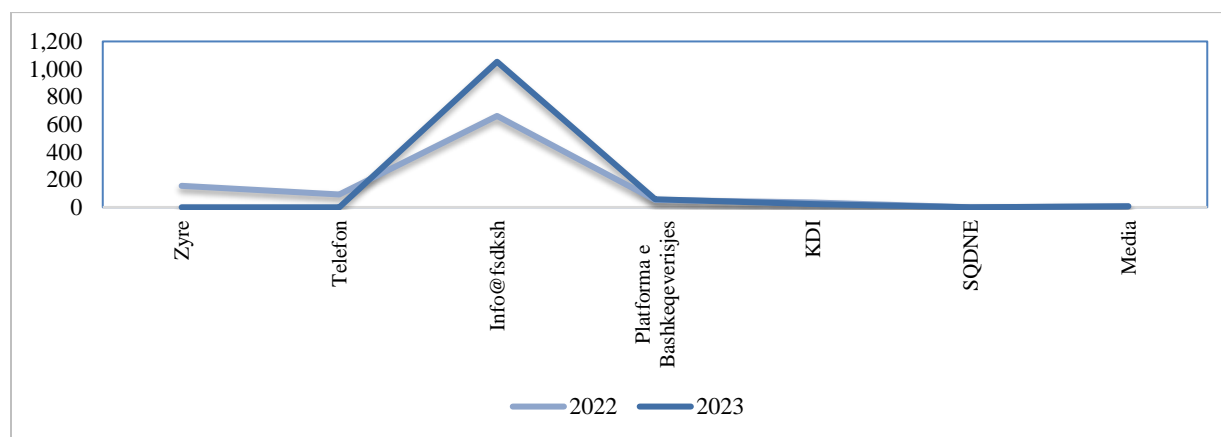
- *Webfaqja zyrtare [www.fsdksh.gov.al](http://www.fsdksh.gov.al)* – Eshtë administruar me në fokus publikimin e një informacioni të plotë mbi veprimtarinë dhe shërbimet që ofron institucioni. Në faqen zyrtare është pasqyruar me transparencë çdo aktivitet, informacion apo njoftim, me interes për publikun e të tjerë, me publikime të përditësuara në koherencë me punën e Fondit dhe në zbatim të ligjit nr. 119/2014, datë 18.09.2014, “Për të drejtën e informimit” dhe të Programit të Transparencës, si pjesë e tij.
- *Rrjetet sociale* - Është bërë administrimi, monitorimi dhe prezantimi i punës së Fondit në kanalet zyrtare sociale specifikuisht në: Facebook, Instagram dhe Twitter. Ky ka qenë një angazhim i përditshëm, duke realizuar periodikisht edhe materialet grafike me të dhëna mbi rezultatet e punës së Fondit.

Gjatë vitit 2023 janë pritur gjithsej 1,143 raste, të cilat janë trajtuar dhe ndjekur në bashkëpunim me njësitë teknike në Fond. Të dhënat e mbledhura në regjistrat përkatës, janë përpunuar dhe paraqitur në grafikët në vijim.

Grafik 1 Numri total i rasteve për vitet 2022, 2023



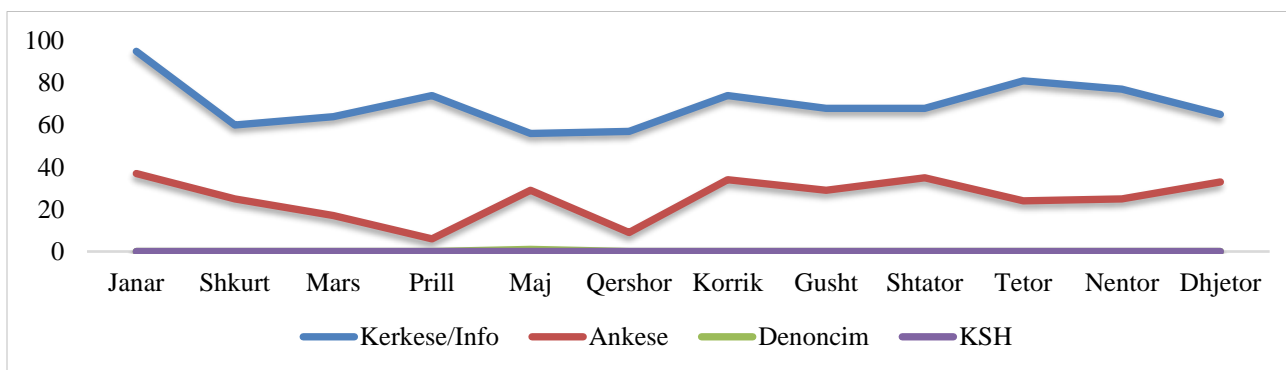
Grafik 2 Raportim i problematikave sipas mediumit, të krahasuara për vitet 2022, 2023



\*KDI- Kordinatori për të Drejtën e Informimit; \*SQDNE- Sistemi i Qarkullimit të Dokumentave me Nënshkrim Elektronik

Siç vihet re në paraqitjen grafike, me hyrjen në fuqi të VKM-së nr. 252, datë 29.04.2022 “Për Proçedurat e Shërbimit Online”, në pjesën e dytë të vitit 2022 reflektohet ulja e menjëhershme e raportimit në ambientet e institucionit, ndërsa përgjatë vitit 2023 komunikimi me qytetarët për problematika të ndryshme si edhe dhënia e informacionit, u realizua pothuajse tërësisht nëpërmjet adresës elektronike, siç vërehet edhe në grafik. Ky proces u shoqërua me lehtësira në proçedimin e raportimit të rasteve deri në trajtimin përfundimtar të tyre, duke përshpejtuar gjithashtu dhe kohën e shqyrtimit.

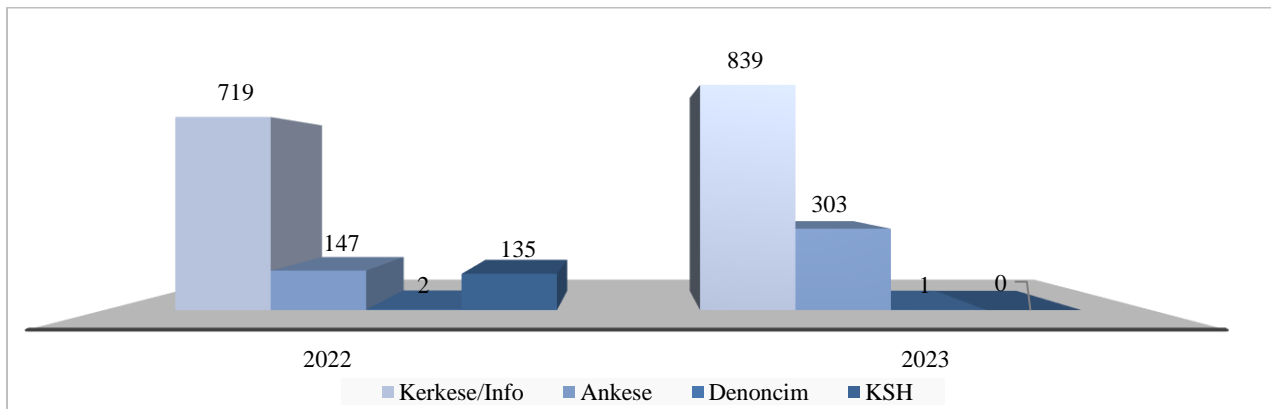
Grafik 3 Tipologjia e raportimeve përvitin 2023



\*KSH -Karta e Shëndetit;

Duke analizuar tipologjinë e raportimeve, gjatë vitit 2023 konstatohen problematika lidhur me vështirësi të hasura në aplikimet në portalin e-Albania: për kartën e shëndetit për shtetasit shqiptar dhe të huaj, në aplikimin për regjistrim apo transferim tek mjeku i familjes; problematika të lidhura me mospërfitimin e barnave me rimbursim, për shkak të mungesave apo kufizimeve të listës së barnave me rimbursim, si edhe problematika të funksionimit të sistemeve elektronike të Fondit, problematika të raportuara nga subjektet të cilat kanë kontratë me FSDKSH-në.

Grafik 4 Tipologjitë e raportimeve, të krahasuara për vitin 2022 dhe për vitin 2023



\*KSH -Karta e Shëndetit;

Nga krahasimi i të dhënave vihet re se, ashtu si në vitin 2022 edhe përgjatë vitit 2023, frekuencë më të lartë kanë kërkesat për informacion, të cilat konsistojnë kryesisht në orientim apo asistencë lidhur me përfitimin apo përdorimin e shërbimeve dhe të produkteve që ofron Fondi, por, në krahasim me vitin 2022 vërehet një rritje e numrit të ankesave, gjë që përkon me problematikat shoqëruese të procesit të kalimit on line të të gjitha shërbimeve të Fondit.

## **12. Bashkëpunimi me Institucionet**

### **12.1 Bashkëpunimi ndërinstitucional**

FSDKSH bashkëpunon institucionalisht me MSHMS-në për politikat dhe strategjitë që kanë në lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera që kanë lidhje me funksionimin e FSDKSH-së.

Këshilli i Ministrave është organ i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të FSDKSH. Në këtë kuadër bashkëpunohet me MFE për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e FSDKSH.

Gjithashtu, në realizimin e veprimtarisë së tij institucionale, FSDKSH lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre, lidhur me kategoritë e të siguruarve dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Përmendim këtu:

- Memorandumin e Mirëkuptimit midis FSDKSH dhe Institutit të Statistikave (INSTAT), i cili rregullon marrëdhënien midis dy institucioneve lidhur me llojin dhe mënyrën e raportimit të të dhënave zyrtare. Mbi këtë bazë bashkëpunohet për përgatitjen dhe dërgimin e të dhënave sipas standarteve të dakortësuara.
- Nënshkrimi i Marrëveshjes së lidhur midis Shërbimit Informativ të Shtetit dhe FSDKSH, për regjistrimin e punonjësve të SHISH në regjistrin elektronik të të siguruarve.
- Nënshkrimi i Marrëveshjes me Ambasadën Amerikane për regjistrimin e punonjësve të kësaj Ambasade në regjistrin elektronik të të siguruarve.
- Raportimi dhe përgatitja për procesin screening për përafrimin e legjislacionit me direktivat e BE-së mbi zhvillimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor për kapitujt e PKIE 2019-2021 dhe Raportimet në Kuadër të Procesit të Integritimit Evropian. FSDKSH raporton për Kapitujt 2, 19, 28.

- Bashkëpunim me AKSHI-n, në lidhje me Sistemin e Qarkullimit të Dokumenteve me Nënshkrim Elektronik.”

## 12.2. Marrëveshjet Ndërkombëtare

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

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

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

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

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

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

Me **Republikën e Çekisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 34/2016, datë 24.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Çeke për

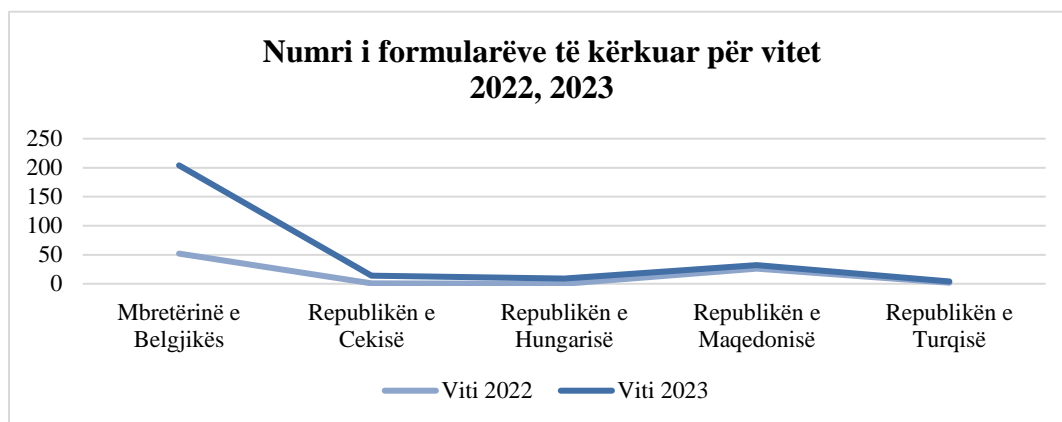
mbrojtjen shoqërore”. Fondi zbaton marrëveshjen nëpërmjet 6 formularëve të miratuar. Kjo marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Shkurt 2017.

Me **Republikën Federale të Gjermanisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 23/2016, datë 10.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Federale të Gjermanisë për Mbrojtjen Shoqërore dhe të Protokollit Përfundimtar të saj”. Fondi zbaton marrëveshjen nëpërmjet 1 formulari të miratuar AL/DE 101.

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

Me **Malin e Zi**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 70/2023, “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Malit të Zi për sigurimet shoqërore”.

Në grafikun më poshtë paraqitet numri i formularëve të kërkuar nga Fondi për vitet 2022 dhe 2023:



### 13. Prioritetet Strategjike dhe Objektivat

#### 13.1 Prioritetet strategjike

Në përputhje me Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë, FSDKSH në bazë të misionit të tij, ka si prioritet kryesor strategjike:

- Zhvillimin dhe përmirësimin e skemës së sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër qytetarët;

- Fuqizimin e mekanizmave dhe kapaciteteve të planifikimit strategjik për financimin e kujdesit shëndetësor;
- Monitorimin më efektiv të financimit të kujdesit shëndetësor dhe optimizimin e përdorimit të burimeve;
- Sigurimin e shëndetit të popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës dhe mundësimin financiar të Mbulimit Shëndetësor Universal për të gjithë;
- Fuqizimin e mëtejshëm të kujdesit shëndetësor parësor, si porta e parë hyrëse e qytetarit dhe përmirësimin e aksesit në barna dhe pajisje mjekësore të sigurta e cilësore;
- Ofrimin e shërbimeve shëndetësore për qytetarët nëpërmjet financimit të paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor;
- Përmirësimin e cilësisë së sistemeve të teknologjisë shëndetësore të informacionit, të shtrirë gjerësisht në mbarë vendin; dhe lehtësimin e aksesit për dhënësit e shërbimit dhe qytetarët;
- Përmirësimin e qeverisjes institucionale dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin;
- Rritjen e transparencës së veprimtarisë së Fondit dhe përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së shërbimit ndaj qytetarëve në informacion dhe shërbime;
- Bashkëpunimin me partnerët ndërkombëtarë, për realizimin me sukses të reformës në fushën e sigurimeve shëndetësore, sipas direktivave të BE-së.

## 13.2 Objektivat vjetore 2024

- Qëndrueshmëria dhe përmirësimi i situatës financiare të skemës, nëpërmjet përdorimit me efektivitet të burimeve të financimit, forcimit të kontrollit të shpenzimeve.
- Realizimi i marrëdhënieve kontraktuale korrekte midis FSDKSH dhe ofruesve të shërbimit shëndetësor në funksion të përmirësimit të shërbimit ndaj popullatës.
- Përmirësimi i mënyrës së financimit të institucioneve shëndetësore publike të dhënësve të shërbimit shëndetësor, bazuar në rezultate të matshme dhe të targetuara bazuar në indikatorët e performancës.
- Financimi i paketave të miratuara të shërbimit spitalor në spitalet publike e jopublike, duke mbajtur nën kontroll kapacitetet financiare të Fondit.
- Rritja e kosto-efektivitetit të listës së barnave e pajisjeve të rimbursueshme dhe sigurimi i trajtimeve të efektshme për pacientët, bazuar në udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike të miratuara.
- Zgjerimi i listës së barnave të rimbursuara, duke siguruar rritjen e përfitimeve të popullatës.
- Monitorimi i shpenzimeve të rimbursimit për barnat e Listës së rimbursuar, duke respektuar tavanet buxhetore të miratuara me ligj.
- Sigurimi i disponibilitetit të barnave të rimbursuara në rrjetin e hapur farmaceutik dhe në farmacitë e spitaleve.

- Realizimi i procedurave të lidhjes/rilidhjes së kontratave me farmacitë, agjencitë farmaceutike, importuesit dhe shpërndarësit farmaceutikë, importuesit e pajisjeve mjekësore të rimbursuara, si dhe institucionet shëndetësore jo publike nëpërmjet platformës e-Albania.
- Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike si ai i Regjistrit të të Siguruarve AHIS, përmirësimi i rrjetit (WAN/LAN) dhe analizimi dhe vlerësimi i sistemeve dhe rrjetit informatik të Fondit me qëllim përcaktimin e ecurisë së tyre.
- Përmirësimi i metodologjisë së kontrollit në funksion të zbatimit të kontratave që Fondi lidh me ofruesit e shërbimeve shëndetësore.
- Përditësimi i kuadrit ligjor në përputhje me legjislacionin e skemës së sigurimeve shëndetësore dhe të akteve të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi.
- Realizimi i negociatave dhe zbatimi i marrëveshjeve të reja bilaterale në fushën e mbrojtjes shoqërore, veçanërisht me vendet e BE dhe sigurimi i asistencës, shkëmbimit të përvojës dhe bashkëpunimit me partnerët ndërkombëtarë.
- Informimi i publikut për veprimtarinë dhe shërbimet e Fondit, në kuadër të rritjes së transparencës në marrëdhëniet me qytetarët.