



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

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
SPITALI RAJONAL

SPITALI BASHKIAK
LUSHNJE / SARANDË

Nr. Prot., Datë: / /2025

Nr. Prot., Datë: / /2025

K O N T R A T Ë

“PËR FINANCIMIN E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE SPITALORE, PËR VITIN 2025”

Ndërmjet

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

Dhe

SPITALIT RAJONAL/ SPITALIT BASHKIAK LUSHNJE DHE SARANDË

Miratuar me Vendimin e Këshillit Admimistariv të Fondit Nr. 33, datë 04.12.2024

PËRMBAJTJA

Dispozita paraprake

Nenet

- | | |
|---------|---|
| Neni 1 | Qëllimi i Kontratës |
| Neni 2 | Baza ligjore |
| Neni 3 | Shërbimet që financohen nga Fondi |
| Neni 4 | Të drejta dhe detyrime të përgjithshme për Spitalin |
| Neni 5 | Detyrimet e spitalit në shërbimin e urgjencës |
| Neni 6 | Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër |
| Neni 7 | Detyrime të spitalit në dhënien e shërbimit të specializuar ambulator |
| Neni 8 | Detyrime të spitalit në lidhje me kontratën koncesionare Saniservice |
| Neni 9 | Detyrimet e spitalit për zbatimin e kontratës koncesionare për laboratorët |
| Neni 10 | Detyrime të spitalit për dhënien e shërbimit paliativ |
| Neni 11 | Detyrimet e spitalit për ofrimin e shërbimit për sëmundjet tumorale |
| Neni 12 | Detyrime të spitalit në lidhje me ofrimin e shërbimit spitalor për shtetasit e huaj |
| Neni 13 | Detyrime të përgjithshme për Fondin/DRF |
| Neni 14 | Financimi |
| Neni 15 | Llogaritja e shpenzimeve faktike |
| Neni 16 | Evidentimi dhe shkëmbimi i informacionit |
| Neni 17 | Mënyra e planifikimit dhe administrimit të barnave, materialeve mjekësore, kite dhe reagentë sipas shërbimeve |
| Neni 18 | Mënyra e ushtrimit të kontrollit në spital |

Neni 19	Sanksionet
Neni 20	Dëmi ekonomik
Neni 21	Gjobat
Neni 22	Kushti penal
Neni 23	Zgjidhja e kontratës
Neni 24	Masa të tjera
Neni 25	Ankimi Administrativ
Neni 26	Ndryshimet e kontratës
Neni 27	Zgjidhja e mosmarrëveshjeve
Neni 28	Hyrja në fuqi

ANEKSE

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

Kjo Kontratë nënshkruhet në _____, në datë _____

ndërmjet:

Drejtoria Rajonale të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor _____
(në vijim “DRF”) e përfaqësuar nga Z./Znj. _____, Drejtor/e i DRF
_____;

dhe

Spitalit Rajonal/Bashkiak _____, (në vijim “Spitali”) përfaqësuar nga
Z./Znj. _____, Drejtor/e i/e Spitalit, me seli në adresën:
_____, nr. tel. _____, email:
_____;

më poshtë të quajtuara “Palët”

Dispozita paraprake

Duke qenë se:

A. DRF janë organe në varësi të Fondit, të cilat e zhvillojnë aktivitetin në bazë dhe për zbatim të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;

B. Në bazë të ligjit të sipërcituar dhe të vendimit të Këshillit të Ministrave (në vijim “VKM”) “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025”, Fondi lidh kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor si dhe i paguan ata për paketat e shërbimeve shëndetësore spitalore të ofruara prej tyre;

C. Spitali Rajonal/Spitali Bashkiak Lushnje dhe Sarandë jep shërbim shëndetësor në bazë të ligjit nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”;

D. Këshilli Administrativ i Fondit ka miratuar kontratën tip për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025, me Vendimin e Këshillit Administrativ nr. 33, datë 04.12.2024, (në vijim “VKA”),

palët e mësipërme bien dakord si vijon:

Neni 1

Objekti i Kontratës

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

Neni 2

Baza ligjore

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

1. Ligji nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
2. Ligji nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”;
3. Ligji nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
4. Ligji nr. 123, datë 25.09.2014, “Për Urdhërin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
5. Ligji nr. 9150, datë 30.10.2003, “Për Urdhërin e Farmacistëve në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
6. Ligji nr. 9718, datë 19.04.2007, “Për Urdhërin e Infermierit në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
7. Ligji nr. 80, datë 22.07.2015, “Për arsimin e lartë dhe kërkimin shkencor në institucionet e arsimit të lartë”;
8. Ligji nr. 105, datë 31.07.2014, “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”, i ndryshuar;
9. Ligji nr. 7850, datë 29.07.1994, “Për Kodin Civil në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
10. Ligji nr. 44, datë 30.04.2015, “Kodi i Procedurave Administrative në Republikën e Shqipërisë”;
11. Ligji nr. 49, datë 03.05.2012, “Për gjykatat administrative dhe gjykimin e mosmarrveshjeve administrative”, i ndryshuar;
12. Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995, “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
13. Ligji nr. 8045, datë 07.12.1995, “Për ndërprerjen e shtatëzanisë”, i ndryshuar;
14. Ligji nr. 9887, datë 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”, i ndryshuar,
15. Ligji nr. 10237, datë 18.02.2010, “Siguria dhe shëndeti në punë”, i ndryshuar;
16. Ligji nr. 10 279, datë 20.05.2010, “Për kundërvajtjet administrative”;
17. Ligji nr. 10 296, datë 08.07.2010, “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, i ndryshuar;
18. Ligji nr. 25/2018 “Për kontabilitetin dhe pasqyrat financiare” dhe udhëzimi i Ministrit të Financave dhe Ekonomisë nr. 8, datë 09.03.2018 “Për procedurat e përgatitjes, paraqitjes dhe raportimit të pasqyrave financiare vjetore në njësitë e qeverisjes së përgjithshme”;
19. Ligji nr. 9920, datë 19.05.2008, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;

20. Ligji nr. 9367, datë 07.04.2005, “Për parandalimin e konfliktit të interesave në ushtrimin e funksioneve publike” i ndryshuar;
21. Ligji nr. 9936, datë 26.06.2008, “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
22. Ligji nr. 162, datë 23.12.2020, “Për prokurimin publik”, i ndryshuar;
23. Ligji për buxhetin vjetor 2025, si dhe udhëzimi i Ministrit të Financave dhe Ekonomisë “Për zbatimin e buxhetit të vitit 2025”;
24. Ligji nr. 138, datë 16.10.2014, “Për kujdesin paliativ në Republikën e Shqipërisë”;
25. Ligji nr. 147, datë 30.10.2014, “Për shërbimin e urgjencës mjekësore”;
26. VKM 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;
27. VKM “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025”;
28. VKM nr. 285, datë 19.05.2021, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik” i ndryshuar, si dhe udhëzimet për blerjet e prokurimet;
29. VKM nr. 865, datë 24.12.2019, “Për mënyrën e kryerjes së procesit të akreditimit të institucioneve të kujdesit shëndetësor e përcaktimin e tarifave dhe afateve kohore”;
30. VKM nr. 36, datë 27.01.2023, “Për krijimin, organizimin dhe funksionimin e spitaleve rajonale, terciare dhe qendrave spitalore rajonale publike”;
31. VKM nr. 955, datë 29.12.2014, “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtëpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, i ndryshuar;
32. VKM nr. 424, datë 26.06.2024, “Për miratimin e strukturës së pagave, niveleve të pagave e shtesave mbi pagë, kompensimeve dhe trajtimeve të tjera financiare të punonjësve të sistemit shëndetësor, në institucionet shëndetësore, në sistemin e ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë, në strukturat shëndetësore të forcave të armatosura të Republikës së Shqipërisë, të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve dhe të Drejtorisë së Përgjithshme të Policisë së Shtetit”;
33. VKM nr. 307, datë 21.05.2014, “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, i ndryshuar;
34. VKM nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, i ndryshuar;
35. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 326, datë 19.07.2017, “Për miratimin e protokolleve mjekësore të realizimit të paketave të shërbimeve që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
36. VKM nr. 492, datë 24.07.2024, “Për miratimin e Listës së Barnave, që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”;
37. VKM nr. 789, datë 22.09.2015, “Për përcaktimin e kritereve, statndardeve dhe procedurave të programit të certifikimit për profesionistë të shëndetësisë”, i ndryshuar;
38. VKM nr. 419, datë 04.07.2018, “Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Operatorit të Kujdesit Shëndetësor”;

39. VKM nr. 258, datë 24.04.2019, “Për miratimin e Kontratës së Konkensionit/PPP ‘Për Ofrimin e Shërbimeve Laboratorike të Spitaleve Universitare, Rajonale dhe atyre Bashkiake të Sarandës dhe Lushnjes”;
40. VKM nr. 395, datë 29.06.2023 “Për mundësinë e ofrimit jashtë regjimit të punës të përcaktuar nga punëdhënësi, të shërbimeve të konsultave ambulatorore për pacientë jashtë sistemit të referimit”;
41. Urdhëri i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 783, datë 18.12.2019, “Për caktimin e personave të autorizuar që do të përdorin portalin qeveritar për shërbimet on-line, prej datës 01.01.2020”;
42. Kontratën Koncesionare nr. 1440/32 prot., datë 10.12.2015, “Për ofrimin e shërbimeve të integruara të furnizimit të setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me material mjekësor steril, njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale” ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Shoqërisë Koncesionare “SaniService” Sh.p.k., Amenduar nr. 228 Prot., datë 15.01.2020; Kontratën për Financimin e Shërbimit “Për ofrimin e setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me material mjekësor steril një përdorimësh në sallat kirurgjikale si dhe trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale”, ndërmjet FSDKSH dhe Shoqërisë Koncesionare “SaniService” Sh.p.k., Amenduar me nr. 502/1 Prot., datë 17.01.2020;
43. Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 493, datë 02.07.2019, “Për sistemin e referimit dhe tarifat e shërbimit publik”, i ndryshuar;
44. Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 296, datë 17.05.2023 “Për mënyrën e funksionimit të mekanizmit të referimit të pacientëve brenda sistemit spitalor publik”;
45. Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 250, datë 18.04.2023 “Për mënyrën e krijimit, organizimit dhe funksionimit të spitalit ditor dhe spitalit bashkiak publik”;
46. Urdhri i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 688, datë 02.10.2018, “Për ofrimin e ekzaminimit të rezonancës magnetike nëpërmjet sistemit të referimit elektronik”;
47. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 381, datë 01.09.2016, “Për miratimin e modeleve të regjistrave elektronik në recepsione, “Përmbledhjes së daljes” dhe “Miratimit të pacientit”;
48. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 128, datë 03.03.2010, “Për pajisjen e mjekëve dhe stomatologëve me lejen individuale për ushtrimin e profesionit”;
49. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 417, datë 14.07.2010, “Për miratimin e kartelës klinike të shtrimit në spital”;
50. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 287, datë 12.07.2011, “Për pajisjen me vulë të barnave që përdoren në institucionet shëndetësore publike”;
51. Urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 482, datë 09.12.2024 “Mbi mënyrën e organizimit dhe ofrimit të shërbimit me sëmundje tumorale”;
52. Urdhri i Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit nr. 335, datë 02.08.2024, “Për tregëtimin e disa barnave nga Lista e Barnave të Rimbursuara në shërbimin spitalor në QSUT dhe farmacitë e spitaleve Rajonale dhe Bashkiake”;
53. Rregullore e Këshillit Administrativ të Fondit nr. 3, datë 22.10.2014, “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin”, e ndryshuar;
54. Udhëzimin e Fondit nr. 1, datë 31.01.2010, “Për llogaritjen e kostos dhe treguesve tekniko-ekonomik”;
55. Udhëzim i Fondit nr. 17, datë 23.12.2019, “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e të siguruarve” i ndryshuar;

56. Udhëzim i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 164, datë 20.03.2023 “Për metodologjinë e llogaritjes së kostove të shërbimeve spitalore”;
57. Rregullore nr. 1, datë 12.12.2019, “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, miratuar me Vendim të Këshillit Administrativ nr. 34, datë 12.12.2019;
58. Ligjislacioni për Ratifikimin e Marrëveshjeve për Mbrojtjen Shoqërore në Republikën e Shqipërisë;
59. Standardet dhe aktet normative të vendosura për shërbimin spitalor nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe akte të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi;
60. Udhërrëfyesit e Praktikës Klinike (UPK) dhe Protokollet e Praktikës Klinike (PPK) të miratuara nga MSHMS;
61. Rregulloren e Përgjithshme të Funksionimit të Spitalit;
62. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
63. Karta shqiptare e të drejtave të pacientit.

Neni 3 Shërbimet që financohen nga Fondi

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

Neni 4 Të drejta dhe detyrime të përgjithshme për Spitalin

1. Spitali, i cili është në varësi të Drejtorisë Rajonale e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (në vijim Operatori Rajonal), ofron shërbimet shëndetësore sipas Aneksit Nr. 1, të kësaj kontrate në përputhje me aktet që rregullojnë veprimtarinë e shërbimeve shëndetësore spitalore, sipas nenit 2 të kësaj kontrate.
2. Shërbimet e dhëna nga të gjithë ofruesit e shërbimeve spitalore, duhet të jenë në zbatim të plotë të sistemit të referimit në shërbimin shëndetësor, si dhe akteve të tjera të nxjerra për këtë qëllim nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (në vijim “MSHMS”), Këshilli Administrativ dhe Fondi.
3. Shërbimi spitalor ofrohet në tre nivele: në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin ambulator dhe në shërbimin spitalor me shtretër.
4. Për ofrimin në këto nivele shërbimesh mjekësore spitali vë në dispozicion të gjitha burimet njerëzore, të gjitha mjetet e diagnostikimit, mjekimit, pajisjet mjekësore, aparaturat dhe mjete të tjera që disponohen, në shërbim të popullatës.
5. Spitali merr masa dhe është përgjegjës lidhur me sigurinë e kujdesit shëndetësor spitalor për situatat emergjente (aksidente, epidemi, përmbytje, mbrojtjen nga zjarri dhe shmangien e dhunës në ambientet spitalore).

6. Spitali merr masa për të garantuar qëndrueshmërinë dhe cilësinë e barnave sipas Farmakopesë dhe standarteve të miratuara. Të sigurojë kushte të përshtatshme të ruajtjes së barnave, për sa i përket ambienteve ku ato ruhen, në mënyrë që të ketë kushte optimale ndaj dëmtimit të tyre nga faktorët fizik të dritës, lagështirës, temperaturës dhe mikroorganizmave.
7. Mjekët, të cilët punojnë ose janë të kontraktuar nga spitali publik, nuk lejohen të ushtrojnë aktivitet të pjesshëm ose të plotë në institucionet shëndetësore jopublike me shtretër, të kontraktuara me Fondin në dhënien e shërbimit për paketat shëndetësore.
8. Spitali dhe personeli shëndetësor të punojë për pëmbushjen e standarteve të cilësisë së kujdesit shëndetësor spitalor, në përshtatje me politikat dhe strategjinë e MSHMS, për akreditimin e institucionit shëndetësor, sipas afateve të përcaktuara nga institucionet përgjegjëse. Spitali të punojë në vazhdimësi në lidhje me standardet dhe protokollet, performancën e përgjithshme dhe përparimin e vazhdueshëm të shërbimit spitalor, për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e pacientëve.
9. Spitali ka detyrim të ketë në strukturat e tij vetëm personel mjekësor të licencuar dhe me license të vlefshme, në përbushje të kërkesave të Edukimit Profesional të Vazhdueshëm. Mjekët që punojnë në spitalin publik duhet të ndjekin ciklin e Edukimit Profesional të Vazhdueshëm në plotësim të numrit të krediteve të nevojshme për rilicencimin e tyre.
10. Spitali ka detyrimin të informojë personelin mjekësor dhe jomjekësor për të drejtat dhe detyrimet që rrjedhin nga kontrata.
11. Spitali ka detyrimin, të punojë për matjen, llogaritjen, monitorimin, dhe arritjen e indikatorëve (Aneksi 7) sipas targeteve të vendosura.
12. Të disponojë regjistrat tip të shërbimeve sipas aneksit përkatës, t’i plotësojë sipas kërkesave të parashikuara dhe të evidentojë aktivitetin mjekësor sipas detyrimeve kontraktuale.
13. Spitali ka detyrimin të disponojë, të administrojë dhe të arkivojë kartelën klinike të pacientit sipas formatit të miratuar.
14. Spitali ka detyrimin, të monitorojë nivelin e infeksioneve spitalore me qëllim minimizimin e tyre.
15. Spitali ka detyrimin, të vendosë pranë këndit të çdo recepsioni, “Kutinë e Ankesave, Përshtypjeve dhe Sugjerimeve” dhe numër telefoni për ankesat duke ruajtur anonimatën e pacientit. Vlerësimi i ankesave dhe problematikës së ngritur të shqyrtohet në mënyrë periodike nga ana e Spitalit.
16. Spitali ka detyrimin, të pranojë kontrollin e strukturave të Fondit për monitorimin dhe zbatimin e kësaj kontrate. Të pranojë kontrollin dhe mbikqyrjen e shërbimeve shëndetësore, të zbatimit të standarteve dhe të udhëzuesve dhe protokolleve klinike nga ana e Operatorit Rajonal.

17. Drejtori i spitalit në bashkëpunim me DRF përcakton listën nominative të mjekëve që përshkruajnë recetën elektronike për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit, me qëllim pajisjen me akses ne sistemin e recetës elektronike dhe për nënshkrimin elektronik të këtyre mjekëve. Drejtorja e spitalit/Mjekët Specialistë janë përgjegjës për respektimin e tavanit buxhetor sipas shërbimit përkatës për rimbursimin e barnave.
18. Të raportojë në mënyrë periodike pranë Operatorit Rajonal mbi infrastrukturën ndërtimore të Spitalit dhe nevojat përkatëse.
19. Spitali mirëadministron softet me programet kompjuterike të instaluar nga MSHMS dhe Fondi dhe bashkëpunon me këto institucione për funksionimin dhe zbatimin e këtyre programeve.
20. Për lëshimin e recetave me rimbursim për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit do të nënshkruhet kontrata “Për lëshimin e recetës me rimbursim nga mjeku specialist për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit”, e cila nënshkruhet ndërmjet Drejtorit të Spitalit, mjekut specialist të spitalit dhe Drejtorit të DRF, sipas Aneksit Nr. 6, pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
21. Spitali dhe personeli shëndetësor (mjekët referues) është përgjegjës për realizimin e kontratës Konkensionare të laboratorëve të nënshkruar ndërmjet Autoritetit (MSHMS) dhe Konkensionarit, “Për ofrimin e Shërbimeve Laboratorikë të Spitaleve Universitare, Rajonale dhe atyre Bashkiake të Sarandës dhe Lushnjes”.
22. Spitali dhe personeli shëndetësor është përgjegjës për realizimin e kontratës “Për ofrimin e shërbimeve të integruara të furnizimit të setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me material mjekësor steril, njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale” ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Shoqërisë Koncesionare “SaniService” Sh.p.k.,
23. Spitali i cili ofron shërbime të paketave shëndetësore të miratuara me VKM, duhet ti realizojë ato në përputhje me protokollin e paketave të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me buxhetin e miratuar dhe me rezervat e mundshme në materiale dhe pajisje.
24. Spitali të bashkëpunojë me QSH-në, nëpërmjet DRF-së për planifikimin e referimit të ekzaminimeve të kryera te Konkensionari PPP për të sëmurët kronikë ambulator.
25. Spitali të marrë masa për mirëmbajtjen, funksionimin e aparaturave biomjekësore si dhe ruajtjen e nivelit të efektshmërisë së tyre.
26. Spitali të marrë masa për përmbushjen e kriterëve të përcaktuara në rregulloren e autonomisë spitalore që të përfitojë autonominë spitalore.
27. Spitali përllëgarit kostot e diagnostikimit ambulator, shtrimit dhe trajtimit në spital për pacientët. Kostot e shërbimeve spitalore përllëgariten duke u bazuar në shpenzimet që janë të domosdoshme të bëhen nga institucioni për diagnostikimin, kujdesin dhe trajtimin e

pacientëve sipas protokolleve mjekësore si edhe çdo shpenzim tjetër që bëhet për ofrimin e shërbimit spitalor.

28. Spitali, nëse gjatë vitit përfiton kartën e autonomisë menaxheriale, u siguron mjekëve mundësinë të ofrojnë jashtë regjimit të punës së përcaktuar nga punëdhënësi shërbime të konsultave ambulatorë për pacientë jashtë sistemit të referimit, sipas përcaktimeve të bëra me vendim të Këshillit të Ministrave.

Neni 5

Detyrimet e spitalit në shërbimin e urgjencës

1. Spitali është i detyruar të ofrojë shërbime të kualifikuara të ndihmës së parë, të urgjencës, të reanimacionit dhe të observacionit ditor për të gjithë shtetasit e Republikës së Shqipërisë që kanë nevojë për shërbim të urgjencës mjekësore.
2. Spitali duhet të vërë në dispozicion të gjitha burimet njerëzore, mjetet, aparaturat, materialet e mjekimit, medikamentet dhe çdo gjë tjetër të planifikuar për funksionimin e këtij shërbimi.
3. Ofrimi i shërbimit të urgjencës jepet bazuar në Rregulloren e Përgjithshme të Funksionimit të Spitalit, në Rregulloren e Shërbimit të Urgjencës, në Ligjin Nr. 147/2014 “Për shërbimin e urgjencës mjekësore”, dokumentacioni për mbulimin e shpenzimeve të bëra, apo çdo akt ligjor e nënligjor në funksion të ofrimit të këtij shërbimi.
4. Spitali evidenton të gjithë personat e paraqitur sipas Aneksit Nr. 4, të regjistrave tip bashkëngjitur kontratës. Në rastet kur spitali dhe shërbimi kanë të implementuar sistemin EHR (Rekordi Elektronik Shëndetësor Kombëtar), evidentimi do të bëhet sipas formatit elektronik: Raport-Regjistri i Shërbimit të Urgjencës.
5. Në bazë të gjendjes klinike të të sëmurit dhe triazhit të urgjencës mjekësore, mjeku kurues do të hapë kartelë klinike të shërbimit të urgjencës, kartelë deri në 24 orë ose ditore.
6. Pacientët që kanë nevojë për ekzaminime imazherike dhe laboratorike, do të paraqiten në këto shërbime me rekomandimin e brendshëm përkatës të shërbimit të pranimit-urgjencës. Plotësimi i dokumentacionit të mësipërm bëhet për të evidentuar çdo mjekim, ekzaminim, manipulim apo procedurë tjetër të ofruar nga spitali për çdo pacient nga shërbimi i urgjencës.
7. Në shërbimin e urgjencës pas dhënies së ndihmës së parë bëhet regjistrimi nëpërmjet një dokumenti identifikues në regjistrat dhe kartelat përkatëse. Në rastet kur dokumenti identifikues nuk disponohet, apo nuk bëhet e mundur evidentimi i tyre në urgjencë, do të bëhen veprimet në dokumentacionin e urgjencës si regjistra, kartela me të dhënat që referojnë këta të sëmurë apo familjarë të tyre. Në rastet kur në shërbimin e urgjencës nuk bëhet e mundur verifikimi i tyre, evidentimi dhe plotësimi i tyre bëhet në pavion kur pacienti shtrohet në spital.
8. Spitali të evidentojë në një regjistër të veçantë vizitat që kryhen në familje për pacientët e sëmurë, barnat që konsumohen dhe lëvizjen e ambulancës.

Neni 6

Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër

1. Të zbatojë procedurat dhe kriteret e shtrimeve në spital duke respektuar sistemin e referimit në shërbimet shëndetësore dhe Rregulloren e Brendshme të Funkzionimit të Shërbimeve, pjesë e Rregullores së Përgjithshme të Funkzionimit të Spitalit.
2. Të trajtojë të sëmurët në përputhje me llojet dhe nivelin e shërbimeve sipas Aneksit Nr. 1, bazuar në etikën, standardet e shërbimit të kujdesit shëndetësor, Udhërrëfyesit e Praktikës Klinike, Protokollet e Praktikës Klinike të miratuara nga MSHMS, udhëzimet dhe aktet normative të Fondit, si dhe urdhërat e profesionistëve të përcaktuara me ligj, mbështetur në kuadrin ligjor mbi të cilin spitali ushtron veprimtarinë e tij.
3. Të evidentojë aktivitetin mjekësor për pacientët që përfitojnë shërbim shëndetësor spitalor. Pacientët e shtruar, të regjistrohen në regjistrin e shtrimeve që është një dhe i vetëm për spitalin. Numri i regjistrimit të jetë progresiv dhe të korrespondojë me numrin e kartelës klinike të shtrimit.
4. Të plotësojë të gjitha rubrikat me dokumentacionet përkatëse sipas modeleve të miratuara të regjistrave nga MSHMS dhe Fondi, për çdo shërbim të dhënë pacientit në shërbimin me shtretër, sipas Aneksit Nr. 4, pjesë përbërëse e kontratës. Në rastet kur spitali dhe shërbimi kanë të implementuar sistemin EHR (Rekordi Elektronik Shëndetësor Kombëtar), evidentimi do të bëhet sipas formatit elektronik:
 - a) Raport-Regjistri i Shërbimit Spitalor, sipas Urdhërit Nr. 381, datë 01.09.2016, “Për miratimin e modeleve të regjistrave elektronik në recepsionë, “Përmbledhja e daljes” dhe “Miratimi i Pacientit”.
 - b) Të gjitha llojet e kartelave klinike që spitali përdor;
 - c) Dokumentacioni financiar (sipas legjislacionit në fuqi) për mënyrën e justifikimit të shpenzimeve faktike të pacientit të shtruar në shërbimin përkatës, ku përfshihet edhe fleta e mjekimit ditor të pacientit.
5. Të përdorë kartelat klinike tip të miratuara nga MSHMS. Plotësimi i tyre nga mjeku specialist të bëhet me shkrim të qartë dhe konform të gjitha rubrikave që kartela përmban. Vendosija e diagnozës klinike të bëhet brenda afateve kohore të kërkuara, si dhe të shkruhet e plotë dhe jo me shkurtime apo iniciale. Të administrohen në kartelë përgjigjet e ekzaminimeve laboratorike dhe imazherike të plotësuara me të gjitha elementët përkatës. Kartela klinike duhet të mbyllet nga mjeku specialist dhe të dorëzohet në kartotekë nga shërbimi apo klinika përkatëse brenda 5 (pesë) ditëve nga dalja e pacientit. Për rastet kur është kërkuar ekzaminime anatomo-patologjike dhe imuno-histokimike, kartela do të dorëzohet në kartotekë brenda 30 ditëve.
6. Mjekët e shërbimit duhet të pajisin pacientët që dalin nga spitali, me përmbledhësen e daljes, e cila përdoret nga mjeku i përgjithshëm dhe familjes së pacientit për ndjekje dhe trajtim të mëtejshëm ambulator. Medikamentet e rekomanduara në përmbledhësen e daljes nga Mjeku Specialist i shërbimit spitalor dhe që i adresohen Mjekut të Përgjithshëm të Familjes (në vijim “MPF”), duhet të jenë në përputhje me:
 - Listën e Barnave të Rimbursuara të miratuar me VKM;
 - Trajtimin me barna në Spital;

- Kufizimet e listës së barnave të rimbursueshme duke rekomanduar dhe përshkruar barnat për trajtimin e të sëmurit me emrin xhenerik;
- Protokollet e përdorimit të barnave.
- Kohëzgjatjen e trajtimit të të sëmurit në bazë të fletë/daljes.

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

7. Spitali duhet të llogarisë shpenzimet faktike për çdo pacient bazuar në kartelën klinike për kohën e qëndrimit të tij në spital. Kjo edhe nëpërmjet plotësimit të detyrueshëm të fletës së shpenzimeve faktike të pacientit.
8. Spitali të dërgojë informacionin e përditësuar pranë Sektorit të Regjistrimit Kombëtar të Paketave për kapacitetet e lira që disponon për ofrimin e paketave shëndetësore.
9. Spitali të dërgojë informacionin e përditësuar pranë Sektorit të Regjistrimit Kombëtar të Paketave për listën ditore të pacientëve që kanë përfituar paketa shëndetësore nga shërbimi i urgjencës, brenda 2 (dy) ditëve zyrtare të punës nga dita e ofrimit, spitali (personat përgjegjës).
10. Të informojë rregullisht Fondin/DRF/Operatorin Rajonal mbi treguesit statistikore të shërbimeve apo të klinikave.

Neni 7

Detyrime të spitalit në dhënien e shërbimit të specializuar ambulator

1. Të ofrojë shërbimin shëndetësor të specializuar ambulator sipas specialiteteve përkatëse bazuar në listën e shërbimeve të shprehura në Aneksin Nr. 1, në rregulloren e shërbimit të spitalit duke bashkëpunuar me Operatorin Rajonal, QSH-të dhe MPF të shërbimit parësor të Rajonit apo Bashkisë, që spitali mbulon me këtë shërbim.
2. Çdo shërbim i dhënë nga të gjithë ofruesit e shërbimeve ambulatorë të specializuara të spitalit duhet të jetë në zbatim të plotë të sistemit të referimit në shërbimin shëndetësor, si edhe të akteve të tjera të nxjerra për këtë qëllim nga MSHMS, Operatori dhe Fondi.
3. Të kryejë vizitën pa pagesë për të sëmurët e siguruar, duke i identifikuar nëpërmjet sistemeve ose dokumenteve të nxjerra nga këto sisteme, dhe rekomandimit nga mjekët dhe institucionet shëndetësore që kanë referuar të sëmurin.
4. Për personat e pasiguruar, të kryejë vizitën kundrejt tarifave të miratuara nga MSHMS, të cilat duhen të jenë të afishuara.
5. Për të ofruar shërbimin e specializuar ambulator, në zbatim të sistemit të referimit në shërbimin spitalor dhe për funksionimin e zyrës së recepsionit dhe arkëtimit, spitali duhet:
 - a) Të pajisë recepsionin me grafikët e shërbimeve për vizitat, ekzaminimet, konsultat, trajtimet e të tjera shërbime që ofrohen me datat, orarin dhe emrat e dhënësve të shërbimeve duke vendosur tabela orientuese për shërbimet si dhe tarifatat e miratuara nga MSHMS;

- b) Të pajisë zyrën me regjistra, kompjutera, telefona dhe të bëjë publike numrat telefonik në dispozicion të qytetarëve për të mundësuar planifikimin për përfitimin e shërbimeve ambulatorë përkatëse (vizita, konsulta, trajtime, etj) edhe nëpërmjet telefonit, duke ju konfirmuar qytetarëve emrin e mjekut, datën, orën dhe vendin e ofrimit të shërbimit të kërkuar;
- c) Të përdorë dhe të plotësojë në ambjentet e shërbimeve (kabinetet përkatëse), dokumentacionin mjekësor si: regjistrat e vizitave/regjistrin e konsultave/ekzaminimeve /trajttimeve, etj., ku shënohen: gjeneralitetet e pacientit, numri i rekomandimit, kodi i mjekut dërgues, QSH/Spitali nga dërgohet, arsyeja pse dërgohet, i siguruar/i pasiguruar, trajtimin apo mjekimin e dhënë, pacient i paraqitur si i zakonshëm, planifikuar, etj;
- d) Çdo ofrues shërbimi mjek specialist për të gjithë të sëmurët kronikë duhet të ketë regjistrin themeltar të tyre (regjistri i sëmundshmërisë kronike) si dhe të hapë kartelë për çdo të sëmurë kronik, ta plotësojnë atë me shkrim të qartë në të gjitha rubrikat e saj sipas udhëzimeve në fuqi, në çdo rast që pacienti kronik kërkon shërbim shëndetësor të specializuar ambulator. Ofruesit e shërbimeve duhet ti administrojnë dhe ruajnë kartelat sipas udhëzimeve të MSHMS dhe Fondit;
- e) Recepsioni vendos numrin e regjistrit dhe datën e paraqitjes në recepsion në një vend të veçantë të rekomandimit (e njëjta procedurë edhe kur plotësohet mandati për pacientët e pasiguruar), firmos dhe vulos mandatin dhe rekomandimin e MPF/MS dhe më pas e orienton pacientin për tek shërbimi përkatës;
- f) Përgjigjet e rekomandimit për rastet kur pacienti shtrohet në spital futen në kartelën klinike të shtrimit. Kur pacienti trajtohet ambulatorisht nga shërbimet, përgjigjia e rekomandimit qëndron në kartelën e të sëmurit kronik në këtë shërbim. Ndërsa për rastet e tjera përgjigjia e rekomandimit i jepet pacientit për ta ruajtur në kartelën e mjekut rekomandues.
6. Mjeku specialist i shërbimit të specializuar ambulator apo konsultë e spitalit në përgjigje të rekomandimit tip për MPF/MS, përshkruan skemën e mjekimit dhe kohëzgjatjen e tij duke rekomanduar barna në respektim të plotë të:
- Listës së barnave të rimbursuara të miratuara me VKM;
 - Kufizimet e listës së barnave të rimbursuara duke rekomanduar dhe përshkruar barnat për trajtimin e të sëmurit me emrin xhenerik;
 - Protokollat e përdorimit të barnave;
 - Rekomandimin e përdorimit të alternativës më pak të kushtueshëm të barit të listës së barnave të rimbursueshme për rastet, e fillimit të mjekimit dhe në stadet e para të sëmundjes;
 - Për kategoritë invalidë dhe veteranë lufte, të përshkruajë barin sipas emrit xhenerik dhe poshtë në kllapa emrin tregtar, sipas alternativave të tjera që ka të drejtë të përfitojë pacienti (brenda LBR, si dhe jashtë saj kur barnat janë të regjistruar në Republikën e Shqipërisë), kjo në funksion të udhëzimeve të Fondit dhe MSHMS, për trajtimin me barna të rimbursueshme për invalidët dhe veteranët e luftës;
- Për barnat që kanë kufizimin me “Me konsulte të mjekut të spitaleve univeristare/terciare”, edhe pse në në vendimin e konsultës mund të jetë përcaktuar edhe periudha e rikontrollit, por në qoftë se gjendja e pacientit është nën kontroll dhe e stabilizuar, atëherë mjeku specialist rajonal/bashkiak argumenton në kartelën e pacientit motivimin për mos dërgimin për rikontroll dhe për vazhdimin e dhënies së barit, edhe pse në fletë rekomandimin e konsultës mund të jetë shënuar periudha e rikontrollit.

7. Në rastet e trajtimit të sëmurëve me ndryshim të diagnozave dhe të skemave të mjekimit, t’i argumentojë ndryshimet në kartelën personale dhe në përgjigje-rekomandimi, kundrejt zbatimit të protokolleve klinike të miratuara, protokolleve të përdorimit të barnave dhe kufizimeve të listës.
8. Të ruajë dhe të mbajë përgjegjësinë e plotë për përdorimin e vulës personale.
9. Personeli shëndetësor laborant/radiolog, krahas detyrave të përcaktuara më sipër, duhet të plotësojnë saktë përgjigjet e analizave laboratorike dhe ekzaminimeve imazherike, kundrejt dokumentimit të tyre në regjistrat përkatës.
10. Çdo mjek specialist duhet të plotësojë recetat pa rimbursim me elementët e domosdoshëm të përcaktuar nga MSHMS: emër, mbiemër pacienti, datëlindje, nr. regjistri të vizitës, diagnoza, datë, vizitë, vula dhe firma e mjekut specialist dhe vula e institucionit përkatës.
11. Për çdo shërbim të specializuar, çdo MS apo kabinet i këtij shërbimi, të evidentojë vizitat, ekzaminimet apo manipulimet mjekësore të kryera në regjistrat përkatës dhe në kartelën e të sëmurit. Në rastet kur spitali dhe shërbimi kanë të implementuar sistemin EHR (Rekordi Elektronik Shëndetësor Kombëtar), evidentimi do të bëhet sipas formatit elektronik: Raport-Regjistri Ambulator, “Përmbledhja e Vizitës së Mjekut Specialist” dhe “Miratimi i pacientit”.
12. Referimi i pacientëve në konsultën e specialistëve të spitalit të rajonit ose të nivelit terciar, duhet të jetë i motivuar nga ana klinike dhe në zbatim të sistemit të referimit. Në këto raste plotësohet epikriza përcjellëse, e cila plotësohet në të gjitha rubrikat e saj, firmoset nga MS apo Konsulta dhe me vulën e Institucionit dërgues. Pacientët referohen për përcaktimin e mëtejshëm të diagnozës dhe mjekimit, apo kërkohet në zbatim të ligjshmërisë me akte të veçanta të MSHMS, Operatorit, Fondit apo organizmave të tjera shtetërore.
13. Dërgimi i pacientëve në shërbimin me shtretër të spitaleve universitare duhet të argumentohen klinikisht, si dhe vetëm në ato raste kur spitali rajonal/bashkiak nuk e mundëson ofrimin e shërbimit të kërkuar me infrastrukturën e nevojshme dhe burimet njerëzore. Në çdo rast do të plotësohet dokumentacioni sipas akteve të MSHMS dhe Fondit. Vlerësimi i këtyre rasteve bëhet nga shërbimet universitare.
14. Të informojë periodikisht për aktivitetin, në përmbushje të detyrimeve të sistemit të referimit, sipas pasqyrës Nr. 3, (Aneksin Nr. 2) pjesë përbërëse e kësaj kontrate.

Neni 8

Detyrime të spitalit në lidhje me kontratën koncesionare Saniservice

1. Spitali është përgjegjës për kontrollin e zbatimit të rregullave të përcaktuara në Kontratën Koncesionare Nr. 1440/40 prot., datë 24.12.2015, “Për ofrimin e shërbimeve të integruara të furnizimit të setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikalë sterile, furnizimin me material mjekësor steril, njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale” ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Shoqërisë Koncesionare “SaniService Sh.p.k.

2. Spitali të hartojë metodologjinë e planifikimit të ndërhyrjeve kirurgjikale sipas shkallës së kompleksitetit si dhe monitorimin e volumit të shërbimeve të ofruara nga Shoqëria Koncesionare “SaniService” Sh.p.k.
3. Spitali/shërbimet duhet të planifikojë numrin e ndërhyrjeve kirurgjikale mujor/vjetor sipas tre shkallëve të kompleksitetit, bazuar në protokollet e ndërhyrjeve kirurgjikale të spitalit, historikut të aktivitetit të kryer mbi volumin e ndërhyrjeve kirurgjikale dhe trendit të sëmundshmërisë.
4. Spitali të sigurojë mbulimin e plotë të urgjencave kirurgjikale me setet e instrumentave të sterilizuara sipas shkallës së kompleksitetit.
5. Spitali është i detyruar të kërkojë materiale të sterilizuara me avull, të destinuara për aktivitete ndihmëse, komplementare të ndryshme nga setet kirurgjikale, si dhe materiale të paketuara në paketime mjekësore që sterilizohet me cikël kimik me temperaturë të ulët, sipas buxhetit vjetor të miratuar.
6. Volumi i shërbimeve sipas pikave të mësipërme për urgjencat kirurgjikale dhe ndërhyrjet e planifikuara të jetë në respektim të buxhetit vjetor të miratuar për financimin e shërbimit të sterilizimit në spital.
7. Spitali duhet të dërgoje pranë DRF /Operator Rajonal informacion mujor mbi:
 - a) Çdo fillim viti spitali duhet të dërgojë numrin e ndërhyrjeve kirurgjikale të planifikuara sipas kompleksiteteve bazuar në historikun dhe trendin e sëmundshmërisë.
 - b) Numrin e ndërhyrjeve kirurgjikale të kryera në periudhën e përcaktuar, llojin e ndërhyrjes.
 - c) Numrin e materialeve të sterilizuara me avull, të destinuara për aktivitete ndihmëse, komplementare të ndryshme nga setet kirurgjikale.
 - d) Numrin e materialeve të paketuara në paketime mjekësore që sterilizohet me cikël kimik me temperaturë të ulët.
8. Spitali është përgjegjës për ruajtjen, plotësimin dhe nënshkrimin mbi modulet për gjurmueshmërinë klinike dhe administrative të shërbimit.

Neni 9

Detyrimet e spitalit për zbatimin e kontratës koncensionare për laboratorët

1. Spitali dhe personeli shëndetësor (mjekët referues) është përgjegjës për realizimin e kontratës Koncensionare të laboratorëve të nënshkruar ndërmjet Autoritetit (MSHMS) dhe Koncensionarit, “Për ofrimin e Shërbimeve Laboratorikë të Spitaleve Universitare, Rajonale dhe atyre Bashkiake të Sarandës dhe Lushnjës”.
2. Spitali të hartojë metodologjinë e planifikimit të ekzaminimeve laboratorike sipas tre niveleve të shërbimit; në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin ambulator dhe në shërbimin spitalor me shtretër të ofruara nga Shoqëria Koncesionare në zbatim të tavanit buxhetor mujor.

3. Mjeku specialist referues është përgjegjës për referimin e ekzaminimeve për Koncensionarin e laboratoreve duke plotësuar formularin e referimit bazuar në Protokollet të Praktikës Klinike të miratuara nga MSHMS dhe në zbatim të sistemit të referimit. Formularët e Referimit të Analizave Laboratorike të plotësohen dhe nënshkruhen nga mjeku referues, sipas të gjitha rubrikave që përcakton Kontrata Koncesionare e Laboratorëve dhe aktet ligjore në fuqi.
4. Me formularë referimi do të pajisen mjekët e spitalit në shërbimin me shtretër, në shërbimin e urgjencës, mjekët e konsultës të poliklinikës dhe qendrat shëndetësore.
5. Spitali bazuar në historikun e aktivitetit të kryer të shërbimit të laboratorit me PPP sipas shërbimeve: në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin e konsultave ambulatorie, në shërbimin spitalor me shtretër dhe shërbimin shëndetësor parësor QSH/MPF, të planifikojë shpenzimet që zënë për çdo shërbim shëndetësor.
6. Spitali të përcaktojë një person përgjegjës për verifikimin e formularëve të Referimit të Analizave Laboratorike të plotësuara dhe nënshkruara nga mjeku referues i poliklinikës së specialiteteve dhe mjekët referues të shërbimit parësor. Personi përgjegjës të administrojë kopje origjinale të formularit dhe t’i regjistrojë në regjistër.
7. Me marrjen e njoftimit për arritjen e 75% të tavanit buxhetor mujor, spitali merr masat për mirëmenaxhimin e përcaktuar në kontratën koncesionare.
8. Spitali referues pranon dhe verifikon faturën e koncensionarit së bashku me dokumentacionin shoqërues (raporti i detajuar elektronik; një kopje të formularit të referimit), lëshuar nga koncensionari në afatin e përcaktuar në kontratë.
9. Spitali Referues ka të drejtën që kur arrihet plotësisht 100% e Tavanit të Buxhetit në muajin përkatës, Koncensionari ka detyrimin të ofrojë analiza urgjente pa pagesë për spitalin referues, brenda një vëllimi të lejuar që mbulon 5% të vëllimit të analizave urgjente të kryera për spitalin referues deri në përmbushjen e Tavanit të Buxhetit.
10. Spitali ka detyrimin të zbatojë tavanet buxhetore dhe pagesat sipas përcaktimeve në kontratën koncesionare.
11. Spitali duhet të raportojë në Fond/DRF brenda datës 5(pesë) të çdo muaji, numrin dhe vlerën e ekzaminimeve laboratorike të referuara nga spitali për muajin paraardhës.

Neni 10

Detyrimet e spitalit për dhënien e shërbimit paliativ

1. Spitali në bashkëpunim me Operatorin Rajonal, të krijojë kushtet për ofrimin e shërbimit paliativ për të sëmurët që kanë nevojë për këtë shërbim në rajon apo bashki. Ky shërbim do të organizohet në bazë të Ligjit Nr. 138, datë 16.10.2014, “Për kujdesin paliativ në Republikën e Shqipërisë”, si dhe akteve nënligjore që burojnë nga ligji.

2. Ky shërbim të funksionojë për pacientët që kanë nevojë për kujdes paliativ me disa shtretër dhe personel shëndetësor që asiston pacientët.
3. Shërbimit i kujdesit paliativ pediatrik do të ofrohet në seksione të veçanta nga të rriturit.
4. Barnat që nevojiten për ofrimin e këtij shërbimi, janë barnat e “listës esenciale” të kujdesit paliativ dhe sigurohen nga farmacia e Spitalit.
5. Në lidhje me shtrimet dhe lëvizjet e të sëmurëve, të zbatohen të gjitha hallkat e sistemit të referimit, si dhe do bashkëpunohet me shërbimin ambulator dhe në poliklinikë, si dhe me personelin mjekësor të ngarkuar për dhënien e kujdesit paliativ në shërbimin parësor në rajon.
6. Pacientët e kujdesit paliativ që kanë nevojë për ekzaminime imazherike dhe laboratorike, të paraqiten në këto shërbime me rekomandimin e brendshëm përkatës të kujdesit paliativ. Plotësimi i dokumentacionit të mësipërm bëhet për të evidentuar çdo ekzaminim apo procedurë tjetër të ofruar nga spitali për pacientët e kujdesit paliativ.
7. Në rastet kur këta të sëmurë kanë përfituar recetë me rimbursim për barnat e listës esenciale dhe shtrohen në spital, këto barna mund të përdoren edhe në spital sipas indikacionit të tyre duke mos dubluar mjekimin dhe do të pasqyrohen në kartelë duke bërë shënimin, “barna me rimbursim”.

Neni 11

Detyrimet e spitalit për ofrimin e shërbimit për sëmundjet tumorale

1. Spitali është përgjegjës për ofrimin e shërbimeve shëndetësore për sëmundjet tumorale për pacientët e rajonit të cilët mbulon me shërbim shëndetësor të specializuar në zbatim të sistemit të referimit.
2. Shërbimet shëndetësore për sëmundjet tumorale do të ofrohen nga ekipet multidisiplinare/ Tumor bordet, të cilat do të jenë funksional dhe përbëhen nga mjekë specialist onkolog, kirurg, imazherist, radioterapeut, anatomopatolog.
3. Shërbimet shëndetësore për sëmundjet tumorale përfshijnë shërbimin e Kimioterapisë (sipas urdhërit të MSHMS) në të gjithë stadet e sëmundjes dhe çdo shërbim tjetër që përcakton ekipi multidisiplinare/ Tumor bordet, në të cilat përfshihen trajtimet për:
 - Tumoret Uro-gjenitale,
 - Tumoret Gjinekologjike dhe të Gjirit
 - Tumoret Gastrointestinale
 - Tumoret Pulmonare si dhe trajtimin me kimioterapi induksioni dhe kimioterapi stadi 4 për tumoret Kokë-qafë.
4. Spitali të hapë kartelë për të sëmurët me sëmundje tumorale sipas kartelës tip të përcaktuar me urdhër të MSHMS dhe të trajtojë të sëmurët sipas skemës së trajtimit për pacientët e rinj me kimioterapi.

Neni 12

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

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

Neni 13

Detyrime të përgjithshme për Fondin/ DRF

1. Çeljen e buxhetit sipas VKM për financimin e shpenzimeve të spitalit për dhënien e shërbimeve shëndetësore spitalore që përcaktohen në Aneksin Nr. 1, si pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
2. Verifikimin e informacionit që dërgohet nga spitali sipas raportimeve të Aneksit Nr. 2 si pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
3. Ushtrimin e kontrollit ekonomiko-financiar dhe kontrollit tekniko-mjekësor në bazë risku, për pjesën e buxhetit që i financon spitalit.
4. Drejtoria Rajonale e Fondit duhet të verifikojë, monitorojë dhe kontrollojë shërbimet e ofruara nga Shoqëria Konçesionare “SaniService” Sh.p.k dhe Koncesionari i Laboratorëve në spital.
5. DRF të monitorojë volumin e ndërhyrjeve kirurgjikale, të planifikuara nga ana e spitalit sipas llojeve të ndërhyrjeve kirurgjikale dhe trendit të sëmundshmërisë.
6. DRF të monitorojë planifikimin e shpenzimeve të laboratorit në mënyrë periodike të bërë nga spitali sipas shërbimeve: në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin e konsultave ambulatore, në shërbimin spitalor me shtretër.
7. Sqarimin dhe shpërndarjen në kohë për Spitalin të Udhëzimeve dhe akteve të nevojshme, të miratuara nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm i Fondit.

Neni 14 **Financimi**

1. Fondi financon shërbimin spitalor të kontraktuar, sipas përcaktimeve në Vendimin e Këshillit të Ministrave.
2. Shpenzimet për investimet kapitale të spitalit financohen nga MSHMS dhe Operatori rajonal.
3. Fondi çel buxhetin për shërbimet spitalore, deri në nivel artikulli.
4. Spitali bën detajimin mujor të zërave të buxhetit të kontraktuar në analizat 7 (shtatë) shifrore dhe njofton detajimin pranë DRF brenda 10 (dhjetë) ditëve nga data e çeljes së buxhetit pranë degës së thesarit në rreth.
5. Spitali detajon fonde të mjaftueshme për likuidimin e detyrimeve për energji elektrike, ujë, etj.
6. Spitali detajon fonde për likuidimin e tarifave të akreditimit të institucionit sipas legjislacionit në fuqi.
7. Çdo detajim dhe ridetajim i buxhetit, të reflektohet në evidencën përkatëse të realizimit të buxhetit (Aneksi Nr. 2, pasqyra e buxhetit).
8. Spitali mund të kërkojë, jo më tepër se një herë në dy muaj, avancim të buxhetit të kontraktuar, me kërkesa të argumentuara prej tij, pranë Drejtorisë Ekonomike të Fondit.
9. Spitali mban përgjegjësi të plotë për zbatimin e buxhetit të kontraktuar pa krijuar borxhe.
10. Spitali bën kërkesë për shtesë fondesh, për raste të paparashikuara në buxhetin fillestar të akorduar.
11. Fondi, nga rezerva e miratuar me VKM në buxhetin për shërbimin spitalor, mund të bëjë shtesa në buxhetin vjetor të spitalit në varësi të politikave të qeverisë për ndryshimin e sistemit të pagave dhe sigurimeve shoqërore e shëndetësore, si dhe shtesa për mbulimin e shpenzimeve për mallra e shërbime të domosdoshme, apo të paparashikuara. Në varësi të ecurisë së situatës financiare të spitalit, Fondi mund të bëjë dhe rishpërndarje të buxhetit midis spitaleve (shtesa e pakësime). Rishpërndarja bëhet me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit, brenda kufijve të përcaktuar në VKM.
12. Spitali mban në buxhetin e tij, për ta përdorur për vitin pasardhës, të ardhurat në vlerë monetare të realizuara gjatë veprimtarisë së tij, si dhe nga dhurimet e papërdorura gjatë vitit ushtrimor. Në rastet kur spitali financohet nga Fondi, nëpërmjet bankave të nivelit të dytë, spitali i trashëgon për përdorim në vitin pasardhës edhe fondet buxhetore të pashpenzuara.

13. Përdorimi i të ardhurave nga veprimtaria e spitalit dhe dhurimet, bëhet në përputhje me bazën ligjore në fuqi.
14. Spitali ruan dokumentacionin financiar sipas akteve ligjore e nënligjore në fuqi, dhe ia paraqet atë DRF/Fondit dhe Operatorit/Operatorit Rajonal sipas kërkesës së këtyre të fundit.
15. Spitali duhet të respektojë strukturën e personelit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale si dhe të zbatojë bazën ligjore për pagat dhe sigurimet shoqërore e shëndetësore të personelit.
16. Fondi financon spitalin për realizimin e Kontratës Koncesionare “Për ofrimin e Shërbimeve Laboratorikë të Spitaleve Universitare, Rajonale dhe atyre Bashkiake të Sarandës dhe Lushnjes” sipas përcaktimeve të kësaj kontrate.
17. Të ardhurat që gjenerohen nga spitali nëpërmjet praktikës së dyfishtë do të futen në zërin e të ardhurave dytësore dhe do të përdoren nga spitali për të përmirësuar më tej cilësinë e shërbimit të ofruar, bazuar në legjislacionin në fuqi.
18. Mbyllja e buxhetit vjetor bëhet në bazë të rregullave të raportimit financiar me udhëzim të posaçëm të miratuar nga Ministri përgjegjës për Financat.
19. Spitali dorëzon kopje të mbylljes së llogarive vjetore pranë operatorit/MSHMS dhe FSDKSH.

Neni 15

Llogaritja e shpenzimeve faktike

1. Spitali ka për detyrë, të punojë për llogaritjen e shpenzimeve faktike për shërbimet mjekësore, analiza, trajtime apo ekzaminime mjekësore të veçanta, në funksion të përgatitjeve për llogaritjen e kostove të paketave të shërbimit.
2. Spitali duhet të evidentojë, përpunojë dhe raportojë shpenzimet faktike të pacientëve të trajtuar në shërbimet shëndetësore me shtretër/pa shtretër sipas sistemeve kompjuterike në përdorim regjistrave e dokumentave financiare përkatës, si dhe sipas formatit të pasqyrave si pjesë përbërëse e kontratës.
3. Për çdo kartelë klinike pas daljes së pacientit nga spitali plotësohet “Pasqyra e shpenzimeve në fakt”, e cila është pjesë përbërëse e kartelës.
4. “Pasqyra e shpenzimeve në fakt”, nënshkruhet nga personi përgjegjës ose i ngarkuar nga shërbimi përkatës.
5. Spitali për kartelat klinike të pacientëve që kanë dalë nga pavioni/shërbimi, në formatin “Pasqyra e shpenzimeve në fakt” personi përgjegjës, llogarit:

- a. Totalin e shpenzimeve faktike të çdo karteles sipas diagnozës përfundimtare, shpenzimet faktike totale të shërbimit, shpenzimet faktike për diagnozë, shpenzimet faktike për pacient dhe ditë pacient.

Totali i shpenzimeve faktike të shërbimeve mjekësore që të dhënat e tyre përpunohen nga softi kompjuterik të kostos përfshin: Shpenzimet për barna, shpenzimet për materiale mjekësore, shpenzime për ekzaminime laboratorike dhe radiologji imazheri, shpenzime për transfuzion gjaku e plazmë, shpenzime për dietë ushqimore, shpenzime për paga dhe sigurime, shpenzime direkte, shpenzime indirekte.

- b. Për shërbimin e urgjencës, radiologji/imazherisë, laboratorit të anatomisë e histologjisë patologjike, poliklinikës, puntit të gjakut, kabinetit të fizioterapisë, kimioterapi e kujdes paliativ (spitalet që e kanë), e shërbime të tjera (nqs ka), ku të dhënat e shpenzimeve të karteles klinike (për shërbimet mjekësore që kanë kartelë klinike) nuk përpunohen nga softi kompjuterik i kostos i instaluar nga Fondi, spitali llogarit manualisht shpenzimet faktike totale të shërbimit sipas rubrikave të formatit të pasqyrës përkatëse.

Për shërbimet e cituara më sipër, spitali llogarit shpenzimet faktike totale të shërbimit përkatës sipas dokumentave dhe faturave financiare që evidentojnë shpenzimet faktike për këto shërbime. Gjithashtu llogariten shpenzimet faktike mesatare për pacient në shërbimin e urgjencës, shpenzimet faktike mesatare për ekzaminim radiologji/imazheri shpenzimet faktike mesatare për seancë në shërbimin kimioterapi dhe kujdesin paliativ, shpenzimet faktike mesatare për seancë në kabinetin e fizioterapisë, shpenzimet faktike mesatare për analizë anatomo-histopatologji si dhe shpenzimet faktike mesatare për vizitë në shërbimin e poliklinikës etj.

- c. Informacioni për çmimet e Ekzaminimeve Laboratorike dhe Imazherike i referohet:

Lista Referencë e Analizave Laboratorike Mjekësore për shërbimet laboratorike sipas aneksit, të Kontratës Koncesionare për ofrimin e shërbimeve laboratorike në spitale, të miratuar me VKM nr. 258, datë 24.04.2019.

Tarifat për shërbimet mjekësore që janë në fuqi, të miratuara nga MSHMS në sistemin shëndetësor për shërbime laboratorike dhe imazherike etj, që nuk përfshihen në Listën Referencë të Analizave.

Kostot e ekzaminimeve laboratorike dhe imazherike të llogaritura nga spitali.

- d. Personat përgjegjës për bazën materiale mjekësore, për çdo shërbim, të regjistrojnë në regjistër materialet mjekësore të konsumuara.
- e. Të dhënat për raportimin e aktivitetit të spitalit për shpenzimet faktike të bëra gjatë muajit, do të jenë sipas pasqyrave të miratuara bashkëngjitur kontratës.

Neni 16

Evidentimi dhe shkëmbimi i informacionit

1. Spitali është i detyruar të evidentojë aktivitetet e ofruara të shërbimeve të dhëna për çdo qytetar që i përfiton ato dhe të informojë rregullisht Fondin/DRF dhe Operatorin Rajonal sipas Anekseve, pasqyrave dhe afateve të kësaj kontrate, për të gjitha nivelet e shërbimeve shëndetësore spitalore.
2. Spitali është i detyruar të sigurojë infrastrukturën hardëare dhe shërbim interneti për çdo pjesë të administratës të spitalit, që ka akses në sistemet informatike që Fondi vendos në dispozicion të spitalit.
3. Spitali duhet të administrojë sistemin e informacionit të Fondit, sipas detyrimeve që rrjedhin nga (Aneksi Nr. 3), si pjesë përbërëse e kësaj kontrate, si dhe manualët dhe udhëzimin e Fondit për përdorimin e tyre.
4. Spitali nuk mund të kryejë asnjë ndërhyrje në sistemin hardëare ku janë instaluar paketa e programeve që Fondi vendos në dispozicion, pa marrë konfirmim nga strukturat përkatëse e Fondit.
5. Punonjësit e Spitalit që regjistrojnë të dhënat, duhet të kenë çertifikatë për përdorimin e kompjuterit dhe sistemeve bazë kompjuterike.
6. Spitali raporton të dhënat teknike, mjekësore dhe financiare sipas pasqyrave në Aneksin nr. 2, bashkëlidhur kësaj kontrate, ku janë përcaktuar dhe afatet.
7. Spitali raporton dhe argumenton nivelin e treguesve të performancës dhe cilësisë dhe propozon planin e masave për arritjen e targetit të treguesve sipas Aneksit 7.
8. Spitali raporton për numrin dhe vlerat e ekzaminimeve laboratorike, të cilat ofrohet shërbimi nga koncensionari i laboratorëve.
9. DRF verifikon saktësinë e informacionit të dhënë. Në raste të pasaktësive, informacioni i kthehet spitalit për rishikim.
10. Spitali, për situata të veçanta, i jep DRF informacione të tjera shtesë që konsiderohen të nevojshme për skemën e sigurimeve shëndetësore.
11. Asnjëra nga palët nuk do t'i japë të tretëve informacionin e mbledhur në lidhje me identitetin, hollësitrat personale apo për trajtimet që bën i sëmuri në spital, informacion të cilin spitali e ka mbledhur gjatë trajtimit të sëmurit, përveç rasteve kur ka miratim me shkrim nga vetë i sëmuri.
12. Spitali të mbajë në rregull e të ruajë gjithë dokumentacionin që qarkullon në spital dhe që ka lidhje me aktivitetin e tij, duke zbatuar dispozitat ligjore e nënligjore për arkivat.
13. Spitali të vendosë komunikim elektronik me DRF dhe Operatorin Rajonal. Nëpërmjet komunikimit elektronik, spitali të dërgojë informacionin elektronik dhe të printuar sipas udhëzimeve të Fondit dhe Operatorit.

14. Bilanci dhe pasqyrat financiare vjetore duhet të paraqiten në DRF jo më vonë se 2 (dy) muaj pas mbylljes së vitit financiar. Spitali të paraqesë bilance periodike sipas kërkesës së DRF-së në përputhje me udhëzimet e Ministrisë së Financave dhe Ekonomisë dhe të Fondit.

Neni 17

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

1. Spitali është i detyruar të planifikojë dhe të plotësojë gjatë gjithë kohës dhe në vazhdimësi nevojat me barna, filma, kite reagente, materiale mjekësore për ofrimin e shërbimeve të pacientëve të shtruar në spital, në pranim urgjencë dhe në shërbimin e konsultave duke respektuar ligjin për barnat, urdhërat dhe udhëzimet e MSHMS dhe Fond-it.
2. Spitali planifikon llojin dhe sasinë e barnave dhe materialeve të tjera për përdorim mjekësor që do të përdorë, mbështetur në nevojat/kërkesat e shërbimeve mjekësore, listimin e barnave dhe standardet dhe çmimet e përcaktuara nga MSHMS dhe kriteret e vendosura nga ligji i prokurimit publik, në varësi të shërbimeve shëndetësore spitalore që ofron (të përcaktuara në Aneksin 1 të kësaj kontrate), si dhe duke iu referuar numrit të shtretërve, numrit të pacientëve që kanë marrë shërbim mjekësor sipas specialiteteve, numrit të operacioneve të kryera sipas llojit, numrit të analizave të kryera, duke i'u referuar dhe buxhetit të miratuar. Lista e barnave që propozohet për planifikim për blerje për vitin ushtrimor, miratohet fillimisht nga grupi teknik i ngritur “Ad hoc” nga drejtori i spitalit dhe më pas dërgohet për miratim në MSHMS.
3. Planifikimi i barnave dhe materialeve të konsumit për përdorim spitalor duhet të bazohet në listën e barnave dhe materialeve mjekësore të përgjithshme të miratuara nga MSHMS në konsumin e barnave dhe materialeve mjekësore të përgjithshme të realizuar për vitin paraardhës dhe nevojat për vitin pasardhës sipas nevojave të çdo shërbimi, të dokumentuara në subjekt, të argumentuara dhe të miratuara sipas akteve ligjore dhe nënligjore në fuqi. Ky planifikim duhet të sigurojë vazhdimësinë e aktivitetit normal të shërbimeve shëndetësore spitalore, deri në realizimin e procedurave të blerjes për vitin pasardhës, për moskrijimin e stoqeve të panevojshme në përgjegjësi të spitalit.
4. Blerja e barnave dhe materialeve të konsumit për përdorim spitalor, duhet të bëhet në përputhje me ligjin nr. 162/2020, “Për prokurimin publik”, ligjin nr. 105, datë 31.07.2014, “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”, i ndryshuar, si edhe aktet e tjera ligjore e nënligjore në fuqi.

Blerja e barnave dhe materialeve të konsumit për përdorim spitalor, duhet të bëhet në përputhje me aktet ligjore e nënligjore në fuqi.
5. Barnat që qarkullojnë në sistemin shëndetësor (spitalor) publik, përveç pullës së kontrollit, duhet detyrimisht të jenë të vulosura edhe me vulën me bojë të kuqe me mbishkrimin: “Përdorim Spitalor-Ndalohet Shitja”, përveç rasteve të dhuratave apo donacioneve nga kompani të ndryshme. Në rastin e fundit duhet të jenë të dokumentuara me dokumentacionin përkatës.
6. Në spital, lejohet të qarkullojnë barna që mbajnë pullë kontrolli me çmim për rrjetin e hapur farmaceutik dhe brenda afatit të skadencës, të cilat blihen për domosdoshmëri shërbimi dhe në

sasi të limituara, vetëm nëse ato mbajnë vulën me bojë të kuqe me mbishkrimin “Përdorim Spitalor-Ndalohet-Shitja”.

7. Spitali (Farmacia) të inventarizojë me proces-verbal të veçantë të gjitha barnat e skaduara të cilat janë gjendje, duke specifikuar sasinë, datën e skadencës dhe serinë për secilin bar. Këto barna të ruhen deri në asgjësimin e tyre sipas rregullave dhe udhëzimeve përkatëse.
8. Qarkullimi i barnave në spital të bëhet sipas kërkesës së shërbimit, bazuar në protokollet mjekësore të miratuara, dhe referuar kartelës mjekësore të pacientit. Ky qarkullim të jetë konform të gjitha rregullave dhe udhëzimeve të miratuara nga administrata e spitalit.

Neni 18

Mënyra e ushtrimit të kontrollit në spital

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

1. Planifikimin, përdorimin dhe zbatimin e buxhetit të miratuar nga Fondi, në zbatimin të ligjshmërisë për:
 - a) veprimet ekonomike të realizuara me anë të llogarisë në thesar/bankë dhe me likuiditetet në arkë, si dhe përdorimin e likuiditeteve sipas destinacionit të miratuar;
 - b) blerjet me vlera të vogla, prokurimet publike me vlera të mëdha dhe të vogla, sipas fondeve të vendosura në dispozicion nga Fondi;
 - c) hartimin, lidhjen dhe zbatimin e kontratave me operatorët ekonomik për blerjen e mallrave dhe shërbimeve;
 - d) pagesat e kryera për pagat dhe shpërblimet dhe respektimin e strukturës së personelit të miratuar për spitalin nga MSHMS;
 - e) likuidimin në kohë ndaj shtetit të detyrimeve tatimore, taksave dhe sigurimeve;
 - f) përdorimin e të ardhurave dytësore sipas bazës ligjore në fuqi;
 - g) hartimin dhe programimin e treguesve ekonomiko-financiar (për financimet e bëra nga Fondi);
 - h) inventarizimin e aktiveve, vlerave materiale, zbatimin e afateve ligjore të inventarizimeve, nxjerrjen dhe sistemimin e diferencave (për financimet e bëra nga Fondi);
 - i) Realizimin e Auditimit klinik dhe indikatorëve të tij.
2. Verifikimin e saktësisë së informacionit të dërguar nëpërmjet pasqyrave dhe evidencave në DRF/Fond.
3. Llogaritjen e shpenzimeve faktike sipas analizës së shpenzimeve, treguesit e shpenzimeve faktike, llogaritjen e indikatorëve të cilësisë së performancës, treguesit e efijencës spitalore, zbatimin e normativave të materialeve të konsumit.
4. Dokumentacionin mjekësor dhe kartelat klinike, kartelat personale, fletëdaljet nga spitali dhe regjistrat tip për:
 - a) zbatueshmërinë e rregullave të shtrimeve dhe trajtimit në spital;
 - b) zbatueshmërinë e sistemit të referimit;

- c) zbatueshmërinë e akteve administrative të MSHMS dhe Fondit për sa i përket konsultave mjekësore dhe rekomandimit të barnave për trajtim të mëtejshëm;
 - d) bazueshmërinë e planifikimit të shpenzimeve të trajtimit bazuar në praktikat klinike mjekësore ose protokollet e diagnostikimit dhe mjekimit.
5. Mbatjen e kontabilitetit mbështetur në legjislacionin në fuqi. Mbylljen e llogarisë vjetore dhe përgatitjen e bilancit kontabël dhe pasqyrave financiare për pjesën e financuar nga Fondi.
 6. Zbatimin e sistemit të referimit për identifikimin e personave që marrin shërbim shëndetësor në të gjithë shërbimet spitalore.
 7. Plotësimin e saktë të kartelave mjekësore individuale të pacientëve, ambulatorë dhe të shtruarve në spital, në të gjitha rubrikat që ajo përmban.
 8. Administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore nga ana e spitalit.
 - a) Planifikimi sipas nevojave në sasi dhe llojshmëri të mallrave dhe shërbimeve;
 - b) Blerja mbështetur në legjislacionin për prokurimet;
 - c) Ruajtja në parametrat e duhur dhe shpërndarja brenda spitalit sipas nevojave dhe dokumentacionit justifikues.
 9. Zbatimin e detyrave të lëna nga strukturat kontrolluese të Fondit (strukturat e autorizuara).
 10. Zbatimin e detyrimeve kontraktuale për implementimin e paketave shëndetësore të miratuara me VKM, sipas shërbimeve mjekësore përkatëse, për ato spitale që ofrojnë shërbimin e paketave shëndetësore (sipas aneksit të paketave pjesë përbërëse e kësaj kontrate).
 11. Zbatimin e kritereve mjekësore sipas protokolleve përkatëse të paketave shëndetësore, dhe zbatimin e procedurave për administrimin e paketave shëndetësore sipas Aneksit Nr. 5, si pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
 12. Zbatimin e detyrimeve nga spitali në lidhje me shërbimin e ofrimit të setit të personalizuar të instrumentave kirurgjikale sterilë, furnizimin me material mjekësor steril njëpërdorimësh për sallat kirurgjikale, si dhe trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale nga shoqëria koncesionare “SaniService”.
 13. Fondi/DRF ushtron kontrole/ auditime tematike dhe të plota, lidhur me zbatimin e detyrimeve kontraktuale të spitaleve për ofrimin e shërbimit të laboratoreve nga koncesionari, plotësimin e saktë të formularëve të referimit nga mjekët referues, zbatimin e protokolleve të miratuara nga mjekët referues të spitaleve për ekzaminimet laboratorike të kërkuara, respektimin e sistemit të referimit për shërbimet laboratorike, mënyren e pagesës, dokumentat justifikues si edhe respektimin e tavaneve buxhtore mujore.
 14. Zbatueshmërinë e çdo detyrimi tjetër që buron nga ligjet, aktet nënligjore si dhe nga kjo kontratë.

Neni 19 **Sanksionet**

Fondi/DRF gëzon të drejtën e vendosjes së sanksioneve kur pas kontrolleve të ushtruara konstaton shkelje të detyrimeve të kësaj kontrate dypalëshe. Sanksionet do të jenë në formë gjobash dhe kushti penal. Mënyra e vënies së gjobës bëhet sipas procedurës së parashikuar në Ligjin Nr. 10279, datë 20.05.2010, “Për kundërvajtjet administrative”. Gjobat ekzekutohen nga Drejtori i Spitalit, dhe procedura e arkëtimit bëhet sipas akteve ligjore dhe nënligjore përkatëse në fuqi.

Neni 20

Dëmi ekonomik

1. Në rast se pas kontrolleve të ushtruara nga Fondi/DRF rezulton se, Spitali ka përdorur financimet e marra jashtë destinacionit të përcaktuara në nenin 3 të kësaj kontrate, ai duhet t'i kthejë ato në vlerën e plotë të përdorur.
2. Kur konstatohet dëm ekonomik i shkaktuar nga veprimi ose mosveprimi i personave të punësuar në spital, atëherë personat përgjegjës detyrohen të zhdëmtojnë dëmin ekonomik në masën 100 % të tij. Cilësohet dëm ekonomik për t'u zhdëmtuar edhe gjobat dhe interesat e vendosura nga organet e administratës tatimore për pagesat me vonesë të kontributeve të sigurimeve shoqërore e shëndetësore dhe pagesën e ndalesës së tatimit mbi të ardhurat.
3. Spitali detyrohet të zhdëmtojë Fondin/DRF, duke u bazuar në koston për ditë-qëndrimi të të sëmurit në spital për rastet:
 - a) Trajtime të pacientëve me kohëzgjatje jashtë praktikave mjekësore dhe protokolleve të diagnostikimit dhe mjekimit, apo të paargumentuara klinikisht;
 - b) Trajtime të pacientëve në spital, të pamotivuara, që sipas Rregullores së Përgjithshme të Funksionimit të Spitalit duhet të trajtohen ambulatorisht.
4. Spitali zhdëmton Fondin/ 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;
 - b) blen barna, reagentë, filma, materiale për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial, jashtë afatit të skadencës ose me afat të afërt skadence me pasojë skadimin e tyre para kohës së përdorimit;
 - c) blen barna, kite, reagentë, filma, materiale për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial mbi sasinë e nevojshme të kontraktuar;
 - d) blen barna, kite, reagentë, filma dhe materiale për përdorim spitalor jashtë shërbimeve mjekësore të ofruara;
 - e) blen barna pa pullë kontrolli dhe pa vulë të kuqe me mbishkrimin “Përdorim Spitalor-Ndalohet shitja” dhe që nuk kanë përmbajtjen e nevojshme të parametrave të përshkruara në ligjin e barnave.
5. Spitali përjashtohet nga përgjegjësia për zhdëmtim barnash, vetëm kur i krijohen stoqe për shkak se barnat pas blerjes, u hiqet e drejta e përdorimit dhe janë ç`rregjistruar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Neni 21 Gjobat

1. Për mosdërgim të të dhënave në DRF/Fond për një periudhë mbi 6 (gjashtë) muaj sipas përcaktimeve të anekseve të kësaj kontrate, Spitali gjobitet në masën deri në 1.000.000 (një milion) lek.
2. Spitali gjobitet në masën deri 500.000 (pesëqind mijë) lek në rast:
 - a) Mosdhënie shërbimi për pacientët në nevojë kur kushtet dhe mundësitë e spitalit e mundësojnë atë.
 - b) Dhënie e shërbimit shëndetësor jo në përputhje me standardet profesionale dhe etike të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Urdhërat e Profesionistëve.
3. Procedura e arkëtimit dhe e ekzekutimit të gjobës bëhet në përputhje me Ligjin Nr. 10279, datë 20.05.2010 “Për kundërvajtjet administrative”.

Neni 22 Kushti penal

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

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

1. Mosplotësimin e kartelës klinike dhe regjistrave në të gjitha rubrikat dhe rekomandimin tip, nga personeli përgjegjës mjekësor, për secilin rast.
2. Mosplotësimin e “Pasqyra të shpenzimeve faktike”, si pjesë përbërëse e kartelës, për secilin rast.
3. Mosafishimin dhe moszbatimin e tarifave të pagesave të miratuara në shërbimin shëndetësor.
4. Mosplotësimin dhe mosnënshkrimin nga personi përgjegjës i spitalit dhe mbi formularët e ndërhyrjeve kirurgjikale të realizuara nga koncensionari Saniservice.
5. Mosplotësim sipas formatit të pasqyrave të përcaktuara në Aneksin 2, për secilin rast.

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

1. Mos dërgimi i pasqyrave ose dërgimi me vonesë i pasqyrave pa arsye të justifikuara, jashtë afateve të përcaktuara në kontratë (pasqyrat sipas Aneksit Nr. 2 të kësaj kontrate).
2. Mosplotësimi i anamnezës në kartelën e shtrimit si dhe kartelën ditore 24 orëshe në shërbimin e urgjencës, diagnozës klinike dhe epikrizës së daljes.
3. Mosndjekja e përditshme e dekursit dhe terapisë ditore.
4. Mosregjistrimi dhe mosdërgimi në afatet e përcaktuara i të dhënave elektronike.
5. Për moszbatim të përcaktimeve të pikave 3 dhe 4 të nenit 7, për secilin rast.
6. Për moszbatim të saktë të procedurës së shpërndarjes së barnave e materialeve mjekësore brenda spitalit në të gjitha hallkat sipas nevojave dhe dokumentacionit justifikues.

7. Për mos plotësimin e kartelës klinike të pacientit dhe mos pasqyrimin e gjurmueshmërisë klinike për ndërhyrjet kirurgjikale nga koncensionari saniservice.
8. Për moszbatim të përcaktimeve të pikës 3, neni 9, plotësimi i formularit referues të ekzaminimeve laboratorike.

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

1. Mosrespektimit të kriterëve të vendosura nga MSHMS në lidhje me përcaktimin e gjendjes së pacientit lidhur me shtrimin në spital sipas nevojës.
2. Moszbatimi i përcaktimeve sipas nenit 6, pika 6, për secilën nën pikë.
3. Mos zbatimi sipas përcaktimeve të nenit 7, pika 5, paragrafi d.
4. Për moszbatim të përcaktimeve të nenit 7, pika 6, për secilën nën pikë (për secilin rast).
5. Për moszbatim të përcaktimeve të nenit 7, pika 7, për secilin rast.
6. Moshapja e kartelës klinike 24-orëshe për pacientët që trajtohen në shërbimin e pranim-urgjencës dhe marrin mjekim ose u kryhen ekzaminime dhe manipulime të ndryshme.
7. Mosmbyllja dhe mosdorëzimi në kohë i kartelës mjekësore në sektorin e statistikës mjekësore të spitalit në afatin 5 (pesë) ditë nga dalja e pacientit nga spitali, përveç rasteve të përcaktuara (ekzaminim Anatomo-Patologjik dhe Imuno-Histokimik).
8. Mosrespektimin e sistemit të referimit nga personeli mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimit.
9. Përdorim fondesh në ndryshim nga destinacioni për të cilin janë çelur referuar nenit 14, pika 11.
10. Mospërdorimi i regjistrave tip sipas Aneksit Nr. 4 të kontratës “Modeli i regjistrave të Spitalit”, (përveç rasteve ku mundësohet sistemi EHR).
11. Mosdërgimi i informacionit mujor përmbledhës në DRF në lidhje me aktivitetin e kryer nga shoqëritë koncesionare të financuara nga Fondi.
12. Moskthimit të projektit të raportit të kontrollit të nënshkruar brenda afatit.
13. Moszbatim të afatit të kërkuar në lidhje me kthim përgjigje për masat e marra për zbatimin e detyrave të lëna nga strukturat kontrolluese të Fondit/DRF.
14. Ushtrimi i aktivitetit të plotë ose të pjesshëm në institucionet shëndetësore jopublike me shtretër të kontraktuara me Fondin në dhënien e shërbimit për paketat shëndetësore nga mjekët të cilët janë dhe të punësuar me kontratë me kohë të plotë nga spitali publik.
15. Referimi i paargumentuar i gjendjes shëndetësore të pacientëve në konsultën e nivelit terciar dhe në shërbimin me shtretër pranë shërbimeve universitare, për secilin rast kur gjykohet nga shërbimet universitare si të tilla.
16. Mosrespektim të përcaktimeve të nenit 8, pika 2, 3, 4, 5 dhe 6.
17. Mosrespektim të përcaktimeve të nenit 9, pika 7, personi përgjegjës i ngarkuar.

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

1. Mosrespektimi i përsëritur i sistemit të referimit nga personeli mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimit.
2. Mosrespektim i përsëritur i përcaktimeve të nenit 8.
3. Mosrespektim i përsëritur i përcaktimeve të nenit 9.

Masat e kushtit penal të parashikuar në nenin 22, pika I, II, III dhe IV vendosen nga strukturat kontrolluese të Fondit/ DRF, ekzekutohen nga Drejtori i Spitalit, si dhe procedura e arkëtimit bëhet sipas akteve ligjore dhe nënligjore përkatëse në fuqi.

Neni 23

Zgjidhja e kontratës

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

Neni 24

Masa të tjera

1. Në rast se gjatë kontrollit të ushtruar nga Fondi/DRF konstatohen blerje mallra e shërbime me tejkalime të buxhetit të planifikuara, i propozohet nënpunësit të parë autorizues, gjobitja e nënpunësit autorizues dhe/ose nënpunësit zbatues, me gjobë e cila varion nga 5-7 paga mujore.
2. Për mospërmbushje të detyrimeve të tjera kontraktuale, Fondi/DRF i kërkon sipas rastit Drejtorit të Spitalit për marrjen e masave për punonjësit përkatës sipas Statutit dhe Rregullores së Spitalit.
3. Në rast se gjatë kontrollit të ushtruar nga Fondi/DRF konstatohet se për shkeljet e mësipërme Drejtori i Spitalit dhe/ose personi përgjegjës, nuk ka zbatuar sanksionet e vendosura dhe kur ato nuk përbëjnë veper penale, do të konsiderohen si shkelje administrative të cilat ndëshkohen me gjobë nga 1 deri në 2 paga mujore.
4. Mospërmbushja e detyrimeve kontraktuale nga ana e Spitalit, si dhe mosreagimi i vazhdueshëm ndaj rekomandimeve të kontrollit të Fondit /DRF, i japin të drejtën Fondit t’i drejtohet MSHMS duke i propozuar shkarkimin e Drejtorit të Spitalit.
5. Mospërmbushja e detyrimeve kontraktuale nga ana e Spitalit sipas detyrimeve të nenit 4 pika 7 për mjekët të cilët punojnë në spitalin publik dhe ushtrojnë aktivitet të pjesshëm ose të plotë në institucionet shëndetësore jopublike me shtretër, të kontraktuara me Fondin në dhënien e shërbimit për paketat shëndetësore, Fondi i propozon drejtorit të spitalit zgjidhjen e kontratës individuale me mjekun e dypunësuar.

Neni 25 **Ankimi Administrativ**

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

Neni 26 **Ndryshimet e kontratës**

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

Neni 27 **Zgjidhja e mosmarrëveshjeve**

1. Palët kontraktuese respektojnë legjislacionin shqiptar në fuqi dhe përpiqen që mosmarrëveshjet që mund të lindin gjatë realizimit të kontratës, t'i zgjidhin me mirëkuptim midis tyre.
2. Pala që gjykon se ekziston një mosmarrëveshje, njofton palën tjetër duke bërë një përshkrim të plotë të çështjeve që kërkojnë zgjidhje.
3. Palët kontraktuese të përfshira në mosmarrëveshje duhet të bëjnë personalisht apo nëpërmjet përfaqësuesve të autorizuar të tyre përpjekje për zgjidhjen e mosmarrëveshjes, mbi parimin e ruajtjes së vazhdimësisë së punës.

4. Nëse palët kontraktuese apo përfaqësuesit e tyre të autorizuar nuk janë në gjendje të zgjidhin mosmarrëveshjen, brenda 14 (katërmëdhjetë) ditësh nga marrja e njoftimit apo për një kohë më të gjatë të miratuar nga palët, njëra palë njofton palën tjetër se çështja nuk është zgjidhur.
5. Për të gjitha mosmarrëveshjet që nuk mund të zgjidhen me mirëkuptim, organi kompetent është Gjykata Administrative e Shkallës së Parë, ku ushtron aktivitetin.

Neni 28
Hyrja në fuqi

1. Kjo kontratë është përpiluar në 2 (dy) kopje origjinale në gjuhën shqipe dhe secila nga palët mban nga 1 (një) kopje.
2. Kontrata pasi u lexua nga palët, u konsiderua e redaktuar sipas pëlqimit të tyre dhe u nënshkrua me vullnetin e tyre të lirë e të pavesuar.
3. Kjo kontratë hyn në fuqi me nënshkrimin e saj nga palët dhe i shtrin efektet e saj nga data 01.01.2025 deri në 31.12.2025. Ky afat mund të ndryshojë me miratimin e përbashkët me shkrim të palëve.

Kjo kontratë firmoset nga:

Për DREJTORINË RAJONALE TË FONDIT _____

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

Për SPITALIN RAJONAL/ BASHKIAK _____

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

ANEKSI NR. 1

LISTA E SHËRBIMEVE SPITALORE OË DO TË FINANCOHEN NGA FONDI SIPAS VKM 2025

ANEKSI NR. 2

Pasqyrat që evidentojnë aktivitetin spitalor dhe dërgohen në DRF

Nr. i Pasqyrës	Emërtimi i pasqyrave	Periudha e Raportimit
1	Pasqyra e aktivitetit të shërbimeve mjekësore me shtretër	Mujore
2	Pasqyra e aktivitetit të urgjencës mjekësore	Mujore
3	Pasqyra e aktivitetit në zbatim të sistemit të referimit në poliklinikën e specialiteteve	Mujore
4	Pasqyra e ekzaminimeve biokimike – klinike	Mujore
5	Pasqyra e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike	Mujore
6	Pasqyra e ekzaminimeve në shërbime të ndryshme	Mujore
7	Pasqyra e burimeve njerëzore të spitalit	3-Mujore
8	Pasqyra e shpenzimeve faktike sipas shërbimeve dhe diagnozave	Mujore
8/1	Pasqyra e shpenzimeve faktike për shtetasit e huaj “jo rezident”	3-Mujore
9	Pasqyra e shpenzimeve faktike sipas shërbimeve mjekësore në shërbimet me shtretër	Mujore
9/1	Pasqyra treguesve të shpenzimeve faktike sipas shërbimeve mjekësore	Mujore
10	Pasqyra e shpenzimeve faktike të shërbimeve mjekësore në shërbimet pa shtretër	Mujore
10/1	Pasqyra e shpenzimeve faktike të transportit të pacientëve që bëjnë dializë	Mujore
11	Situacioni mujor i shpenzimeve	Mujore
12	Pasqyra e realizimit dhe përdorimit të të ardhurave dytësore	Mujore
13	Lista e indikatorëve të performancës dhe cilësisë	6 -Mujore
14	Pasqyra e mortalitetit sipas sëmundshmërisë, seksit dhe grupmoshave	Vjetore
15	Pasqyra e aktivitetit të ndërhyrjeve kirurgjikale të realizuara	Mujore
16	Pasqyra mujore e aktivitetit të paketave shëndetësore të kardiologjisë dhe kataraktës (spitalet ku ofrohen)	Mujore

PASQYRA E AKTIVITETIT TË SHËRBIMEVE MJEKËSORE ME SHTRËTËR

Spitali _____

Periudha _____

Pasqyra Nr. 1

Nr.	Shërbimi	Nr. I shtreterve	PACIENTE TE HYRE							PACIENTE TE DALE							Shtetas te huaj jo-rezidentë në Shqipëri										
			Te pasiguruar			Gjithsej te pasiguruar	Te Siguruar			Gjithsej te siguruar	Gjithsej te hyre	Gjithsej te dale	Sheruar	Përmirësuar	Në trajtim ambulator	Transferuar ne spital tjetër		Vdekur	Lindje	Nga lindjet: Lindje me Seccio Cezare	Aborte	Nga abortet: aborte me kerkese	Operuar	Dite-paciente	Dite-qendrimi mesatar	Shfrytëzim shtrati	Xhiro - shtrati
			Nga urgjenca	Te planifikuar	Nga keta: Jashite Rrethi		Nga urgjenca	Te planifikuar	Nga keta: Jashite Rrethi																		
1	Shërbimi i Mjekësisë Përgjithshme	3	4	5	6	7=4+5	8	9	10	11=8+9	12=7+11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	
1.1.	Pneumologji																										
1.2.	Kardiologji																										
1.3.	Nefrologji																										
1.4.	Endokrinologji																										
1.5.	Dermatologji																										
1.6.	Neurologji-psikiatri																										
1.7.	Gastro-hepatologji																										
1.8.	Alergologji																										
1.9.	Reumatologji																										
1.10.	Kujdesi paliativ																										
1.11	Hematologji																										
2	Shërbimi Kirurgjisë																										
2.1.	Kirurgji e pergjithshme																										
2.2	Ortopedi-Traumë																										
2.3.	Urologji																										
3	Anestezi-Reanimcioni																										
3.1.	Shërb ORL																										

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

3	Të trajtuar me kartelet ditore																		
4	Urgjenca paraspitalore																		
	Totali																		

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

Personi i ngarkuar

PASQYRA E AKTIVITETIT NË ZBATIM TË SISTEMIT TË REFERIMIT NË POLIKLINIKËN E SPECIALITETEVE

Pasqyra Nr. 3

Spitali _____

Periudha _____

Nr.	Shërbimet	Të vizituar/konsultuar									
		Gjithsej	Të siguruar				Të pasiguruar				
			Të reko mand uar	Të parekomandua r	Gjithsej	Numër MA	Të rekomandua r	Të parekomandua r	Gjiths ej	NumërMA	Shtetas të huaj jo rezident
1	2	3=6+10	4	5	6=4+5	7	8	9	10=8+9	11	12
1	Pneumonologji										
2	Kardiologji										
3	Nefrologji										
4	Endokrinologji										
5	Dermatologji										
6	Hematologji										
7	Neurologji-psikiatri										
8	Gastro-hepatologji										
9	Alergologji										
10	Reumatologji										
11	Kujdesi paliativ										
12	Shërbimi Infektivit										
13	Kirurgji										
14	Kirurgji e pergjithshme										
15	Ortopedi										
16	Urologji										

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

17	Shërbimi ORL										
18	Shërbimi i Okulistikës										
19	Shërbimi i Okologjisë										
20	Shërbimi i Pediatriisë										
21	Obstetrikë-Gjinekologji										
	TOTALI										

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

Pasqyra Nr. 4

**PASQYRA E EKZAMINIMEVE LABORATORIKE QË OFROHEN NGA KONCESIONARI I LABORATORËVE
Spitali _____**

Periudha _____

Kod	Përshkrimi i testit	Ekzaminimet nga koncensionari PPP						Total
		Të siguruar			Të pasiguruar			
		Të shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Të shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	Acid Urik							
2	Kreatinine							
3	Ure							
4	Bikarbonate							
5	Proteine Totale							
6	Bilirubine Totale							
7	Bilirubine Direkte							
8	Glukoze							
9	Kalcium Total							
10	Hekur							
11	Elektrolite (Na + K + Cl)							
12	Magnez							
13	Fosfor							
14	Kolesterol Total							
15	HDL-Kolesterol							
16	LDL-Kolesterol							
17	Triglicerid							
18	Lipidograme e plote (Kolesterol, Triglicerid, HDL-Kolesterol, LDL-Kolesterol)							
19	Albumine							
20	Elektroforeze e Hemoglobines, Kuantitative							

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

21	Elektroforeze e proteines dhe Proteine Totale								
22	HbA1c, Hemoglobine e glukozuar								
23	PCR, Proteine C Reaktive, Semi Kuantitative (Aglutinim)								
24	PCR, Proteine C Reaktive, Kuantitativ, Metode imunologjike								
25	TPI, Troponine I, Semi Kuantitativ, Test i Shpejte Diagnostik (RTD)								
26	TPI, Troponine I, Kuantitative, Metode Imunologjike								
27	NT- proBNP, Peptidi Natriuretik N-terminal, tip pro-b								
28	Laktat								
29	Gazet ne Gjak (pH, pO2, pCO2, SaO2, H3CO, Hb)								
30	Gazet ne Gjak te Plota (Gazet ne Gjak + Na, K, Ca-i)								
31	Amilaze Totale								
32	Amilaze Pankreatike								
33	CK, Kreatine Kinaze								
34	CK-MB, Kreatine Kinaze MB								
35	GGT, Gama Glutamil Transferaze								
36	G6PD, Glukoze 6-Fosfat Dehidrogenaze								
37	LDH, Laktat Dehidrogenaze								
38	Fosfataze Alkaline								
39	Lipaze								
40	Kolinesteraze								
41	ALT, Alanine Amino Transferaze								
42	AST, Aspartat Amino Transferaze								
43	Beta-HCG, Beta Gonadotropina Korionike Humane, Kuantitative								
44	Kortisol								
45	DHEAS								
46	Ferritin								
47	FSH, Hormon Folikulo-Stimulues								
48	LH, Hormon Luteinizues								
49	PRG, Progesteron								
50	PRL, Prolaktine								
51	Testosteron								
52	TSH, Hormon Tireo-Stimulues, Ultrasensitive								
53	FT3, Trijotironine e Lire								
54	FT4, Tiroksine e Lire								
55	Urine Komplet								
56	Urine Sediment								
57	Urine, Mikroalbumine, Kuantitative								
58	Urine, Proteine totale 24 ore								
59	Urine, Proteine Bences Jones								
60	Likuor Cerebro Spinal, Glukoze								
61	Likuor Cerebro Spinal, Proteine Totale								
62	Fece gjak okult								
63	Klirens i Kreatinines								
64	OGTT, Testi i Tolerances te Glukozes								
65	Hemograme me 3 Popullata Leukocitare te Diferencuara: Hemoglobin, Hematokrit, MCV,MCH, MCHC, RDÉ, ÈBC, Trombocite								

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

66	Hemograme me 5 Popullata Leukocitare te Diferencuara : RBC, Hemoglobin, Hematokrit, MCV,MCH, MCHC, RDË, ËBC, Neutrofile, Limfocite, Monocite, Eosinofile, Basofile, Trombocite, PDË								
67	Ekzaminim Mikroskopik i Lames te Gjakut (Diferencim te ËBC, Morfologji te RBC)								
68	Shpejtesi e Sedimentimit Eritocitar (ESR)								
69	Retikulocite, numerim								
70	Palce Kockore - Citomorfologji (Mielograme)								
71	Citomorfologji e Likidit Cerebro Spinal								
72	Citomorfologji e Likideve Biologjik, Likid ascitik/ /pleural/artikular etj								
73	Sekrecione nazale per eozinofile (Mikroskopi)								
74	D-Dimer, Kualitativ								
75	D-Dimer, Kuantitativ								
76	Fibrinogjen								
77	Faktor Koagulimi VIII (Faktori Anti-hemofilik A)								
78	Faktor Koagulimi IX (Faktori Anti-hemofilik B)								
79	PT, Kohe e Protrombines								
80	PT&INR, Kohe e Protrombines dhe INR								
81	aPTT, Kohe e Tromboplastines Pjeserisht te Aktivizuar								
82	Kohe Hemoragjie, Metode Ivy 3 Yestins								
83	TT, Kohe e Trombines								
84	Grup ABO, RhD								
85	Rezus dhe fenotipizim Kell								
86	Test Direkt i Antiglobulines (Coomb test)								
87	Test Crossmatch (Test Perputhshmerie)								
88	Antistreptolizine, Semi-kuantitative								
89	Antikorp Anti-Hepatit A (HAV-Ab), IgM								
90	Antikorp Anti-Hepatit A (HAV-Ab), IgG								
91	Antigen Hepatit B i siperfaqes, Test i Shpejte Diagnostik (RTD)								
92	Antigen Hepatit B i siperfaqes (HBsAG), Metode Automatike								
93	Antikorp Hepatit B i siperfaqes (anti-HBs)								
94	Total Anti-Hepatitit B Core (anti-HBc, IgM & IgG)								
95	Anti-hepatit B Core (anti- HBc), IgM								
96	Antigen-e Hepatit B (HBeAG)								
97	Antikorp e Anti-Hepatit B (Anti-HBe)								
98	HIV1&2 Antikorp, Test i Shpejte Diagnostik (RTD)								
99	Antikorp Hepatit C, Metoda ELISA/ CMIA/ ELFA etj								
100	Antikorp Rubela IgM								
101	Antikorp Rubela IgG								
102	CMV IgM								
103	CMV IgG								
104	Antikorp Toksoplasma IgM								
105	Antikorp Toksoplasma IgG								
106	Komplement C3								
107	Komplement C4								
108	Limfocite T CD4 numerim								
109	Leucemia /Imunofenotipizim I Limfomes (per CD ose markues)								
110	Tipizim HLA (1 loci)								

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

111	Tipizim HLA (3 loci)								
112	HLA Cross -Match, Dhurues / Marres								
113	Faktor reumatoid, Kuantitativ								
114	Faktor reumatoid, Semi Kuantitativ								
115	ANA, Antikorpe Anti-Nukleare								
116	AMA, Antikorpe Antimitokondriale								
117	Anti ds-DNA, Antikorpe Native DNA								
118	ENA, Skrinim per Antigen Anti Nuklear i Ekstraktueshem								
119	cANCA, Antikorpe Anti-neutrofilik Citoplasmik me specifitet Anti Proteinaze-3 (PR3)								
120	Antikorpe Anti-neutrofilik Citoplasmik me specifitet anti-mieloperoksidaze (MPO-ANCA)								
121	ATTA, IgM, Antikorpe Anti Transglutaminaze, IgA								
122	TPO, Antikorpe Anti Tiroperoksidaze, IgG								
123	CCP2, IgG, Antikorpe Anti-Ciklik e Citrulinuar Peptid 2								
124	AFP, Alfa- Feto Proteine, Kunatitative								
125	CEA, Antigeni Karcino Embrionik								
126	fPSA, Antigeni Specifik i Prostates i Lire								
127	PSA, Antigeni Specifik i Prostates								
128	CA-125, Kancer Antigen 125								
129	CA-19-9, Kancer Antigen 19-9								
130	CA-15-3, Kancer Antigen 15-3								
131	Beta 2 Mikroglobuline								
132	f-Beta-HCG, Gonadotropina Korionike Humane e Lire								
133	Urine Kulture								
134	Fece Kulture								
135	Gryke Kulture								
136	Sekrecione Vaginale Kulture								
137	Sekrecione Vaginale, Ekzaminim Mikroskopik								
138	Hemo Kulture								
139	Sekrecione Uretrale Kulture								
140	Sekrecione Uretrale , Ekzaminim Mikroskopik								
141	Sekrecioni Veshi, Kulture								
142	Sekrecione Nasale, Kulture								
143	Sekrecioni Konjuktivale, Kulture								
144	Material Purulent, Kulture								
145	Material nga Plaga, Kulture								
146	Likid Cerebro-Spinal Kulture								
147	Likid Cerebro-Spinal Ekzaminim Mikroskopik te elementeve qelizore								
148	Antibiograme (AST)								
149	Patogene Anaerobike, Kulture								
150	Fece, Ekzaminim parazitesh (Veze&Parazite)								
151	Materila lekure / floke / thua, Kulture per myk								
152	Sekrecione Vaginale, Kulture per myk								
153	Ngarkese Virale Hepatit C								
154	Ngarkese Virale Hepatit B								
155	Alkol								
156	Fenobarbital								
157	Digoksin								

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

158	Takrolimus							
159	Ekzaminim I plote histopatologjik (Ngjyrosje Hematoxylin Eosin) 1-3 blloqe							
160	Ekzaminim I plote histopatologjik (Ngjyrosje Hematoxylin Eosin) 4-6 blloqe							
161	Teste Citokimike, >= 4 markues 1. Coloring method PAS, Periodic Acid Schiff 2. Trichromic method ëith Light Green 3. Coloring method of Ziehl Neelsen for Bacteria 4. Coloring method (Gieemsa for Helicobacter Plyori)							
162	Teste Imuno-Histokimike, 3 antikorpe 1. Confirm anti-Vimentin (Clone V9) 2. Anti-Pan Keratin (AE1/AE3/PCK26) Primary Antibody 3. Confirm CD45 (LCA)							
163	Sputum Citodiagnoze me parafin (1-3 blloqe)							
164	Citologji Cerviko-Vaginale per Papanicolaou me ngjyrosje							
	Totali							

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

PASQYRA E EKZAMINIMEVE RADIOLOGJIKE DHE ENDOSKOPIKE

Pasqyra Nr. 5

Spitali _____

Periudha _____

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

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

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

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

PASQYRA E EKZAMINIMEVE NË SHËRBIME TË NDRYSHME

Pasqyra Nr. 6

Spitali _____
Periudha _____

Nr.	Ekzaminimi	Numri i ekzaminimeve						Total
		Te siguruar			Te pasiguruar			
		Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	EKG							
2	Prova e holterit							
3	Prova ushtrimore e biçikletes							
4	EKO Kardiake							
5	Provat respiratore							
6	Provat funksionale respiratore dhe te reversibilitetit							
7	Provat alergjike							
8	Audiograma							
9	Vestibulometria							
10	Timpanometria							
11	Elektronistagmografia							
12	Fusha vizive							
13	Fundus okuli							
14	Angioflurosinosografia							

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

15	EEG e Holterit												
16	EEG e Kompjuterizuar												
17	Aparati Dantec												
18	Blink reflex												
19	Stimulim i përsëritur												
20	EMG												
21	EMG-EMB												
22	PEV												
23	PEA												
24	PES												
25	Litotripsia												
	Të tjera specifiko												
	Totali												

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

Personi i ngarkuar.

PASQYRA E BURIMEVE NJERËZORE TË SPITALIT

Pasqyra Nr. 7

Spitali _____

Periudha _____ 2025

NR	Sherbimi	Mjekë (1)		Infermierë(2)		Arsimi (Infermierë)		Të tjerë (3)		Grada Shkencore			Totali =(1+2+3)	
		plan	fakt	plan	fakt	lartë	mesëm	plan	fakt	Profesor	D.Shken cash	Master	plan	fakt
A	Shërb.Mjeksi e Përgjithshme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	Patologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	Kardiologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	Nefrologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4	Endokrinologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5	Dermatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	Neurologji-psikiatri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	Gastro-hepatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
8	Alergologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
9	Reumatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	Kujdesi paliativ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B	Shërbimi Kirurgjisë(11-13)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	Kirurgji e Përgjithshme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

12	Ortopedi-Traumë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Urologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	Anestezi-Reanimicioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	Shërbimi ORL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	Shërbimi i Okulistikës	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	Shërbimi i Pediatriisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F.1	Pediatria Infektive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	Obstetrikë-Gjinekologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G.1	Neonatologjisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	Shërbimi i Imazherisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	Shërbimi i Laboratorëve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	Shërbimi i Farmacisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	Shërb.Urgjencës	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totali = shuma (A+B+C+D+E+F+F.1+G+G1+I+J+K)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Administrata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.1	Drejtor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.2	Nëndrejtor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.3	Specialist me arsim të mesëm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.4	Spec.të tjerë me arsim të lart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.5	Psikolog	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.6	Infermiere (në administrate)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.7	Teknikë/punetorë												
14.8	Sanitare												
	Totali 14 =(shuma 14.1-14.8)												

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

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

Personi i ngarkuar

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE SIPAS SHËRBIMEVE DHE DIAGNOZAVE

Pasqyra Nr. 8

Spitali _____
 Periudha _____ 2025

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

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

Personi i ngarkuar

Spitali _____
 Periudha _____ 2025

Pasqyra Nr. 8/1

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE PËR SHTETASIT E HUAJ “JO-REZIDENTË”

Emër pacientit	Mbiemër pacientit	ID pacientit	Datelindja	Shtetësia	Nr. formulari	Data e formularit	Shërbimi	Kodi i diaznozës	Diagnoza	Nr. Kartelës	Barna	Dieta.ushqim	Ekzaminime imazherike & laboratorike	Materialeve Mjeksore	Trasfuz, gjak+plazëm	Paga&Sig	Shpenzime Direkte	Shpenzime Indirekte	Totali Shpenzimeve për të gjithë ditëqëndrimin	Data e shtrimit	Data e daljes

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

2.5	Shërbimi i Okulistikës											
3	Anestezi-Reanimcioni											
4	Shërbimi i Pediatrisë											
4.1	Pediatria e përgjithshme											
4.2	Pediatria infektive											
5	Obsetrik-gjinekologji											
5.1	Neonatologji											
6	Kujdesi Infektivit											
7	Shërbimi i Onkologjisë											
8	Shërb.të tjera (nqs ka)											
	Totali=(1+2+3+4+5+6+7)											

Vo: Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në DRF mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike çdo muaj dhe progresive Në formë të printuar (shkresore) dërgohet vjetore, ose çdo herë kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar.

PASQYRA E TREGUESVE TË SHPENZIMEVE FAKTIKE SIPAS SHËRBIMEVE MJEKËSORE

Pasqyra 9/1

Periudha _____ 2025

Spitali _____

Nr	SHËRBIMET	Totali Shpenzimeve Faktike në lek	Numri Ditqëndrimit	Numri Rasteve	Shp.Mesat/Rast Në lek	Shpenz.mesatare /Dit/Pacient Në lek	Mesat. Dit/Qëndrimi
a	b	1	2	3	4=1/3	5=1/2	6=2/3
1	Shërbimi i Mjekësisë së Përgjithshme						
1.1.	Pneumoftiziatri						
1.2.	Kardiologji						
1.3.	Nefrologji						
1.4.	Endokrinologji						
1.5.	Dermatologji						
1.6.	Neurologji						
1.7.	Gastroenterologji						
1.8.	Alergologji						
1.9.	Reumatologji						
1.10.	Patologji						
1.11	Hematalogji						
2	Shërbimi Kirurgjisë						
2.1.	Kirurgji e përgjithshme						
2.2	Ortopedi-Traumë						

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

2.3.	Urologji						
2.4	Shërbimi ORL						
2.5	Shërbimi i Okulistikës						
3	Anestezi-Reanimcioni						
4	Shërbimi i Pediatriisë						
4.1	Pediatria e përgjithshme						
4.2	Pediatria infektive						
5	Obstrik-gjinekologji						
5.1	Neonatologji						
6	Kujdesi Infektivit						
7	Shërbimi i Onkologjis						
8	(Shërbime të tjera nqs ka)						
	Totali(1+2+3+4+5+6+7+8)						

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

Personi i ngarkuar

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE TË SHËRBIMEVE MJEKËSORE PA SHITRETËR

Pasqyra Nr. 10

Spitali _____
Periudha _____ **2025**

NR	SHËRBIMI	Shp. Për barna e material. Ndihmese	Shpenzime kite e	Shpenzime	Shpenzim Ekzamin laborat&imazherike	Shp. per Pagat Bruto	Shp. te tjera direkte.	Shpenzime indirekte	Shpenzimet Totale në lekë	Nr Total pacienteve	Nr. Total.i analiz.anato-	Nr.Total. i ekzaminimeve radiologji/imazherik	Shpenzime. mesatare për patient urgjenc	Shpenzime mesatare për	Shpenzime mesater per ekzaminim radiologjik /	Nr. Vizitave/	Shpenzime mesatre për vizitë/ seancë kimiterapie
----	----------	-------------------------------------	------------------	-----------	-------------------------------------	----------------------	------------------------	---------------------	---------------------------	---------------------	---------------------------	---	---	------------------------	---	---------------	--

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

1.a	2	3	4	5	6	7	8	9	10=(3+4+5+6+7+8+9)	11	12	13	14=10/11	10/12	16=10/13	17	18=10/17
1	Shërbimi i Urgjencës																
2	Shërb. Radiologji/Imazheri																
3	Kimioterapi +Kujdes paliativ																
4	Shërb.anatomisë e histologji Patologjike																
5	Poliklinika e Specialiteteve																
6	Fizioterapisë																
7	Geriatri																
8	Shërbime rehabilituese etj																
	Totali shpenzimeve																

Vo: a) Për shërbimin e urgjencës llogariten shpenzimet mesatare për pacient b) Për Shërbimin e Radiologjisë/ Imazherisë llogariten shpenzimet mesatare për ekzaminim. c) **Për shërbimin e kimioterapisë llogariten shpenzimet mesatare për seancë** . d) Për shërbimin e poliklinikës llogariten shpenzimet mesatare për/vizitë. e) Për shërbimin e Anatomisë e Histologjisë Patologjike llogariten shpenzimet mesatare për/analizë anatomo histopatologjike f) Për shërbimin e Fizioterapisë llogariten shpenzimet mesatare për/seancë fizioterapie. Për shërbimin e geriatrisë llogariten shpenzimet mesatare për pacient Kjo pasqyrë dorëzohet në DRF çdo muaj brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike dhe progressive çdo muaj .

Personi i ngarkuar

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE TË TRANSPORTIT TË PACIENTËVE QË BËJNË DIALIZËS

Pasqyra Nr. 10/1

Spitali _____
Periudha _____ **2025**

Nr	Emër	Mbiemër	Vendbanimi	Nr. Seancave dializës/mujore	Spitali që kryen hemodializën	Shpenzime e transporti në lek	
						Mujore	Progresiv
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
	Totali						

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në DRF brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet çdo muaj në formë elektronike. Në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

SITUACIONI I SHPENZIMEVE PËR VITIN 2025

Pasqyra Nr. 11

KAPITULLI

PROGRAMI

KODI I DEGËS SË THESARIT _____

KODI I INSTITUCIONIT _____ (Spitali _____)

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

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

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

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

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

P/Sektorit Financës

Konfirmimi nga Dega e Thesarit

Drejtori ekonomik

Drejtori i spitalit

Kjo pasqyrë dorëzohet në DRF në formë elektronike dhe shkresore brenda datës 10 të çdo muaji. Në formë të printuar vjetore ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

PASQYRA E REALIZIMIT DHE PERDORIMIT TE TE ARDHURAVE DYTESORE

Pasqyra Nr. 12

Periudha _____ 2025

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

P. Sektorit të Finances

Konfirmimi nga dega e Thesarit

Kjo pasqyrë dërgohet çdo muaj në Fond/DRF brenda datës 10 të çdo muaji. Në formë të printuar vjetore ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

LISTA E INDIKATORËVE TË PERFORMANCËS DHE CILËSISË
SPITALI _____
PERIUDHA _____ 2025

Pasqyra Nr. 13

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

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

	nga infarkti akut i miokardit (IAM).	(raporti shumzohet me 100)			
6	Numri i pacienteve me vdekshm ër nga insulti cerebral brenda 24 orëve të para të shtrimit në spital.	<u>Treguesi</u> Numri i pacientëve të vdekurve nga insulti cerebral brenda 24 orëve t ë para të shtrimit në spital. <u>Emëruesi</u> : Numri total i pacientëve të shtruar	Urgjencë e shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
7	% e të shtruarve që përsërisin operacionet kirurgjikale.	<u>Numëruesi</u> : Numri pacientëve që përsërisin operacionet. <u>Emëruesi</u> : Numri total i pacientëve të shtruar të operuar. (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër ku behen nderhyrje kirurgj	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
8	% e ndërhyrjeve kirurgjikale të anolluara apo të shtyra.	<u>Numëruesi</u> : Numri i pacientëve të planifikuara për ndë rhyrje kirurgjikale dhe të cilat u janë anuluar apo shtyrë. <u>Emëruesi</u> : Numri total i pacientëve që kanë bërë ndërhyrje kirurgjikale (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
9	% e Ekzaminimeve CT.SCANNER me përgjigje negative	<u>Numëruesi</u> : Numri i Ekzaminimeve CT.Scanner me përgjigje negative. <u>Emëruesi</u> : Numri total i pacientëve që kanë bërë ekzaminim CT,Scanner (raporti shumzohet me 100)	Në shërbim. Imazheri	Pasqyra e Ekzaminim. imazherike	Çdo 6 muaj
10	% e Ekzaminimeve MRI me përgjigje negative	<u>Numëruesi</u> : Numri i Ekzaminimeve MRI me përgjigje negative <u>Emëruesi</u> : Numri total i pacientëve që kanë bërë ekzaminim MRI (raporti shumzohet me 100)	Në shërbime Imazherisë	Pasqyra e Ekzaminieve. imazherike	Çdo 6 muaj
11	% e lindjeve cezariane	<u>Emëruesi</u> : Numri total i lindjeve normale <u>Numëruesi</u> : Numri i lindjeve cezariane x 100	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj

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

Personi i ngarkuar

55/87

PASQYRA E MORTALITETIT SIPAS SËMUNDSHMËRISË, SEKSIT DHE GRUPMOSHAVE

Pasqyra Nr. 14

Spitali _____
Viti _____ 2025

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

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

16	Vdekje në lindje																					
17	Totali i Rasteve																					

Kjo pasqyrë plotësohet një herë në vit nga spitalet dhe dërgohet në Fond/DRF brenda datës 30 të muajit janar të vitit pasardhës. Personi i ngarkuar

PASQYRA E AKTIVITETIT TË NDËRHYRJEVE KIRURGJIKALE TË REALIZUARA

Pasqyra Nr. 15

Periudha _____

Spitali _____

Nr.	Shërbimi mjekësor	Kompleksiteti i Lartë	Kompleksiteti i Mesëm	Kompleksiteti i Ulët	Sterilizimi Instrumentave me Avull	Urgjentë	Të planifikuar	Sasia
1	<i>Kirurgji</i>							0
2	Obsetrikë							0
3	ORL							0
4	Oulistikë Etj ...sherbime							0
	Totali							0

Kjo pasqyrë dërgohet elektronikisht dhe shkresore çdo muaj nga spitali në DRF.

Kjo pasqyrë do të dërgohet në DRF jo më vonë se data 20 e muajit pasardhës .

Personi i ngarkuar

PASQYRA MUJORE E AKTIVITETIT TË PAKETAVE SHËNDETËSORE

Pasqyra Nr. 16

Periudha _____ 2025

Spitali _____

Nr.	Lloji i paketës		Të planifikuar	Nga urgjenca	Total
1	Kardiologji	Angiografi Koronare			
		Angioplastikë koronare			
		Angiografi Koronare+Angioplastikë(PTCA+Stent)			
		Pacemaker definitiv			

Nr.	Paketa Shëndetësore	Numri i Pacientëve që kanë kryer trajtimin
1	Trajtimi i Kataraktës	

Vo: Kjo pasqyrë plotësohet në spitalet ku ofrohen paketat shëndetësore

ANEKSI NR. 3

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

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

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

Detyrat e Specialistit IT të Spitalit.

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

1. Ky person ka për detyrë:

- Mirëmbajtjen e pajisjeve kompjuterike nga ana e kushteve teknike dhe hardëare-ike.
 - Mirëmbajtjen rutinë të pajisjeve kompjuterike ku këtu përfshihen :
 - Mirëmbajtje Softëare-ike të programeve bazë të PC, Ëindoë, Office (Ëord, Excel, Acces), Ëinrar, Nero, Adobe, Antivirus.
 - Up-date Ëindoës, Up-date Antivirus, Kontrolle dhe pastrime periodike nga viruset.
 - Riparimi i programeve ekzistuese të dëmtuara.
 - Monitorimi dhe mirëmbajtja e lidhjes së internetit (N.q.s ka).
 - Instalimi ose riparimi i lidhjes së PC me aksesorët periferike (tastiere, mouse dhe printerin). Mirëmbajtjen, ruajtjen, sigurinë dhe shkëmbimin e të dhënave që do të përçohen në DRF. Gjithashtu ky specialist duhet të kontaktojë me specialistin IT të DRF lidhur me problematikat që dalin gjatë punës dhe lidhur me ndryshimet e lejuara në softet e instaluar në këtë pajisje.
3. Në rast mos funksionimi të sistemeve të kompjuterave (pajisje dhe programe), specialisti i spitalit, është i detyruar t'i riparojë ato pa dëmtuar të dhënat e regjistruara në pajisje.

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

ANEKSI Nr. 4
Modelet e regjistrave të spitalit

1. Regjistri i shërbimit të urgjencës

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

2. Regjistri i shërbimit me shtretër

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

3. Regjistri i ekzaminimeve imazherike/laboratorike

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

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

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

5. Regjistri themetar i të sëmurëve kronik të kabinetit

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

6. Regjistri i shkarkimit të barnave në shërbimin e urgjencës

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

A N E K S I N r . 5

Për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore (Për ato spitale që ofrojnë paketa të shërbimeve shëndetësore)

Në zbatim të VKM Nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor” i ndryshuar, Spitali do të ofrojë shërbimet shëndetësore të paketave shëndetësore të miratuara.

I. Detyrimet e Spitalit

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

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

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

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

III. Të tjera

Palët do të përditësojnë menjëherë ndryshimet përkatëse si pjesë e kontratës “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025” dhe do ti zbatojnë ato automatikisht nga dita që do të hyjë në fuqi ndryshimi me Vendim të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”.

1. PAKETAT E KARDIOLOGJISË

1.1. Paketat të miratuara me VKM.

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

1.2 Protokoll i Angiografisë Koronare

1. Ekzaminimet para interventit

- Echo zemre- triplex
- EKG
- Troponine CK- MB
- Telerontgenogram
- Gjak komplet GBT

- Azotemi, Kreatinemi
- Grup Gjaku
- Rhesus Glicemi
- Kalcemi
- Natremia
- Kalemia
- INR
- TSH (Përcaktim sasior thyroidezem)
- Kateter venoz në dorën e majtë
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Kryerja e interventit të angiografisë koronare

3. Qëndrimi një natë në pavion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

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

1.3 Protokoli i Angioplastikës Koronare

1. Ekzaminimet para interventit

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

2. Realizimi i angioplastikës.

3. Qëndrimi një natë në reanimacion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

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

5. Qëndrimi një natë në pavion.

6. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

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

1.4 Protokoll i Angiografisë + Angioplastikës koronare

1. Ekzaminimet para interventit

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

2. Kryerja e interventit të angiografisë koronare

3 . Realizimi i angioplastikës.

4.Qëndrimi një natë në reanimacion.

5. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

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

6. Qëndrimi një natë në pavion.

7. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

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

1.5 Protokoll i Pacemacer

1. Ekzaminimet para vendosjes së Pacemacher-it

- Azotemi
- Bilirubinemi
- Echo zemre
- EKG
- Gjak komplet GBT
- HbsAg-percaktim gjysem sasior A
- Holter EKG
- Kalcemia Ca
- Kalemia K
- Kreatinemi

- Natremi Na
- Niveli i protrombines
- SGOT, SGPT
- Telerontgenogram
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Procedura e vendosjes së aparatit

3. Qëndrim një natë në reanimacion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

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

5. Qëndrim një natë në pavion

6. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

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

**1.6 Pasqyra përmbledhëse
Spitali_____**

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

2. PAKETA SHËNDETËSORE E TRAJTIMIT TË KATARAKTËS.

2.1 Paketë e miratuar me VKM

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

2.2 Protokollin klinik i trajtimit të Kataraktës

2.2.1 Ekzaminimi preoperator

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

2.2.2 Ekzaminimi objektiv

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

2.2.3 Trajtimi kirurgjikal:

Operacioni kryhet me anestezi lokale (me pika).

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

Pasi pastrohet kapsula e lentes, nëpërmjet të njëjtës prerje të vogël 1.5–3 mm, implantohet lentja intraokulare e butë, e palosur nëpërmjet një inxhektori special. Kjo ka një diametër prej 11–13 mm dhe zakonisht është e përbërë nga një material i butë inert (akryl apo silikon). Lentja është elastike dhe pas implantimit hapet në brendësinë e syrit, ku ajo fiksohet me ndihmën e disa elementeve të vegjël fiksues.

2.2.4 Ndjekja postoperatore

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

ANEKSI Nr. 6

(I Kontratës “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”)



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

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
SPITALI _____**

Nr. Prot., datë __ , __ , 2025

Nr. Prot., datë __ , __ , 2025

K O N T R A T Ë

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

Ndërmjet

DREJTORISË RAJONALE TË FONDIT _____

Dhe

DREJTORIT TË SPITALIT _____

Dhe

MJEKUT SPECIALIST

Kjo Kontratë nënshkruhet në _____, në datë _____

ndërmjet këtyre palëve:

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

më poshtë të quajtuara “Palët”.

Dispozita paraprake

Duke qenë se:

- A. DRF është organ në varësi të Fondit, e cila e zhvillon aktivitetin në bazë dhe për zbatim të ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
- B. Në bazë të ligjit të sipërcituar Fondi lidh kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor për dhënien e shërbimeve shëndetësore, pjesë e të cilave është edhe lista e barnave të rimbursuara (në vijim “LBR”);
- C. Mjeku specialist është përcaktuar nga drejtuesi i spitalit për të përshkruar recetat me rimbursim për barnat të cilat tregëtohen në farmacinë e spitalit, sipas akteve ligjore në fuqi;
- D. Këshilli Administrativ i Fondit ka miratuar kontratën “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”, me Vendimin e Këshillit Administrativ nr. 33 , datë 04.12.2024 (në vijim “VKA”),

palët e mësipërme bien dakord si vijon:

Neni 1

Objekti i Kontratës

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

Neni 2

Baza ligjore

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

1. Ligji nr. 10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
2. Ligji nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar ;
3. Ligji nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”;
4. Ligji nr. 123, datë 25.09.2014, “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
5. Ligji nr. 10279, datë 20.05.2010, “Për kundravajtjet administrative”;
6. Ligji nr. 44, datë 30.04.2015, “Kodi i Procedurave Administrative në Republikën e Shqipërisë”;
7. Ligji nr. 49, datë 03.05.2012, “Për gjykatat administrative dhe gjykimin e mosmarrveshjeve administrative”, i ndryshuar;
8. Ligji nr. 7850, datë 29.07.1994, “Për Kodin Civil në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
9. Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995, “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
10. VKM nr. 124, datë 05.03.2014, “Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
11. VKM nr. 492, datë 24.07.2024, “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”;
12. VKM nr. 955, datë 29.12.2014, “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguar që përjashtohen nga pagesat e drejtëpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, i ndryshuar;
13. Urdhëri i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 743, datë 14.11.2019, “Për referimin e pacientëve me sëmundje kronike për ndjekjen e diagnozës së konfirmuar nëpërmjet sistemit të referimit elektronik”.
14. Rregullore nr. 1, datë 12.12.2019, “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, miratuar me Vendim të Këshillit Administrativ nr. 34, datë 12.12.2019;
15. Urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit nr. 335, datë 02.08.2024, “Për tregëtimin e disa barnave nga Lista e Barnave të Rimbursuara në shërbimin spitalor në QSUT dhe farmacitë e spitaleve Rajonale dhe Bashkiake”;

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

Neni 3

Detyrimet e Drejtorit të Spitalit

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

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

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

Neni 4

Detyrime të përgjithshme të mjekut specialist

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

Neni 5

Detyrime për përshkrimin e recetës me rimbursim

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

Neni 6

Detyrimet e DRF

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

QSUNT-së, zbatimin e kufizimeve të listës dhe protokollin e përdorimit të barnave, kartelën e të sëmurit me të gjitha ekzaminimet që mbështesin diagnozën dhe që përcaktojnë mjekimin si dhe kohëzgjatjen e mjekimit.

5. Negocion tavanin buxhetor të rimbursimit me Drejtorin e Spitalit, sipas kërkesave të përcaktuara të Formularit A (pjesë përbërëse e aneks kontratës), i cili firmoset nga të dy palët. Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit për shërbimin përkatës do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie.
6. Të informojë periodikisht Drejtorin e Spitalit dhe Mjekët Specialist të kontraktuar në lidhje me treguesit rimbursimit.
7. Të kontrollojë aktivitetin e mjekut specialist dhe të verifikojë të gjitha rastet e konfirmuara nga konsulta e shërbimit përkatës.
8. Të marrë informacionin e nevojshëm dhe të analizojë shpenzimet e rimbursimit për secilin shërbim.

Neni 7 Kushti penal

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

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

Neni 8 Dëm ekonomik

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

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

Neni 9 Ndërprerja e Kontratës

Kontrata ndërpritet para afatit të vlefshmërisë kur Mjeku Specialist:

1. Nuk pranon pa arsye kontrollin e strukturave të Fondit.
2. Lëshon recetë fiktive me qëllim përfitimi personal ose në favor të të tretëve. Në kuptimin e kësaj kontrate, recetë fiktive quhet receta e dhënë:
 - a) Në emër të personave që nuk jetojnë.
 - b) Personave të rremë.
 - c) Personave që nuk kanë dijeni për lëshimin e saj dhe nuk e kanë përfituar këtë bar.

Në këto raste mjeku duhet të zhëmtojë vlerën e dëmit ekonomik që i ka shkaktuar sigurimeve shëndetësore, si dhe bëhet kallëzim penal.

3. Është përjashtuar nga Urdhëri i Mjekut dhe nuk është i pajisur me liçencë.
4. Është dënuar me Vendim Gjykatë që i kufizon të drejtën e ushtrimit të profesionit.
5. Nuk i përgjigjet detyrimeve kontraktuale në mënyrë të përsëritur dhe pa shkaqe të pranueshme.
6. Kur propozohet nga drejtoria e spitalit dhe shefi i shërbimit përkatës ose Fondi/DRF për tejkalim të përsëritur dhe të paargumentuar të recetave me rimbursim

Neni 10 Ankimi Administrativ

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

Neni 11 **Ndryshimet e kontratës**

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

Neni 12 **Zgjidhja e mosmarrëveshjeve**

1. Palët kontraktuese respektojnë legjislacionin shqiptar në fuqi dhe përpiqen që mosmarrëveshjet që mund të lindin gjatë realizimit të kontratës, t'i zgjidhin me mirëkuptim midis tyre. Pala që gjykon se ekziston një mosmarrëveshje, njofton palën tjetër duke bërë një përshkrim të plotë të çështjeve që kërkojnë zgjidhje.
2. Palët kontraktuese të përfshira në mosmarrëveshje duhet të bëjnë personalisht apo nëpërmjet përfaqësuesve të autorizuar të tyre përpjekje për zgjidhjen e mosmarrëveshjes, mbi parimin e ruajtjes së vazhdimësisë së punës.

3. Nëse personat e autorizuar të palëve apo përfaqësuesit e tyre nuk janë në gjendje të zgjidhin mosmarrëveshjen, brenda 14 (katërbëdhjetë) ditësh nga marrja e njoftimit apo për një kohë më të gjatë të miratuar nga palët, njëra palë njofton palën tjetër se çështja nuk është zgjidhur.
4. Për të gjitha mosmarrëveshjet që nuk mund të zgjidhen me mirëkuptim, organi kompetent është Gjykata Administrative e Shkallës së Parë, ku ushtron aktivitetin.

Neni 13 **Hyrja në fuqi**

1. Kjo kontratë është përpiluar në 2 (dy) kopje origjinale në gjuhën shqipe dhe secila nga palët mban nga 1 (një) kopje.
2. Kontrata pasi u lexua nga palët, u konsiderua e redaktuar sipas pëlqimit të tyre dhe u nënshkrua me vullnetin e tyre të lirë e të pavesuar.
3. Kjo kontratë hyn në fuqi me nënshkrimin e saj nga palët dhe i shtrin efektet e saj nga data 2025 deri në2025. Ky afat mund të ndryshojë me miratimin e përbashkët me shkrim të palëve.

Kjo kontratë firmoset nga:

Për DREJTORINË RAJONALE TË FONDIT _____

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

Për SPITALIN _____

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

Mjeku specialist

..... Emri/Mbiemri dhe firma

Formulari A

PLANIFIKIMI I SHPENZIMEVE TË RIMBURSIMIT PËR SHËRBIMIN

Rimbursimi vjetor _____ Lekë.

Rimbursimi mesatar mujor _____ Lekë.

Katër mujori i parë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i dytë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i tretë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

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

Drejtori i Spitalit

Drejtori i DRF

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

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

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

Rimbursimi vjetor _____ Lekë.

Rimbursimi mesatar mujor _____ Lekë.

Katër mujori i parë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i dytë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i tretë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Mjeku Specialist

Drejtori i Spitali

Spitali Rajonal _____
Periudha _____

ANEKSI 7

TREGUESIT E PERFORMANCËS DHE CILËSISË SE SPITALIT

Nr	Indikatori	Mënyra e llogaritjes së indikatorit	Përshkrimi Indikatorit	Targeti specifik vjetor	Shërbimi	Burimi i informacionit	Koha e raportimit
1	Nr. i shtrimeve		Numri shtrimeve (daljeve nga spitali përfshirë vdekjet) në një periudhë të caktuar kohore.		Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
2	% e Shfrytëzimit të shtratit.	Numëruesi: Numri i ditë pacientëve të realizuara. Emëruesi: Ditë të periudhës x numri i shtretërve. (raporti shumëzohet me 100)	Treguesi i shfrytëzimit të shtratit tregon: Shkallën e zënies së shtretërve, është një masë e përdorimit të kapacitetit të disponueshëm të shtretërve në spital dhe tregon përqindjen e shtretërve të zënë nga pacientët në një periudhë të caktuar kohe, zakonisht 1 vit. Ai pasqyron efikasitetin në përdorimin e shtretërve spitalorë		Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

3	Ditë qëndrimi Mesatar.	Numëruesi: Ditë pacientë të realizuara. Emëruesi: Numri i pacientëve të dalë.	Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spitale përdoret shpesh si një tregues i efikasitetit. Nëse të gjitha gjërat e tjera janë të barabarta, një qëndrim më i shkurtër do të zvogëlojë koston për shkarkim dhe do të zhvendosë kujdesin nga spitali në mjedise më pak të shtrenjta post-akute. Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spitale i referohet numrit mesatar të ditëve që pacientët kalojnë në spital. Në përgjithësi matet duke pjesëtuar numrin total të ditëve të qëndrimit nga të gjithë pacientët e shtruar gjatë një viti me numrin e pranimeve ose shkarkimeve. Rastet ditore janë të përjashtuara. Treguesi paraqitet si për të gjitha rastet e kujdesit akut ashtu edhe për lindjen pa komplikime		Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
4	% e shtrimeve urgjente në spital.	Numëruesi: Numri i shtrimeve urgjente Emëruesi: Numri total i i shtrimeve (raporti shumëzohet me 100)	Nurmi i shtrimeve urgjentne në raport me shtimet në total në spital. Ky indeks duhet te synoje uljen e shtrimeve urgjent në raport me shtrimet e planifikuara.		Urgjencë e shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
5	Nr. i Konsultave		Numri i konsultave është numri i pacientëve të cilët marrin shërbim ambulator në konsultën e spitalit në zbatim të sistemit të referimit në shërbimet shëndetësore.		Shërbimi ambulator	Pasqyra 3	6 muaj

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2025”

6	Projeksioni mujor i numrit të ndërhyrjeve kirurgjikale për spitalet që zbatojnë kontratën e sterilizimi me PPP		Nurmri i ndërhyrjeve kirurgjikale për spitalet në të cilat ofrohen shërbimet e integruara të furnizimit të setit të personalizuar të instrumentave kirurgjikale sterile, furnizimin me materiale mjekësore sterile njëpërdorimëshe në sallat kirurgjikale” ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Shoqërisë Koncesionare “SaniService sh.p.k.”.				
7	Nr. i ekzaminimeve laboratorike		Numri i ekzaminimeve laboratorike të realizuara me PPP, cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimet me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.		Sipas shërbimeve	Pasqyra 4	6 muaj
8	Nr. i ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike		Numri i ekzaminimeve radiologjike të cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimin me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.		Sipas shërbimeve	Pasqyra 5	6 muaj
9	Nr. i ekzaminimeve MRI		Nurmri i ekzaminimeve MRI të cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimin me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.		Sipas shërbimeve	Pasqyra 5	6 muaj
10	Nr. i ekzaminimeve Scanner-CT		Nurmri i ekzaminimeve Scanner-CT të cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimin me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator		Sipas shërbimeve	Pasqyra 5	6 muaj

Drejtori i DRF

Drejtori i Spitalit