



FONDI I SIGURIMEVE  
TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

# RAPORT VJETOR 2012

**Përgatiti Etiola Kola**

Na kontaktoni në:  
FONDI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE  
Rruga "Sami Frashëri", Lagjia 8, Tiranë.  
Tel: +3554230984  
Fax: +3554274953

# FONDI I SIGURIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Fondi është i vetmi Institucion publik, autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, duke synuar të sigurojë fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale të popullatave, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

Raporti vjetor është një botim i Fondi të Sigurimeve Shëndetësore. Synimi i këtij botimi është informimi i publikut dhe i të gjithë aktorëve që japin dhe marrin shërbimin shëndetësor në lidhje me aktivitetin vjetor të Institucionit.

Materialet e paraqitura në këtë botim mbrohen nga e drejta e autorit dhe nuk mund të riprodhohen pa bërë të ditur me saktësi burimin dhe autorësinë.

**Qeshor 2013**

## TABELA E PËRMBAJTJES

### PARATHËNIA

Fjala e drejtoreshës së përgjithshme të Fondit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, znj. Elvana HANA

Ecuria e skemës së sigurimeve shëndetësore, cilat ishin arritjet e vitit 2012

### **PJESA E PARË.....10**

#### **1. Rreth Fondit.....10**

1.1 Vizioni.....10

1.2. Misioni.....10

1.3 Baza ligjore.....10

#### **2. Menaxhimi i Fondit.....11**

2.1 Si drejtohet Fondi.....11

2.2 Kompetencat e Këshillit Administrativ.....11

2.3 Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm.....12

#### **3. Zbatimi i skemës së sigurimeve shëndetësore.....13**

3.1 Mbi c'parime bazohet skema e sigurimeve në Shqipëri.....13

3.2 Sigurimi i popullatës.....13

3.3 Masa e kontributit.....14

3.4 Hartimi i paketave të shërbimit.....14

#### **4. Burimet financiare.....16**

4.1. Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2012.....16

4.1.1. Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore.....17

4.1.2. Transferta nga buxheti i shtetit.....18

4.1.3. Të ardhura të tjera.....18

#### **4.2. Struktura e shpenzimeve të Fondit.....19**

4.2.1. Shpenzimet e Rimbursimit të barnave.....21

4.2.2. Shpenzimet për shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor.....21

4.2.3. Shpenzimet Administrative.....23

4.2.4. Shpenzimet për Investime.....24

4.2.5. Shpenzimet për Spitalin e Durrësit.....24

4.2.6. Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezervë.....24

4.2.7. Buxheti për shërbimin spitalor.....24

.

<b>PJESA E DYTË.....</b>	<b>25</b>
<b>5. Përfitimet e Popullatës.....</b>	<b>25</b>
5.1. Paketa e shërbimeve në Parësor.....	25
5.1.1. Shtrirja e skemës.....	26
5.1.2 Mbulimi Shëndetësor.....	27
5.2 Lista e barnave.....	28
<b>6. Zhvillimi i sistemit të informacionit në funksion të përmirësimit të skemës së sigurimeve.....</b>	<b>30</b>
6.1. Projekti i infrastrukturës së TIK.....	30
6.2. Sistemi Efarmaci.....	30
6.3.Regjistri elektronik i banorëve.....	31
6.4. Sistemi i Informacionit në Shërbimin Shëndetësor Parësor (SISHP).....	31
6.5. Përllogaritja e kostove spitalore.....	31
<b>7. Monitorimi dhe kontrolli i skemës së sigurimeve shëndetësore.....</b>	<b>32</b>
7.1. Kontrolli i jashtëm.....	32
7.1.1. Kontrolli i Qëndrave Shëndetësore.....	32
7.1.2. Kontrolli i spitaleve.....	33
7.1.3. Kontrolli i Farmacive dhe Depove Farmaceutike.....	34
7.2. Auditi i brendshëm.....	35
<b>PJESA E TRETË.....</b>	<b>36</b>
<b>8. Edukimi i publikut.....</b>	<b>36</b>
8.1. Komunikimi me publikun përmes masmedias dhe mjeteve të tjera të informimit publik.....	36
<b>9. Marrëdhëniet me institucionet ndërkombëtare.....</b>	<b>37</b>
9.1. Marrëveshjet ndërkombëtare.....	37
9.2. Marrëdhëniet me partnerët ndërkombëtare.....	38
<b>PJESA E KATËRT .....</b>	<b>39</b>
<b>10. Qëllimet strategjike të Fondit.....</b>	<b>39</b>
10.1. Objektivat për vitin 2013.....	39

## Fjala e Drejtoreshës së Përgjithshme, znj. Elvana Hana



### TË NDERUAR LEXUES!

Sistemi shëndetësor kohët e fundit ka njohur reforma të mëdha dhe suksese të prekshme nga popullata, duke nisur që nga paketat konkrete të shërbimeve që ofrohen për popullatën, lista e barnave të rimbursueshme e cila është shtuar me 159 barna të reja dhe me 413 alternativa, duke rinovuar 1/3 e listës, fondi i së cilës është 2.4 herë më i lartë që nga viti 2005.

Vetëm gjatë vitit 2012 ka rritje të përfitimeve nga rimbursimi me 1 miliard lek krahasuar me vitin 2011. Është rritur numri i recetave të rimbursuara me mbi 322 mijë, duke nënkuptuar rritjen e përfitueshmërisë nga ana e popullatës që përfiton medikamentet e rimbursuara.

Gjatë vitit 2012, falë rimbursimit janë trajtuar rreth 58 mijë raste të reja me sëmundshmëri kronike, kryesisht me hipertension, diabetikë, të sëmurë kardiale etj.

Fokusi i skemës së rimbursimit, fokusi i Qeverisë Shqiptare - janë kategoritë në nevojë. Shifrat flasin qartë, mjafton t'ju përmendim një shembull: Kategoria e Pensionistëve ka një rritje prej 460 milion lekë ose 14.8% në krahasim me vitin 2011. Kjo kategori zë rreth 45% të shpenzimeve të rimbursimit.

Konstatohen rritje të konsiderueshme dhe për kategoritë e Invalidëve, të sëmurëve me Ca, popullësisë aktive dhe të papunëve që përfitojnë nga skema e sigurimeve.

Rritja e përfitueshmërisë sidomos të popullësisë aktive, është një sukses, pasi tregon se edhe popullësia që ka më shumë mundësi paguese, i drejtohet përfitimeve të skemës, një tregues i qartë, që skema ka sot shërbime më cilësore.

Të gjitha këto të dhëna, tregojnë se lista e rimbursimit të barnave është pasuruar jo vetëm me barna të reja, por është zgjeruar ndjeshëm, duke rritur numrin e popullatës përfituese.

Skema e sigurimeve shëndetësore gjatë vitit 2012 ka ofruar shërbime konkrete për popullatën sa i përket parësorit për të gjitha kategoritë në nevojë, duke definuar kujdesin për të rriturit, për të moshuarit, kujdesin parandalues, kujdesi për gratë dhe shëndetin riprodhues – të mirëpërcaktuara në kontratat tona, duke sjellë një rritje të shërbimit shëndetësor ndaj këtyre kategorive. Ky është një kujdes që matet çdo muaj me evidenca konkrete që nga 2007 dhe shifrat kanë ardhur gjithnjë në rritje.

Vetëm për vitin 2012 janë kryer në Qëndrat Shëndetësore 6 milion vizita, me një numër mesatar prej 10 vizitash në ditë për mjek.

Të dhënat tregojnë se formula e pagesës që incentivon punën e mjekëve, ka rezultuar mjaft e suksesshme, pasi mjekët kanë marrë deri në 2 paga mujore shtesë në vit për punën e kryer.

Pagesa për performancë, e cila mat numrin e vizitave është realizuar në masën 92%, ndërsa bonusi që mat cilësinë e shërbimit – në masën 61% me një rritje të konsiderueshme krahasuar me një vit më parë.

Sot, falë reformës së suksesshme në Parësor, ne masim tregues të cilësisë së jetës për pacientët, duke e lidhur për herë të parë pagesën e mjekëve me punën e kryer. Kështu, dy indikatorë të rëndësishëm që maten në Qëndrat Shëndetësore, mbajtja brënda normave e hipertensionit dhe diabetit, po tregojnë rezultate mjaft pozitive. Sipas të dhënave të vitit 2012, 74% e pacientëve që trajtohen pranë mjekut të familjes me hipertension, i kanë patur parametrat brënda normave dhe 48% e diabetikëve po ashtu rezultojnë me parametra brënda normave.

Sot, janë rreth 1.7 milion librezat shëndetësore, që tregojnë për një përdorim mjaft të madh të skemës së sigurimeve nga popullata që ka nevojë për shërbim shëndetësor. Vetëm vitin e fundit numri i përdoruesve të librezës së shëndetit është rritur me 146 mijë persona.

Sa i takon shërbimit spitalor, vetëm në një vit janë kuruar në spital rreth 670 mijë vetë në spitale nga të cilët 241 mijë janë të shtruar dhe 432 mijë urgjenca dhe janë kryer 52 mijë operacione (28 mijë prej të cilave vetëm në Kirurgji).

Por benefite konkrete ka patur edhe për punonjësit e shëndetësisë, duke rritur pagat e mjekëve dhe infermiereve. Gjatë vitit 2012 Paga mesatare për një mjek në kujdesin parësor arriti në 61 mijë lekë në muaj. Ndërsa së bashku me bonusin - arrin në 70 mijë lekë në muaj.

Rritja për vitin 2012 ka qenë nga 2 deri në 5% për pagat e mjekëve të familjes dhe infermiereve të qendrave shëndetësore në të gjithë vëndin. Ndërsa për infermierët, pagat në Qëndrat Shëndetësore variojnë nga 35.500 deri në 40.000 lek të reja.

Theksojmë se, rritja e pagave është mbi-dyfishuar për mjekët dhe infermierët që nga viti 2005 dhe nisur nga prioriteti i Qeverisë për stimulimin e pagave të stafit mjekësor, edhe këtë vit, kemi planifikuar rritje tjetër pagash për të gjithë mjekët dhe infermierët.



Të gjithë ndryshimet që kanë ndodhur në sistemin shëndetësor përse i përket pjesës së organizmit, që nga financuesi i vetëm dhe mbajtja e sistemit kontributiv actual, janë rekomanduar nga organizata prestigjioze si banka botërore dhe USAID të cilët kanë rekomanduar këtë gjë.

Momenti ku ne jemi me hyrjen në fuqi të ligjit të ri është kurorëzim i të gjithë kësaj pune që ka në focus rritjen e cilësisë dhe aksesin më të madh në shërbime shëndetësore për popullatën.

Sistemi ynë shëndetësor është në rrugën e duhur dhe sfida jonë më e madhe është implementimi me sukses i ligjit të ri të sigurimeve shëndetësore, ligj i cili do të përcaktojë qartësisht cdo paketë shërbimi që do të përfitojnë qytetarët, si në shërbimin parësor ashtu edhe atë spitalor. Ligji i ri i sigurimeve shëndetësore i cili hyn në fuqi në fund të marsit të këtij viti, nëpërmjet paketave të shërbimit, garanton më shumë transparencë ndaj popullatës. Transparenca do të jetë në të gjithë elementët, që nga futja e pacientit në sistem deri tek kostot që paguan Fondi për pacientët, në çdo hallkë të sistemit për çdo lloj shërbimi. Ligji i ri mbron të gjitha kategoritë në nevojë, duke zgjeruar grupet përfituese nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Pavarësisht se ligji vë theksin tek sistemi publik shëndetësor, që është dhe pjesa më e rëndësishme e tij, në të lihet hapësirë dhe për privatën. Ne shpresojmë që sektori privat, pas akreditimit dhe konsolidimit të tij të sjellë cilësi më të mirë dhe konkurrencë më të madhe në treg.

Në ligjin e ri lejohet pra kontraktimi me shërbimin privat për disa shërbime të mirëpërcaktuara, duke rritur mundësinë dhe cilësinë e përfitimeve për pacientët.

Jemi të bindur se me implementimin e ligjit të ri, i cili është punuar më së miri, falë punës së stafit të ISKSh-së, Ministrisë së Shëndetësisë, asistencës ndërkombëtare dhe mbështetjes së Qeverisë Shqiptare, Shqipëria do të jetë më afër standarteve evropiane, ku të gjithë ne aspirojmë!

**Elvana HANA**  
**DREJTORE E PERGJITHSHME**



PJESA E PARË  
**RRETH FONDIT**

PJESA E DYTË  
**PËRFITIMET E POPULLATËS**

PJESA E TRETË  
**EDUKIMI I PUBLIKUT**

PJESA E KATËRT  
**QËLLIMET STRATEGJIKE  
TË FONDIT**

## 1. RRETH FONDIT

### 1.1 VIZIONI

Vizioni i Fondit të Sigurimeve Shëndetësore është krijimi i një ndjenjë sigurie në përmbushjen e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore. Fondi, në funksion të rritjes së aksesit dhe përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor për popullatën, fokusohet në prirje të rëndësishme që lidhen me ndryshimet demografike dhe epidemiologjike; zhvillimet teknologjike, si dhe pritshmëritë në rritje të konsumatorit për akses në teknologjitë dhe trajtimet mjekësore cilësore dhe bashkëkohore.

### 1.2. MISIONI

Fondi është i vetmi Institucion publik, autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Nisur nga kompetencat e parashikuara nga ligji, Fondi menaxhon skemën e sigurimeve duke synuar të sigurojë fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale të popullatës, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, duke synuar mbulimin universal të popullatës.

Fondi garanton përfitimet e sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërinë e skemës së sigurimeve, e cila vepron në bazë të parimit të solidaritetit dhe barazisë.

### 1.3. BAZA LIGJORE

Fondi i Sigurimeve Shëndetësore ushtron veprimtarinë e tij në bazë të ligjit nr. 10383 datë 24.2.2011, «Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë» i cili hyri në fuqi në muajin mars 2013.

Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave.

#### **Statuti i Fondit përcakton, ndërmjet të tjerave:**

a) strukturën e përgjithshme organizative të Fondit, funksionet dhe përgjegjësitë përkatëse;

b) procedurat e miratimit e të ndryshimit të rregullave procedurale për veprimtarinë e këshillit administrativ, Drejtorinë e Përgjithshme dhe zyrat vendore;

c) marrëdhëniet ndërmjet këshillit administrativ, Drejtorit të Përgjithshëm dhe zyrave vendore;

ç) procedurat për hartimin, ndryshimin dhe zbatimin e rregulloreve administrative, rregulloreve të organizimit dhe të personelit, rregulloret ekonomike, të auditimit dhe të kontabilitetit, si dhe procedura e rregullore të tjera, të nevojshme për veprimtarinë e Fondit;

- d) masën e shpërblimit për pjesëmarrjen e anëtarëve në këshillin administrativ;  
 dh) marrëdhëniet ndërinstitucionale brenda dhe jashtë vendit;  
 e) kriteret ligjore dhe profesionale të përzgjedhjes së Drejtorit të Përgjithshëm.

## 2. MENAXHIMI I FONDIS

### 2.1 SI DREJTOHET FONDI

Fondi organizohet dhe funksionon mbi bazën e Statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli Administrativ. Fondi drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm.

Përbërja e Këshillit Administrativ është prej 9 anëtarësh të cilët përfaqësojnë palët e interesuara në zhvillimin e skemës : personat që paguajnë kontribute, personat që përfitojnë shërbime si dhe shtetin. Ligji parashikon dhe mënyrën e zgjedhjes së Drejtorit të Përgjithshëm i cili emërohet nga Këshilli Administrativ pas një procedure konkurrimi të hapur në bazë të kriterëve të caktuara nga Këshilli Administrativ.

### 2.2 KOMPETENCAT E KESHILLIT ADMINISTRATIV

- Zgjedh, emëron dhe shkarkon Drejtorin e Përgjithshëm për shkaqe të parashikuara në këtë ligj;
- Cakton anëtarët e komisionit teknik, sipas nenit 10 të këtij ligji, për hartimin e paketës së shërbimeve shëndetësore dhe të listës së barnave të rimbursueshme;
- Miraton paketat e shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik, të cilat i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave;
- Miraton rregullat ekonomike e financiare, procedurale, të kontrollit, strukturën e përgjithshme organizative dhe rregullat e personelit, si dhe rregulla të tjera të brendshme, që ai i gjykon të nevojshme gjatë veprimtarisë së Fondit, në zbatim të këtij ligji;
- Miraton kriteret e lidhjes së kontratave, si dhe kontratat me dhënësit e shërbimeve shëndetësore publike dhe private; Miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor, të paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm; Miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tre vitet e ardhshme;
- Miraton sistemin e pagave të punonjësve të Fondit;
- Miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit;
- Përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit, të cilin e dërgon për miratim në Këshillin e Ministrave;

- Rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon Ministrit të Shëndetësisë;Vendos për çështje të tjera, të parashikuara me ligj.Fondi rimbursion personat e siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor, brënda vëndit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore, pas verifikimi përkatës nga Fondi. Këshilli Administrativ specifikon rastet e rimbursimit të personave të siguruar si dhe rregullat dhe procedurat e rimbursimit.

## 2.3 KOMPETENCAT E DREJTORIT TË PËRGJITHSHËM:

- Propozon për miratim në këshillin administrativ statutin, rregulloren organizative, rregulloren e personelit, rregulloret ekonomike, rregulloret procedurale, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- Drejton veprimtarinë e Fondit, në përputhje me statutin dhe rregulloret e miratuara nga këshilli administrativ;
- Propozon në këshillin administrativ numrin e përgjithshëm të punonjësve dhe miraton strukturën e brëndshme dhe përshkrimet e punës të Drejtorisë së Përgjithshme e të zyrave vendore;
- Emëron e shkarkon personelin dhe i propozon këshillit administrativ pagat e tyre;
- Propozon në këshillin administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;
- Zbaton vendimet e këshillit administrativ dhe raporton para tij për veprimtarinë e vet;
- U delegon kompetencat zyrove vendore të Fondit;
- Zbaton detyra të tjera që i ngarkon këshilli administrativ.
- Drejtori i Përgjithshëm mund të kërkojë këshillime nga specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta.

### 3. ZBATIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

#### 3.1 MBI Ç'PARIME BAZOHET SKEMA E SIGURIMEVE NË SHQIPËRI

Ndër parimet kryesore mbi të cilën është ndërtuar skema e sigurimeve shëndetësore do të veçojmë faktin që skema bazohet në kontribute dhe në parimin e solidaritetit. Skema e sigurimeve të detyrueshme shëndetësore synon në mbulimin e popullsisë në përfitimin e shërbimeve kujdesit shëndetësor të financuara nga sektori publik dhe privat duke përmbushur parimin e mbulimit universal.

#### 3.2 SIGURIMI I POPULLATËS

Duke synuar realizimin e një mbulimi universal të popullatës, ligji bën ndarjen e të siguruarve në dy kategori të mëdha: persona ekonomikisht aktivë dhe persona ekonomikisht joaktivë, ku gjejmë të ndarë sipas vecorive ekonomike e sociale të secilit grupim. Të dy kategoritë janë të siguruara në skemën e sigurimeve shëndetësore, me ndryshimin e vetëm që kategoria e parë paguan vetë kontributet, ndërsa për kategorinë e dytë do të paguajë buxheti i shtetit. Kategoria e popullsisë joaktive është trajtuar me kujdes në mënyrë që të jetë gjithë përfshirëse për të gjitha shtetasit në pamundësi ekonomike ku mund të përmendim përfshirjen e personave që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore, personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës, personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit, shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë, fëmijët nën moshën 18 vjeç, nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike, kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta si të verbërit, jetimët etj. Personat që nuk përfshihen në kategorinë e parë dhe të dytë, për shkaqe të ndryshme, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Në këtë kategori mund të jenë personat që jetojnë me të ardhurat që vijnë nga emigrimi, ose shtëpiakët që nuk kanë zgjedhur të punojnë, studentët shqiptarë jashtë shtetit për kohën që kalojnë në Shqipëri etj. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njejtat të drejta dhe detyrime si personat subjekte të sigurimit të detyruar nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6 mujore nga data e regjistrimit dhe derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar. Modalitetet e këtij sigurimi parashikohen në rregulloren dhe kontratat vullnetare të sigurimit shëndetësor të cilat miratohen nga Këshilli administrativ i Fondit, me propozimin e drejtorit të Përgjithshëm.

Për herë të parë në ligjin e ri të sigurimeve është parashikuar realizimi i regjistrimit të personave të siguruar identifikimi i tyre, pajisja e tyre me numrin e sigurimit. Gjithashtu është parashikuar ndërtimi i regjistrimit të dhënësive të shërbimit shëndetësor. Ligji ndërton një sistem raportimi që identifikon

numrin e popullsisë ekonomisht jo aktive, dhe përcakton saktësisht masën e kontributit që shteti duhet të paguajë për ta duke iu referuar pagës minimale të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave.

### 3.3 MASA E KONTRIBUTIT

Ligji i ri synon unifikimin e bazës mbi të cilin llogariten sigurimet për kategoritë e personave ekonomisht joaktivë, për të vetpunësuarit dhe për sigurimin vullnetar. Baza për llogaritjen e kontributit për këto kategori është mesatarja mes pagës minimale dhe maksimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Kjo risi sjell transparencë dhe stabilitet financiar në strukturat financiare të fondit . Ndërkohë masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 % të bazës për llogaritjen e kontributeve për të gjitha kategoritë e mbuluar nga skema. Për të punësuarit, kontributet paguhen në masën 50% nga punëdhënësi dhe në masën 50% nga i punësuari.

Mbledhja e kontributetve parashikohet të bëhet nga organet tatimore në përputhje me legjislacionin relevant në Shqipëri.

### 3.4 HARTIMI I PAKETAVE TE SHERBIMIT

Fondi tashmë ka për detyrë hartimin dhe blerjen e paketave të shërbimeve shëndetësore nga institucionet dhënëse të shërbimeve shëndetësore. Në këtë mënyrë realizohet funksion aktiv i Fondit. E veçanta është së projektligji krijon fleksibilitet në procesin e hartimit të paketave të shoqëruara me çmimet përkatëse, duke u nisur nga aftësitë paguese të buxhetit të Fondit. Kjo gjë nënkupton se jo të gjitha llojet e shërbimeve mund të përfshihen në paketën e financuar nga Fondi. Nga ana tjetër jepen kriterët mjekësore, ekonomike dhe sociale mbi të cilat do të hartohen paketat e shërbimeve, siç mund të përmendim shkallën në të cilën shërbimi ndikon në zgjatjen e jetës, efektiviteti i kostos së shërbimit, aftësia paguese e popullatës

Hartimi i paketave bëhet nga komisione teknike, ekspertët e të cilëve përfaqësojnë (përbërja e të cilëve përfaqëson) në mënyrë të barabartë kriteret mjekësore, ekonomike dhe sociale. Përbërja nominative e komisioneve teknike caktohet nga Këshilli Administrativ i Fondit sipas rregullave të përcaktuara në Statutin e Fondit. Drafti i paketave të propozuara pasi miratohet nga Këshilli Administrativ i Fondi , i dërgohet ministrit të Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave. Paketa e propozuar shoqërohet nga një raport financiar të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit mbi mundësitë e mbulimit financiar nga Fondi të shërbimeve të paketave të propozuara.

Në mënyrë të posaçme ligji trajton problemin e bashkëpageses duke konfirmuar parimin e bashkëpjesëmarrjes në mbulimin e çmimit të shërbimeve nga personat e siguruar. Mekanizmi i bashkëpagesës në një skemë sigurimesh shëndetësore synon të realizojë disa qëllime; së pari, rikujton konsumatorët se shërbimet shëndetësore kushtojnë; se dyti ndihmon në menaxhimin e skemes duke formalizuar pagesat informale ,dhe së treti është mjet për të ndaluar ose kufizuar kërkesat abuzive për akses në skemën e sigurimeve. Megjithatë në zgjerim të parimit të solidaritetit, parashikohen edhe përjashtime nga bashkëpagesa

për kategori personash për shkak të veçorive sociale ose shëndetësore, të përcaktuara me VKM.

Fondi paguan dhënësit e shërbimeve shëndetësore vetëm për shërbimet e ofruara ndaj personave të siguar dhe bazuar mbi termat dhe kushtet e kontratave respektive dhe anekseve të tyre. Këshilli Administrativ miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat, duke synuar në stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve private dhe publik ndaj komunitetit.

Fondi mund të lidhë kontratë me dhënësit privat të shërbimit shëndetësor, të licensuar nga autoriteti kompetent. Kontrata përcakton shërbimet shëndetësore që do të mbulohen nga Fondi. Kontratat lidhen me një kohëzgjatje të caktuar dhe mund të rinovohen.

Ligji krijon mundësi që Fondi të jetë selektiv në përzgjedhjen e atyre institucioneve dhënëse të shërbimit shëndetësor me të cilat do të kontraktoje për blerjen e paketës së shërbimeve. Procesi i selektimit bëhet nëpërmjet zbatimit të kriterëve dhe të procedurave transparente, duke mbajtur parasysh nevojat shëndetësore të popullsisë dhe të drejtën e tyre për akses në shërbimet shëndetësore të paketës që mbulon shërbimi shëndetësor i detyrueshem. Në këtë ligj bëhet dallim midis dhënësve të shërbimit privat, në procesin e kontratimit. Duke i vënë këto institucione në të njëjtë start, synohet të krijohet një treg dhe konkurrence reale mes dhënësve të shërbimeve që do të sjell rritjen e cilësisë dhe mbijetesën e më të mirit.

Fondi ndërpret kontratën me një dhënës shërbimi në rastet kur analiza e performancës tregon se ky dhënës nuk përmbush kriteret sipas paragrafit të dytë të këtij neni. Përpara ndërprerjes së kontratës Fondi duhet të informojë Ministrinë e Shëndetësisë si dhe t'i caktojë ofruesit të shërbimit një afat të caktuar kohe brenda të cilit ai duhet të plotësojë kriteret.

Këshilli Administrativ përcakton dhe vendos format e ndryshme të pagesave ndaj dhënësve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe institucioneve të kujdesit shëndetësor.



## 4. BURIMET FINANCIARE

### 4.1. BURIMET FINANCIARE TË SKEMËS GJATË VITIT 2012

Buxheti i Fondit në total, përfshirë buxhetin e shërbimit spitalor, për vitin 2012, ka qenë planifikuar në shumën 28.934 milionë ku të ardhurat e shpenzimet kanë qenë të ballancuara. Buxheti i shërbimit spitalor, në mbështetje të Ligjit Nr. 10 487, datë 5.12.2011 "Për buxhetin e vitit 2012", neni 5, u parashikua të detajohet e përdoret me Vendim të Këshillit të Ministrave. Buxheti për shërbimin spitalor vazhdon të levrohet nëpërmjet degëve të thesarit në rrethe.

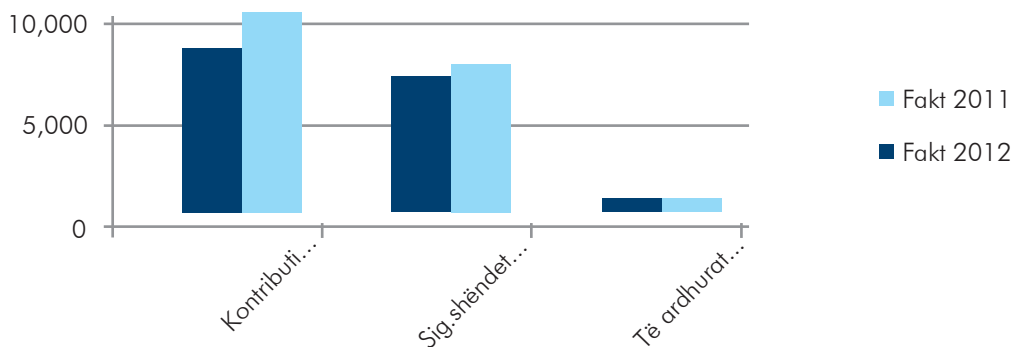
Për këtë arsye më poshtë analizohet në mënyrë të hollësishme buxheti i Fondit pa shërbimin spitalor. Ndërsa buxheti i shërbimit spitalor, (i cili ishte 13.441 milionë lekë), analizohet në terma të përgjithshme në një kapitull të veçantë.

I zhveshur nga buxheti i shërbimit spitalor buxheti fillestar i Fondit për vitin 2012 ka qenë 15.563 milionë lekë.

### TË ARDHURAT (NË MIJË LEK)

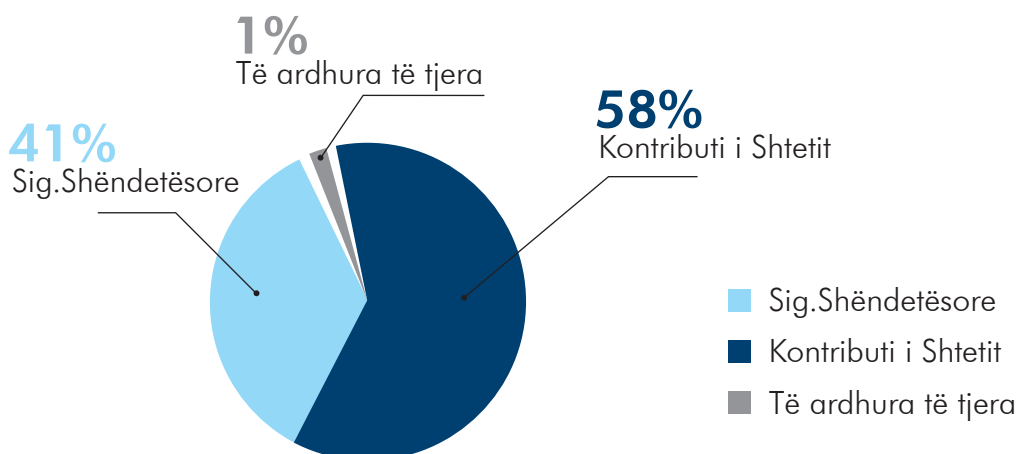
TE ARDHURAT	PROGRAMIM	FAKT	REALIZIMI %	PESHE SPECIFIKE NE FAKT
<b>Kontributi i shtetit</b>	9,057,000	9,057,000	100 %	57.9%
<b>Kont.sig. Shendet</b>	6,246,000	6,467,034	103.5 %	41.3 %
<b>Te ardhura te tjera</b>	190,000	124,208	65.3%	0.8 %
<b>TOTALI</b>	15,493,000	15,648,242	101 %	100%

Të ardhurat në total janë realizuar në vlerën 15,648.2 milionë leke, ose 101 % ose rreth 155.2 milione lekë më shumë se programimi. Në krahasim me vitin 2011 të ardhurat faktike ne total jane rritur 12 % ose ne vlere absolute rreth 1,683 milione lekë. Në shifër relative të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore rezultojne me rritje në masën 7.2 %, ndërsa kontributi i shtetit ka pësuar një rritje prej 15.9 %, ose në shifër absolute, të ardhurat nga kontributet kanë pësuar rritje 437.4 milion lekë, ndërsa kontributi i shtetit ka pësuar një rritje prej 1.245 milione lekë, Në mënyrë grafike, realizimi i të ardhurave për vitin 2012 krahasuar me vitin 2011, paraqitet :



Në strukturën e të ardhurave të vitit 2012, peshën specifike më të lartë e zënë të ardhurat nga kontributi i shtetit me 58 %, me një rritje prej 2.1 % krahasuar me vitin 2011. Kontributet e sigurimeve shëndetësore zënë rreth 41 % ose me ulje prej 2.1 % krahasuar me vitin 2011. ndërsa të ardhurat e tjera zënë rreth 1%.

### PESHA SPECIFIKE E TË ARDHURAVE VITI 2012



#### 4.1.1. TË ARDHURAT NGA KONTRIBUTI I SIGURIMEVE SHENDETESORE ZENE 41 % TE TOTALIT TE TË ARDHURAVE TE ISKSH-SE TE REALIZUARA NE FAKT PER VITIN 2012.

Shuma e kontributeve të sigurimeve shëndetësore, të transferuar në llogarinë e ISKSH-së për vitin 2012 është 6.467 milionë lekë, nga të cilat 6,381 milion lekë të ardhura të siguruar nga DPT dhe 86 milion lekë nga kontributi i fermerëve.

Në bazë të evidencave paraprake, rezulton se për vitin 2012, nga DPT janë arkëtuar kontribute të sigurimeve shëndetësore rreth 6,694 milion lekë, ose 313 milion lekë me shumë nga sa janë transferuar në llogaritë e ISKSH. Gjithashtu vazhdon të mbetet i palikujduar detyrimi i prapambetur i vitit 2011, i ISSH ndaj ISKSH.

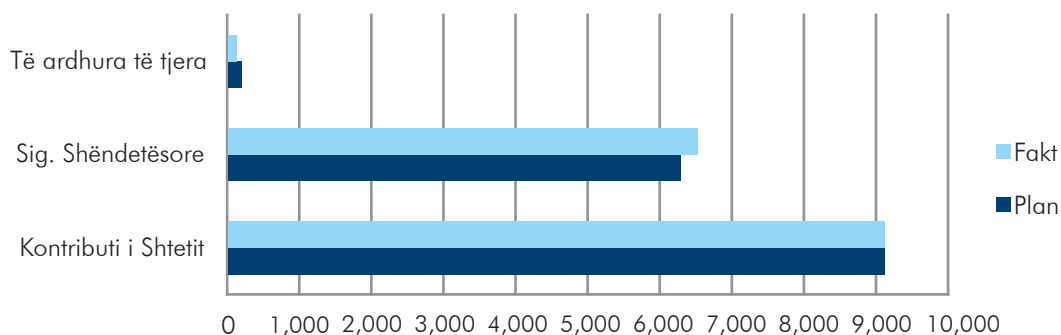
Përsa i përket të ardhurave nga kontributet shëndetësore të fermerëve, të cilat arkëtohen nga vetë agjensitë e ISSH-së në rrethe e rajone, ato janë realizuar

rerth 45 % ose janë transferuar në llogaritë e ISKSH-së 86 milione lekë, nga 190 milionë lekë të programuara. Ky mosrealizim sipas ISSH ka ardhur për shkak se fluksi më i madh i sigurimit të fermerëve është muaji dhjetor, dhe transferimi i shumave përkatëse bëhet gjatë muajit Janar.

#### 4.1.2. TRANSFERTA NGA BUXHETI I SHTETIT ZE 58 % TE TOTALIT TE TE ARDHURAVE TE ISKSH TE REALIZUARA NE FAKT PER VITIN 2012.

Transferta nga buxheti i shtetit, programimi fillestar dhe ndryshimin e bërë në fund të vitit është arketuar terësisht. Janë arketuar nga ky burim 9.057 milionë leke. Sipas programit fillestar shuma e transfertes ishte 9,127 milion lekë, por me vendimin KM nr.890 date 21.12.2012 "Për rishpërndarje fondesh buxhetore, brënda programeve të miratuara për Ministrinë e Shëndetësisë për vitin 2012", ndryshoi shuma e transfertes së buxhetit të shtetit për kujdesin parësor në ulje për 70 milion lekë, duke rritur shumën e transfertes për programin kujdesi dytësor (spitalor) po për këtë vlerë. Transferimet janë bërë çdo muaj, në përputhje me grafikun e përcaktuar, si dhe bazuar në raportimet përkatëse të ISKSH, në zbatim të Udhëzimeve të Ministrisë së Financave.

#### KRAHASIMI I REALIZIMIT TË TË ARDHURAVE PËR VITIN 2012, (NË MILION LEKË)



#### 4.1.3. TE ARDHURAT E TJERA PERBEJNE 1 % TE TOTALIT TE TE ARDHURAVE TE ISKSH PER VITIN 2012.

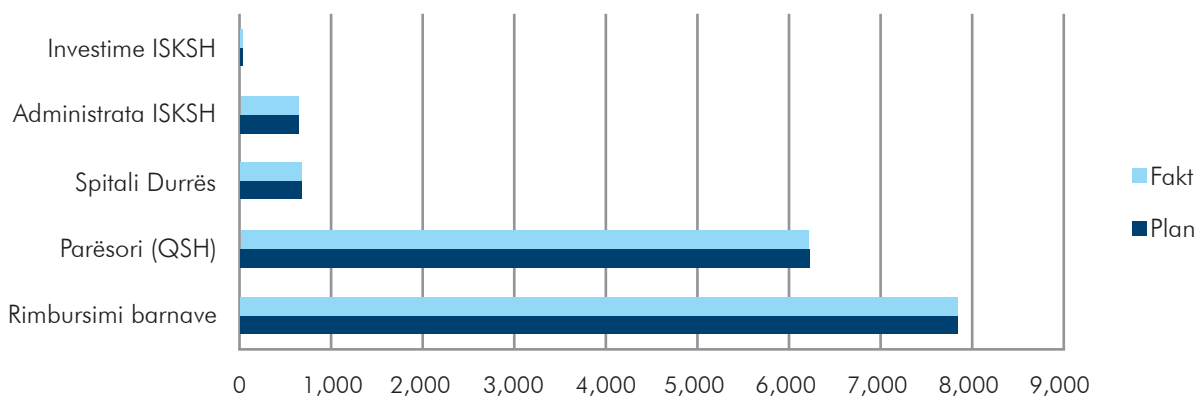
Janë arketuar gjithsej 124.2 milionë lekë nga 190 milionë lekë të programuara, pra 65.8 milionë lekë më pak se programimi. Nga analiza rezulton se 39.4 % e këtyre të ardhurave ose 48.9 milionë lekë, janë realizuar nga bashkëpagesa, 30.8 % ose 38.3 milionë lekë nga dëmet ekonomike dhe kushtet penale të vendosura nga strukturat e kontrollit të ISKSH-së në subjektet me kontratë (mjekë të qëndrave shëndetësore, subjektet farmaceutike), 11.5 % ose 14.3 milionë lekë nga interesat bankare, dhe pjesa tjetër nga shitja e shtypshkrimeve, kryesisht libreza shëndeti. Vetëm 9.2 % ose 11.4 milionë lekë janë arketuar nga sigurimet shëndetësore vullnetare. Shuma e këtyre të ardhurave në total për vitin 2012 është pothuaj e barabartë me të ardhurat e realizuara gjatë vitit 2011.

## 4.2. STRUKTURA E SHPENZIMEVE TE FONDIT

Shpenzimet në total për vitin 2012, janë realizuar në vlerën 15,446.1 milionë lekë, ose 99.7 e vlerës së programit, ose 46.8 milion lekë me pak nga parashikimi. Me realizim në nivelin 100 % paraqiten shpenzimet për rimbursimin e barnave dhe financimin e Spitalit të Durrësit, ndërsa në zerat e tjerë të shpenzimeve konstatohen mosrealizime. Në masën 27.7 % janë realizuar investimet, 96.2% janë realizuar shpenzimet administrative dhe 99.8 % shpenzimet për financimin e shërbimit të kujdesit parësor. Theksojmë se shifrat e mësipërme i referohen buxhetit të ndryshuar, dhe jo atij fillestar. Ashtu sic është theksuar edhe më sipër me muajin Dhjetor KA beri rishikimin e buxhetit fillestar, duke paksuar planin për kujdesin parësor, shpenzimet administrative dhe investimet e duke rritur planin e rimbursimit të barnave. Po ti referohemi buxhetit fillestar, rezulton se shpenzimet për kujdesin parësor realizohen rreth 94 %, shpenzimet administrative rreth 93 % dhe investimet vetem 3 %.

SHPENZIMET	PROGRAMIM NE MIJE LEKE	FAKT NE MIJE LEKE	REALIZIMI %	PESHE SPECIFIKE NE FAKT
<b>Shpenzime Rimbursimi</b>	7,881,000	7,880,269	100 %	51%
<b>Shpenzime per Paresorin</b>	6,260,000	6,246,328	99.8%	41%
<b>Shpenzime Administrative</b>	657,000	631,782	96.2%	4 %
<b>Investime</b>	10,000	2,766	27.7%	0.0%
<b>Shpenzime Per S. Durres</b>	685,000	685,000	100.0%	4 %
<b>TOTALI</b>	<b>15,493,000</b>	<b>15,446,146</b>	<b>99.7%</b>	<b>100.0%</b>

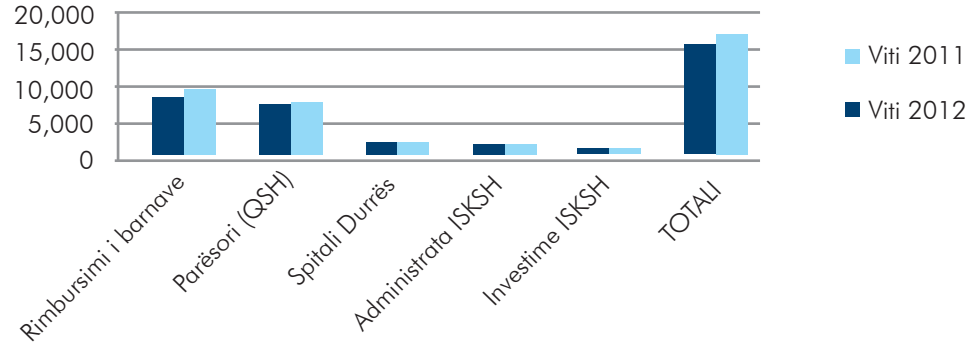
### REALIZIMI I SHPENZIMEVE PER VITIN 2012, (NË MILION LEKË)



Shpenzimet faktike gjatë vitit 2012 në krahasim me faktin e vitit 2011 janë rritur në vlerën 1,388 milionë lekë, ose 109.9 %, ose nga 14,057.8 milionë leke te shpenzuara gjate vitit 2011, ne vitin 2012 jane shpenzuar 15,446 milionë lekë. Rritjen me të lartë e kanë pësuar, shpenzimet për rimbursimin e barnave me 997 milionë lekë, ose 14.5% më shumë shpenzimet për kujdesin shëndetësor paresor në total janë rritur me 343 milion lekë ose 5.8%, nga

të cilat buxheti fiks është rritur me 217 milion lekë ose 4.3%, buxheti për aktivitet është rritur me 43 milion lekë ose 7.4 %, buxheti për bonus është rritur me 83 milion lekë ose 26.3%. Shpenzimet për spitalin e Durrësit janë rritur me 2.3 % ose 15.5 milionë lekë.

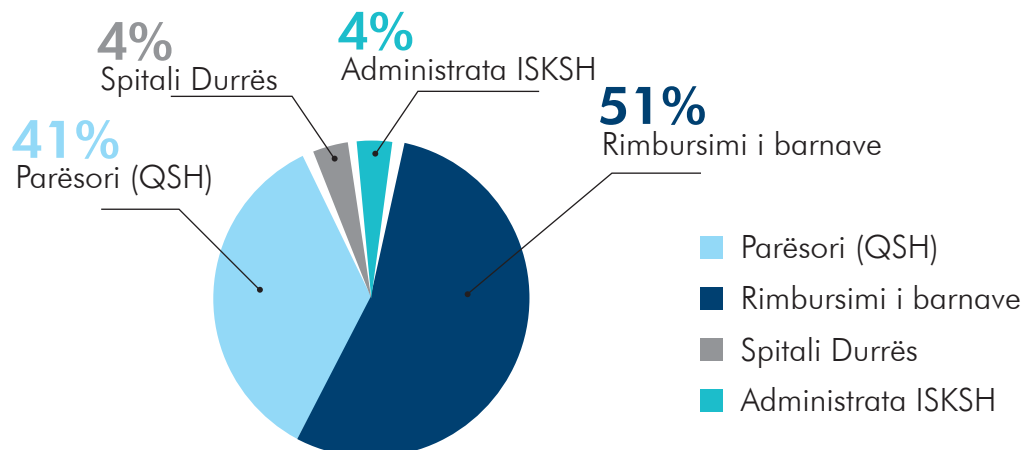
#### KRAHASIMI SHPENZIMEVE FAKTIKE 2011-2012



Nga analiza e të dhënave, rezulton se pjesën kryesore të shpenzimeve e zënë shpenzimet për rimbursimin e barnave me 51 % të totalit ose në vlerë absolute janë shpenzuar 7,880 milion lekë. Kujdesi parësor, apo financimi i qendrave shëndetësore renditet në vend të dytë me 41 % të totalit ose me 6,246 milion lekë. Ndërsa shpenzimet e spitalit të Durrësit dhe ato të administratës së ISKSH zënë respektivisht nga 4 %, e investimet kanë një vlerë të papërfillshme. Kjo situatë paraqitet duke analizuar vetëm të dhënat për atë pjesë të buxhetit që financohet direkt nga ISKSH. Në rast se do të analizonim të dhënat e buxhetit total të ISKSH, pra përfshirë edhe buxhetin e shërbimit spitalor, i cili lëvrohet nëpërmjet degëve të thesarit, atëherë, raportet e mësipërme do të ndryshonin ndjeshëm. Në këtë rast buxheti për shërbimin spitalor do të zinte 48 % të totalit të buxhetit, rimbursimi i barnave 28 %, kujdesi parësor 22 %, dhe shpenzimet administrative vetëm 2 %.

Struktura e shpenzimeve për buxhetin që financon direkt ISKSH paraqitet në grafikun e mëposhtëm.

#### PESHA SPECIFIKE E SHPENZIMEVE FAKTIKE 2012



Shpenzimet faktike gjatë vitit 2012 në krahasim me faktin e vitit 2011 janë rritur në vlerën 1,388 milionë lekë, ose 109.9 %, ose nga 14,057.8 milionë lekë të shpenzuara gjatë vitit 2011, në vitin 2012 janë shpenzuar 15,446 milionë lekë. Rritjen më të lartë e kanë pësuar, shpenzimet për rimbursimin e barnave me 997 milionë lekë, ose 14.5% më shumë shpenzimet për kujdesin shëndetësor parësor në total janë rritur me 343 milion lekë ose 5.8%, nga të cilat buxheti fiks është rritur me 217 milion lekë ose 4.3%, buxheti për aktivitet është rritur me 43 milion lekë ose 7.4 %, buxheti për bonus është rritur me 83 milion lekë ose 26.3%. Shpenzimet për spitalin e Durrësit janë rritur me 2.3 % ose 15.5 milionë lekë.

#### 4.2.1. SHPENZIMET E RIMBURSIMIT TË BARNAVE

Gjatë vitit 201, shpenzimet e rimbursimit kanë qenë në nivelet e programuara pas rishikimit të buxhetit, ose janë likuiduar 7,880 milionë lekë nga 7,881 milionë lekë të planifikuara. Në krahasim me vitin 2011, shpenzimet e rimbursimit të likuiduara janë rritur në vlerë absolute për 998 milionë lekë.

Ashtu siç ishte parashikuar, ritmet e pranimit dhe likuidimit të listetreguesve në krahasim me vitin 2011 paraqiten me rritje. Kështu nëse për vitin 2011 pranoheshin e likujdoheshin mesatarisht 576 milionë lekë rimbursim në muaj, gjatë vitit 2012 kjo shifër është mesatarisht 656.6 milionë lekë në muaj.

*Shpenzimet e rimbursimit kanë zënë 51 % të totalit të shpenzimeve faktike të ISKSH-së për vitin 2012, me një rritje si peshë specifike prej 2 % ndaj faktit të vitit 2011.*

#### 4.2.2. SHPENZIMET PËR SHËRBIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR PARESOR

Gjatë vitit 2012 u arritën përmirësime në shërbimin shëndetësor parësor në drejtim të rritjes së cilësisë së shërbimit ndaj pacientëve, menaxhimit, administrimit dhe monitorimit të qendrave shëndetësore. Hartimi i një buxheti sa më real, bëri që të përballoheshin nevojat e qendrave shëndetësore për paga, sigurime shoqërore dhe mallra e shërbime vecanërisht për mbulimin e nevojave për barnat të cilat përdoren nga këto qendra. Me konrektimet e bëra në buxhet, duke parë që këta tregues nuk mund të realizoheshin në masë të plotë, referuar pra planit të ndryshuar, këta tregues kapin shifrat e 99.7% aktiviteti dhe 97.2% bonusi.

Po ti referohemi buxhetit fillestar, financimi persa i përket numërit të vizitave nga mjekët e përgjithshëm e të familjes në shkallë Republike për vitin 2012 paraqitet në nivelin e 93.63%, ose 1.6 % më shumë se viti 2011, ndërsa treguesi i cilësisë apo bonusi është realizuar rreth 60 % ose 10 % më shumë se në të njëjtën periudhë të vitit të kaluar. Në indikatorët e bonusit rezultojnë të jenë me rritje krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit të kaluar, edukimi mjekësor në vazhdim me rreth 30 %, hipertensioni arterial 19 %, diabeti 10 % dhe ndjekja e fëmijëve 0-1 vjeç me 7 %

Referuar të dhënave rezultojnë se treguesi i përfomances është realizuar në nivele mbi 90 %, nga 291 qendra shëndetësore të cilët ushtrojnë aktivitetin në 10 rajone.

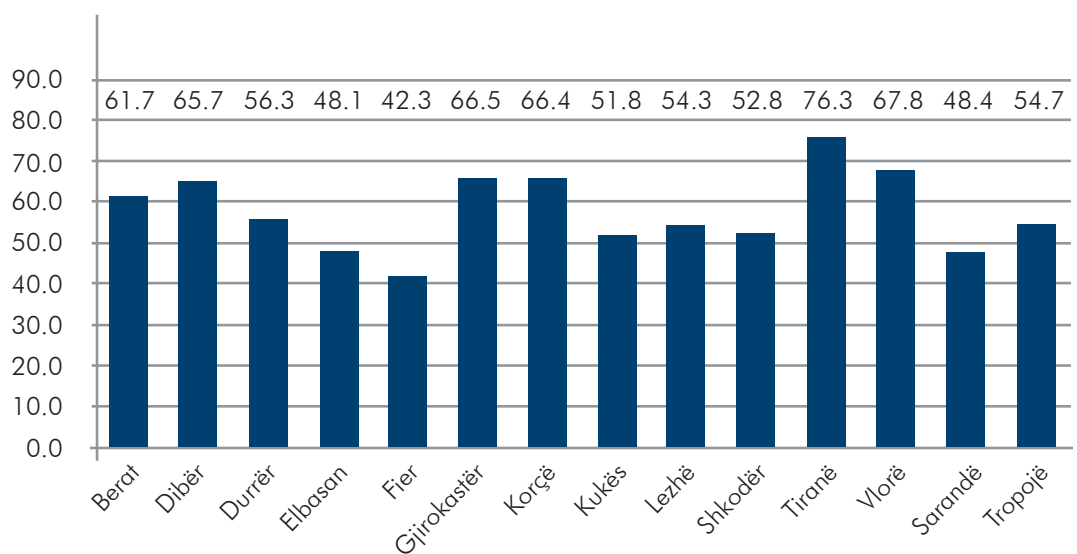
Në analizën e të dhënave në nivel rajoni, në grafikun e mëposhtëm paraqitet realizimi i përfitimit të pagesës për aktivitet të QSH sipas rajoneve të vendit.

Ndërsa treguesit e bonusit janë realizuar mbi 55% nga mbi 217 QSH, që veprojnë në 7 rajone. Krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit të kaluar qëndrat shëndetësore, si rezultat i rritjes së numërit të vizitave kanë arritur të tërheqin rreth 43 milion lekë me shumë, ndërsa si rezultat i plotësimit të indikatorëve të bonusit kanë tërhequr 85 milion lekë më shumë.

KRAHASIMI SHPENZIMEVE FAKTIKE 2011-2012



KRAHASIMI I BONUSIT SIPAS RAJONIT NË RANG VENDI



Brënda buxhetit të programuar për vitin 2012, Keshilli Administrativ ka miratuar ndryshimin e udhëzimit të shpërblimit të punonjësve të qendrave shëndetësore sipas të cilit u përcaktuan rritjet përkatëse në pagat për cdo kategori sipas elementëve përkatës, shtesat për kualifikime, tituj e grada shkencore, rritje të cilat u aplikuan nga data 15.07.2012.

U bë rritja e pagave të Mjekëve, mesatarisht 3.31%, nga të cilët

- a) mjekët ne zonat qendrore, fushore e kodrinore (gjithsej) rreth 1400 mjekë, përfituan rritje 3.16-3.79 % ose ne vlerë absolute 2.000 lekë në muaj.
- b) mjekët në zonat malore e të thella malore, rreth 200 mjekë, perfituan një rritje 1.83- 2% ose në vlere absolute 1.500 lekë në muaj.

Në këtë mënyrë paga e një mjeku në zonën qendrore arrin në 54.835 lekë në muaj, ndërsa paga e një mjeku në zonën e thellë malore arrin në 83.335 lekë në muaj, ose një diferencë prej 28.500 lekë në muaj. Llogaritjet janë bërë me një ngarkesë mestare prej 2000 banorë për mjek.

c) për mjeket specialist, u bë një rritje mesatare prej 3.5%, ose në vlerë absolute 1.800-2.000 lekë në muaj. Në këtë mënyrë paga e një mjeku specialist, sipas specialiteteve përkatëse me vjetërsi pune 25 vjet, arriti nga 53.300 deri në 56.500 lekë në muaj.

d) për personelin infermier rritja në % varioji nga 1.4-1.7 % ose në vlerë absolute 600 lekë në muaj. Në këtë mënyrë paga e një infermieri me arsim të lartë me vjetërsi pune deri 25 vjet arriti në 38.600 lekë në muaj, ndërsa paga e një infermieri me arsim të mesëm arriti në 35.600 lekë në muaj

Efektet financiare mujore, pas aplikimit të këtyre rritjeve, për paga e sigurime shoqërore e shëndetësore, arriti në rreth 10.2 milion lekë ndërsa efektet vjetore në rreth 51 milion lekë, dhe që u përballua nga buxheti I planifikuar I vitit 2012.

Gjatë vitit 2012, qëndrat shëndetësore përfituan në total 6,246 milion lekë ose 344 milion lekë më shumë se në vitin 2011.

Shpenzimet për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor zënë 41 % të totalit të shpenzimeve faktike të ISKSH-së për vitin 2012.

#### 4.2.3. SHPENZIMET ADMINISTRATIVE

Në vitin 2012, shpenzimet administrative të ISKSH-së kapin vlerën e 631.8 milion lekë, ose 96.2 % të programit vjetor të rishikuar, ose 33.6 milion lekë më shumë se vitin e kaluar. Realizimi për cdo zë të shpenzimeve administrative paraqitet, për pagat e shpërblimet e punonjësve me rastin e festave të fund vitit 96.9% %, per sigurime shoqerore e shendetesore 96.6 %, për mallra e shërbime 93.2%. Gjatë vitit 2012, duke filluar nga data 15 Korrik u bë rritja e pagave të punonjësve të administrates mesatarisht 3.53 %, duke zbatuar një politike të diferencuar, pra rritjet më të larta u aplikuan për punonjësit me paga më të ulëta, ndërsa rritjet më të vogla për pagat e nivelit të mesëm e të lartë.



#### 4.2.4. SHPENZIMET PËR INVESTIME

Plani i investimeve për vitin 2011 u realizua 27.7 %, ose nga 10 milionë lekë të planifikuara u shpenzuan 2.7 milionë lekë. Për vitin që analizojmë, plani fillestar i investimeve ishte parashikuar në vlerën e 100 milion lekeve, por gjatë vitit u bë rishikimi i këtij plani, duke e reduktuar atë në 10 milion lekë, për arsye të mosrealizimeve të konstatuara.

#### 4.2.5. SHPENZIMET PËR SPITALIN E DURRËSIT

Spitali i Durrësit për vitin 2012 është financuar sipas parashikimit të bërë në buxhetin e vitit ose në vlerë absolute në shumën 685 milionë lekë, me një rritje ndaj vitit 2010 prej 2,3 %, ose 15.5 milionë lekë me shumë. Financimi është bërë për të mbuluar të tre zërat kryesorë të shpenzimeve korente, konkretisht 387 milionë lekë janë dhënë për pagat, 62 milionë lekë për sigurimet shoqërore e shëndetësore dhe 236 milione lekë për mallra e shërbime. Brënda fondeve të dhëna, Spitali aplikoi një rritje page mesatare prej 2-5% % me efekte financiare nga data 15 Korrik, rritje e cila u miratua edhe nga KA.

#### 4.2.6. GJENDJA E LIKUIDITETEVE DHE FONDI REZERVE

Në llogaritë bankare të drejtorisë qendrore e drejtorive rajonale rezulton një gjëndje likuiditetësh prej 3,475.2 milionë lekë, ose 203.4 milione leke me shumë nga fillimi i vitit. Nga kjo vlere 3064.1 milionë lekë janë në llogarinë speciale të fondit rezervë.

#### 4.2.7. BUXHETI PËR SHËRBIMIN SPITALOR

Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2012 u miratua me VKM nr.15, datë 11.01.2012, "Për disa ndryshime në vendimin e KM nr.140 datë 17.02.2010 për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor". Po kështu gjatë vitit ky buxhet pesoi dy ndryshime me vendim të KM. Ndryshimet u bënë ndermjet buxhetit të spitaleve, ndërsa në muajin Nëntor KM vendosi të shtojë shumën e buxhetit të shërbimit spitalor për 70 milion leke e duke pakesuar shpenzimet në kujdesin parësor po për 70 milion lekë. Nga ana e KA gjatë vitit është shpërndarë pjesa e buxhetit rezervë të spitaleve në shumën totale 78.8 milion lekë, rezervë e cila plotësoi kërkesat e spitaleve për mbulimin e efekteteve financiare nga rritja e pagave dhe një pjesë të nevojave të spitalit Fier për shpenzimet e dializes dhe spitalit Vlorë për ekzekutim të vendimeve gjyqesore për dëm shëndeti.

Në total për mbulimin e shpenzimeve të shërbimit spitalor sipas buxhetit të rishikuar ishte një fond prej 13.441 milionë lekë. Sipas situacionit përfundimtar, janë shpenzuar 13.382 milion lekë ose 99.6 % e fondit të programuar. Për paga janë shpenzuar 6.476 milion lekë, për sigurime shoqërore e shëndetësore janë shpenzuar 1.048 milion lekë dhe për mallra e shërbime 5.858 milion lekë.

Nga analiza e shifrave të mësipërme rezulton se në totalin e shpenzimeve korente faktike, pagat zënë 48.4%, sigurimet shoqërore zënë 7.8%, ndërsa shpenzimet për mallra e shërbime 43.8%.

## 5. PËRFITIMET E POPULLATES

- Institucioni garanton përmes kontraktimit të shërbimeve shëndetësore:
- Shërbimin shëndetësor të mjeku i përgjithshëm dhe i familjes.
- Shërbimin shëndetësor të mjeku specialist.
- Shërbimin shëndetësor në shtëpi, poliklinikë dhe spital.
- Ekzaminimet laboratorike dhe radiologjike.
- Ekzaminimet unikale Terciare me rimbursim në masen 90% dhe bashkëpagesë nga personat e siguruar 10%
- Barnat e listës së rimbursuar 100% për femijë 0-12 muajsh, Invalidet e plotë, pensionistët, të verbërit dhe jetimët.
- Të gjitha barnat brënda dhe jashtë listë 100% për veteranet me sëmundje kronike dhe Invalidët e luftës.
- Barnat 100% për të semurët me tumore, transplant të veshkës, sklerozë multiple, talasemia major.
- Barna me rimbursim të pjesshëm për të gjitha kategoria të tjera të popullsisë, në përqindje të ndryshme, por jo më pak se 50% - barnat e listës, kundrejt recetës me rimbursim, të lëshuar nga mjeku i përgjithshëm në të gjitha farmacitë që kanë kontratë me Institucionin.

Ligji i ri i sigurimeve shëndetësore zgjeron mundësitë e përfitimit të shërbimeve nga popullata, përmes procesit të kontraktimit nga ana e Fondit si të shërbimeve publike ashtu edhe atyre private.

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

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

### 5.1 PAKETA E SHËRBIMIT NË PARËSOR

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

- Kujdesi në rastet e urgjencës
- Kujdesi Shëndetësor për fëmijët
- Kujdesi Shëndetësor për të rriturit
- Kujdesi Shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues
- Kujdesi Shëndetësor për të moshuarit

- Kujdesi shëndetësor mendor
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor

### 5.1.1 SHTRIRJA E SKEMËS

Gjatë vitit 2012 janë futur në skemën e sigurimeve të kujdesit shëndetësor nëpërmjet pajisjes me librezë shëndeti 146 mijë persona, ndërsa kanë përfituar mesatarisht gjatë vitit rreth 310 mijë persona.

Numri i personave që kanë përdorur shërbimet shëndetësore në kujdesin parësor: Për vitin 2012 janë paraqitur për herë të parë për vizitë tek mjeku në QSH rreth 1,379.488 persona ose 301 mijë persona më shumë se në vitin 2011.

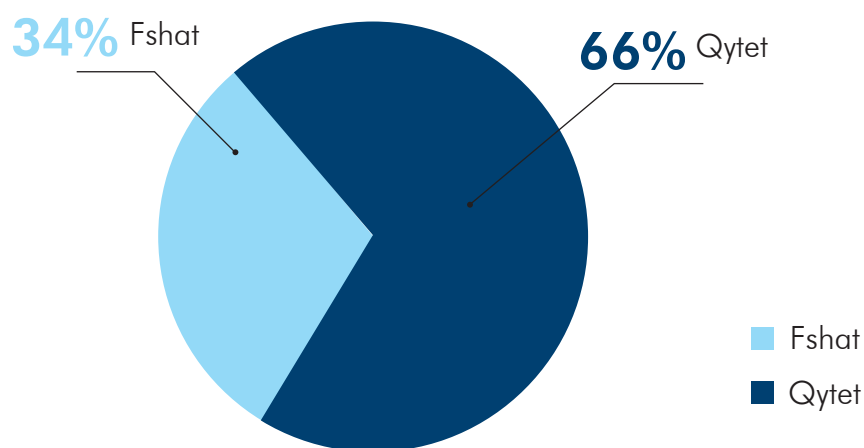
Numri i vizitave të kryera nga QSH e kujdesit parësor:

Nga 421 qëndrat shëndetësore të kontraktuara në kujdesin parësor për vitin 2012 janë kryer 5 milion e 973 mije vizita, ku 5.6 milion vizita janë kryer nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes, 407 mije vizita nga mjekët specialistë të QSH të Specialiteteve në Tiranë, dhe rreth 1 milion nga personeli infermieror.

Për vitin 2012 nga mjekët e QSH në kujdesin parësor janë kryer 3.6 % më shumë vizita se në vitin 2011, ose 218 mijë vizita më shumë.

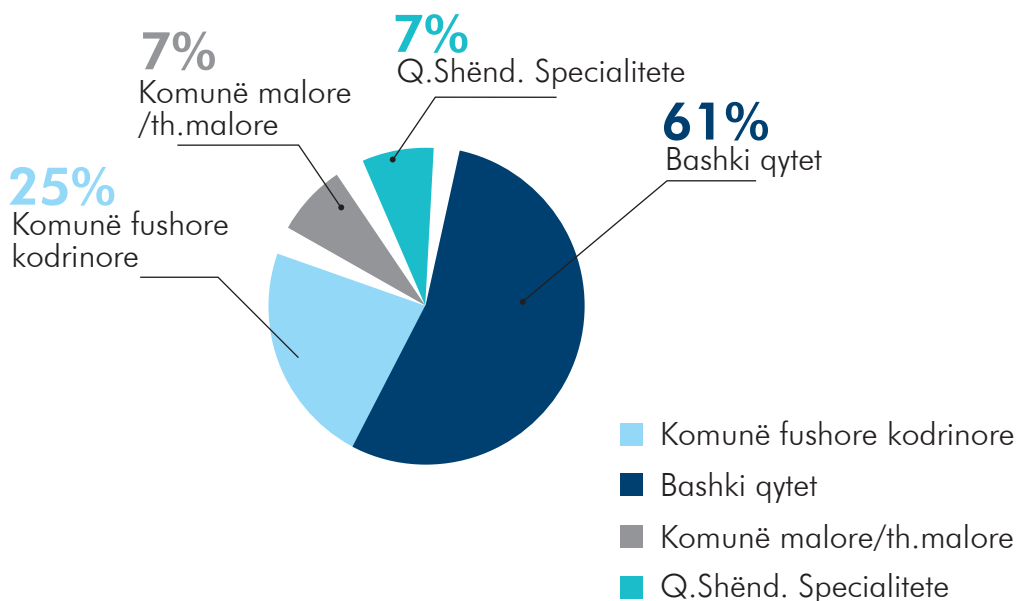
Nga QSH në qytet (102 QSH) janë kryer 3.9 milion, ndërsa në QSh fshat janë realizuar 1.8 milion vizita. Në mënyrë grafike shpërndarja e vizitave qytet-fshat paraqitet si më poshtë, 69 % janë realizuar në qytet dhe 31 % në fshat:

NR. I VIZITAVE TË QSH 2012 SIPAS ZONAVE



Shpërndarja e vizitave sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë paraqitet si më poshtë: nga MPF e QSH në qytet, janë realizuar 61 % e numrit të vizitave; nga MPF e QSH në komunë fushore/kodrinore janë realizuar 25 % e numrit të vizitave dhe nga MPF e QSH janë realizuar 7 % e nr. të vizitave. Ndërkohë që nga 6 QSH të specialiteteve në Tiranë janë realizuar 7 % e numrit total të vizitave.

## SHPËRNDARJA E VIZITAVE SIPAS ZONAVE



### 5.1.2 MBULIMI SHËNDETËSOR

Struktura e personelit që punon në QSH: mjekë familje, mjekë specialiste, infermierë sipas kategorizimit të tyre paraqitet si më poshte: Gjithashtu edhe ngarkesa në banorë sipas QSH / rretheve / rajoneve; zonat e vështira në mbulim dhe nevojat për mjekë, të llogaritura sipas normave të ngarkesës të miratuara.

Nga monitorimi i të dhënave të mbulimit shëndetësor, viti 2012 u mbyll me këto të dhëna:

- Numri i mjekëve të familjes me kontratë për vitin 2012 ka qenë 1583 mjekë, me një rritje prej 42 mjekësh kundrejt fundit të vitit 2011.
- Numri i infermierëve të mjekut të familjes 1924 infermierë,
- Numri i mjekëve specialiste të kujdesit parësor 320 mjekë
- Numri total i infermierëve në kujdesin parësor 6572 infermierë
- Raporti infermier familje / mjek familje është 1.21 infermierë për mjek familje.
- Raporti mjek familje / 1000 banorë është 0.38 mjek.

Ngarkesa faktike në banorë për mjek familje krahasuar me normën dhe maksimumin e normës të miratuara nga MSH, qëndron si në tabelën më poshtë.

TË ARDHURAT	MP TË RRRITUR (BANORË)	MP FËMIJË (BANORË)	MP G.J.M. QYTET (BANORË)	MP G.J.M. FSHAT (BANORË)
<b>Ngarkesa faktike (banore/MPF) 2011</b>	3,002	1,405	2,850	2,731
<b>Norma</b>	2,000	1,000	2,000	1,700
<b>Maksimumi</b>	3,000	1,500	3,000	2,600

Këtu evidentohet qartë rritja e ngarkesës mesatare për mjek kundrejt normës për të 4 kategoritë e mjekëve, duke arritur kufijtë e ngarkesës maksimale për banorë. Ndërsa në zonat kemi tejkalim të maksimumit të normës për MP.

Numri i zonave të vështira që mbulohen me mjekë të zonave më të afërta është 6 zona me rreth 12,000 banorë.

## 5.2 LISTA E BARNAVE

Përfitimet nga skema e rimbursimit po rriten me ritme të shpejta, duke arritur në dyfishim të rimbursimit vetëm vitet e fundit. Nga të dhënat tona vihet re rritje e ndjeshmerise ndaj skemës së sigurimeve shëndetësore, rritje të përfituesve, në shumë raste kemi dyfishim të pacientëve të trajtuar me barna me rimbursim. Arsye të tjera për shtimin e përfitimeve lidhen me ndryshimet e sëmundëshmerisë kronike (rritjes së saj në skemë me përfitues të rinj); ndryshimet e terapive me barna alternative më të shtrejta (pasi pacientët trajtohen me vite tashmë) si dhe një fenomen gjithnjë në rritje është ai i shtimit në skemë të emigrantëve të kthyer tashmë në vënd. Ata kërkojnë menjëherë të perfshihen në skemë pasi kanë një ndjeshmëri më të lartë falë eksperiencave në vëndet perëndimore ku kanë jetuar.

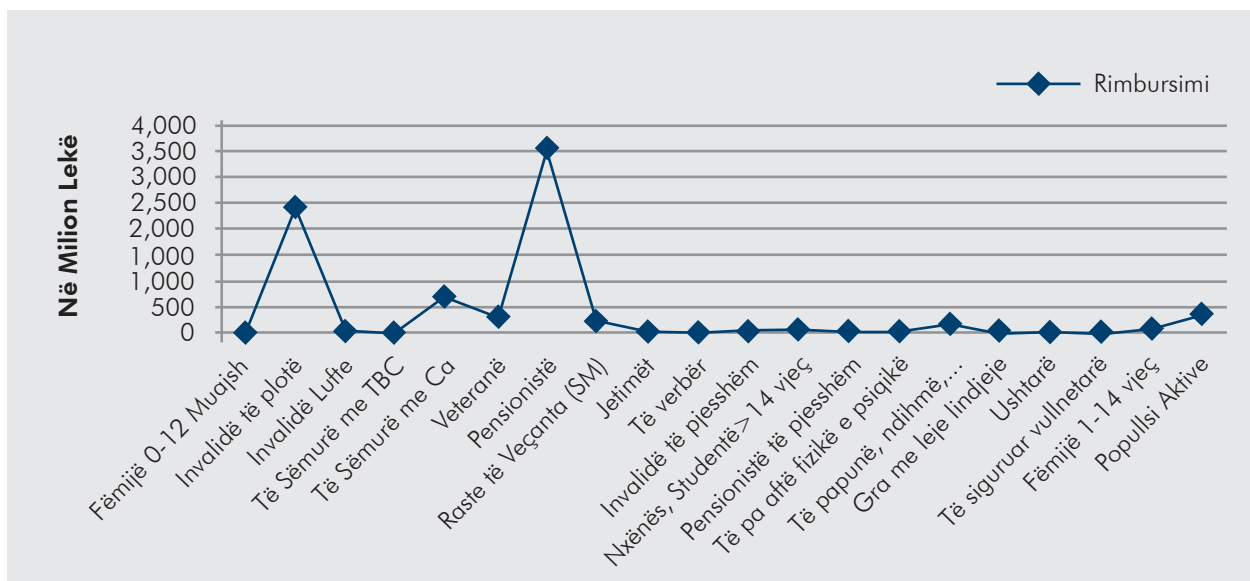
Nga të dhënat rezulton se, pothuajse të gjithë kategoritë kanë pasur rritje të ndjeshme të përfitimeve nga rimbursimi gjatë vitit 2012. Kategoritë me rritjen më të madhe janë si më poshtë.

Kategoria Pensionistë ka një rritje prej 460 milion lekë ose 14.8% në krahasim me vitin 2011. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2011 është rritur me 124 715 receta në krahasim me vitin 2010. Kjo kategori ze rreth 45% të shpenzimeve të rimbursimit për vitin 2012. Kjo rritje ka ardhur për shkak të rritjes së numrit të recetave të rimbursuara për këtë kategori, krahasuar me një vit më parë. Janë rreth 210,979 receta me shumë se në vitin 2011 që i përkasin kësaj kategorie.

Kategoria Invalidë të plotë ka një rritje prej 357 milionë lekë ose 17.2% më shumë në krahasim me vitin 2011. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2012 është rritur me 70 221 receta më shumë. Kjo kategori zë rreth 30.6% të shpenzimeve të rimbursimit të Vitit 2012.

- Të sëmurë me Ca kanë një rritje rreth 70 milion lekë më shumë se në vitin 2011 ose 11% më shumë. Kjo kategori ka një rritje të numrit të recetave me rreth 3186 receta më shumë se një vit më parë.
- Konstatohen rritje të konsiderueshme dhe për kategorite si Popullsi Aktive dhe Të papune. Kjo tregon për një sensibilizim me të madh të këtyre kategorive ndaj skemës së rimbursimit.

## RIMBURSIM SIPAS KATEGORIVE 2012



Të dhënave të mësipërme iu është bërë një paraqitje grafike si më poshtë:

Viti 2012 ka rritje të përfitimeve të popullatës në nevojë nga skema e rimbursimit të barnave, krahasuar me vitin 2011 me rreth 1012 milion leke me shume.

Më në detaje, të gjithë treguesit e rimbursimit kanë pësuar rritje, si psh rritja e numrit te recetave te rimbursuara me rreth 322 073 receta më shumë, etj. Barnat e Shtrenjta kanë një rritje për vitin 2012 me rreth 3% më shumë së një vit me parë, duke zenë 21.4% të shpenzimeve totale të rimbursimit.

Rritja e përfitimeve të popullatës nga skema e rimbursimit vijnë për këto arsye:

- Eshtë zgjeruar numri i personave që përfitojnë nga skema e sigurimeve.
- Eshtë rritur vlera e mjekimit per diagnoza te vecanta dhe me impakt te larte ne rimbursim.
- Eshtë rritur vlera mesatare e recetës me 97 lek (në 2122 lekë nga 2025 lekë për 2011)
- Eshtë rritur rimbursimi/banorë me 18 lekë duke aritur në në 159 lekë etj.

## 6. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT NË FUNKSIONE PERMIRESIMIT TE SKEMES SË SIGURIMEVE

Sistemet e Informacionit të Fondit janë një mjet themelor e kritik që mbështetin forcimin e rolit të Fondit si blerës strategjik i shërbimeve shëndetësore të Shqipëri.

Sistemet e Informacionit përpunojnë të dhëna elektronike të raportuara nga të gjitha subjektet farmaceutike si: farmaci, agjensitë farmaceutike, depot importuese e distributore, Qëndrat Shëndetësore, e Spitalet me kontratë me Fondin. Numri i përdoruesve të sistemeve të Informacionit të Fondit është rritur nga viti në vit. Rreth 2500 përdorues sistemi janë etiketuar në Sistemet e Informacionit të Fondit.

### 6.1 PROJEKTI I INFRASTRUKTURES SE TIK.

Në 2012 është zbatuar projekti më i rëndësishëm ndër vite i Infrastruktura së TIK i Institucionit, me një kosto rreth 2 ml \$. Projekti ka siguruar një infrastrukturë të re hardëare dhe komunikimi, për të gjitha strukturat e Fondit, QSH qytetase më të mëdha në vënd dhe Qëndrat e Kostove për të gjitha Spitalet me kontratë me ISKSH-në. Projekti përfshiu:

- Ngritjen e dy datacenterave të rinj te Institucionit në teknologjine blade-systems
- Ngritjen e rreth 1100 siteve për përdoruesit e brëndshëm e të jashtëm të ISKSH-së me pajisje të reja bashkëkohore kompjuterike dhe programe të licensuara.
- Ngritjen e ËAN të ISKSH mbi një Infrastruktura të re komunikimi, për të gjitha strukturat e ISKSH-së dhe disa QSH më të mëdha në vënd etj.
- Një projekt i tillë, pëveç të tjerash, ka rritur performancën e punës së sistemeve, sigurinë e informacionit, ulur kostot dhe kohën e mirëmbajtjes etj.

### 6.2 SISTEMI EFARMACI

Gjatë vitit të fundit u përsos zbatimi i këtij projekti të rëndësishëm, duke lehtësuar procedurat e pranimit të kërkesave për rimbursim të farmacive.

Vetëdeklarimi i farmacive e vendosja e gjobave automatike për recetat e regjistruara mbi 48 orë me vonë në sistem, kanë përmirësuar procesin e raportimit në kohë të të dhënave, maksimizuar kontrollin, ndihmuar parashikimin, ulur abuzimet /subjektivizmat e inspektoreve etj. Gjithashtu në sistem për herë të parë janë përfshirë edhe farmacite e burgjeve, pas përfshirjes së tyre në rimbursimin e barnave nga ana e Institucionit tonë.

### 6.3 REGJISTRI ELEKTRONIK I BANOREVE

Është një sistem në të cilin janë regjistruar në mënyrë elektronike të gjithë banorët që mbulojnë mjekët e familjes. Ky projekt i realizuar në disa faza ndër vite, bëri të mundur që ISKSH të ketë një regjistër elektronik qendror të banorëve pranë cdo Qëndre Shëndetësore, i cili mund të përdoret për procedura të ndryshme. Rezultojnë në fund të 2012 në regjistër:

- rreth 4.1 ml banorë, për të gjithë mjekët e familjes me kontrate
- rreth 1.6 ml banorë, të identifikuar me ID kombëtare

Gjatë vitit 2012, përveç regjistrimit të banorëve të rinj dhe pastrimit të të dhënave të dublikuara brënda QSH-ve, është përmirësuar sistemi me funksionalitete të reja për mjekët e familjes(MF)në lidhje me:

- Regjistrimin e të dhënave dhe administrimin e regjistrit të banorëve përkates nga vetë mjekët e familjes.
- Transferimin e pacientëve nga një mjek në tjetrin
- Raportimin e të dhënave të kërkuara për pagesë në Institucion etj.

Ky sistem tashmë, përveç se siguron informacion në kohë reale mbi aktivitetin e QSH, eliminon disa hapa burokratike gjatë lëvizjes së pacientit nga një mjek në tjetrin, duke lehtësuar zgjedhjen e lirë të mjekut nga pacienti. Gjithashtu projekti përmirëson mënyrën e raportimit në Institucion nga MF-te, dhe ul ngarkesën burokratike për mbajtjen e të dhënave në letër. Në këtë mënyrë sigurohet me shumë kohë në dipozicion të pacientit nga MF-te.

### 6.4. SISTEMI I INFORMACIONIT NË SHËRBIMIN SHËNDETËSOR PARËSOR (SISHP)

SISHP është shtrirë në 14 QSH të reja, 12 prej të cilave në qytet dhe 2 në fshat duke arritur në 114 QSH që vetëmenaxhojnë sistemin e Informacionit të formularit të vizitës dhe procedurave mjekësore. Ky sistem është bazë për monitorimin e aktivitetit të Qëndrave Shëndetësore, matjen e përformacës së tyre dhe mbvshitetjen e mënyrave të pagesës për këtë nivel shërbimi në Shqipëri. Vlen të nenvizojmë që, baza e gjerë e informacionit të Institucionit, është shoqëruar me rregulla të përdorimit të sistemeve, përmirësimit të evidencave dhe raporteve statistikore standarte, të atyre ad-hoc etj.

### 6.5 PËRLLOGARITJA E KOSTOVE SPITALORE

Gjatë vitit 2012 është punuar veçanërisht në përmirësimin e llogaritjes së kostove të shërbimit spitalor, duke kërkuar funksionimin e softit të krijuar për këtë qëllim nga specialistët e Institucionit, dhe të vendosur pothuajse në të gjithë shërbimet spitalore në rrethe.

Funksionimi i softit ka mundësuar përlllogaritjen, sipas udhëzimeve të përgatitura nga Institucioni, të shpenzimeve për çdo kartelë në shërbimet me shtretër, si dhe shpenzimet në shërbimet pa shtretër. Gjithashtu, funksionimi i ketij softi mundëson bërjen e analizave e krahasimeve midis spitaleve, mbi shpenzimet



e kryera për çdo diagnoze, për çdo zë shpenzimesh, duke filluar që nga shpenzimet për paga, për barna, për materiale mjekimi, shpenzime direkte e indirekte, etj. Gjithashtu krahasime mund të bëhen edhe për të dhëna të tjera teknike e mjekësore, si ekzaminimet e kryera për çdo rast, ditëqëndrimi mesatar, sëmundshmërinë spitalore, shfrytëzimin e shtratit, etj. Por treguesit e llogaritur janë shumë të ndryshueshëm në shërbimin spitalor, edhe brenda përbrënda një spitali, si pasojë e përdorimit të skemave të ndryshme të mjekimit, ndryshimeve në struktura, pajisje, etj.

Përpunimi i të dhënave dhe analizimi i mëtejshëm i tyre tregon që është i domosdoshëm përdorimi i protokolleve të mjekimit dhe standarteve në burimet njerëzore e në pajisje në shërbimin spitalor. Kjo do të sjellë edhe dhënien e shërbimit spitalor me kosot të përafërta në të gjithë spitalet.

Nga ana e Fondit, po punohet për përmirësimin e llogaritjes së shpenzimeve në shërbimet pa shtretër, si ekzaminimet e shërbimet e tjera të pastrimit, hotelerisë, etj., të cilat kanë të njetat probleme përsa i përket standarteve në burimet njerëzore e pajisje.

## **7. MONITORIMI I DHE KONTROLLI I SKEMËS SE SIGURIMEVE SHËNDETËSORE**

Fondi i Sigurimeve Shëndetësore për ofrimin e shërbimeve shëndetësore ndaj popullatës, ka kontraktuar ofrues publik e privat dhe konkretisht:

- 421 QSH publike në kujdesin parësor të cilat paguhen për ofrimin e paketës së shërbimeve shëndetësore,
- 11 spitale rajonale publike, 24 spitale në nivel bashkiak dhe 4 spitale universitare, që ofrojnë shërbime shëndetësore sipas shërbimeve të përcaktuara
- 900 subjekte farmaceutike private në të gjithë vendin për ofrimin e barnave të rimbursueshme.

Për një mbarëvajtje sa më të mirë të skemës së sigurimeve, drejtoritë e kontrollit të jashtëm dhe të brendshëm, kanë kryer një punë voluminoze gjatë vitit 2012.

### **7.1. KONTROLLI I JASHTËM**

#### **7.1.1. KONTROLLI I QËNDRAVE SHËNDETËSORE**

Gjatë vitit 2012 janë kontrolluar 161 Qendra Shëndetësore (38% e totalit të QSH në të gjithë Shqipërinë) nga 421 Q.Sh. gjithsej, që kanë kontratë me DRSKSH-të e rajoneve të kontrolluara si Lezhë, Durrës, Shkodër, Korçë, Tiranë, Fier, Dibër, Kukës, Berat, Elbasan.

Përveç kontrolleve të plota tek Q.SH., janë ushtruar dhe kontrolle tematike në lidhje me zbatimin e detyrave të lëna nga kontrollet e fundit të ISKSH-së, nga ku kanë rezultuar se ishin zbatuar të gjitha detyrat e lëna.

Nga 1581 drejtor të Q.Sh, mjekë të përgjithshëm dhe të familjes të cilët kanë kontratë me këto DRSKSH, janë ushtruar kontrolle të plota dhe tematike në

432 subjekte (drejtorë të Q.Sh-ve, MPF, mjekë specialistë dhe mjekë pediatër) që përbëjnë 27% të mjekëve në të gjithë Shqipërinë.

Nga këto kontrolle kanë rezultuar:

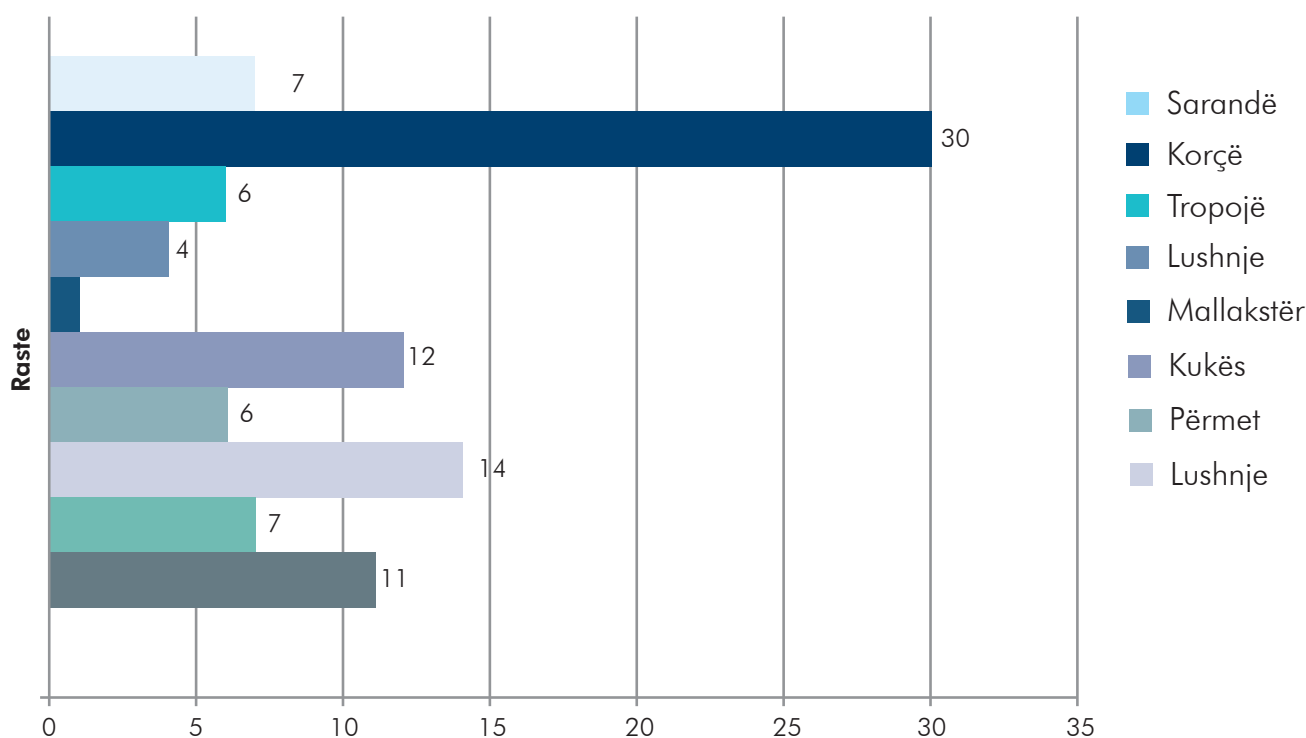
- Gjopa në vlerën 146 000 lekë ndaj 48 MPF,
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 1 699 984 lekë ndaj 263 MPF,
- Kusht penal në vlerën 40 000 lekë ndaj 8 Drejtorë të Q.SH.
- Masa disiplinore 1 MPF dhe 2 infermiere.
- Masa detyrim shpërblim dëmi për 12 subjektet farmaceutike nëpërmjet kontrollit të recetave me rimbursim në vlerën 165 318.5 lekë.

Gjithashtu janë ushtruar kontrolle tematike në lidhje me ankimimet e bera nga subjektet me kontratë dhe të siguruarit që përfitojnë shërbim shëndetësor, duke bërë të mundur zgjidhje e problemeve të konstatuara.

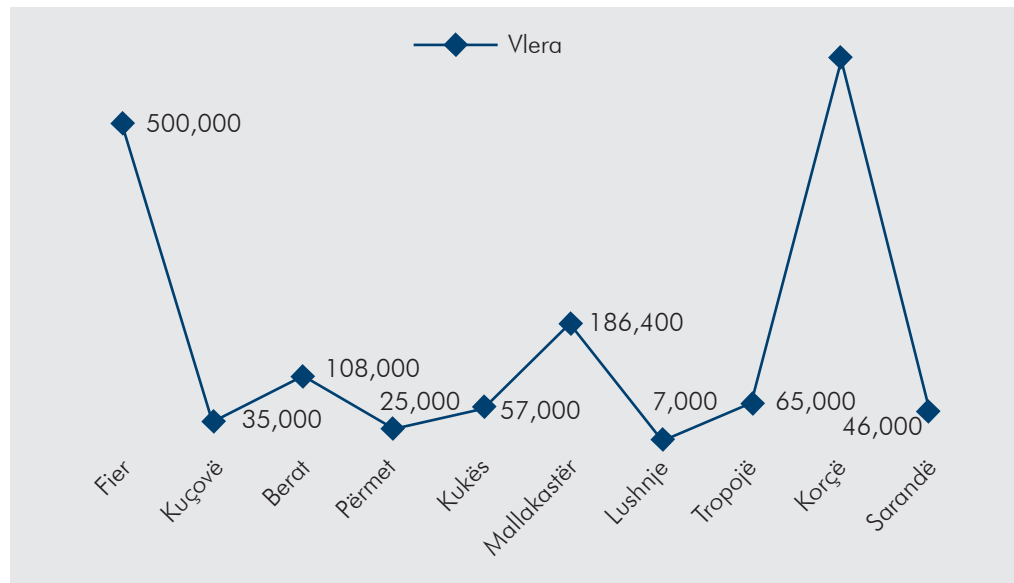
## 7.1.2. KONTROLI I SPITALEVE

Nga kontrollet e plota të ushtruara në spitalet Lezhë, Fier, Elbasan, Gjirokastrë, Tropojë, Pukë, Shkodër, Kukës, Korçë, Pogradec, Dibër, Vlorë, Berat, Kavjë, Has, Kuçovë, Kolonjë, Librazhd, Përmet, Skrapar, Bulqizë, Krujë, Gramsh, Mallakastër, Devoll, Lushnjë, Delvinë, Sarandë dhe Mat si dhe nga kontrollet tematike të ushtruara në spitalet Lezhë, Pukë, Kuçovë, Fier, Mallakastër, Librazhd, Pogradec, Devoll, Shkodër, Kolonjë, Delvinë, Përmet, Elbasan, Skrapar, Kukës, Bulqizë, Has, Tropojë dhe Lushnjë nga specialistët e Drejtorisë së Kontrollit Spitalor janë evidentuar disa problematika për të cilat janë marrë këto masa:

### MASA ADMINISTRATIVE (RASTE)



## MASA ADMINISTRATIVE VLERA



### 7.1.3. KONTROLLI I FARMACIVE DHE DEPOVE FARMACEUTIKE

Gjatë vitit 2012 për një kontroll sa më të mirë të qarkullimit të barnave me rimbursim në subjektet farmaceutike, janë ushtruar kontrolle me inventarizim në subjektet farmaceutike me kontratë me DRSKSH-të Tiranë, Gjirokastrë, Shkodër, Elbasan, Durrës, Korçë, Fier, Dibër, Berat, Vlorë, si dhe kontrolle tematik në rrethin e Tiranës, Korçë, Elbasan, Shkodër.

Nga 905 farmaci e agjenci farmaceutike të cilat kanë kontratë me këto DRSKSH, në 227 prej tyre janë ushtruar kontrolle tematike dhe me inventarizim, që përbëjnë 25% të të gjithë subjekteve në të gjithë Shqipërinë.

Nga këto kontrolle kanë rezultuar:

- Gjoha në vlerën 232 000 lekë ndaj 39 subjekteve,
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 5 028 832.8 lekë ndaj 81 subjekteve,
- Kusht penal në vlerën 407 560 lekë ndaj 39 subjekteve
- Zgjidhje kontrate për 9 subjekte farmaceutike.
- Masa disiplinore për 1 MPF, dhe 3 specialistë të DRSKSH-Elbasan.
- Masa organizative për DRSKSH-Korçë.

Për vitin 2012 kontrollet në depot farmaceutike, kanë qënë tematike, kryesisht mbi vërtetësinë e disa faturave të furnizimit të subjekteve farmaceutike dhe te skadencës së barnave të tregtuara, vërtetësinë e deklarimeve të të dhënave të depo importuese dhe distributore në SOFT-tin e Institucionit. Objektiv kryesor gjatë kontrolleve në depot farmaceutike ka qënë verifikimi i deklarimit të të dhënave nga deklarimet e vete depove, gjithashtu një pjesë e kontrolleve janë fokusuar në kontrollin e farmacive të qëndrave rajonale spitalore si Shkodër, Gjirokastrë dhe Elbasan.

Nga këto kontrolle kanë rezultuar:

- Gjoha në vlerën 346 000 lekë në 4 depo farmaceutike.
- Detyrim shpërblim dëmi 32 382 lekë për një farmaci të spitalit të Elbasanit

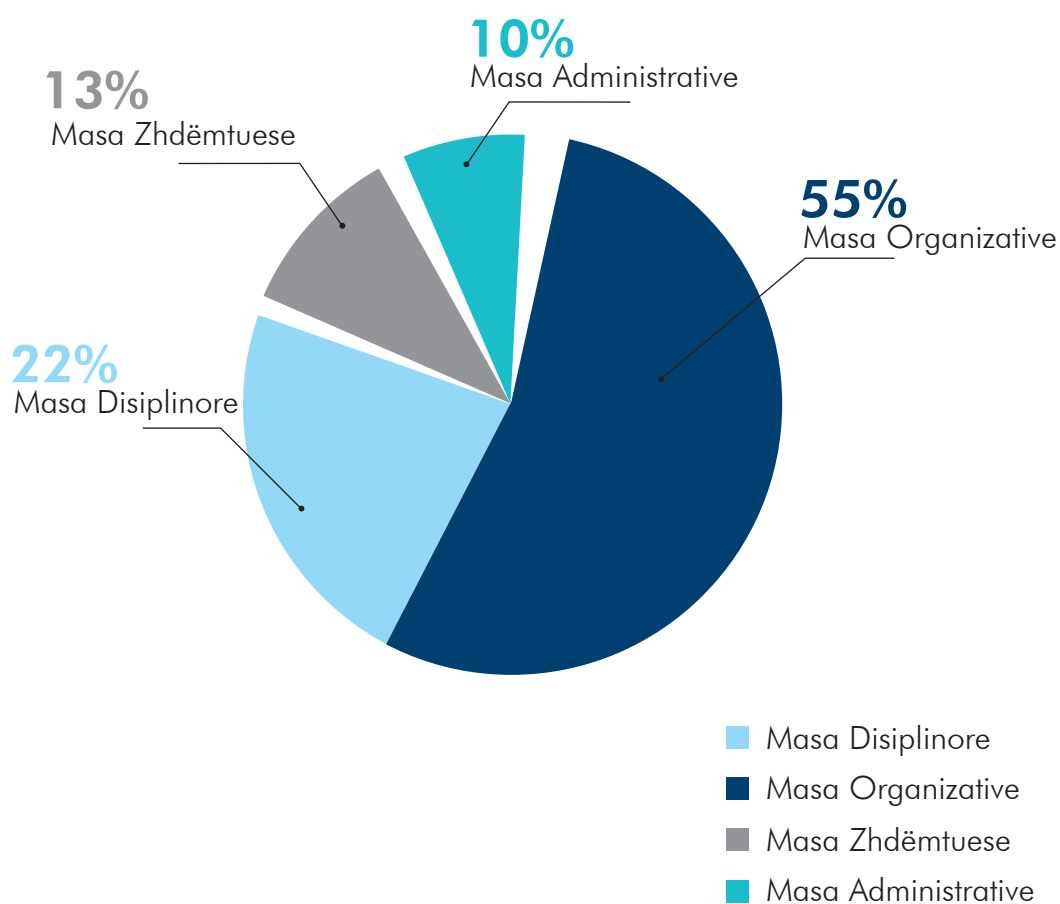
## 7.2. AUDITI I BRENDSHËM

Një punë voluminoze në mbarëvajtjen e skemës së sigurimeve, ka kryer gjithashtu Auditi i Brendshëm i Institucionit.

Drejtorja e Auditit për vitin 2012 realizoi gjithsej 91 misione auditimi, nga të cilat 50 auditime të plota dhe 41 tematike. Në këto auditime u përfshinë të gjitha drejtoritë dhe degët rajonale, spitali i Durrësit, 40 Qendra Shëndetsore, si dhe vetë Institucionin me drejtoritë përkatëse.

Për subjektet e audituara Drejtorja e Auditit të Brendshëm me qëllim përmirësimin e punës ka rekomanduar:

- 418 masa organizative.
- 166 masa disiplinore
- Disa masa çdëmtuese me vlerë 6.977.000 lekë si dhe
- 76 masa administrative



## 8. EDUKIMI I PUBLIKUT

Procesi i komunikimit me publikun ka ardhur në ridimensionim të plotë gjatë viteve të fundit, në përshtatje me nevojat e palëve të interesuara (të brendshme e të jashtme) të Fondit, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetet e Institucionit.

### 8.1. KOMUNIKIMI ME PUBLIKUN PËRMES MASMEDIAS DHE MJETEVE TË TJERA TË INFORMIMIT PUBLIK

Transparenca e veprimtarisë së ISKSH me kontribuesit, me popullatën në tërësi, me institucionet qeveritare, etj, është një proces që ka ardhur në përmirësim e sipër veçanërisht në vitet e fundit. Pasqyrimi i përfitimeve që kanë qytetarët nga regjistrimi në skemë, bërja transparente e aktiviteteve financiare të institucionit në faqen tonë të internetit, revista periodike "Fokus", publikimi i raportit vjetor të institucionit, komunikimi i vazhdueshëm me qytetarët dhe median, janë faktorë që kanë ndikuar në përmirësimin e imazhit dhe të veprimtarisë të Institucionit gjatë vitit 2012.

Konferencat për shtyp, njoftimet për shtyp, komunikimi i drejtpërdrejtë dhe elektronik me publikun, konferencat kombëtare dhe ndërkombëtare, fushatat sensibilizuese të zhvilluara gjatë vitit 2012; kanë patur në fokus disa prioritete të ISKSH-së:

- Transparencën e veprimtarisë së Institucionit në raport me partnerët, aktorët e interesit dhe publikun.
- Ndërgjegjësimin e popullatës për detyrimet dhe përfitimet nga skema e sigurimeve shëndetësore.
- Informimin e popullatës për risitë e skemës së sigurimeve shëndetësore (shtimi i shërbimeve të reja, përmirësimi i shërbimeve shëndetësore etj)
- Informimi dhe përfshirja e aktorëve të interesit në reformat e ndërmarra nga Institucioni, në kuadër të përmirësimit të shërbimit shëndetësor në të gjitha nivelet.

Ligji i ri i sigurimeve shëndetësore, aksesin e popullatës në shërbimin shëndetësor, kontrollet e skemës nga ana e Institucionit, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientet, dixhitalizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të konferencave për shtyp të zhvilluara gjatë vitit 2012.

## 9. MARRËDHËNIET ME INSTITUCIONET NDËRKOMBËTARE

### 9.1. MARRËVESHJET NDËRKOMBËTARE

Në aspektin e mbrojtjes sociale, në kuadër të rekomandimeve të Komisionit Europian, Institucioni ka negociuar dhe lidhur një sërë marrëveshesh, të cilat konsistojnë në ofrimin e mbrojtjes në aspektin e sigurimeve shoqërore, të kujdesit shëndetësor si dhe të asistencës sociale.

Më konkretisht:

- Me Qeverinë e **Turqisë**, Institucioni si palë e Qeverisë Shqiptare ka lidhur një marrëveshje, e cila është ratifikuar me Ligjin Nr. 9066, dt. 15.05.2003, "Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Qeverisë së Republikës së Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës së Turqisë për Mbrojtjen Shoqërore". Gjithashtu në lidhje me marrëveshjen e sipër cituar Këshilli Administrativ i ISKSh-së, me VKA-në Nr. 41, dt. 17.12.2007, ka autorizuar Drejtoreshën e Përgjithshme për nënshkrimin e formularëve të sigurimit shëndetësor në zbatim të "Marrëveshjes së Përgjithshme Administrative".
- Një risi që mund të përmendet në lidhje me funksionimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor është fakti se Fondi po zbaton parimin e eksportimit të përfitimeve në zbatim të marrëveshjes për mbrojtjen shoqërore midis Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Turqisë. Në këtë rast bëhet fjalë për shtetas turq të cilët punojnë dhe janë të siguruar sipas legjislacionit shqiptar dhe kanë marrë kujdesin shëndetësor në Turqi, për vete ose dhe për familjarët e tyre dhe në mënyrë reciproke edhe për shtetas shqiptarë. Sipas marrëveshjes së ratifikuar, institucion kompetent për zbatimin e procedurave administrative është Fondi i Sigurimeve Shëndetësore, i cili ka filluar të aplikojë lëshimin e formularëve për sigurimin shëndetësor të subjekteve përfituese të marrëveshjes.
- Me Qeverinë **Hungareze**, dhe Mbretërinë e **Belgjikës**, Institucioni si palë e Qeverisë Shqiptare ka përmbyllur negociatat përkatëse. Në këto raunde negociatash janë përmbyllur "Draft/marrëveshja e Mbrojtjes Shoqërore" si dhe "Draft/marrëveshja Administrative". Është në pritje fillimi i negociatave në lidhje me formularët e sigurimit shoqëror dhe formularët e sigurimit shëndetësor.
- Me Qeverinë e **Maqedonisë dhe Rumanisë**, Institucioni si palë e Qeverisë Shqiptare është në negociata e sipër. Në raundet e negociatave është negociuar pothuajse më shumë se gjysma e dispozitivit të "Draft/marrëveshjes së Mbrojtjes Shoqërore".
- Me Qeverinë e **Luksemburgut**, Institucioni si palë e Qeverisë Shqiptare ka diskutuar parimisht mbi dispozitat në lidhje me marrëveshjen e mbrojtjes shoqërore.
- Me Qeverinë e **Çekisë**, Institucioni si palë e Qeverisë Shqiptare është në negociata e sipër. Aktualisht jemi në raundin e parë të negociatave. Është negociuar vetëm pjesa e parë e dispozitivit të "Draft/marrëveshjes së Mbrojtjes Shoqërore".

## 9.2. MARRËDHENIET ME PARTNERËT NDËRKOMBËTARE

Disa nga aktivitetet kryesore të vitit 2012 janë:

- Gjatë Shkurtit 2012 në Madrid, Spanjë, u mbajt takimi i radhës i cili u zhvillua në kuadër të organizimit të takimeve informuese dhe të shkëmbimit të të dhënave për metodat e Rimbursimit të Barnave. Objektivi i këtij takimi kishin të bënte me skemat e rimbursimit të barnave të shtrenjta; procedurat dhe rregullat e veçanta për rimbursimit e tyre; reformat në politikat e çmimeve të barnave gjatë periudhës 2011-2012 (marzhet, TVSH, ndryshimet në listat e rimbursimit, bashkëpagesa) si dhe u diskutua mbi politikat për përshkrimin e barnave xhenerike nëpërmjet vlerësime dhe studime mbi politikat farmaceutike. Takimi tjetër i radhës në kuadër po të projektit të PPRI-së u zhvillua mbi informimin për reformat e ndërmarra në lidhje me çmimet dhe rimbursimin e barnave, si dhe për përdorimin racional të barnave në rrjetin e hapur farmaceutik.
- Vijon me sukses pjesëmarrja e Institucionit në Forumet Ballkanike për sigurimin shëndetësor, forume që e patën startin në Shqipëri në vitin 2007, me iniciativë të drejtoreshës së përgjithshme të Institucionit, znj. Elvana Hana. Forumi i vitit 2012 “6-th Regional Forum of Public Health Insurance Providers” u zhvillua në Beograd, Serbi dhe kishte për qëllim shkëmbimin e eksperiencave duke u fokusuar mbi qëndrueshmërinë e sistemit në kushtet e krizës ekonomike nëpërmjet ndryshimit të modelit të financimit si dhe reduktimi i pritshmërisë dhe kërkimi i burimeve të reja të financimit përmes sigurimit suplementar.
- Aktivitetet e tjetra rajonale ishte në kuadër të “Koordinimit dhe Reformave të një Programi të Përbashkët për Sigurimet Shoqërore ndërmjet Komisionit European dhe Këshillit të Evropës” i cili u zhvillua në Sarajevë, Bosnje-Hercegovinë i organizuar nga Këshilli i Evropës dhe Bashkimi European.
- Institucioni ka qenë pjesëmarrëse në takimin e organizuar nga Organizata Botërore e Shëndetit (WHO), për qëndrueshmërinë financiare në sistemin shëndetësor për Evropën Qëndrore, Lindore dhe atë Jug-Lindore. Pikësynimi i këtij takimi ishte mbledhja e të gjithë zyrtarëve nga Ministrinë e Shëndetësisë, Fondeve të Sigurimeve Shëndetësore dhe Ministrive të Financave për të krijuar një program të përbashkët si dhe të shkëmbejnë pikëpamjet e tyre mbi sfidat e qëndrueshmërisë fiskale në sistemin shëndetësor.
- Një workshop mjaft i vlefshëm për Institucionin ishte ai me temën “Nismat rajonale për buxhetimin dhe kostifikimin e Programeve Kombëtare të Shëndetit” i cili u mbajt në Turkmenistan.
- Një aktivitet tjetër i rëndësishëm ishte Prezantimi i projektit HIS (Health Information System) për Kosovën. Ky një delegacion shqiptar i kryesuar nga ISKSH, me pjesmarrës nga Kryeministria dhe Ministria e Shëndetësisë, gjatë takimeve prezantuan projektin HIS (Health Information System) për Kosovën.

## 10. QËLLIMET STRATEGJIKE TË FONDIT

- FONDI synon që ofrimi i shërbimeve shëndetësore për popullatën të bëhet nëpërmjet paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor.
- FONDI synon përmirësimin e vazhdueshëm të metodave të pagesës së ofruesve të shërbimeve shëndetësore për rritjen e eficiencës dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
- FONDI synon fuqizimin e sistemit të informacionit, nëpërmjet ofrimit të shërbimeve online për dhënësit e shërbimeve, funksionimit të regjistrave elektronike për pacientët, me qëllim rritjen e eficiencës, transparencës dhe afritit të shërbimeve sa më afër qytetarëve.

### 10.1. OBJEKTIVAT PËR VITIN 2013

Objekti kryesor i funksionimit të Fondit është menaxhimi me efektivitet të lartë i financimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga skema e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor. Hyrja në fuqi në vitin 2013 e Ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, sjell përmirësime cilësore të objektit kryesor të funksionimit të skemes së sigurimeve.

- Prioritet kryesor për vitin 2013 lidhet kryesisht me përgatitjen e strukturave si edhe të funksionimit të Fondit në pershtatje dhe në zbatim të ligjit të ri.
- Prioritet i rëndësishëm i Fondit është dhe përfundimi i procesit të hartimit të paketave të shërbimeve shëndetësore për të gjitha nivelet e ofruesve, vecanërisht kjo është më e theksuar për paketën e shërbimeve spitalore. Për këtë prioritet është punuar në mënyrë intensive dhe Institucioni ka përgatitur bazën teknike si dhe ka ngritur grupe pune. Me hyrjen në fuqi të ligjit të ri, Fondi do të jetë i gatshëm që brenda një periudhe të shkurtër të paraqesë tek strukturat e reja drejtuese të Fondit projektin përkatës në lidhje me paketat e shërbimit spitalor. Përfundimi këtij procesi, bazuar dhe në ndryshimet e reja që parashikon ligji i ri, do të shkojë paralel me përgatitjen dhe hartimin e kontratave të reja të shërbimeve si më ofrues publik ashtu edhe me ata privat të shërbimeve.
- Përmirësimi i metodave të pagesave të ofruesve që kanë kontrata shërbimi me Institucionin, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve të përfituara nga popullata është një proces i vazhdueshëm që ka rezultuar i sukseshëm vecanërisht në shërbimet e KSHP. Bazuar në këtë prioritet, Fondi po punon dhe synon që me ndryshimet e nevojshme të parashikuar në



mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të shërbimit spitalor, të përmirësojë metodën e pagesës për këta të fundit në kontratat e vitit të ardhëshëm, duke synuar drejt metodave incentivuese për ofruesit.

- Përmirësimi i aksesit në përfitimin e shërbimeve të të siguruarve dhe të popullatës në tërësi është një tjetër prioritet i Fondit për vitin 2013. Ndërmjet metodave të tjera, në funksion të këtij prioriteti, Fondi parashikon të përfundojë dhe ta vendosi në përdorim regjistrin elektronik të banorëve me të gjithë elementët e tij (përfshirë dhe kartën e identitetit) nga të gjithë ofruesit e shërbimeve të KSHP, duke bërë të mundur që të gjitha procedurat e regjistrimit të popullatës tek ky shërbim të jenë online.
- Mbajtja nën një kontroll të rreptë të shpenzimeve kundrejt monitorimit me metoda analitike të shpenzimeve në KSHP dhe vecanërisht për rimbursimit e medikamenteve të listës, si edhe të shpenzimeve në sektorin spitalor është një tjetër prioritet i vazhdueshëm që lidhet direkt me objektin e funksionimit të skemës së sigurimeve.
- Zhvillimi i vazhdueshëm i sistemeve elektronike është një proces i vazhdueshëm i ndjekur nga Institucioni sidomos në vitet e fundit.