

Lidhur me kërkesën për informacion mbi procesin e mbulimit të shpenzimeve shëndetësore për pacientët me sëmundje kronike, ju bëjmë me dije se:

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

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

Fondi financon Listën e Barnave të Rimbursueshme të miratuar me Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 491, 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", të ndryshuar.

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

Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 955, datë 29.12.2014, “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtëpërdrejta të shërbimeve Shëndetësore”, të ndryshuar, pika 3 përcakton përjashtimin nga pagesat e drejtëpërdrejta për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme për personat që nuk bëjnë pjesë në kategoritë e parashikuara në pikat 1 dhe 2 të këtij vendimi, për trajtimin e sëmundjeve kronike, sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

Për sa më sipër, personat për të përfituar nga skema e sigurimeve shëndetësore dhe shërbimet e sipërcituara, duhet të rregjistrohet pranë mjekut të përgjithshëm dhe të familjes, në Qendrën shëndetësore pranë njësisë administrative ku banojnë. Mjeku i përgjithshëm dhe familjes, bën rregjistrimin e kategorisë dhe plotësimin e afatit sipas akteve administrative në fuqi. Mjeku i familjes depoziton pranë kartelës shëndetësore për çdo person që ka rregjistruar, kopjen e dokumentacionit identifikues si dhe kopjen e dokumentacioni që vërteton kategorinë përfituese dhe afatin sipas akteve në fuqi. Konkretisht për kategorinë “Persona me sëmundje kronike sipas përcaktimeve të Ministrisë së Shëndetësisë”, dokumenti vërtetues është përgjigja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën kronike.

Aktet administrative :

5 attachments (1 MB)

UDHEZIM nr. 3 06.02.2023 Per nje ndryshim ne Udhëzimin nr.17_.PDF; UDHEZIM nr. 3 29.07.2024 Ndryshim udhëzimi nr.17.PDF; UDHEZIMI nr.17, 13.12.2019 PER IDENTIFIKIMIN E TE SIGURUARVE NE SKEMEN E FONDIT.PDF; URDHERI DIAGNOZAT KRONIKE NR.37, DATE 25.01.2017.PDF; VKM- KATEGORITE nr.-955-date-29.12.2014-i-ndryshuar. PERJASHTIM NGA PAGESA.pdf;