



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

RAPORT VJETOR

2016

A large, light gray, stylized number '9' graphic that serves as a background element. It is composed of a thick, curved line that forms the top and left sides of the digit, and a smaller circle at the bottom right that completes the shape. The number is centered on the page.


RAPORT VJETOR


2016

Përgatiti Për Botim: Drejtoria e Marrëdhënieve me Publikun





FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

 Rruga "Sami Frashëri",
Lagjia 8, Tiranë.

 Tel: +355 4 230984
Fax: +355 4 274953

 info@fsdksh.com.al

 Fondi i Sigurimit të
Detyrueshëm të
Kujdesit Shëndetësor

 Fondi i Sigurimit të
Detyrueshëm të
Kujdesit Shëndetësor

PARATHËNIA

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 popullata, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

Raporti vjetor është një botim i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

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.

Qershor 2016

TABELA E PËRMBAJTJES

PARATHËNIE.....3

PJESA E PARË**1. RRETH FONDIT.....6**

1.1 Vizioni.....	6
1.2 Misioni.....	6
1.3 Baza ligjore.....	6

2. MENAXHIMI I FONDIT.....7

2.1 Si drejtohet Fondi.....	7
2.2 Kompetencat e Këshillit Administrativ.....	7
2.3 Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm.....	7
2.4 Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2016.....	8

3. ZBATIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE.....10

3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore.....	10
3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri.....	11
3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve.....	11
3.4 Masa e kontributit.....	12

4. BURIMET FINANCIARE.....13

4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2016.....	13
4.2 Kontributi nga buxheti i shtetit.....	13
4.3 Kontributi nga sigurimet shëndetësore.....	15
4.4 Të ardhura të tjera.....	15

5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR.....16

5.1 Financimi i shërbimit shëndetësor parësor.....	18
5.2 Financimi i shërbimit spitalor.....	18
5.3 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme.....	18

6. SHPENZIMET TË TJERATË FONDIT.....19

6.1 Shpenzimet për investime.....	19
6.2 Shpenzimet administrative.....	19
6.3 Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezervë.....	19

PJESA E DYTË**7. PËRFITIMET E POPULLATËS.....20**

7.1 Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor.....	20
7.2 Kontrolli Mjekësor Bazë.....	23
7.3 Paketat e shërbimeve në Shërbimin Spitalor	24
7.4 Kostot spitalore.....	25
7.5 Lista e Barnave të Rimbursueshme	29

PJESA E TRETË

8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT.....	33
8.1 Startimi i implementimit të Nënshkrimit Elektronik në zbatim të recetës elektronike në të gjithë vendin.....	33
8.2 Startimi i implementimit të sistemit të Recetës Elektronike në të gjithë vendin.....	33
8.3 Vendorsja në përdorim i sistemit financiar dhe burimeve njerëzore.....	34
8.4 Përmirësimi i sistemit të aplikimit dhe gjenerimit të Kartës së Shëndetit.....	35
9. MONITORIMI I KONTRATAVE ME DHËNËSIT E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE.....	35
9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave.....	35
9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore.....	35
9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike.....	36
9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga spitalet.....	38
10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT.....	39
10.1 Auditimi i zyrave rajonale të Fondit.....	39
PJESA E KATERT	
11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT.....	39
12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET.....	40
12.1. Bashkëpunimi ndërinstitucional.....	40
12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare	40
13 QËLLIMET STRATEGJIKETË FONDIT.....	41
13.1 Objektivat për vitin 2017.....	41

I. RRETH FONDIT

I.1 Vizioni

Vizioni i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është krijimi i një ndjenje 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 trajtimet mjekësore cilësore dhe bashkëkohore.

I.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 shëndetësore, duke synuar të sigurojë fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale tek popullata, 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.

I.3 Baza ligjore

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ushtron veprimtarinë e tij bazuar në ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar.

Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të miratuar nga Këshilli i Ministrave, sipas të cilit: "Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është person juridik publik, autonom, me qendër në Tiranë dhe e shtrin veprimtarinë e tij në të gjithë vendin nëpërmjet zyrave vendore".

Fondi është i vetmi organ autonom publik, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Fondi menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë.

Të ardhurat dhe shpenzimet kryhen sipas ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011 "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, dhe legjislacionit financiar në fuqi. Fondi menaxhon veprimtarinë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe.

Fondi, nëpërmjet organeve të tij drejtuese, ka të drejtë të hartojë dhe të nxjerrë vendime, udhëzime, urdhëresa, rregullore dhe akte të tjera administrative, në mbështetje dhe në zbatim të akteve ligjore e nënligjore dhe të kompetencave që i janë dhënë.

2. MENAXHIMI I FONDIT

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 7 anëtarësh, të cilët përfaqësojnë palët e interesuara në zhvillimin e skemës: personat që paguajnë kontribute, personat që përfitojnë shërbime, si dhe shtetin. Këshilli zgjedh Drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ. Koha e ushtrimit të detyrës së Drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet. Ndërsa koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.

2.2 Kompetenca të Këshillit 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 statutin, rregullat ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit e të kontrollit, 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;
- » miraton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit;
- » 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;

2.3 Kompetenca të Drejtorit të Përgjithshëm

- » propozon për miratim në Këshillin Administrativ statutin, rregulloret ekonomike financiare, procedurale, të auditimit e të kontrollit, 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 brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit e të funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- » 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 Administrativë;

2.4 Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2016

Ndër vendimet më kryesore me karakter normativ të Këshillit Administrativ për vitin 2016 përmendim:

- » VKA nr.1, datë 7.1.2016, "Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2016";
- » VKA nr.2, datë 3.2.2016, "Mbi punësimin e përkohshëm të punonjësve në Drejtoritë Rajonale të Fondit, gjatë një periudhe tremujore për përballimin e nevojave emergjente për shpërndarjen e Kartës së Shëndetit";
- » VKA nr.3, datë 3.2.2016, "Për financimin e paketave të shërbimeve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2016";
- » VKA nr.4, datë 3.2.2016, "Për propozimin e një ndryshimi në statutin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, të miratuar me vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 124, datë 5.3.2014, 'Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë";
- » VKA nr.5, datë 3.2.2016, "Për miratimin e kontratës së financimit të konçesionarit të shërbimit të hemodializës";
- » VKA nr.6, datë 3.2.2016, "Për një ndryshim në Rregulloren e Personelit, në kapitullin "Pagat";
- » VKA nr.8, datë 3.2.2016, "Për krijimin e nënkomisionit teknik të barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve mjekësore për vitin 2016";
- » VKA nr.9, datë 3.2.2016, "Për ndryshimin e vendimit të Këshillit Administrativ nr.58, datë 2.12.2015, 'Për krijimin e komisionit teknik të barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve mjekësore për vitin 2016";
- » VKA nr.13, datë 21.4.2016, "Për miratimin e kontratës MS/2016 me mjekët specialistë të spitaleve për përshkrimin e barnave që tregtohen në farmacitë e spitaleve";
- » VKA nr.14, datë 21.4.2016, "Mbi kontraktimin dhe mënyrën e shpërblimit të mjekëve specialistë që kontraktohen për shërbime të munguara në Spitalet Rajonale e Bashkiake";
- » VKA nr.15, datë 21.4.2016, "Për rishikimin e projekt-listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre";
- » VKA nr.16, datë 28.4.2016, "Për caktimin e personit përgjegjës për regjistrimin, administrimin dhe përpunimin e formularit të vetëdeklarimit";
- » VKA nr.17, datë 4.5.2016, "Mbi shtyrjen e afatit të punësimit të përkohshëm të punonjësve në Drejtoritë Rajonale të Fondit për përballimin e nevojave emergjente për shpërndarjen e kartës së shëndetit";
- » VKA nr.18, datë 16.5.2016, "Për mbulimin e shpenzimeve të Qendrave Shëndetësore që do të

përballojnë shërbimin shëndetësor të pandërprerë gjatë sezonit turistik”;

- » VKA nr.19, datë 16.5.2016, “Për një ndryshim në rregulloren financiare nr.5, datë 17.12.2014, të Fondit, miratuar me vendim të Këshillit Administrativ nr. 121, datë 17.12.2014, të ndryshuar”;
- » VKA nr.20, datë 16.5.2016, “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”;
- » VKA nr.21, datë 16.6.2016, “Për miratimin e rezultatit financiar të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2015”;
- » VKA nr.22, datë 16.6.2016, “Për një shtesë në numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe kalimin e Agjencive në Drejtori Rajonale dhe Degë”;
- » VKA nr.23, datë 16.6.2016, “Propozim për përfshirjen e kategorisë së personave me aftësi të kufizuar dhe të personave që vuajnë nga disa diagnoza të veçanta në kategorinë e individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”;
- » VKA nr.24, datë 16.6.2016, “Për miratimin e kontratave ndërmjet Fondit dhe Farmacive, Agjencive Farmaceutike, me vënien në përdorim të recetës elektronike për vitin 2016”;
- » VKA nr.59, datë 1.8.2016, “Mbi punësimin e përkohshëm të punonjësve në Drejtoritë Rajonale të Fondit për shpërndarjen e kartës së shëndetit gjatë periudhës së implementimit të recetës elektronike”;
- » VKA nr.62, datë 1.8.2016, “Për miratimin e disa ndryshimeve në Rregulloren nr. 2, datë 18.04.2014, ‘Për funksionimin e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ’”;
- » VKA nr.92, datë 13.12.2016, “Propozim për përfshirjen në kategorinë e personave, që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”;
- » VKA nr.93, datë 13.12.2016, “Për krijimin e komisionit teknik të rishikimit të paketës së shërbimit të dializës”;
- » VKA nr.94, datë 13.12.2016, “Për krijimin e komisionit teknik të rishikimit të paketës së shërbimit të implantit koklear, si dhe të çmimit të tyre”;
- » VKA nr.95, datë 13.12.2016, “Për krijimin e komisionit teknik të rishikimit të paketave të shërbimit të kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë”;
- » VKA nr.96, datë 13.12.2016, “Për krijimin e komisionit teknik të rishikimit të paketës së shërbimit të transplantit të veshkës, si dhe të çmimit të tyre”;

3. ZBATIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore

Skema e sigurimeve shëndetësore u krijua në bazë të Ligjit Nr. 7870, Datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”. Që prej krijimit, mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme, si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik.

Skema u përmirësua gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model miks (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (të cilat vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e paguesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

FONDI përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës.

Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon:

- **Shërbimin parësor** (përveç qendrave komunitare);
- **Shërbimin spitalor** (përveç spitaleve psikiatrike);
- **Listën e barnave të rimbursueshme**

Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor 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 dhënësit privatë të kujdesit parësor dhe spitalet private;
- » barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënësit të kontraktuar shërbimesh shëndetësore;

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor financon paketat e shërbimeve shëndetësore në shërbimin spitalor, të miratuara nga Këshilli i Ministrave, fillimisht në institucione shëndetësore publike. Për rastet që janë përtej kapaciteteve mjekësore të institucioneve shëndetësore publike, Fondi lidh kontrata dhe financon shërbimet e paketave në institucione shëndetësore private. Çmimi i paketave të shërbimeve shëndetësore financohet nga Fondi në masë të njëjtë, si në institucionet shëndetësore publike, ashtu dhe në ato private. Personat e siguruar që përfitojnë nga këto paketa, janë të përjashtuar nga bashkëpagesa. Paketat e mbuluara edhe në spitalet private të kontraktuara, janë paketa e shërbimit të dializës, të shërbimit të kardiologjisë, kardiokirurgjisë, transplantit renal dhe të implantit koklear.

3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri

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

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

3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Karta e Shëndetit është dokumenti i vetëm që vërteton, se personi është i siguruar në skemën e sigurimeve shëndetësore. Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, të siguruarit mund të bashkëpagojnë një pjesë të çmimit. Këshilli i Ministrave ka përcaktuar kategoritë e të siguruarve, që janë të përjashtuar nga pagesat e drejtpërdrejta, si më poshtë:

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

të cilët përfitojnë, pa bashkëpagesë, barnat e listës së barnave të rimbursueshme, paketat e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor, që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Sipas përcaktimit të bërë nga Këshilli i Ministrave, kategoritë e mëposhtme përfitojnë pa bashkëpagesë alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme:

- » Pensionistët;
- » Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;
- » Azilkërkuesit;
- » Viktimat e trafikimit;

Sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 946, datë 28.12.2016, janë shtuar dy kategori të tjera të cilat përjashtohen nga bashkëpagesat.

Nga ky ndryshim përfitojnë mbulim të plotë shëndetësor të gjithë personat me aftësi të kufizuar, si dhe të pasiguruarit të cilët vuajnë nga një sëmundje kronike, sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

3.4 Masa e kontributit

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

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

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4% e bazës për përlogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7 të ligjit nr. 10 383, date 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.

Për të punësuarit, kontributet paguhen në masën 50% nga punëdhënësi dhe në masën 50% nga i punësuari.

Si bazë për llogaritjen e kontributit shërben paga bruto e personit të siguruar. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon gjithashtu kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga

Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

- » personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- » personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- » personat e rregjistruar 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;

Përlogaritja e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është dyfishi i pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Paga minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve për të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, për të vetëpunësuarit të cilët kryejnë veprimtari ekonomike profesionale, si dhe për punonjësit e papaguar të familjes që punojnë e bashkëjetojnë me të vetëpunësuarin, përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Personat, që nuk përfshihen në asnjë prej grupeve të mësipërme, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6 (gjashtë) mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar. Pas përfundimit të periudhës së sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, personat që nuk përfshihen në kategoritë, për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda 3(tre) muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 (një) vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Për sigurimet shëndetësore vullnetare, baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Mbledhja e kontributeve për personat ekonomikisht aktivë bëhet nga organet tatimore, në përputhje me legjislacionin bazë në Shqipëri.

4. BURIMET FINANCIARE

4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2016

Skema e sigurimeve shëndetësore financohet nga kontributet që vijnë nga buxheti i shtetit, kontributet shëndetësore të të siguruarve dhe burime të tjera.

Buxheti i FSDKSH-së, i miratuar me Ligjin nr. 147/2015, datë 17.12.2015, "Për buxhetin e vitit 2016", ishte në vlerën **36,244 milionë lekë**, i balancuar midis të ardhurave dhe shpenzimeve.

Gjatë vitit 2016, treguesit buxhetorë kanë reflektuar këto ndryshime:

- » me Aktin Normativ nr. 1, datë 29.7.2015, "Për disa ndryshime në ligjin nr. 147/2015, datë 17.12.2015, "Për buxhetin e vitit 2016" është shtuar transferta e buxhetit të shtetit për shërbimin spitalor me 150 milionë lekë.
- » me Aktin Normativ nr.2, datë 16.12.2016, "Për disa ndryshime në ligjin nr.147/2015, "Për buxhetin e vitit 2016" është pakësuar transferta e buxhetit të shtetit me 600 milionë lekë.

Në përfundim, në nenin 5 të Ligjit nr.147/2015 "Për buxhetin e vitit 2016", i ndryshuar, është përcaktuar buxheti i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, me një vlerë totale prej 35,794 milionë lekë, nga e cila 25,164 milionë lekë janë transfertë e buxhetit të shtetit, 10,630 milionë lekë kontribute shëndetësore dhe të tjera.

Transferta e buxhetit të shtetit është ndarë përkatësisht në programin e shërbimit spitalor 17,144 milionë lekë dhe në programin e shërbimit parësor 8,020 milionë lekë.

Ky buxhet është ndarë, me vendime të ndryshme të Këshillit Administrativ, në programet e shpenzimeve që mbulon Fondi.

Programimi dhe realizimi i buxhetit të Fondit, sipas të dhënave të pasqyrave financiare të konsoliduara paraqitet si më poshtë:

Në mijë lekë

Të ardhurat	Programimi	Fakti	Realizimi	Peshë Specifike
Kontributi i sigurimeve shëndetësore	10,452,000	10,544,515	100.9 %	29.5 %
Transferta e buxhetit të shtetit për parësorin	8,020,000	8,020,000	100.0 %	22.4 %
Transferta e buxhetit të shtetit për spitalorin	17,144,000	16,948,981	98.9 %	47.4 %
Të ardhura të tjera	178,000	237,709	133.5 %	0.7 %
Totali	35,794,000	35,751,204	99.9 %	100 %

Të ardhurat në total janë realizuar në vlerën 35,751,204 mijë lekë, ose 99.9% ose rreth 42,796 mijë lekë më pak se programimi.

Në krahasim me vitin 2015 të ardhurat në total (duke përfshirë edhe shërbimin spitalor nëpërmjet thesarit) janë rritur me rreth 2.8%, të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore rezultojnë me rritje në masën 12.3%, transferta nga buxheti i shtetit ka pësuar një ulje me 9.5%.

4.2 Kontributi nga buxheti i shtetit

Kontribuesi më i madh i skemës është shteti, pasi 69.8% të të ardhurave, vijnë nga buxheti i shtetit (përmes taksimit të përgjithshëm).

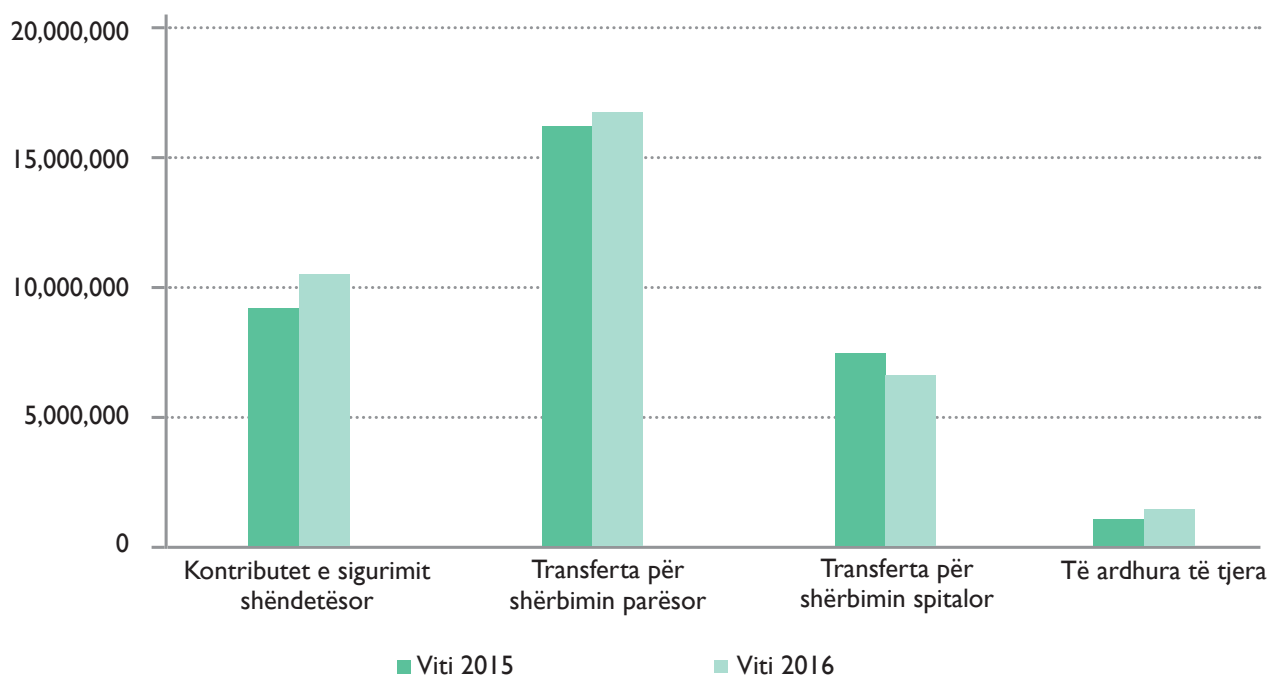
Në mijë lekë

Të ardhurat	Realizimi		Ndryshimi (2016-2015)	
	Viti 2015	Viti 2016	Në vlerë absolute	Në %
Kontributet e sigurimit shëndetësor	9,390,979	10,544,515	1,153,536	12.3 %
Transferta për shërbimin parësor	8,859,000	8,020,000	-839,000	-9.5 %
Transferta për shërbimin spitalor	16,333,733	16,948,981	615,248	3.8 %
Të ardhura të tjera	185,696	237,709	52,013	28.0%
Totali	34,769,408	35,751,204	981,796	2.8%

Krahasimi i realizimit të të Ardhurave për vitet 2015-2016

Realizimi i të Ardhurave në vitet 2016 - 2015

Në mijë lekë



Transferta e buxhetit të shtetit për shërbimin parësor, e cila transferohet në llogaritë bankare të FOND-it që përdoret për mbulimin e shpenzimeve sipas programeve të detajuara të Fondit, programuar në vlerën 8,020,000 mijë lekë është tërhequr e plotë.

Të ardhurat nga buxheti i shtetit për shërbimin parësor zënë 22% të totalit të të ardhurave të FOND-it të konstatuara në vitin 2016.

Të ardhurat e programuara nga buxheti i shtetit për shërbimin spitalor janë tërhequr në shumën 16,948,981 mijë lekë, ose 98.9% e programimit.

Spitalet publike kanë tërhequr deri në fund të vitit 15,360,966 mijë lekë, ose 98.8% e buxhetit. Për paketat shëndetësore të realizuara në institucionet jopublike, për pagesën e bonusit për mjekët që kontraktohen në shërbime të munguara në spitalet në rrethe, si dhe për Vendimet e Këshillit të Ministrave për trajtime të pacientëve brenda e jashtë vendit janë tërhequr 1,588,015 mijë lekë, ose 99.4% e programimit.

Të ardhurat nga buxheti i shtetit për shërbimin spitalor zënë 47 % të totalit të të ardhurave të FOND-it të konstatuara në vitin 2016.

4.3 Kontributi nga sigurimet shëndetësore

Në përfundim të vitit 2016 shuma e kontributeve të sigurimeve shëndetësore të mbledhura për llogari të FOND-it është në vlerën 10,542,006 mijë lekë, nga të cilat 10,467,852 mijë lekë të ardhura të arkëtuara nga organet tatimore dhe 74,154 mijë lekë nga organet e sigurimeve shoqërore. Nga sigurimet vullnetare janë arkëtuar 2,509 mijë lekë. Realizimi i të ardhurave nga kontributet për vitin 2016 është në masën 100.9%.

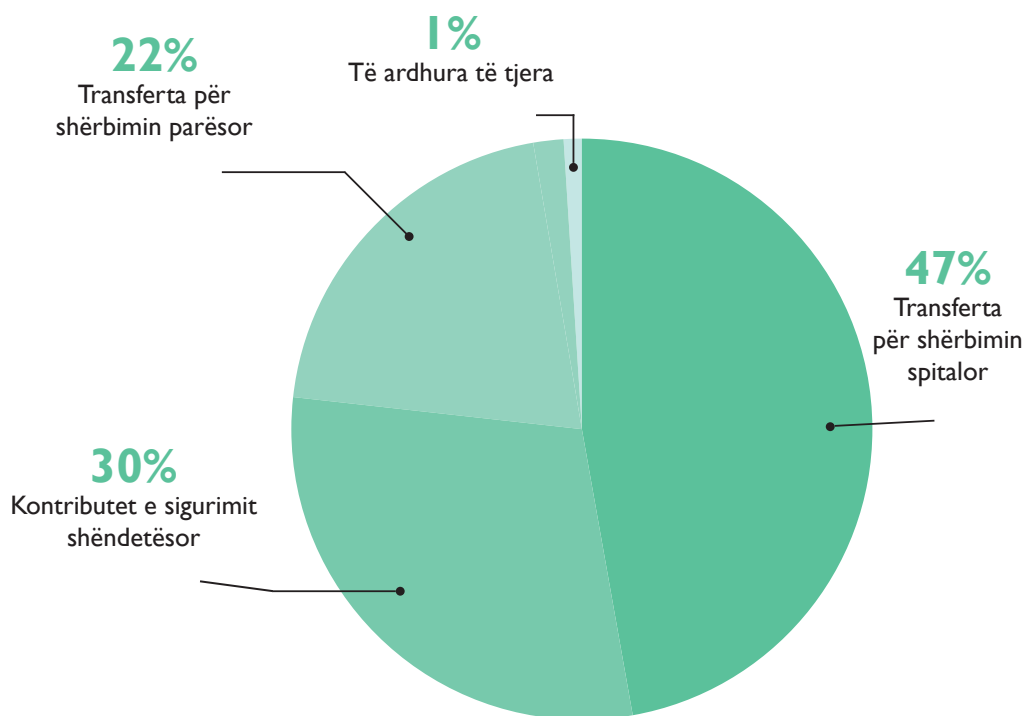
Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore zënë 30% të totalit të të ardhurave të FOND-it të konstatuara për vitin 2016.

4.4 Të ardhura të tjera

Gjithësej, të ardhura të tjera janë konstatuar në shumën 237,709 mijë lekë nga 178,000 mijë lekë të programuara, ose janë konstatuar 59,709 mijë lekë më shumë se programimi. Një vlerë prej 38,209 mijë lekë ka ardhur, kryesisht nga tarifa për recetë me rimbursim të pjesshëm, 100,999 mijë lekë nga çdëmtimet dhe kushtet penale të vendosura nga strukturat e kontrollit të FOND-it në subjektet me kontratë (mjekë të qendrave shëndetësore, institucione spitalore, si dhe subjektet farmaceutike), 98,261 mijë lekë nga interesat bankare (këtu përfshihen edhe interesat e bonove të thesarit) etj.

Në vitin 2016 krahasuar me një vit më parë, të ardhurat e tjera janë 52,013 mijë lekë më shumë (ose 28 %). Të ardhurat e tjera zënë rreth 1% të totalit të të ardhurave të FOND-it të konstatuara në vitin 2016.

Struktura e të ardhurave 2016



5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Shpenzimet në total për vitin 2016, janë konstatuar në vlerën 34,920,312 mijë lekë, ose janë realizuar 97.6% e programimit.

Në mijë lekë

Nr	Shpenzimet	Programimi	Konstatuar	Realizimi %	Peshë Specifike
1	Shpenzime për rimbursimin e barnave	8,776,000	8,425,064	96.0%	24.1%
2	Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor	8,010,000	7,785,140	97.2%	22.3%
3	Shpenzime administrative	844,000	808,354	95.8%	2.3%
4	Shpenzime për Investime	250,000	70,817	28.3%	0.2%
5	Financime për shërbimin spitalor total	17,914,000	17,830,937	99.5%	51.1%
	Nga këto:				
	Shpenzime për Spitalin Rajonal Durrës	770,000	770,000	100.0%	2.2%
	Shpenzime për shërbimin spitalor (nëpërmjet thesarit)	17,144,000	17,060,937	99.5%	48.9%
	Totali	35,794,000	34,920,312	97.6%	100.0%

Në krahasim me vitin 2015, shpenzimet në total janë rritur në masën 5.6% ose 1,844 milionë lekë më shumë. Vetëm shpenzimet për investime rezultojnë me ulje në masën 59.3%. Financimet për shërbimin parësor janë rritur me 14.9%, financimet për shërbimin spitalor janë rritur me 3.3%, shpenzimet e rimbursimit barnave janë rritur me 3.9% dhe shpenzimet administrative janë rritur me 6.3%.

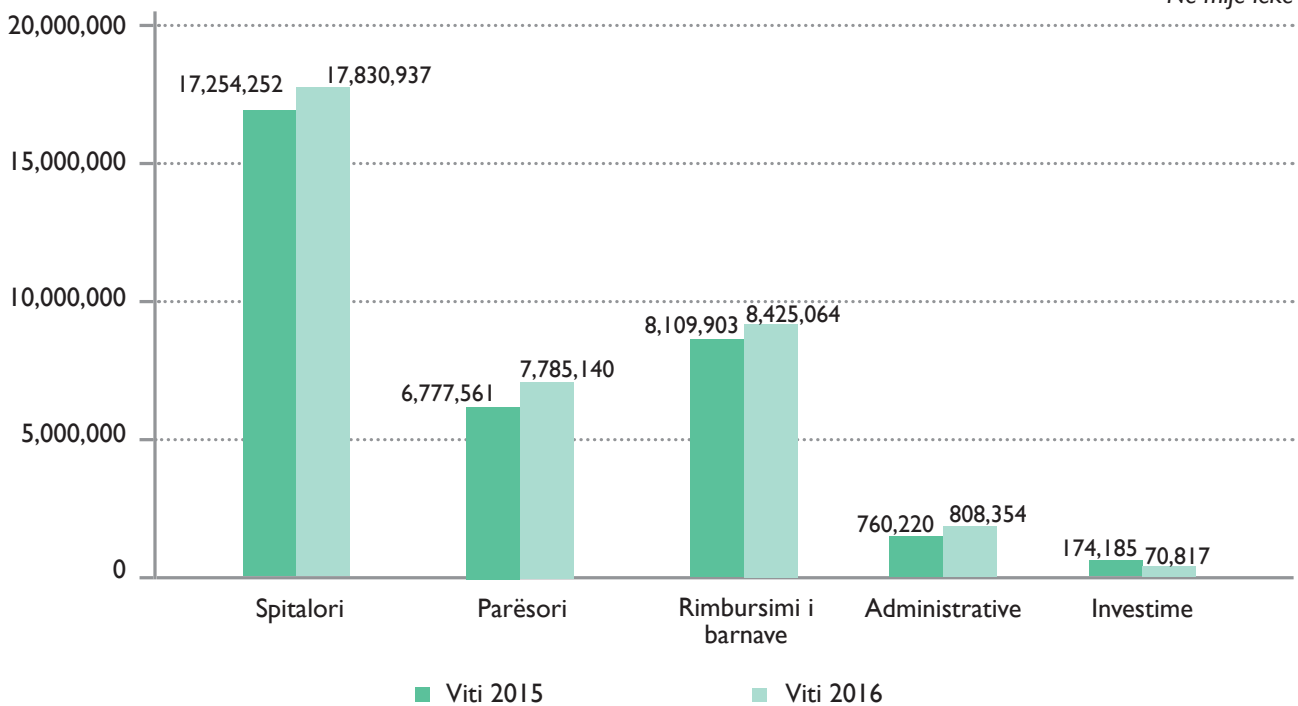
Krahasimi i realizimit të Shpenzimeve për vitet 2015-2016

Në mijë lekë

Të ardhurat	Realizimi		Ndryshimi (2016-2015)	
	Viti 2015	Viti 2016	Në vlerë absolute	Në %
Financimi i shërbimit Spitalor	17,254,252	17,830,937	576,685	3.3%
Financimi i shërbimit Parësor	6,777,561	7,785,140	1,007,580	14.9%
Shpenzime për rimbursimin e barnave	8,109,903	8,425,064	315,161	3.9%
Shpenzime administrative	760,220	808,354	48,135	6.3%
Investime	174,186	70,817	-103,369	-59.3%
Shuma	33,076,121	34,920,312	1,844,191	5.6%

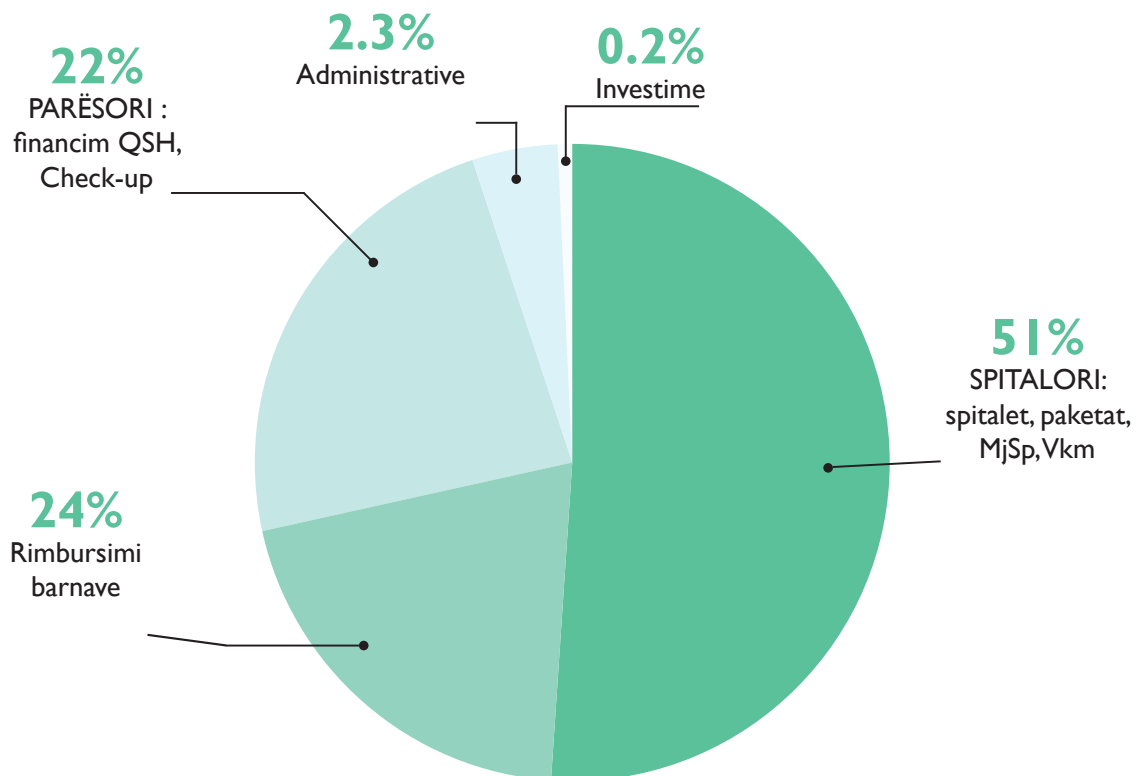
Realizimi i shpenzimeve në vitet 2016 - 2015

Në mijë lekë



Pjesën kryesore të shpenzimeve e zënë shpenzimet për shërbimin spitalor me 51.1%, ndjekur nga shpenzimet e rimbursimit të barnave me 24.1% e më pas, shpenzimet e parësorit 22.3% të totalit të shpenzimeve. Shpenzimet administrative së bashku me investimet zënë 2.5% të totalit të shpenzimeve.

Pesha Specifike e shpenzimeve - viti 2016



5.1 Financimi i shërbimit shëndetësor parësor

Për vitin 2016, shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor janë financuar në vlerën 7.7 miliardë lekë, ose 97.2% e programimit vjetor. Nga totali i financimit 6.8 miliardë lekë janë shpenzuar për financimin e qendrave shëndetësore dhe 949 milionë lekë janë fatura të shërbimit të kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 35 - 70 vjeç. Gjatë sezonit veror janë financuar 26 qendra shëndetësore në zonat turistike për dhënien e shërbimit të pandërprerë shëndetësor. Gjithashtu qendrat shëndetësore në zonat malore kanë marrë financim shtesë për barnat e urgjencës për të përballuar vështirësitë e periudhës dimërore.

5.2 Financimi i shërbimit spitalor

Për financimin e shërbimeve spitalore nga spitalet universitare, rajonale e bashkiake, si dhe nga Fondi gjithësej janë shpenzuar 17.8 miliardë lekë ose 99.5% e programimit. Nga totali i shpenzimeve, spitalet publike kanë shpenzuar në total 15.36 miliardë lekë ose 98.8% e programimit të fondeve në dispozicion në llogaritë e thesarit, ndërsa për paketat spitalore në spitalet jopublike janë shpenzuar 1.35 miliardë lekë. Gjatë vitit 2016, janë realizuar paketa të shërbimeve spitalore në disa spitale publike (dializa në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Elbasan, Gjirokastrë e Shkodër, paketat e kardiokirurgjisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, paketat e hemodinamikës në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, në Shkodër dhe në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”). Për realizimin e këtyre paketave, spitalet u financuan me një buxhet prej 1,1 miliardë lekë. Gjithashtu një vlerë prej 1,35 miliardë lekë është konstatuar e realizuar nga kontraktimi me institucionet jopublike.

Paketa e dializës, gjatë vitit 2016 është realizuar edhe nëpërmjet kontratës së konçensionit të Ministrisë së Shëndetësisë. Kjo kontratë parashikon ofrimin e shërbimit të dializës në 5 rajone të vendit, Vlorë, Shkodër, Lezhë, Elbasan e Korçë. Gjatë vitit 2016, shërbimi filloi në 3 rajone, Vlorë, Shkodër e Lezhë me një vlerë prej 91,9 milion lekë.

Në dhjetor të vitit 2016 rezultojnë që janë ofruar paketa të dializës për 100 pacientë më shumë nga një vit më parë (1036 në dhjetor 2016 nga 936 në dhjetor 2015).

Krahasuar me një vit më parë janë realizuar 1,703 raste më shumë në paketat e kardiologjisë, 297 raste më shumë në paketat e kardiokirurgjisë dhe një transplant i veshkës më shumë.

- Për trajtimet spitalore miratuar rast pas rasti me Vendim të Këshillit të Ministrave (VKM), është shpenzuar shuma 53.4 milionë lekë, kjo ndikuar nga numri i rasteve që kanë paraqitur dokumentacionin përkatës që justifikon shpenzimet e trajtimit spitalor.

Në vazhdimësi nga një vit më parë, në vendimin e Këshillit të Ministrave për financimin e shërbimit spitalor parashikohet, që për raste të veçanta të mungesës së mjekut specialist në shërbime të ndryshme të spitaleve rajonale e bashkiake, Ministri i Shëndetësisë, urdhëron kontraktimin, për një periudhë të caktuar, të mjekëve specialistë, sipas nevojave. Këta mjekë të specialiteteve të ndryshme, përveç pagës, trajtohen financiarisht me një bonus në masën 100,000 (njëqind mijë) lekë në muaj. Për vitin 2016, janë lidhur 8 kontrata të tilla.

- Për bonusin për mjekët specialistë të kontraktuar në shërbimet e munguara në spitalet e rretheve janë shpenzuar 8.1 milionë lekë, ndikuar nga numri i mjekëve të kontraktuar.

Gjatë vitit 2016, nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë është lidhur gjithashtu kontrata konçensionare “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 mezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale”, pjesë e së cilës është edhe kontrata e financimit nga Fondi. Realizimi i kësaj kontrate ka filluar në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në muajin maj 2016, duke realizuar një vlerë setesh prej 157,8 milionë lekë.

5.3 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme

Gjatë vitit 2016, shpenzimet e konstatuara të rimbursimit janë 8.4 miliardë lekë nga 8.8 miliardë lekë të programuara, ose 351 milionë lekë më pak. Krahasuar me një vit më parë shpenzimet e rimbursimit janë rritur me rreth 315 milionë lekë.

6. SHPENZIMET TË TJERA TË FONDIT

6.1 Shpenzimet për investime

Për vitin 2016 nga shuma 250 milionë lekë e programuar për investime, janë realizuar 70.9 milionë lekë, ose 28.3% e programimit.

Me mosrealizim të theksuar të programimit të investimeve është Drejtoria Qëndrore, e cila nga 245 milionë lekë të programuara ka realizuar 67.7 milionë lekë, ose 28% të programimit, ndikuar nga mosrealizimi i prokurimeve të rikonstruksionit të godinës qendrore, si dhe të godinës të drejtorisë së Shërbimit Spitalor në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”. Gjithashtu, nuk është realizuar blerja e software për shkak të anulimit të procedurës së prokurimit.

6.2 Shpenzimet administrative

Shpenzimet administrative të FSDKSH kapin shifrën 808 milionë lekë, ose janë realizuar 95.8% e programimit, nga të cilat :

- » shpenzime për paga e shpërblime kapin shifrën 519 milionë lekë, ose realizuar 97% e programimit;
- » shpenzime për sigurime shoqërore-shëndetësore realizuar në shumën 83 milionë lekë, ose 96% e programimit vjetor;
- » shpenzime për mallra e shërbime realizuar në shumën 205 milionë lekë, ose 95% e programimit vjetor;

Pjesa më e madhe rreth 23% të këtyre shpenzimeve e përbëjnë shpenzimet për energji elektrike, ujë, internet, ruajtje të ndërtesave nga rojet private, ndjekur nga shpenzimet për mirëmbajtjen e softeve, ndërtesave, etj që përbëjnë 18% të shpenzimeve për mallra e shërbime.

6.3 Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezervë

Gjendja e mjeteve monetare në fund të vitit është në shumën 6.86 miliardë lekë, nga të cilat janë investuar në bono thesari 3.4 miliardë lekë. Gjendja e mjeteve monetare në fund të vitit 2016 është rritur me + 19.6%, ose në shumën 1.12 miliardë lekë, krahasuar me fillimin e vitit.

7. PËRFITIMET E POPULLATËS

Ligji nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, zgjeroi mundësitë e përfitimit të shërbimeve nga popullata, përmes procesit të kontraktimit nga ana e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, si të shërbimeve publike ashtu edhe të 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 privatë të kujdesit parësor dhe spitale private;
- » barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore;
- » Trajtimet mjekësore në institucionet publike/private me kontratë;
- » Rimbursimi i plotë ose i pjesshëm i barnave në varësi të kategorisë;

Më konkretisht për barnat, personat e siguruar, ose nuk paguajnë fare ose kanë një pagesë të pjesshme që shkon deri në masën 50% të çmimit të barnave, por jo më shumë.

Kategoritë si: pensionistë, invalidë të plotë, fëmijë 0-12 muaj, të sëmurë me CA, TBC, të verbër përfitojnë falas alternativën e parë të çdo bari të përfshirë në listë. Kategoritë si : veteran dhe invalidë të luftës, përfitojnë falas në masën 100% të gjitha barnat e listës së rimbursueshme, si dhe të gjitha barnat e tjera të regjistruara në Republikën e Shqipërisë.

7.1 Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor

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

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

Gjatë vitit 2016 janë paraqitur për herë të parë në vizitë tek mjeku në Qendrat Shëndetësore rreth 1,468,500 persona .

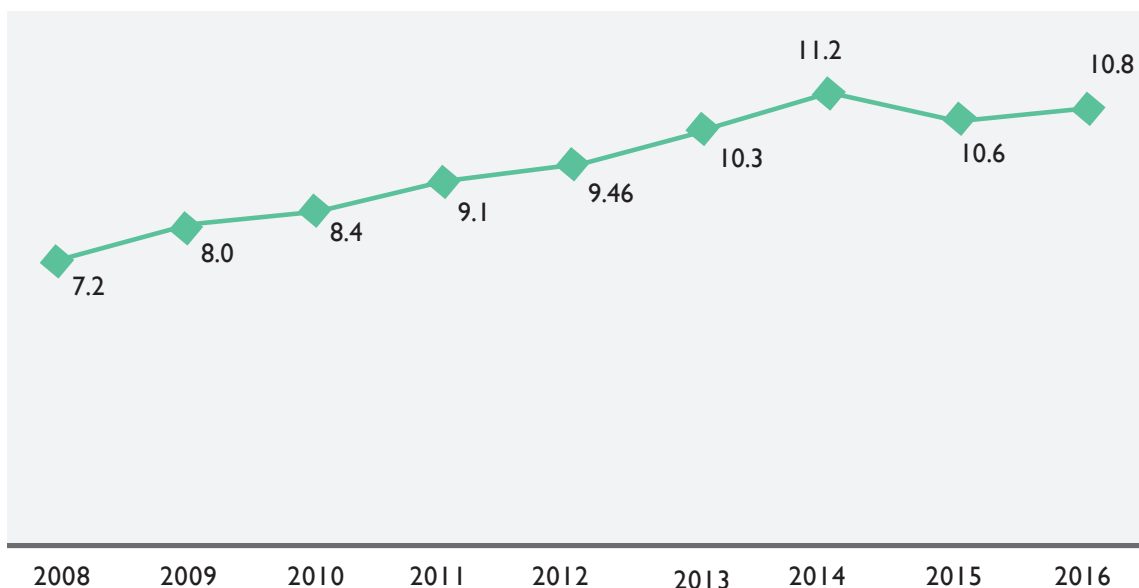
Numri i vizitave të kryera nga Qendrat Shëndetësore të kujdesit parësor

Numri total i vizitave të kryera gjatë vitit 2016 është 6,238,261, nga të cilat 5,765,851 vizita janë kryer nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes dhe 472,410 vizita nga mjekët specialistë.

Numri total i vizitave në Qendrat Shëndetësore qytet për vitin 2016 është 4,124,000 vizita ose 66% e totalit të numrit të vizitave, ndërsa në Qendrat Shëndetësore në zonat rurale 2,114,000 vizita ose 34% e numrit të vizitave.

Grafiku i mëposhtëm paraqet ecurinë e numrit mesatar të vizitave nga Mjeku i Përgjithshëm dhe i Familjes gjatë periudhës 2008-2016.

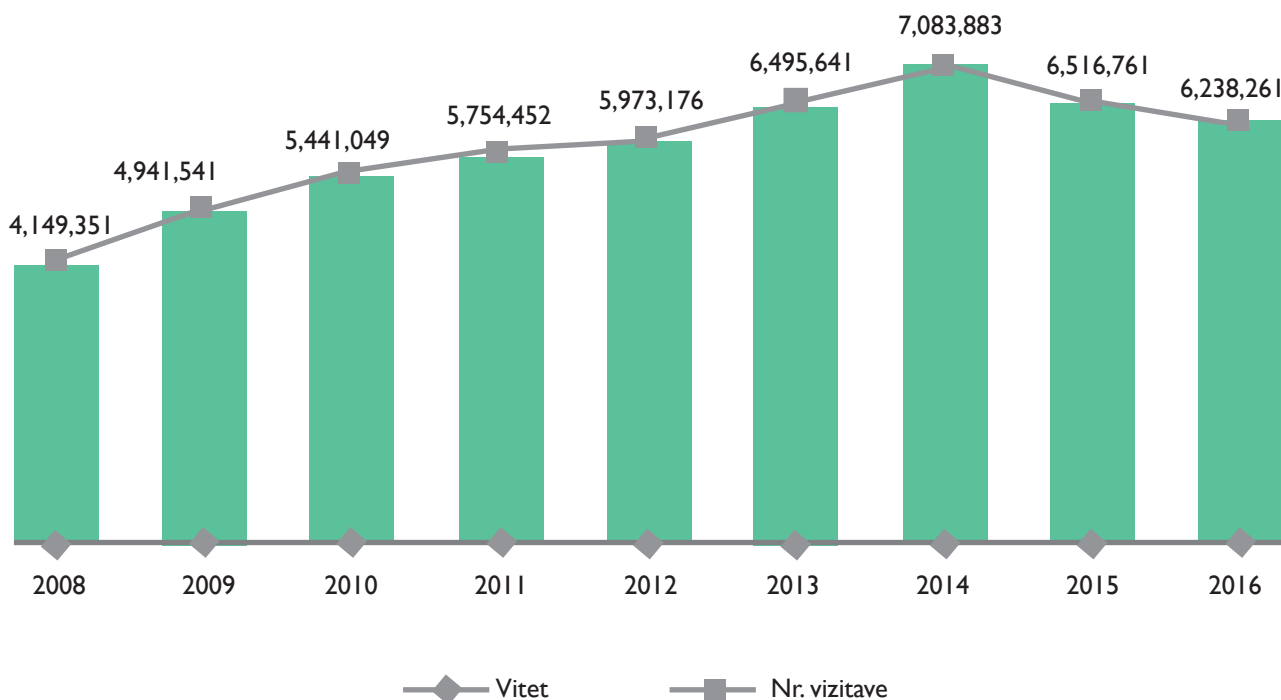
Mesatarja ditore e Nr.Vizitave për MPF 2008 - 2016



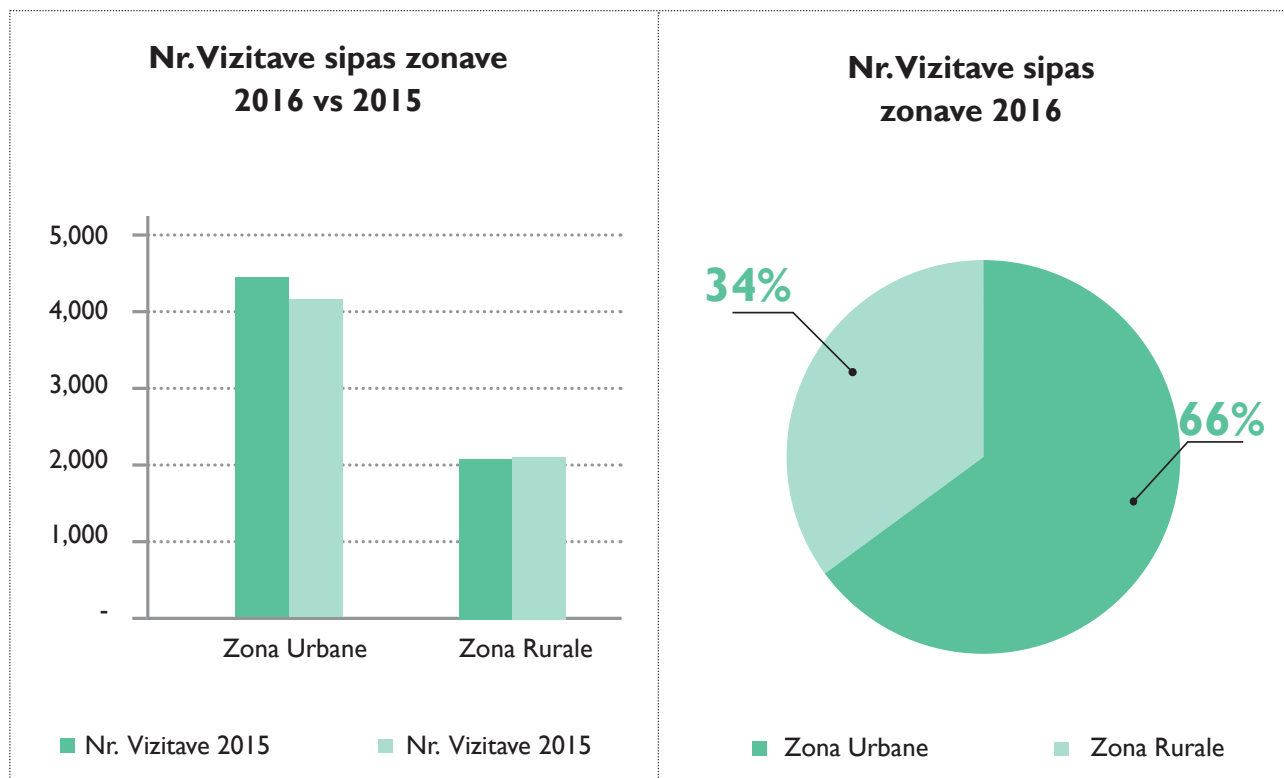
Nga paraqitja grafike e kurbës në vite, vihet re një trend në rritje, nga viti në vit të numrit mesatar të vizitave në ditë. Krahasuar me vitet 2008-2013, nga të gjithë Qendrat Shëndetësore sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitin 2016 ka një rritje të numrit mesatar ditor të vizitave për mjek nga 7.2% në 2008 në 10.8 % në 2016.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrave të vizitave të mjekëve të Qendrat Shëndetësore të kujdesin parësor gjatë viteve 2008 – 2016.

Ecuria e Nr.Vizitave 2008 - 2016

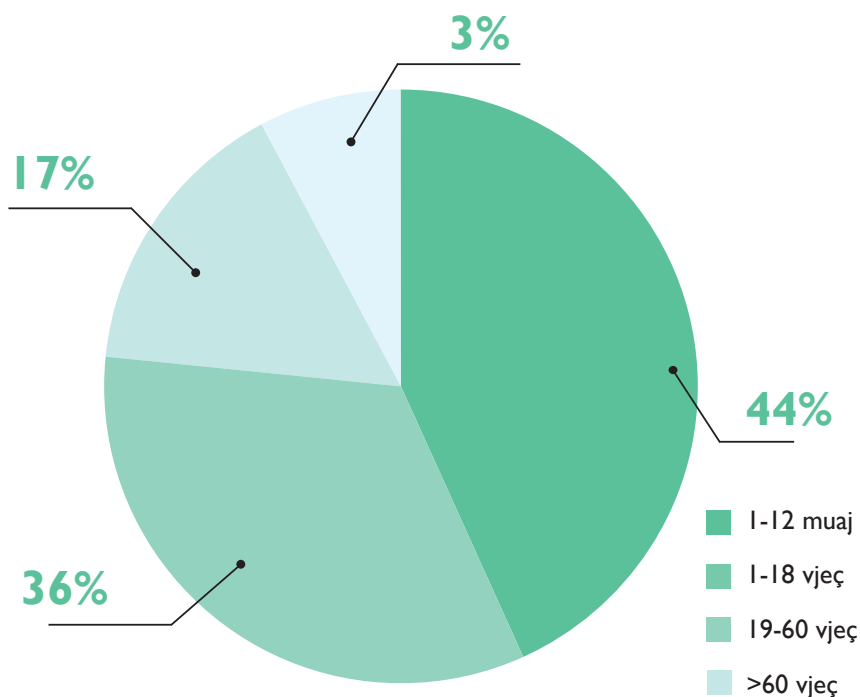


Në grafikun e mëposhtëm paraqiten vizitat e kryera për vitin 2016 krahasuar me vitin 2015, sipas zonave urbane dhe rurale.



Nga tabela grafike jepen të dhënat sipas zonave të shprehur në (%), ku shihet shpërndarja e vizitave sipas zonave. Zonat urbane zënë rreth 66% të vizitave totale ndërsa zonat rurale 34% të vizitave totale për vitin 2016. Gjatë vitit 2016 zonat urbane kanë realizuar 305 mijë vizita (7%) numër vizitash më pak se gjatë vitit 2015, ndërsa zonat rurale rreth 27 mijë vizita (1%) më shumë se gjatë vitit 2015.

Vizitat e realizura për vitin 2016 të shpërndara sipas grup-moshave



Nga realizimi i vizitave të kryera në Qendrat Shëndetësore të kujdesit parësor në rang vendi përqindjen (%) më të madhe të vizitave e kryejnë kategoria e pacientëve mbi 60 vjeç që zënë 44% të totalit vizitave, të pasuar me vizitat e moshës 15-60 vjeç me 36 %, vizitat e moshës 1-18 vjeç me 17 %, dhe vizitat e moshës 1-12 muajsh me 3% të vizitave.

7.2 Kontrolli Mjekësor Bazë

Kontrolli Mjekësor Bazë tashmë është shtrirë në të gjithë territorin e vendit. I përcaktuar me Vendimin Nr.185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të Kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 35-70 vjeç”,(Ndryshuar me VKM nr.721, datë 12.10.2016).

Për gjatë gjithë vitit, është monitoruar në të gjithë vendin realizimi i procesit të Kontrollit Mjekësor Bazë për grupmoshat 35-70 vjeç.

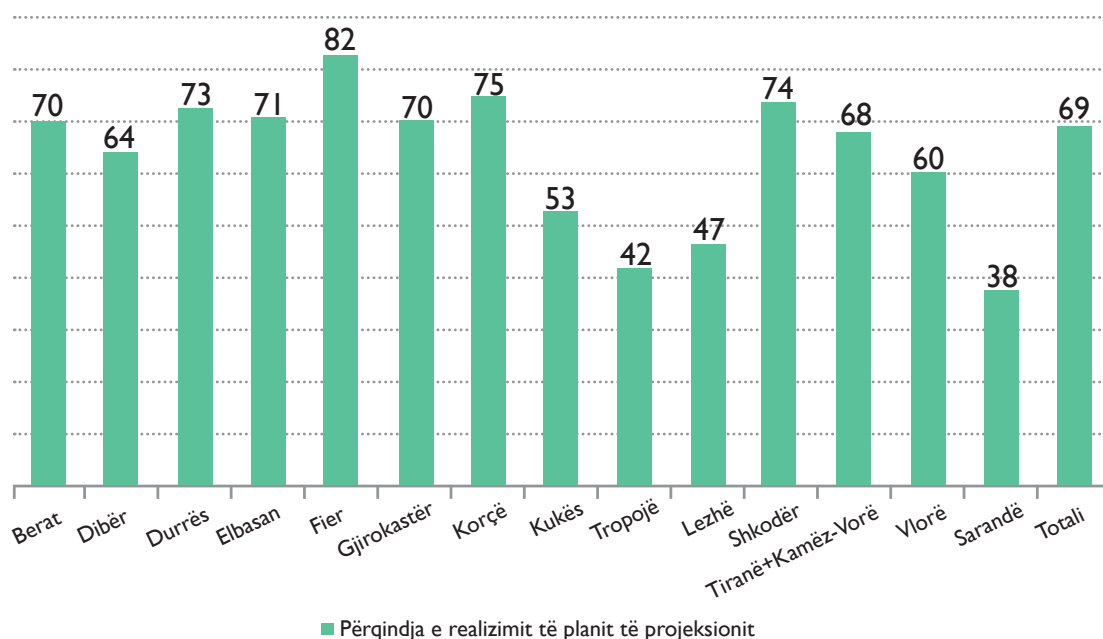
Inspektimi dhe monitorimi i aktivitetit të Kontrollit Mjekësor Bazë për vitin 2016 në të gjithë rajonet e vendit ka konsistuar në:

- » Funksionimi i aparaturave të instaluar dhe pajisja me materialet konsumable në kabinetet e Check-up;
- » Procedurat e kontrollit dhe plotësimi të dokumentacionit individual të intervistimit, marrjes së gjakut me vakum, kryerjes së EKG, ruajtjes së kontejnerëve dhe dokumentimi i dorëzimit të epruvetave me mostrat e marra;
- » Përgatitja e përgjigjes nga mjeku i përgjithshëm i familjes, përcaktimi i shkallës së riskut, referimi tek mjeku specialist;
- » Numrin mesatar të kontrolleve Check-up për çdo kabinet;

Për vitin 2016 janë kryer gjithsej 329,555 kontrole,nga këto 167,922 (51%) janë realizuar nga kabinetet e check-up në zonat urbane dhe 161,633 (49%) në zonat rurale. Në gjithë territorin e vendit janë ngritur dhe funksionojnë 382 kabinate check-up të palëvizshëm (140 në zonat urbane dhe 242 në zonat rurale) dhe rreth 60 qendra shëndetësore mbulohen me njësi lëvizëse.

Bazuar në projeksionin e planifikuar për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për vitin 2016, treguesi në rang vendi është realizuar në masën prej 69 %. Për vitin 2016 janë realizuar 85,135 kontrole më shumë se sa në vitin 2015.

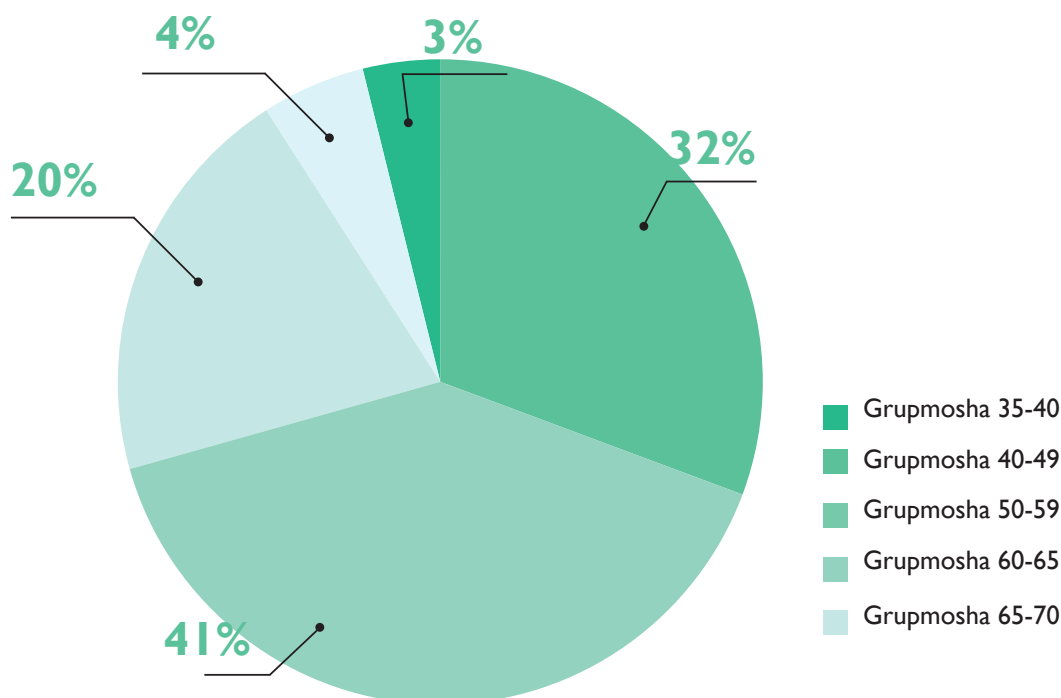
Përqindja e realizimit të planit të projeksionit check-up Janar - Dhjetor



Për periudhën Janar-Dhjetor 2016, sipas matjes së nivelit të riskut 20% të rasteve kanë qënë me risk të lartë, 32% me risk të moderuar dhe 48% me risk të ulët ose pa risk.

Rreth 45% e rasteve me risk të lartë janë referuar për sëmundjet kardiovaskulare dhe 15% për sëmundjet endokrinë kundrejt 10% të referuara për vitin 2015.

Kontrolli Check-up sipas grupmoshave për vitin 2016



7.3 Paketat e shërbimeve në shërbimin spitalor

Për vitin 2016, FSDKSH ka lidhur kontratë me 40 spitale publike, për financimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara prej tyre. Më konkretisht:

- » 5 Spitale Universitare;
- » 11 Spitale Rajonale;
- » 24 Spitale Bashkiake;

Në vitin 2016, FSDKSH lidhi kontrata për financimin e paketave shëndetësore të ofruara, të miratuara me Vendim të Këshimit të Ministrave me 5 institucione publike, 6 institucione jopublike dhe 1 shoqëri konçesionare (Shoqëria DiaVita sh.p.k), që ofroi shërbimin e dializës në 3 qendra (Shkodër, Lezhë, Vlorë).

Paketat shëndetësore të miratuara me Vendim të Këshillit të Ministrave dhe të ofruara nga institucionet shëndetsore publike dhe jopublike janë:

- » paketa për shërbimin e dializës;
- » paketa për shërbimin e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë;
- » paketa për shërbimin e transplantit të veshkës dhe flakjes akute;
- » paketa për shërbimin e implantit koklear;

Aktiviteti spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2016 janë monitoruar gjithsej 14 indikatorë të performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar dhe vlerësuar nga sektori i shërbimit spitalor në vlerësimin e performancës spitalore janë: niveli i shfrytëzimit të shtratit, ditëqëndrimi mesatar, xhiro e shtratit në spitale, përqindja e numrit të pacientëve të shëruar të dalë nga spitali, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

Në total për vitin 2016 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 271,323 pacientë. Numri total i shtrimeve për spitalet rajonale është 109,357 për spitalet universitare 122,642 dhe për spitalet bashkiake është 39,324.

Për vitin 2016, 63.14% e shtrimeve në spital janë bërë nëpërmjet shërbimit të urgjencës dhe jo në mënyrë të planifikuar, një fenomen i dukshëm vitet e fundit.

Sa i takon ekzaminimeve, për vitin 2016 në spitalet rajonale janë kryer në total 639,972 ekzaminime imazherike. Nga totali i ekzaminimeve imazherike të kryera në spitale, numrin më të madh e zënë ekzaminimet e kryera për pacientë të siguruar në masën 78.2% dhe të pasiguruarar 21.8%.

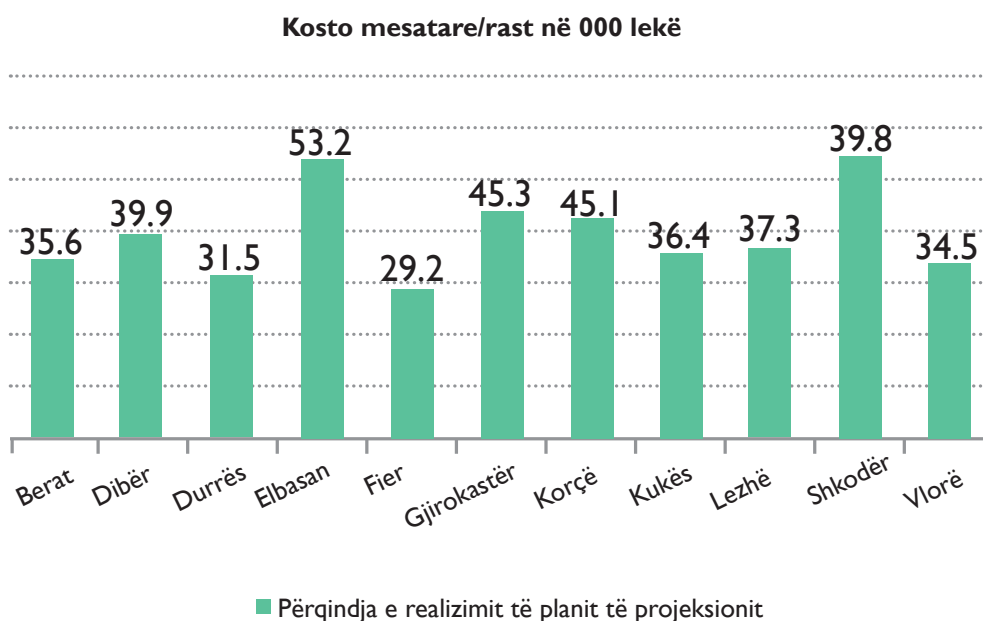
7.4 Kostot spitalore

Falë përmirësimit të sistemit të shpenzimeve spitalore, Fondi ka kryer përpunimin e të dhënave që raportohen nga spitalet.

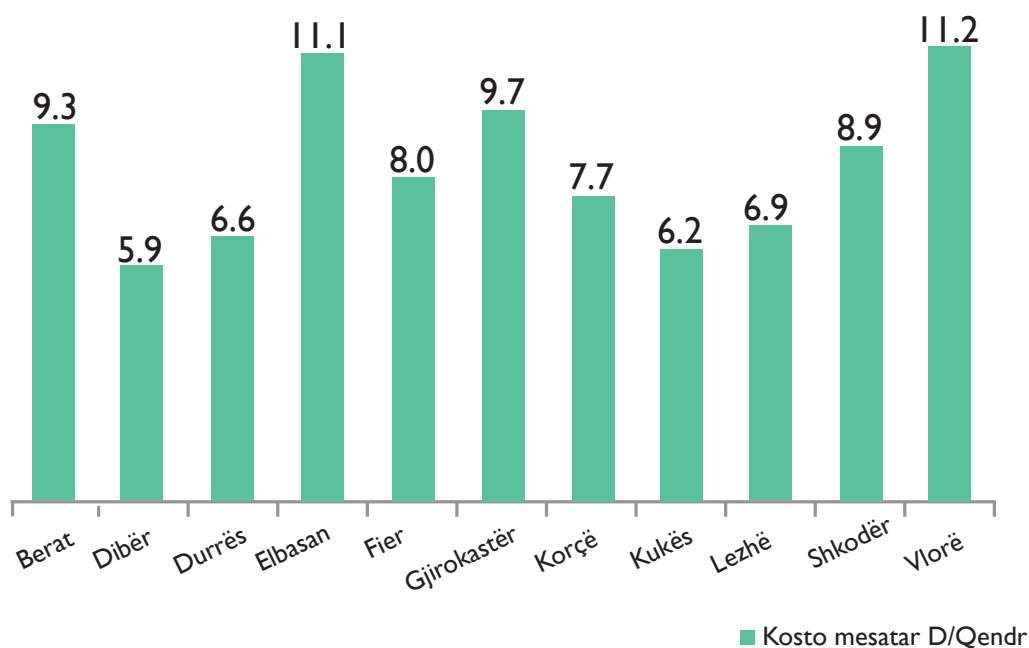
Kosto mesatare për rast në nivel spitalor:

- » Kosto mesatare/rast në spitalet nivel Rajonal është 37.7 mijë lekë
- » Kosto mesatare/ rast në spitalet nivel Bashkie është 48.1 mijë lekë
- » Kosto mesatare/rast në spitalet nivel Universitar (3 spitalet) është 40.4 mijë lekë
- » Kosto mesatare/rast në spitalin nivel Universitar “Mbretëresha Geraldinë” është 28.5 mijë lekë
- » Kosto mesatare/rast në spitalin nivel Universitar “Koço Gliozheni” është 36.6 mijë lekë
- » Kosto mesatare/rast në spitalin nivel Universitar i Sëmundjeve të Mushkrisë “Shefqet Ndroqi” është 84 mijë lekë

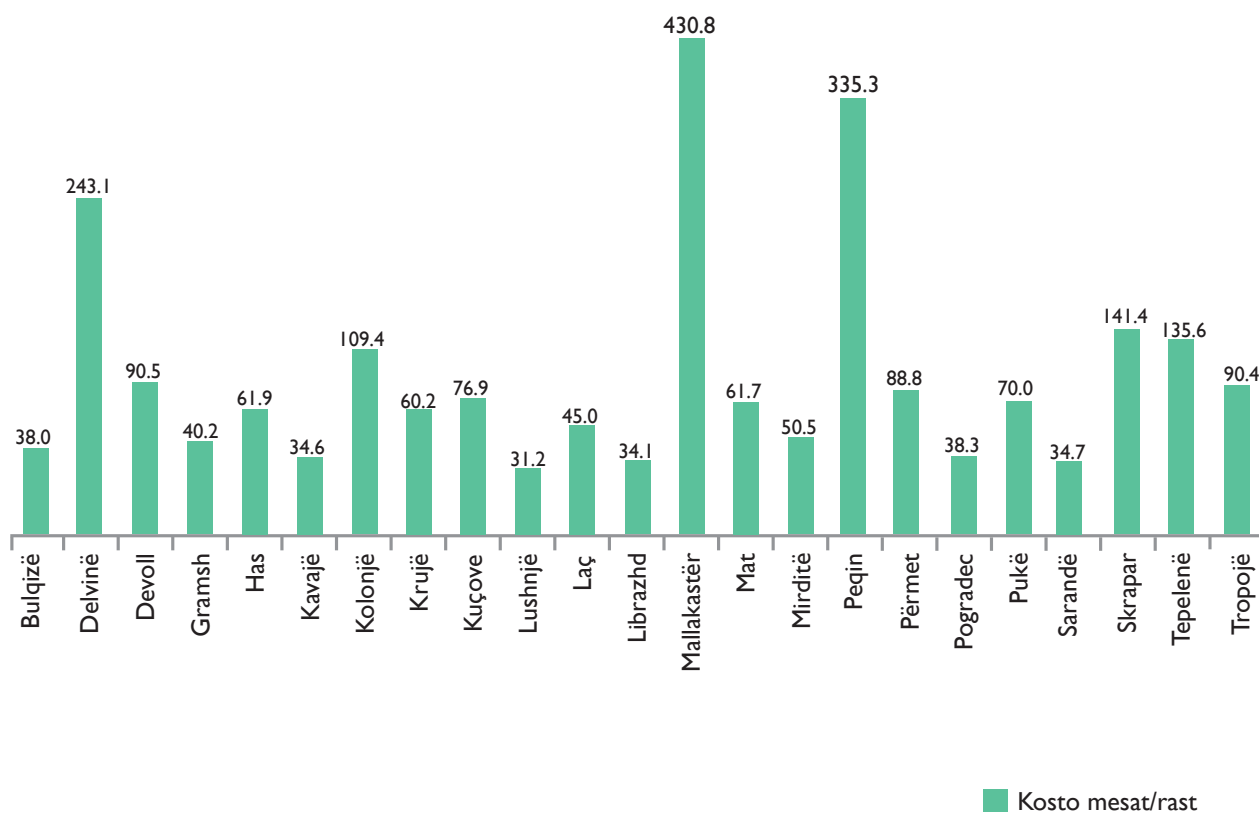
Grafiku i koston mesatare për rast për spitalet në nivel Qarku



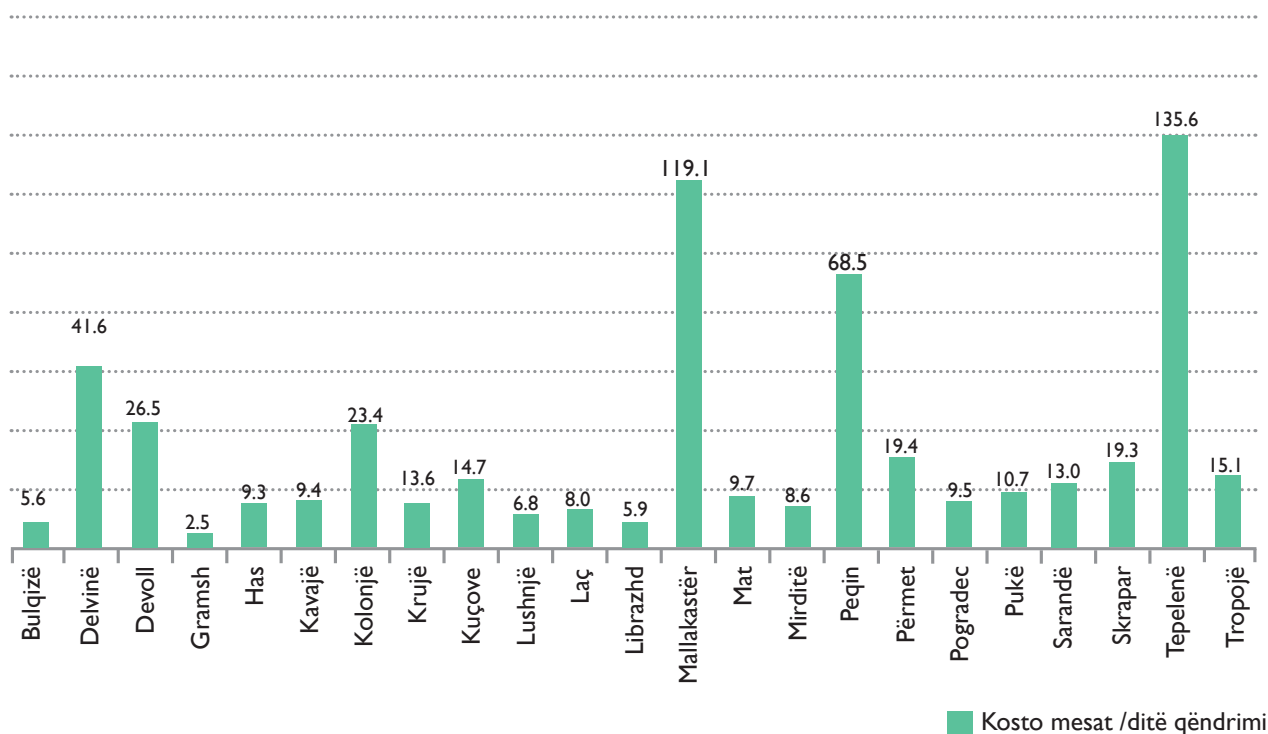
Grafiku i koston mesatare Ditë/qëndrimi në spitalet Rajonale



Grafiku i koston mesatare për rast në spitalet Bashkiake



Grafiku i koston mesatare Ditë qëndrimi në spitalet Bashkiake



Një prej arritjeve më të rëndësishme të skemës për vitin 2016 ishte vazhdimi i implementimit të paketave shëndetësore si:

- » Pacemakera definitive;
- » Angiografi koronare + kat.zemre;
- » Angioplastika koronare (PCI);
- » Intervente te rivaskularizimit kirurgjikal;
- » Interventet Valvolare;
- » Intervente kongenitale;
- » Implantit Koklear;
- » Transplantit të veshkës;
- » Terapia e flakjes akute;
- » Dializa;

U miratua një plan prej rreth 2.7 miliardë lekë për realizimin e paketave shëndetësore në institucionet publike e private.

- » Gjatë vitit 2016 janë realizuar gjithësej për paketën e dializës me nr.mesatar vjetor 277 raste ose 36,014 seanca dialize në spitale publike dhe 786 raste (mesatarja vjetore) ose 108,389 seanca dialize në spitale jopublike;
- » Janë realizuar gjithsej 221 raste me pacemaker në spitale publike;
- » Jane realizuar 3,968 angiografi në spitale publike dhe 870 raste angiografi në spitale jopublike. Janë realizuar 1,666 angioplastika në spitale publike dhe 206 raste në spitale jopublike;
- » 442 raste me bypass aortokoronar në spitale publike dhe 228 raste në spitale jopublike;

- » 240 raste me intervente valvolare në spitale publike dhe 108 raste në spitale jopublike;
- » 79 raste me intervente kongenitale në spitale publike;
- » Jane kryer 9 transplant veshke dhe 0 terapi e flakjes akute në spitale jopublik;

Përmbledhëse e Paketave Shëndetësore të realizuara për periudhën Janar - Dhjetor 2016 sipas spitaleve publike dhe jopublike.

Paketa shëndetësore	Spitale Publike	Spitale Private	Konçesionare Dia Vita	Totali
Dializa (Muaji dhjetor, nr i pacienteve të trajtuar)	237	655	131	1,023
Angioplastikë Koronare	1,666	206	-	1,872
Angiografi Koronare	3,968	870	-	4,838
Pacemaker definitiv	221	3	-	224
By pass Aorto-koronar	442	228	-	670
Intervente Valvolare	240	108	-	348
Intervente Kongenitale	79	-	-	79
Transplant i veshkës	-	9	-	9

Realizimi i paketës së dializës në spitalet jopublike

	Viti 2016	Amerikan	Hygeia	Aks	Dia Vita Shkodër	Dia Vita Lezhë	Dia Vita Vlorë	Totali
Nr.	Muaji	Nr.Paci	Nr.Paci	Nr.Paci	Nr.Paci	Nr.Paci	Nr.Paci	Nr.Paci
1	Janar	452	150	46	-	-	-	648
2	Shkurt	450	154	46	-	-	-	650
3	Mars	448	155	41	-	-	-	644
4	Prill	453	158	41	-	-	-	652
5	Maj	456	158	42	-	-	-	656
6	Qershor	471	164	43	-	-	34	712
7	Korrik	439	169	47	60	-	37	752
8	Gusht	455	178	51	66	-	42	792
9	Shtator	446	169	47	65	-	37	764
10	Tetor	439	169	56	50	37	36	787
11	Nëntor	442	153	55	46	36	35	767
12	Dhjetor	445	158	52	54	39	38	786

Realizimi i paketës së dializës në spitalet publike

	Viti 2016	QSUT	Shkodër	Elbasan	Gjirokastrë	Totali
Nr.	Muaji	Nr.Pacientëve	Nr.Pacientëve	Nr.pacientëve	Nr.pacientëve	
1	Janar	139	55	68	35	297
2	Shkurt	134	55	66	36	291
3	Mars	131	59	69	37	296
4	Prill	139	59	70	40	308
5	Maj	153	56	74	35	318
6	Qershor	157	59	72	35	323
7	Korrik	139	60	73	40	303
8	Gusht	126	-	74	37	236
9	Shtator	138	-	72	35	245
10	Tetor	131	-	72	35	238
11	Nëntor	131	-	71	35	237
12	Dhjetor	145	-	57	35	237

7.5 Lista e barnave të rimbursueshme

Lista e barnave të rimbursueshme është një nga paketat e rëndësishme që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Mbi bazën e kontratave të FOND-it me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas Listës së Barnave të Rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive – e caktuar me Vendim të Këshillit të Ministrave. Pacienti e përfiton shërbimin në farmaci, në bazë të recetës së përshkruar nga mjeku, ndërsa rimbursimi i subjekteve farmaceutike bëhet sipas recetave të regjistruara në sistem.

Në Janar 2016 Sektori i Kontraktimit ndoqi procedurat për pranimin e dokumentacionit dhe lidhjen e shtojcë-kontratave 2015 me 41 Importues Farmaceutikë gjithashtu u lidhën shtojcë-kontratat trepalëshe me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, me 11 Spitale Rajonale, Spitalin e Lushnjës dhe me 11 importues farmaceutikë. Gjithashtu nga ana e Drejtorive Rajonale të Fondit në Janar 2016 u rilidhën shtojcë-kontratat me: 831 Farmaci, 99 Agjenci Farmaceutike, 18 Shpërndarës Farmaceutikë dhe 17 IEVP (Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale).

Gjatë vitit 2016 e kanë shtrirë efektin ekonomik dy Lista Barnash të Rimbursueshme, nga Janari- Maj 2016, Lista e Barnave e miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr.202 datë 4.03.2015, e ndryshuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 367 datë 6.05.2015. Nga 1 Qershor 2016 ka hyrë në fuqi Lista e Barnave e miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 380 datë 25.05.2016, e ndryshuar me VKM nr. 391 datë 01.06.2016.

Lista e Barnave të Rimbursueshme 2016 përmban 1.070 alternativa tregëtare, nga të cilat 527 janë alternativa të para, nga 489 që përmbante Lista e 2015. Ajo ka 42 principe aktive më shumë se 2015, ndryshe ka 322 principe aktive, nga 280 që përmbante lista paraardhëse.

Nga krahasimi i Çmimeve Referencë 2016/2015, rezulton rënie mesatarisht 6.9% të çmimeve në Listën e Barnave të Rimbursueshme 2016, ose në vlerë absolute rreth 343 milionë lekë. Kjo do të thote së edhe në Listën e Barnave të Rimbursueshme 2016 kanë vazhduar të vijjnë çmime më të ulura se vitet paraardhëse.

Barnat e reja të Listës së Barnave të Rimbursuara 2016

Kod Bari	Kodi ATC	Emërtimi Kimik	Forma	Shërbimi ku përdoret
692	A10AE04	Insulin Glargine 300 Nj.N./ml	pre-filled pen.	endokrinologji (diabet)
675	B01AC23	Cilostazol 100 mg	tablet	
693	B01AF01	Rivar oxaban 10 mg	f.c.tabl.	Shërbimit të Kirurgjisë Vazale
694	B01AF01	Rivaroxaban 15 mg	f.c.tabl.	Shërbimit të Kirurgjisë Vazale
695	B01AF01	Rivaroxaban 20 mg	f.c.tabl.	Shërbimit të Kirurgjisë Vazale
647	B03AB05	Iron (III) 50 mg/ml	pika nga goja	Në hematologji
643	B03XA01	Epoetin 30 000 Nj.N	pre-filled syringe	Në hematologji
684	B03XA01	Epoetin 30 000 Nj.N	pre-filled syringe	Në hematologji
683	C01EB18	Ranolazine 750 mg	prlg.tab.	Terapinë kardiake
650	C03CA01	Furosemide 25 mg	tablet	Terapinë kardiake
676	C03EB01	Spirolactone + Furosemide 50 + 20 mg	capsul	Terapinë kardiake
696	C08DA51	Verapamil + Trandonapril 180 + 2 mg	tab. shpr.	Terapinë kardiake
697	C08DA51	Verapamil + Trandonapril 240 + 4 mg	tab. shpr.	Terapinë kardiake
711	C09AA09	Fosinopril 10 mg	tablet	Terapinë kardiake
712	C09BA09	Fosinopril + Hydrochlorthiazide 20 + 12,5 mg	tablet	Terapinë kardiake
652	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine 40 + 5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
653	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine 20 + 5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
654	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine + Hydrochlorothiazide 20 + 5 + 12,5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
655	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine + Hydrochlorothiazide 40 + 5 + 25 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
698	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 24 + 26 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
699	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 49 + 51 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
700	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 97 + 103 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
701	C10AB05	Fenofibrate 160 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
677	G04BD08	Solifenacin 5 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologjia
678	G04BD08	Solifenacin 10 mg	f.c.tabl.	Nefrologji
656	H03BB02	Thiamazole 5 mg	tablet	Nefrologji
657	J05AX16	Dasabuvir 250 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologji / Hepati C
665	J05AX65	Ledipasvir + Sofosbuvir 90+400 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologji / Hepati C
660	J05AX67	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 12,5+75+50 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologji / Hepati C
707	L01AX03	Temozolomide 100 mg	capsul	Neurokirurgjisë
708	L01AX03	Temozolomide 250 mg	capsul	Neurokirurgjisë
673	L01XE04	Sunitinib 50 mg	hard cap.	Onkologji
682	L01XE05	Sorafenib 200 mg	f.c.tabl.	Onkologji
704	L01XE08	Dabrafenib 50 mg	hard cap.	Onkologji
705	L01XE08	Dabrafenib 75 mg	hard cap.	Onkologji
702	L01XE11	Pazopanib 200 mg	f.c.tabl.	Onkologji

703	L01XE11	Pazopanib 400 mg	f.c.tabl.	Onkologji
710	L01XE33	Palbociclib 125 mg	capsul	Onkologji
658	L03AB04	Peginterferon alfa-2b 120mcg/0.5ml	pen	Gastro-hepatologji dhe infektiv
659	L03AB04	Peginterferon alfa-2b 150mcg/0.5ml	pen	Gastro-hepatologji dhe infektiv
685	L04AA29	Tofacitinib 5 mg	f.c.tabl.	Rheumatologji
662	L04AB01	Etanercept 25 mg	pre-filled syringe	Rheumatologji / dermatologji
663	L04AB01	Etanercept 50 mg	pre-filled syringe	Rheumatologji / dermatologji
664	L04AB04	Adalimumab 40mg/0,8ml	pre-filled syringe	Rheumatologji / dermatologji
706	M01BX	Naproxen + Codein Phosphate 500 + 30 mg	f.c.tabl.	Rheumatologji
686	M04AA03	Febuxostat 80 mg	f.c.tabl.	Rheumatologji
661	N02AA01	Morphine sulfate 20 mg/ml	pika nga goja	Onkologji
670	N02AA05	Oxycodone 10 mg	tablet	Onkologji
648	N06AX23	Desvenlafaxine 100 mg	tablet	Psikiatri
690	N06AX23	Desvenlafaxine 50 mg	tablet	Psikiatri
668	N07AX02	Cholina Alfoscerate 400 mg	capsul	Neurologji/psikiatri

Barnat e reja kombinime, të Listës së Barnave të Rimbursuara 2016

Kod Bari	Kodi ATC	Emërtimi Kimik	Forma	Shërbimi ku përdoret
676	C03EB01	Spirolactone + Furosemide 50 + 20 mg	capsul	Terapinë kardiake
696	C08DA51	Verapamil + Trandonapril 180 + 2 mg	tab. shpr.	Terapinë kardiake
697	C08DA51	Verapamil + Trandonapril 240 + 4 mg	tab. shpr.	Terapinë kardiake
712	C09BA09	Fosinopril + Hydrochlorthiazide 20 + 12,5 mg	tablet	Terapinë kardiake
652	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine 40 + 5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
653	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine 20 + 5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
654	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine + Hydrochlorothiazide 20 + 5 + 12,5 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
655	C09DB02	Olmesartan + Amlodipine + Hydrochlorothiazide 40 + 5 + 25 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
698	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 24 + 26 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
699	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 49 + 51 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
700	C09DX04	Sacubitril + Valsartan 97 + 103 mg	f.c.tabl.	Terapinë kardiake
665	J05AX65	Ledipasvir + Sofosbuvir 90+400 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologji / Hepati C
660	J05AX67	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 12,5+75+50 mg	f.c.tabl.	Gastro-hepatologji / Hepati C
706	M01BX	Naproxen + Codein Phosphate 500 + 30 mg	f.c.tabl.	rheumatologji

Kategoritë me rritjen më të madhe janë si më poshtë:

- » Kategoria “Fëmijë 1-18 vjeç” ka një rritje prej 99 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 89.2% më shumë, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është rritur me 20,112 receta, në krahasim me vitin 2015.
- » Kategoria “Pensionistë” ka një rritje prej 97 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 2.6% më shumë, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është ulur me 150,654 receta, në krahasim me vitin 2015.
- » Kategoria “Raste të veçanta” ka një rritje prej 84 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 14.7% më shumë, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është ulur me 1,529 receta, në krahasim me vitin 2015.

Kategoritë me uljen më të madhe janë si më poshtë:

- » Kategoria “Veteranë” ka një ulje prej 114 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 44.9% më pak, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është rritur me 21,427 receta, në krahasim me vitin 2015.
- » Kategoria “Popullsi aktive” ka një ulje prej 63 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 78.9% më pak, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është rritur me 28,551 receta, në krahasim me vitin 2015.
- » Kategoria “Të papunë, ndihmë ekonomike, asistencë” ka një ulje prej 47 milionë lekë ose e shprehur në përqindje 80.8% më pak, në krahasim me vitin 2015. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2016 është rritur me 29,788 receta, në krahasim me vitin 2015.

8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

8.1 Startimi i Implementimit të Nënshkrimit Elektronik në zbatim të recetës elektronike në të gjithë vendin.

Projekti i recetës elektronike do të zbatohet njëkohësisht me implementimin e sistemit të nënshkrimit elektronik për dhënësit e shërbimit shëndetësor. Sistemi i nënshkrimit elektronik për qytetarët dhe profesionistët e shëndetësisë për përdorimin e shërbimeve të shëndetësisë elektronike (PKI) është një sistem i mundur nga Ministria e Shëndetësisë. Fondi ka përfunduar brenda muajit Shtator 2016 procedurat e zhvendosjes së infrastrukturës Hardware dhe Software pranë Agjencisë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit, si i vetmi institucion i çertifikuar për këtë proces.

Mbas këtij procesi, u mundësuan gjenerimi i 3 nënshkrimeve test (mjek, farmaci, farmacist) për FSDKSH-në në kuadër të testeve të bashkëveprimit të këtyre dy projekteve.

Nëpërmjet komunikimeve shkresore në Tetor 2016 janë realizuar mbledhja e informacionit për çdo dhënësi shërbimi mjekësor (mjek, farmaci, farmacist) për DRF Tiranë dhe DRF Kamëz Vorë, DRF Durrës, për të proceduar me aplikimet dhe gjenerimin e Nënshkrimeve Elektronike, kusht ky për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetës elektronike.

8.2 Startimi i Implementimit të Sistemit të recetës elektronike në të gjithë vendin

Sistemi i Recetës Elektronike Kombëtare (e-Rx) ka pësuar një sërë ndryshimesh nga ajo e aplikuar në rrethin e Durrësit dhe kjo ka ardhur pasi:

- » Në sistemin e madh e-Rx përfshihen modulet informatike si:
 - sistemi e-Farmacia;
 - receta e rimbursueshme;
 - kontrolli online në DRF i recetës;
 - moduli financiar;
- » Në sistemin e madh e-Rx janë reflektuar listat e kufizimeve:
 - LBR 2016 me të gjitha kufizimet;
 - lista e kufizimeve nga DKP;
 - lista e kufizimeve nga DCRB;

Përfshirja e këtyre kufizimeve do të sjellë zbatimin më me saktësi të protokolleve mjekësore si dhe minimizimin e gabimeve të bëra nga dhënësit e shërbimit mjekësor.

- » Në sistemin e madh e-Rx është kërkuar mos printimi i recetës nga mjeku;
- » Në sistemin e madh e-Rx janë reflektuar dhe zgjidhur të gjitha problematikat e gjetura nga testimi i projektit pilot;
- » Në sistemin e madh e-Rx çdo recetë elektronike do të shoqërohet nga procesi i nënshkrimit elektronik për të gjithë mjekët, farmacistët dhe farmacistët;

8.3 Vendosja në përdorim i sistemit financiar dhe burimeve njerëzore

Gjatë 2016, në zbatim të rregullores së përgjithshme të Fondit u realizua rakordimi i të dhënave midis sektorit të Statistikës dhe sektorit të Financës në Drejtorinë Rajonale të Fondit. Kjo detyrë i erdhi në ndihmë regjistrimit të të dhënave të sistemit financiar dhe burimeve njerëzore, kontrollit, upgrade-it dhe vënies në efikasitet të sistemit të menaxhimit financiar dhe burimeve njerëzore në platformën e integruar (blade servera) që Fondi disponon.

Për këtë qëllim u realizuan trajnime të ndryshme, si dhe u mundësuan përditësimi i të dhënave në sistem për periudhën e vitit 2016, si dhe saktësuan të dhënat e vitit 2015. DIAS, nëpërmjet mbështetjes teknike në bashkëpunim me përfaqësuesit e kompanisë implementuese, realizoi me sukses vendosjen në funksionim të plotë të këtij sistemi brenda afatit të vendosur nga titullari.

8.4 Përmirësimi i sistemit të aplikimit dhe gjenerimit të Kartës së Shëndetit

Prej 15 shkurtit 2016 ka nisur shpërndarja online e Kartës së Shëndetit. Kjo mënyrë e re e aplikimit bën të mundur pajisjen e qytetarëve me Kartën e Shëndetit me anë të një dokumenti të vetëm, Kartës së Identitetit.

Falë këtij shërbimi është bërë e mundur eliminimi i ecejakeve të qytetarëve për t'u pajisur me dokumenta të tjera shtesë që nevojiteshin për t'u pajisur me kartë shëndeti. Informatizimi i këtij shërbimi bën të mundur lidhjen dhe marrjen në kohë reale të informacionit në disa institucione njëherësh, regjistrin e Gjendjes Civile, regjistrin e pensioneve, regjistrin e kontribuesve, regjistrin e punëkërkuësve, si dhe regjistrin e ndihmës ekonomike. Të gjithë qytetarët që janë të regjistruar në regjistrin e pacientëve pranë mjekut të tyre të familjes mund të futen në portalin qeveritar e-albania dhe ta printojnë vetë Kartën e Shëndetit pa qenë nevoja të paraqiten në sportelet e Fondit. Shpërndarja e Kartës së Shëndetit ka nisur në dhjetor të vitit 2014 dhe nga janari i vitit 2016 deri në dhjetor të 2016 janë shpërndarë 1,325,738 karta në të gjithë Shqipërinë nga të cilat 13,372 karta janë gjeneruar nga portali e-Albania. Gjithashtu është ndërtuar një platformë software për të ekspozuar, shkëmbyer të dhëna me shërbime të tipit e-service:

- » AKSHI - Konsultim në Regjistrin Elektronik të Gjendjes Civile të shtetasve mbi bazën e NID – Numrit ID me webService
- » ISSH - Konsultim në Regjistrin e Pensionistëve mbi bazën e NID – Numrit ID me webService
- » DPT - Konsultim në Regjistrin e Kontribuesve mbi bazën e NID – Numrit ID me webService
- » DPT - Konsultim në Regjistrin e Kontribuesve mbi bazën e NID – Numrit ID me webService
- » SHKP - Konsultim në Regjistrin e Punëkërkuësve mbi bazën e NID për tre rrethe: Tiranë, Durrës, Elbasan – Numrit ID me webService

9. MONITORIMI I KONTRATAVE ME DHËNËSIT E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

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

9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave

Përveç monitorimit të vazhdueshmëm nga Drejtoritë rajonale, degët dhe agjencitë e Fondit, nga Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik për vitin 2016, janë ushtruar kontrole në 400 subjekte që kanë lidhur kontratë me FOND-in si më poshtë :

- » 77 Qendra Shëndetësore;
- » 77 drejtorë të Qendrave Shëndetësore;
- » 211 mjekë të përgjithshëm e të familjes, me kontratë me FSDKSH;
- » 85 farmaci dhe agjenci farmaceutike të kontraktuara me FSDKSH;
- » 27 depo importuese që kanë kontratë me FSDKSH;

Në përfundim të kontroleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- » zgjidhje kontrate për 9 subjekte farmaceutike;
- » shpërblim dëmi ekonomik ndaj 279 subjekteve të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 14,299,953.3 lekë;
- » masë administrative Gjobë për 31 subjekte të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 242,000 lekë;
- » masë administrative kushte penale për 52 subjekte të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 4,930,593.8 lekë;
- » kallëzim penal për dy mjekë të përgjithshëm dhe të familjes;

9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Gjatë vitit 2016 janë kontrolluar 209 Qendra Shëndetësore me kontrole të plota në rajonet: Shkodër, Berat, Kukës, Gjirokastrë, Tiranë, si dhe 2 Qendra Shëndetësore me kontrole tematike në rajonin e Fierit.

Kontrollet tematike janë ushtruar në 2 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes në lidhje me informacione, observacione dhe ankesa të ardhura në drejtim të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2016 janë kontrolluar me kontroll të plotë gjithësej:

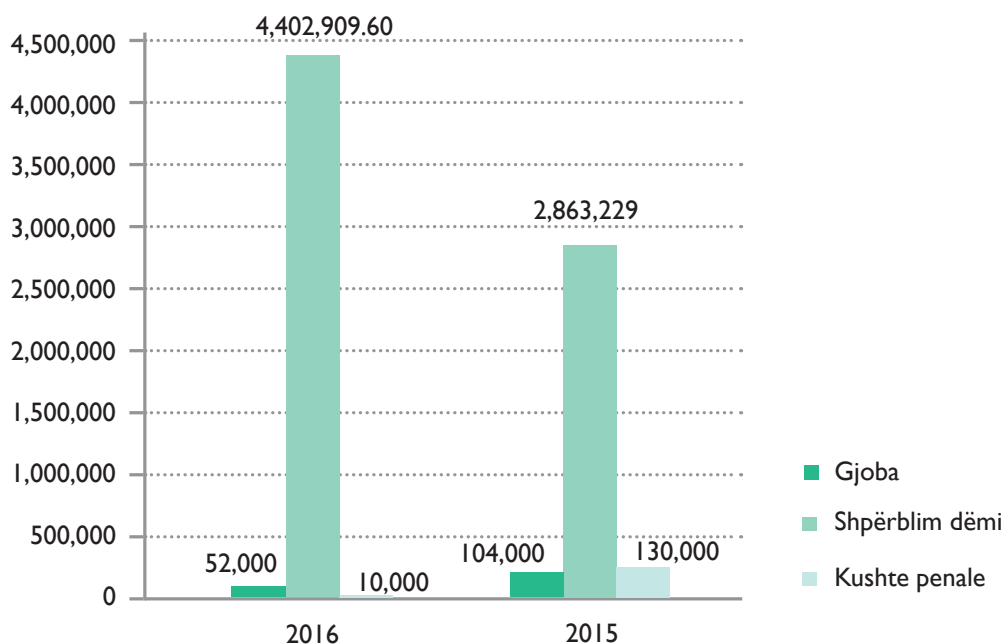
- » 77 drejtorë të Qendrave Shëndetësore;
- » 209 mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- » 2 mjekë të përgjithshëm e të familjes (kontrole tematike);

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

- » detyrim shpërblim dëmi në vlerën 4,702,009.6 lekë ndaj 211 mjekëve të përgjithshëm të familjes;

- » gjoba në vlerën 72,000 Lekë ndaj 9 mjekëve të përgjithshëm të familjes;
- » kushte penale në vlerën 10,000 lekë respektivisht ndaj 2 drejtorëve të qendrave shëndetësore, mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- » kallëzim penal për 2 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes (për lëshimin e recetave fiktive me rimbursim);

Gjithashtu janë ushtruar kontrolle tematike në lidhje me ankimmimet e bëra nga subjektet me kontratë dhe të siguruarit që përfitojnë shërbim shëndetësor, duke bërë të mundur zgjidhjen e ankesave për problemet e konstatuara.

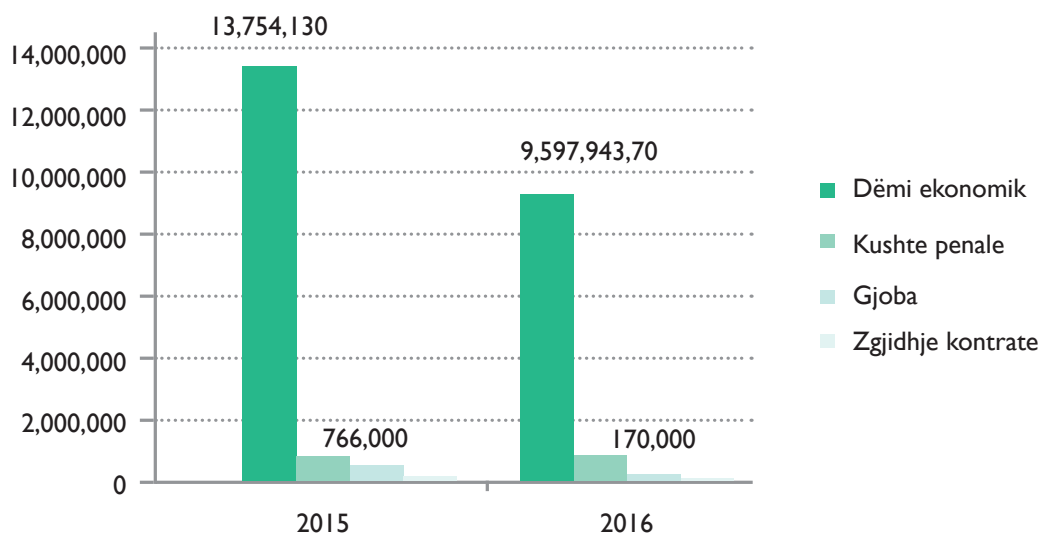


9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

Gjatë vitit 2016, për një kontroll sa më efektiv të qarkullimit të barnave me rimbursim në subjektet farmaceutike janë ushtruar kontrolle me objekt zbatimin e përgjegjësisë dhe detyrimeve kontraktuale të subjekteve farmaceutike me kontratë me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, në zbatim të skemës së sigurimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor.

Janë ushtruar kontrolle me inventarizim dhe tematik në subjektet me kontratë me Drejtoritë Rajonale të Fondit Lezhë, Sarandë, Tropojë, Fier, Tiranë, Shkodër, Elbasan, Korçë, Kamëz-Vorë, Dibër.

- » Janë kontrolluar me inventarizim dhe tematikë 85 farmaci;
- » Shuma e përgjithshme e dëmit ekonomik, kushtet penale dhe gjobat është 10,742,943.7 lekë;
- » Eshtë marrë masa e zgjidhjes së kontratës për 9 farmaci;
- » Gjoba në vlerën 170,000 lekë për 22 subjekte farmaceutike lekë;
- » Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 9,597,943.7 lekë për 68 subjekte farmaceutike;
- » Kusht penal në vlerën 975,000 lekë për 44 subjekte farmaceutike;



Për periudhën Janar-Dhjetor 2016, kontrollat në depot farmaceutike, kanë qënë tematike, kryesisht mbi disponibilitetin e barnave në tregun farmaceutik, si dhe për mungesën e tyre për një periudhë 1 (një) mujore, verifikimin e vërtetësisë së faturave të furnizimit të subjekteve farmaceutike dhe të skadencës së barnave të tregëtuara.

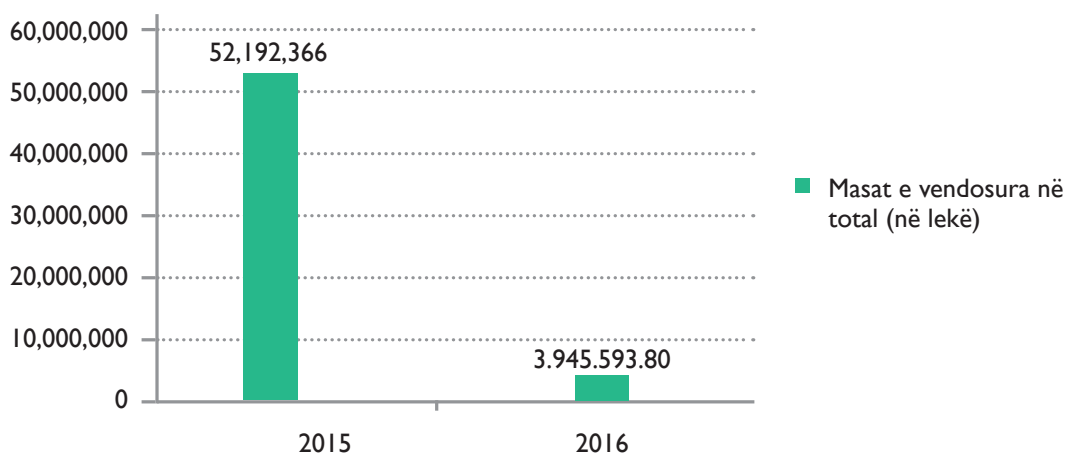
Nga sektori i Kontrollit të Depove janë ushtruar gjithsej 27 kontrolle në subjektet farmaceutike si më poshtë:

- » 26 depo importuese ;
- » 1 depo shpërndarëse;

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- » masë administrative kushte penale në total ndaj 6 subjekteve, në total në vlerën 3,945,593.8 lekë, nga të cilat :
- » masë administrative kusht penal për diferencat në plus ndaj 1 subjekti në vlerën 245,593.8 lekë;
- » masë administrative kusht penal për deklarim jo të saktë në FOND ndaj 1 subjekti në vlerën 200,000 lekë;
- » masë administrative kusht penal për mungesë të barnave në treg ndaj 5 subjekteve në vlerën 3,500,000 lekë;

Masat e vendosura në total (në lekë)



9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga spitalet

Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare dhe Kontrollit Spitalor ka zhvilluar kontrolle për vitin 2016 në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza"- Labororët Klinikë Biokimikë, Mikrobiologjikë, Imunologjikë dhe Anatomisë Pathologjike, si dhe në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Koço Gliozheni" si më poshtë:

Vlera e Dëmit Ekonomik për subjektet Universitare është 31.345 lekë.

Masat për subjektet universitare në total 12 raste:

- Masa organizative 8 raste ose 67%
- Dëm ekonomik 4 raste ose 33%

Sektori i Kontrollit Spitalor Universitar për vitin 2016 ka kontrolluar gjithashtu Spitalet jo publike me kontratë me DSHSUKS-Spitali Hygeia dhe Spitali Amerikan 1 dhe 2 dhe degët e tij në Fier dhe Durrës, si më poshtë:

Vlera e Dëmit Ekonomik dhe Kushtit penal për subjektet jo publike është 938.667 lekë.

Masat për Subjektet jo publike në total 13 raste:

- Masa organizative 8 raste ose 62%
- Dëm ekonomik 4 raste ose 31%
- Kusht penal 1 rast ose 7%

» Monitorimi i zbatimit të kontratave me spitalet publike

Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare dhe Kontrollit Spitalor, në zbatim të kontratës S/2016 të FSDKSH-së me spitalet për vitin 2016, ka zhvilluar kontrolle në shkallë vendi dhe ka kontrolluar 11 Spitale Rajonale dhe Bashkiake.

Vlera e Dëmit Ekonomik për subjektet Spitalore Rajonale dhe Bashkiake është 17,694,265 lekë.

Masat për Subjektet e Drejtorive Rajonale dhe Bashkiake në total:

- Masa organizative 416
- Kusht penal 366,000 lekë
- Gjoba (Shkelje prokurime) 20 raste 1,080,000 lekë
- Dëm ekonomik 17,694,265 lekë
- Vërejtje me paralajmërim, këshillime për 39 punonjës.

10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT

10.1 Auditim i zyrave rajonale të Fondit

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka organizuar një sistem efikas të kontrollit të brendshëm, përmes të cilit, risqet identifikohen e monitorohen, gjë e cila ka sjellë një menaxhim financiar në përputhje me legjislacionin në fuqi, duke dhënë një garanci të arsyeshme se fondet përdoren me efektivitet.

Për vitin 2016 u realizuan gjithësej 16 misione auditimi. Në fund të këtyre misionëve u përcaktuan 159 masa organizative, masa çdëmtuese në vlerën 4,826 mijë lekë, masa administrative në vlerën 184 mijë lekë, masa disiplinore në 106 raste. Të gjitha rekomandimet e dhëna janë pranuar nga subjektet, zbatimi i të cilave ka filluar me përfundimin e auditimit.

Drejtoria e Auditit të brendshëm, mbështetur në gjetjet e rezultuara gjatë vitit 2016, ka bërë të mundur përmirësimin e sistemeve të menaxhimit të riskut, nxitjen e kontrolleve dhe përmirësimin cilësor të tyre, rritjen e besueshmërisë së informacionit financiar, si dhe përmirësimin e disa udhëzimeve dhe akteve të tjera administrative, duke siguruar kështu një vlerë të shtuar në Fond.

Në këtë kuadër, përveç përmirësimeve të bëra në rregulloret, udhëzimet, vendimet që kanë të bëjnë me kontrollin e brendshëm, një drejtim ku u përqendrua puna e auditit, ishte ngritja cilësore e aktivitetit të kontrollit në të gjitha strukturat.

11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT

FONDI konsideron komunikimin me publikun, si një hallkë të rëndësishme të punës së tij, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetin e institucionit, në përmbushje të nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore.

Zbatimi i ligjit të sigurimeve shëndetësore, pasqyrimi i përfitimeve që kanë qytetarët nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, aksesit i tyre në shërbimin shëndetësor, kontrollet e skemës nga ana e Institucionit në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientët, dixhitalizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të komunikimit tonë me publikun.

Duke e parë informimin si një urë lidhëse midis Fondit dhe palëve të interesuara, gjatë vitit që lamë pas, ne jemi fokusuar qartazi në publikimin e çdo risije apo materiali informues në lidhje me shërbimet, detyrimet apo përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në skemën e sigurimeve shëndetësore. Pasqyrimi i çdo aktiviteti, informacioni apo njoftimi në web-in e FSDKSH-së, www.fsdksh.gov.al ka tërhequr interesimin e qytetarëve dhe numri i klikimeve është rritur ndjeshëm duke e çuar në 71,532 numrin e vizitorëve të faqes.

Frekuenca e shikimeve dhe rishikimeve të faqes, ka arritur në 652,800. Rreth 600 njoftime, informacione dhe materiale të aktivitetit të Fondit janë publikuar dhe përditësuar në faqen tonë zyrtare, si dhe në mediat sociale Facebook dhe Twitter.

Drejtoria e Marrëdhënieve me Publikun, përgjatë vitit 2016 ka administruar Zyrën e Informacionit për qytetarët ku janë pritur dhe sqaruar rreth 1635 kërkesa për informacion dhe është menaxhuar portali online E-ANKESA, për të qenë sa më afër publikut dhe për t'iu përgjigjur në kohë kërkesave për informacion, si edhe denoncimit të fenomeneve abuzive. Gjithashtu në fokus të punës sonë ka qenë edhe ndjekja e zbatimit të programit të transparencës, në bazë të detyrave që burojnë nga Ligji nr.119/2014, "Për të drejtën e informimit".

12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

12.1 Bashkëpunimi ndërinstitucional

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Shëndetësisë për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Këshilli i Ministrave është organi, i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të Fondit. Në këtë kuadër, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Financave për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e Fondit.

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

Bashkëpunim ndërinstitucional është realizuar me Ministrinë e Inovacionit dhe Administratës Publike, Ministrinë e Punëve të Brendshme, Ministrinë e Punës dhe Çështjeve Sociale, Institutin e Sigurimeve Shoqërore, Drejtorinë e Përgjithshme të Tatimeve, Shërbimin Social Shtetëror, Shërbimin Kombëtar të Punësimit, Drejtorinë e Përgjithshme të Gjendjes Civile, dhe autoritetin shtetëror qendror përgjegjës për trajtimin e të huajve, mbi dhënien e informacionit për personat e siguruar nga sistemi i detyrueshëm shëndetësor.

12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

Gjatë vitit 2016 ka vazhduar procesi i implementimit të marrëveshjes së përgjithëshme administrative ndërmjet Qeverisë së Republikës së Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës së Turqisë, në lidhje me mbrojtjen shoqërore dhe plotësimi i formularëve për sigurimin shëndetësor të shtetasve turq në kuadër të marrëveshjes ndërmjet Qeverisë së Turqisë dhe Qeverisë së Shqipërisë, në fushën e mbrojtjes shoqërore. Është realizuar takimi me specialistët e Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë në kuadër të marrëveshjes dypalëshe, në Tiranë, në të cilën u miratuan formularët e zbatimit të marrëveshjes. Gjithashtu është realizuar takimi me specialistët e Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Hungarisë, në kuadër të marrëveshjes dypalëshe për negociimin e formularëve që do të aplikohen, të zhvilluar në datat 7-8-9 mars 2016, në ambientet e Institutit të Sigurimeve Shoqërore, në të cilin u miratuan formularët e zbatimit të marrëveshjes. Janë zhvilluar dy takime bilaterale me përfaqësuesit e Republikës Federale Gjermane, në kuadër të marrëveshjes për mbrojtjen shoqërore, në muajin Prill dhe në muajin Tetor.

Gjatë këtij viti është asistuar në përgatitjen e draft-memorandumit të bashkëpunimit me AKSH-in lidhur me vendosjen e sportelit dixhital të portalit e-Albania në ambientet e Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit, si dhe u hartuan draft-marrëveshjet për shkëmbimin e të dhënave me disa institucione në zbatim të vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 307, datë 21.5.2014, "Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga siguri i detyrueshëm shëndetësor". Gjithashtu filluan procedurat për nënshkrimin e marrëveshjeve me Shërbimin Kombëtar të Punësimit, Shërbimin Social Shtetëror, Drejtorinë e Përgjithshme të Tatimeve, Institutin e Sigurimeve Shoqërore, Drejtorinë e Përgjithshme të Gjendjes Civile, Ministrinë e Punëve të Brendshme, Ministrinë e Arsimit dhe Sporteve, dhe dërgimi për mendim i draft-marrëveshjeve të përgatitura nga Fondi pranë institucioneve përkatëse.

13. 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 elektronikë për pacientët, me qëllim rritjen e eficiencës, transparencës dhe ofrimit të shërbimeve sa më afër qytetarëve;
- » FONDI synon ofrimin e shërbimeve shëndetësore për të gjithë popullatën në përputhje me politikat e Qeverisë për të shkuar drejt mbulimit shëndetësor universal;

13.1 Objektivat për vitin 2017

- » Përmirësimi i mëtejshëm i qëndrueshmërisë financiare të skemës, duke synuar përdorimin me efektivitet të burimeve të financimit, forcimit të kontrollit të shpenzimeve etj;
- » Rritja e nivelit dhe cilësisë së kontrollit ndaj dhënësve të shërbimit të kontraktuar, me qëllim pastrimin e skemës nga përpjekjet për abuzime me fondet;
- » Karta e shëndetit on-line, projekt i parashikuar për vitin 2017 dhe i realizuar që në fillim të vitit;
- » Rritja e cilësisë së shërbimit në shërbimin parësor dhe përmirësimi i metodave monitoruese të performancës së mjekëve të përgjithshëm e të familjes;
- » Sensibilizimi i popullatës për pjesëmarrje të grup moshave 35-70 vjeç në Kontrollin Mjekësor Bazë;
- » Financim i paketave spitalore në kapacitete të ngritura në spitale të tjera publike;
- » Zgjerimi i listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2017;
- » Shtrirja e projektit të recetës elektronike në të gjithë vendin, që do të na mundësojë arritjen e misionit të FSDKSH-së për zbatimin me rigorozitet të skemës së sigurimeve shëndetësore në përfitim të qytetarëve;
- » Implementimi i sistemit të firmës elektronike për mjekët e farmacistët;
- » Zgjerimin e partneritetit publik - privat, në funksion të ofrimit të shërbimeve dhe paketave shëndetësore në rajone të tjera të vendit, si edhe për rritjen e cilësisë së shërbimit në spitalet publike;
- » Financimi i shërbimit të integruar të furnizimit të instrumentave kirurgjikalë të sterilizuar në spitalet e vendit;
- » Vendosja në qendër të vëmendjes të publikut të sistemit të sigurimeve shëndetësore, nëpërmjet prezencës së vazhdueshme në media;

