

Raport Vjetor 2025



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

PARATHËNIE

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

Prill 2026

TABELA E PËRMBAJTJES

Shkurtime e përdorura	5
1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.....	7
1.1 Vizioni.....	7
1.2 Misioni	7
1.3 Baza Ligjore.....	7
2. Menaxhimi i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor	8
2.1 Drejtimi i Fondit.....	8
2.2 Struktura organizative e Fondit gjatë vitit 2025	9
2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2025	10
3. Zbatimi i Skemës së Sigurimeve Shëndetësore.....	11
3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore	11
3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri	12
3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve.....	12
3.4 Sigurimi vullnetar.....	13
3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve	13
3.6 Masa e kontributit	13
4. Burimet Financiare.....	14
4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2025	14
4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore (DPT, ISSH).....	17
4.3 Transferta nga buxheti i shtetit.....	17
4.4 Të ardhura të tjera	17
5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor.....	18
5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve	20
5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor	21
5.3 Financimi i shërbimit spitalor	21
6. Shpenzime të tjera të Fondit.....	23
6.1 Shpenzimet administrative	23
6.2 Shpenzimet për investime	23
7. Përfitimet e Popullatës	24
7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor	24
7.2 Kontrolli mjekësor bazë	27
7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor	31
7.4 Paketat shëndetësore	47
7.5 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikalë.....	54
7.6 Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme	57
8. Zhvillimi i sistemit të informacionit.....	65
8.1 Sistemi elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes.....	65

8.2	Përditësimi i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike	66
8.3	Sistemi i recetës elektronike.....	67
8.4	Zbatimi i sistemit eKontroll: sistemi i kontrollit të subjekteve që kanë kontratë me Fondin.....	68
8.5	Sistemi Regjistri i të Siguruarve.....	68
8.6	Përmirësimi i rrjetit të FSDKSH	69
9.	Monitorimi i kontratave me dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore	69
9.1	Monitorimi i zbatimit të kontratave	69
9.2	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore.....	70
9.3	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike.....	71
9.4	Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet	73
9.5	Problematikat Kryesore.....	75
10.	Përmirësimi i Administrimit të Fondit	75
10.1	Misioni i auditimit të brendshëm	76
10.2	Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit	76
10.3	Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre.....	77
10.4	Rekomandime	78
10.5	Konkluzione	79
11.	Komunikimi dhe Informimi i Publikut.....	80
12.	Bashkëpunimi me Institucionet	82
12.1	Bashkëpunimi ndërinstitutional.....	82
12.2.	Marrëveshjet Ndërkombëtare.....	83
13.	Prioritetet Strategjike dhe Objektivat.....	85
13.1	Prioritetet strategjike	85
13.2	Objektivat vjetore 2026.....	85

Shkurtime e përdorura

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

HAP	Health for All Project
SQDNE	Sistemi i Qarkullimit të Dokumenteve me Nënshkrim Elektronik
KDI	Koordinatori për të Drejtën e Informimit
PB	Platforma e Bashkëqeverisjes
SMP	Spektori i Marrëdhënieve me Publikun
FB	Facebook

1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

1.1 Vizioni

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

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

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

1.2 Misioni

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

1.3 Baza Ligjore

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

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

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

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

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

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

2.1 Drejtimi i Fondit

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

- Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i FSDKSH-së dhe ka në përbërjen e tij 7 (shtatë) anëtarë, përkatësisht:
 - Ministri i Shëndetësisë ose përfaqësuesi i tij;
 - Ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij;
 - Ministri i Mirëqenies Sociale dhe Rinisë ose përfaqësuesi i tij;
 - Drejtori i Përgjithshëm i Fondit ose përfaqësuesi i tij;
 - Drejtori i Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesi i tij;
 - Një përfaqësues i sindikatës së të punësuarve, të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave;
 - Një përfaqësues i organizatës së profesionistëve të shëndetësisë, të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave.
- Në kuadër të ndryshimeve të ministrive dhe emërtimeve të tyre, aktualisht përbërja e Këshillit Administrativ është si më poshtë:
 - Ministri i Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale ose përfaqësuesi i tij (2 përfaqësues);
 - Ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij;
 - Drejtori i Përgjithshëm i Fondit ose përfaqësuesi i tij;
 - Drejtori i Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesi i tij;

2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2025

1. Vendimi nr. 1, datë 29.01.2025 “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2025”;
2. Vendimi nr. 2, datë 29.01.2025 “Për financimin shtesë të spitaleve publike për realizimin e paketave të shërbimeve të miratuara me Vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2025”;
3. Vendimi nr. 3, datë 29.01.2025 “Për një ndryshim në vendimin nr. 491, datë 24.07.2024 të Këshillit të Ministrave “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””;
4. Vendimi nr. 4, datë 29.01.2025 “Për një ndryshim në vendimin nr. 29, datë 31.10.2024 “Për krijimin e Komisionit teknik të Listës së Pajisjeve Mjekësore dhe Paketës së trajtimit të stomës, të rimbursuara për vitin 2025””;
5. Vendimi nr. 5, datë 03.03.2025 “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2025”;
6. Vendimi nr. 6, datë 03.03.2025 “Për miratimin e marrëveshjes tip “Për reduktimin e çmimit të alternativave tregtare të barnave të Listës së barnave që rimbursohen, nga mbajtësi / përfaqësuesi i mbajtësit të autorizimit për tregtim në kushtet e mungesës së alternativës së parë në treg””;
7. Vendimi nr. 7, datë 29.04.2025 “Për miratimin e raportit financiar dhe bilancit vjetor 2024 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
8. Vendimi nr. 8, datë 29.04.2025 “Për mënyrën e përdorimit të fondit rezervë të vitit 2024”;
9. Vendimi nr. 9, datë 29.04.2025 “Për një ndryshim në rregulloren financiare nr. 5 datë 17.12.2014 të Fondit, miratuar me Vendim të Këshillit Administrativ nr. 21, datë 17.12.2014”, të ndryshuar”;
10. Vendimi nr. 10, datë 29.04.2025 “Për miratimin e raportit vjetor 2024 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
11. Vendimi nr. 11, datë 24.06.2025 “Për miratimin e kontratës për rimbursimin e paketave të trajtimit të stomave”;
12. Vendimi nr. 12, datë 24.06.2025 “Për miratimin e kontratës për përshkrimin e recetës elektronike të paketave të trajtimit të stomave për vitin 2025”;
13. Vendimi nr. 13, datë 30.07.2025 “Për një ndryshim në vendimin nr. 1, datë 29.01.2025 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2025”;
14. Vendimi nr. 14, datë 30.07.2025 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2025”;
15. Vendimi nr. 15, datë 30.07.2025 “Për propozimin për një ndryshim në vendimin nr. 15, datë 09.01.2025, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025””;

16. Vendimi nr. 16, datë 28.08.2025 “Për miratimin e programit buxhetor afatmesëm 2026 - 2028 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
17. Vendimi nr. 17, datë 23.09.2025 “Për lirimin nga detyra e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor z. Spartak Zekja”;
18. Vendimi nr. 18, datë 23.09.2025 “Për emërimin në detyrën e Drejtorit të ri të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
19. Vendimi nr. 19, datë 04.11.2025 “Për rishpërndarje buxheti dhe shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2025”;
20. Vendimi nr. 20, datë 04.11.2025 “Për propozimin për një ndryshim në vendimin nr. 15, datë 09.01.2025, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025, i ndryshuar””;
21. Vendimi nr. 21, datë 04.11.2025 “Për propozimin e ndryshimit të transfertës së buxhetit midis programeve, brenda buxhetit të miratuar të Fondit për vitin 2025”;
22. Vendimi nr. 22, datë 17.12.2025 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2025”;
23. Vendimi nr. 23, datë 23.12.2025 “Për një ndryshim në vendimin nr. 1, datë 29.01.2025 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2025”, të ndryshuar”;
24. Vendimi nr. 24, datë 23.12.2025 “Për propozimin për një ndryshim në vendimin nr. 15, datë 09.01.2025, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025, të ndryshuar””;
25. Vendimi nr. 25, datë 23.12.2025 “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor për vitin 2026”;
26. Vendimi nr. 26, datë 23.12.2025 “Për krijimin e komisionit të hartimit të listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2026”.

3. Zbatimi i Skemës së Sigurimeve Shëndetësore

3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore

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

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

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

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

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

3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri

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

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

3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor, ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore. Personat e siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor regjistrohen në regjistrin elektronik të të siguruarve, i krijuar dhe i menaxhuar nga FSDKSH. Identifikimi i personave të siguruar bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrimit elektronik ose portalit e-Albania. Regjistri i të siguruarve përmban të dhëna lidhur me kategoritë e personit të siguruar ekonomisht aktiv, jo aktiv ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit. Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, personat e siguruar, mund të bashkëpagojnë një pjesë të çmimit.

3.4 Sigurimi vullnetar

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

3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve

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

Personat e punësuar me profesion në fushën e teknologjisë së informacionit (IT) dhe të regjistruar në subjektet me aktivitet kryesor në fushën e teknologjisë së informacionit, të cilët ushtrojnë aktivitetin e tyre sipas ligjit nr. 58/2022, “Për krijimin, organizimin dhe funksionimin e parqeve teknologjike dhe shkencore”, të miratuara sipas legjislacionit në fuqi për këtë kategori, paguajnë kontributet e sigurimeve shëndetësore në nivelin e pagës minimale mujore në shkallë vendi, me miratimin paraprak të punëmarrësit, të evidentuar në kontratën e punës, pavarësisht pagës bruto të deklaruar.

3.6 Masa e kontributit

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3.4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3, 4 dhe 5 të nenit 7, të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

Për të punësuarit, kontributet paguhet, në masën 50% (për qind) nga punëdhënësi dhe në masën 50% (për qind) nga i punësuar.

4. Burimet Financiare

4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2025

Buxheti fillestar i Fondit:

Buxheti i miratuar me Ligjin nr. 115/2024 “Për buxhetin e vitit 2025”, për Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, është 63,132 milionë lekë. Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk e tejkalon tavanin prej 12,600 milionë lekësh. Fondi për shërbimin spitalor detajohet dhe përdoret me vendim të Këshillit të Ministrave.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 15, datë 09.01.2025, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025”, është detajuar buxheti për shërbimin spitalor.

Ndryshimet e buxhetit fillestar:

Me Aktin Normativ nr. 6, datë 11.06.2025, “Për disa ndryshime dhe shtesa në Ligjin nr. 115/2024, “Për buxhetin e vitit 2025”, të ndryshuar, është rishpërndarë vlera e transfertës së buxhetit midis dy programeve që financohen nga Fondi, financimit të kujdesit parësor e atij spitalor në vlerën 621.1 milionë lekë, pa ndryshuar buxhetin në total të Fondit.

Me shkresë të Ministrisë së Financave nr. 269/3 Prot., datë 17.07.2025, është njoftuar ndryshimi i mësipërm.

Me Aktin Normativ nr. 10, datë 08.10.2025, ka ndryshuar burimi i të ardhurave të Fondit.

Është pakësuar transferta e buxhetit me 786 milionë lekë, duke shtuar të ardhurat nga kontributet dhe të tjera me 786 milionë lekë.

Me shkresë të Ministrisë së Financave nr. 15562 Prot., datë 31.10.2025, është dërguar plani i ri të ardhurave, nga të cilat, kontribute të sigurimeve shëndetësore që mblidhen nga DPT për 23,431 milionë lekë, kontribute të sigurimeve shëndetësore që mblidhen nga ISSH për 76 milionë lekë dhe të ardhura të tjera për 105 milionë lekë.

Me VKM nr. 682, datë 12.11.2025, vlera prej 200 milionë lekë është transferuar në buxhetin e QSUNT.

Me VKM nr. 683, datë 12.11.2025 është miratuar një ndryshim i transfertës midis programeve, prej 200 milionë lekë, duke pakësuar transfertën për shërbimin parësor e duke rritur me të njëjtën vlerë, transfertën për shërbimin spitalor, në buxhetin e Fondit.

Me Aktin Normativ nr. 11, datë 19.12.2025, “Për disa ndryshime dhe shtesa në Ligjin nr. 115/2024, “Për buxhetin e vitit 2025”, të ndryshuar”, është shtuar në buxhetin e Fondit vlera e transfertës së buxhetit për shërbimin spitalor me 1.76 miliardë lekë.

Me VKA nr. 23, datë 23.12.2025, “Për një ndryshim në vendimin nr.1, datë 29.01.2025 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të

Kujdesit Shëndetësor për vitin 2025”, të ndryshuar”, janë reflektuar të gjitha ndryshimet buxhetore të vitit 2025.

Me VKM nr. 834, datë 30.12.2025 është reflektuar shpërndarja e shtesës së buxhetit spitalor në spitale.

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

(Në milion lekë)

FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESHËNË SHËNDETËSOR

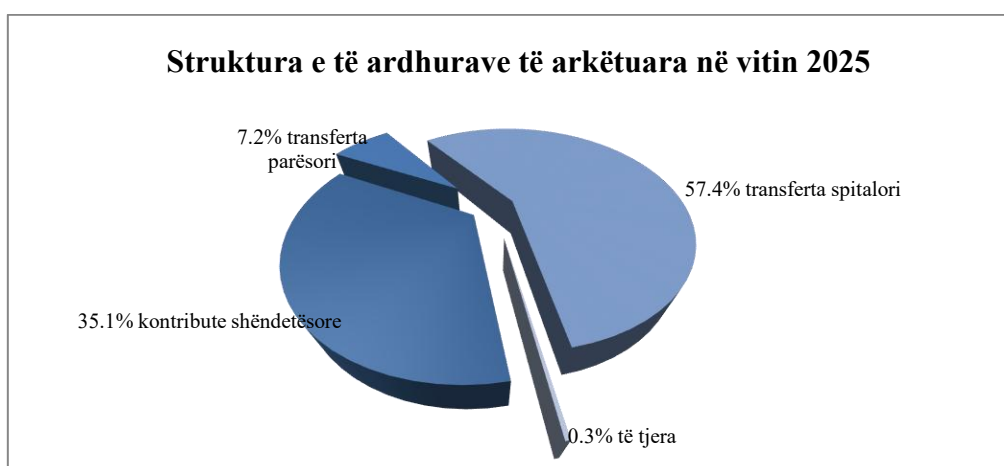
PËRMBLEDHËSE E NDYRSHIMEVE BUXHETORE 2025

Buxheti për vitin 2025 (milionë lekë)	Ligji 115/2024	VKM 15 (09.1.2025)	Buxhet fillestar (VKA nr.1 (29.01.2025))	Buxhet fillestar bërhet (VKA nr.1 (29.01.2025))	NDRYSHIM VKA 2 (29.01.2025) (paketat)	shkresa e MF 2490, (4.2.2025)	zbatim i VKM 348 paketa e stomes	AN6	VKA 14 (30.07.2025)	VKA 13 (30.07.2025)	VKM 502 (10.09.2025)	AN 10 (8.10.2025)	VKA 19 (4.11.2025)	VKM 683 (12.11.2025)	VKM 682 (12.11.2025)	VKA 22 (17.12.2025)	AN 11 (19.12.2025)	VKA 23 (23.12.2025)	VKM 834 (30.12.2025)	Buxheti përfundimtar (VKA 23, 23.12.2025)
I. Të ardhurat gjithsej	63,132	0	0	63,132	0	0	0	0	0	63,132	0	0	0	0	0	0	1,760	0	0	64,892
1. Kontributi i sigurimeve shëndetësore	22,645	0	0	22,645	0	-103	0	0	0	22,542	0	784	0	0	0	0	0	0	0	23,326
2. Kontribut i Buxhetit të Shtetit	40,487	0	0	40,487	0	0	0	0	0	40,487	0	-786	0	0	0	0	1,760	0	0	41,461
parësor	6,211	0	0	6,211	0	0	0	-621	0	5,590	0	-786	0	-200	0	0	0	0	0	4,604
spitalor	34,276	0	0	34,276	0	0	0	621	0	34,897	0	0	0	200	0	0	1,760	0	0	36,857
3. Të ardhura të tjera	0	0	0	0	0	103	0	0	0	103	0	2	0	0	0	0	0	0	0	105
II. Shpenzimet gjithsej	63,132	0	0	63,132	0	0	0	0	0	63,132	0	0	0	0	200	0	1,760	-200	0	64,892
1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	12,600	0	250	12,850	0	0	0	0	0	12,850	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,850
Likuidimi i rimbursimit të barnave	12,600	0	0	12,600	0	0	0	0	0	12,600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,600
fisha diabeti (0-25) vjeç	0	0	250	250	0	0	-100	0	0	150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150
paketa e stomës	0	0	0	0	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
2. Shpenzimet për kujdesin shëndetësor parësor	0	0	14,002	14,002	0	0	0	0	0	14,002	0	0	0	0	0	0	0	-110	0	13,892
Financimi i QSH (shpërndarë + rezervë)	0	0	13,126	13,126	0	0	0	0	0	13,126	0	0	0	0	0	0	0	-110	0	13,016
Kontrolli bazë	0	0	876	876	0	0	0	0	0	876	0	0	0	0	0	0	0	0	0	876
3. Shpenzimet administrative	0	0	1,273	1,273	0	0	0	0	0	1,273	0	0	0	0	0	0	0	-90	0	1,183
4. Investime	0	0	110	110	0	0	0	0	0	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	110
5. Financimi për shërbimin spitalor	34,276	0	0	34,276	0	0	0	621	0	34,897	0	0	0	0	200	0	1,760	0	0	36,857
spitalet	0	25,598	0	25,598	1,748	0	0	0	493	27,839	520	0	79	0	200	22	0	0	1,760	30,420
rezervë spitalet	34,276	-33,783	0	493	0	0	0	621	-493	621	-520	0	-79	0	0	-22	1,760	0	-1,760	0
paketat	0	3,389	0	3,389	-1,748	0	0	0	0	1,642	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,642
rimbursime VKM	0	20	0	20	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
transferta për individë (mjekë specialistë)	0	15	0	15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
pagesa e shërbimeve PPP	0	4,760	0	4,760	0	0	0	0	0	4,760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,760
pagesa e shërb. PPP (dializë)	0	960	0	960	0	0	0	0	0	960	0	0	0	0	0	0	0	0	0	960
pagesa e shërb. PPP (Sterilizim)	0	1,900	0	1,900	0	0	0	0	0	1,900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,900
pagesë spitalet PPP laboratorët	0	1,900	0	1,900	0	0	0	0	0	1,900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,900
6. Rezervë e padejtuar	16,256	0	-15,635	621	0	0	0	-621	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TË ARDHURAT

Të ardhurat e arkëtuara (cash) u realizuan në vlerën 63,983 milionë lekë, ose 98.6% e planifikimit, realizuar më pak nga plani për vlerën 909 milionë lekë.

Në strukturën e të ardhurave të arkëtuara, peshën specifike më të madhe e zënë transfertat e buxhetit shtetit me 64.6% (nga të cilat 57.4% për shërbimin spitalor dhe 7.2% për shërbimin parësor) ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve shëndetësore me 35.1%. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 0.3%.



Realizimi i të ardhurave

(Në milionë lekë)

	ZËRAT E TË ARDHURAVE	Viti 2024	Viti 2025			Realizimi i cash /planit viti 2025		Realizimi i konst /planit viti 2025		Ndryshimi konstatuar (viti 2025-viti 2024)		Peshë spec. cashi viti 2025
		Fakti - konstatuara	Plani	Fakti - cash	Fakti - konstatuara	vlerë	%	vlerë	%	vlerë	%	
	TË ARDHURAT GJITHSEJ	59,999	64,892	63,983	64,898	-909	98.60%	6	100.00%	4,899	108.20%	100.00%
a	Kontributet e sigurimit shëndetësor	21,239	23,326	22,467	23,383	-859	96.30%	57	100.20%	2,144	110.10%	35.10%
	nga DPT në BSH	21,173	23,264	22,400	23,316	-864	96.30%	52	100.20%	2,143	110.10%	35.00%
	nga ISSH (fermerët)	66	62	67	67	5	108.10%	5	108.10%	1	101.50%	0.10%
b	Transferta e buxhetit të shtetit, nga këto	38,418	41,461	41,319	41,319	-142	99.70%	-142	99.70%	2,901	107.60%	64.60%
	Transfertë për shërbimin parësor	5,033	4,604	4,604	4,604	0	100.00%	0	100.00%	-429	91.50%	7.20%
	Transfertë për shërbimin spitalor	33,385	36,857	36,715	36,715	-142	99.60%	-142	99.60%	3,330	110.00%	57.40%
	Spitalet	26,179	29,962	29,820	29,820	-142	99.50%	-142	99.50%	3,641	113.90%	46.60%
	Tërheqje nga FSDKSH për paketat, bonus, VKM, PPP	7,206	6,895	6,895	6,895	0	100.00%	0	100.00%	-311	95.70%	10.80%
c	Të ardhura të tjera	342	105	197	196	92	187.60%	91	186.70%	-146	57.30%	0.30%

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

Kontributet e sigurimit shëndetësor në total ishin programuar 23,326 milionë lekë. Në fakt u transferuan në llogaritë e Fondit 22,467 milionë lekë, ose në masën 96.3%, më pak nga plani 859 milionë lekë, përkatësisht sipas organeve përgjegjëse të mbledhjes së kontributeve:

- Nga organet tatimore (DPT) nga 23,264 milionë lekë kontribute të programuara u transferuan 22,400 milionë lekë, ose në masën 96.3%, më pak nga plani 864 milionë lekë.
- Nga organet e sigurimeve shoqërore (ISSH) nga 62 milionë lekë kontribute të fermerëve të programuara, u transferuan 67 milionë lekë, ose 108.1%, me tejkalim 5 milionë lekë.

4.3 Transferta nga buxheti i shtetit

Transfertat nga buxheti i shtetit në total nga 41,461 milionë lekë të programuara u realizuan 41,319 milionë lekë, ose në masën 99.7%, me mosrealizim 142 milionë lekë, përkatësisht:

- *Transfertat për shërbimin parësor* u realizuan në vlerën 4,604 milionë lekë, ose në masën 100% e planifikimit. Me transfertën e shërbimit parësor mbulohen financimi i Qendrave Shëndetësore, si dhe pagesat e kontrollit mjekësor bazë për grupmoshat 35-70 vjeç.
- *Transfertat për shërbimin spitalor* (përfshirë edhe spitalet publike) nga 36,857 milionë lekë të programuara u realizuan në vlerën 36,715 milionë lekë, ose në masën 99.6% e programimit, me mosrealizim 142 milionë lekë.

Nga transfertat totale, vlera prej 29,820 milionë lekë është transferuar për spitalet publike dhe vlera prej 6,895 milionë lekë është tërhequr nga Fondi për pagesa të shpenzimeve që përballohen nga programi i shërbimit spitalor.

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

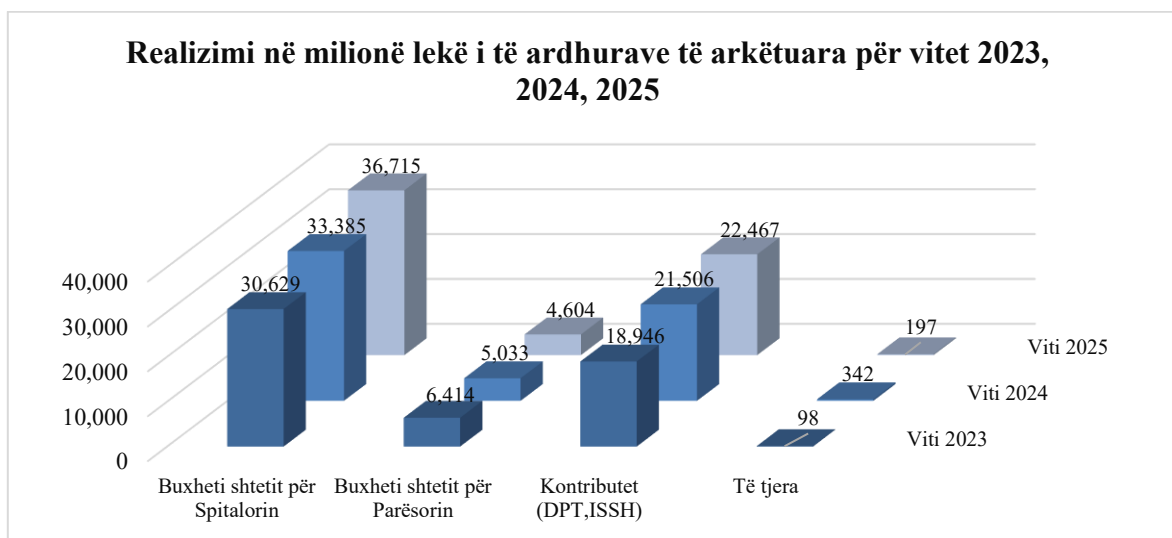
- financimin e shërbimit spitalor në Spitalin Rajonal Durrës dhe për Spitalin “Memorial” Fier;
- financimin e paketave shëndetësore në institucionet jopublike;
- financimin e kontratave konçesionare të lidhura nga autoriteti qendror (Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqënies Sociale);
- pagesat për kujdes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

4.4 Të ardhura të tjera

Nga burime të tjera (interesat e depozitave, të investimeve në bono thesari, dëmet ekonomike, etj.) u arkëtuan të ardhura në vlerën 197 milionë lekë, në masën 187.6% e planifikimit, me

tejkallim 92 milionë lekë. Nga shuma e të ardhurave të tjera, rreth 88 milionë lekë u arkëtuan interesa nga investimi i fondit rezervë në bono thesari, si dhe rreth 76 milionë lekë nga reduktimi i çmimit të barnave të listës sipas aktmarrëveshjeve të lidhura me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim. Gjithashtu janë përfshirë kthimet në buxhet në vlerën rreth 13 milionë lekë nga Aleanca GAVI në zbatim të marrëveshjes së angazhimit ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë, përfaqësuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqënies Sociale, dhe Aleancës GAVI, për pjesëmarrjen në strukturën globale të qasjes në vaksinat COVID-19.

Grafiku krahasues për të ardhurat e arkëtuara për vitet 2023, 2024 dhe 2025 paraqitet si vijon:

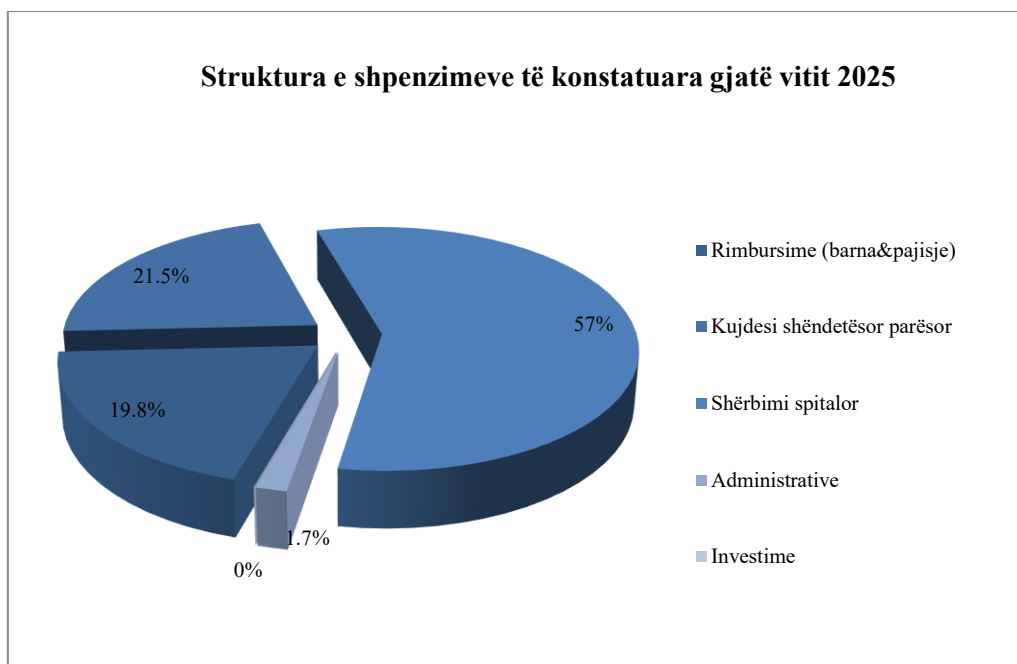


5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

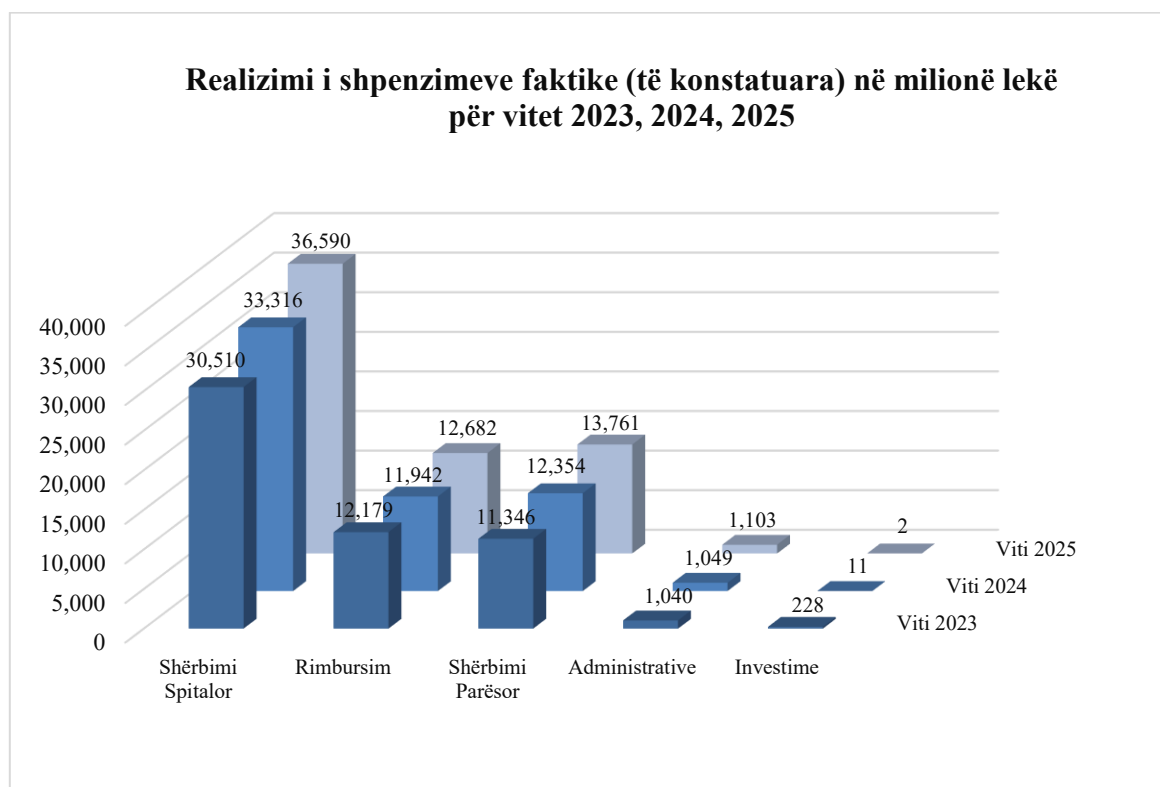
Gjatë vitit 2025, shpenzimet totale të paguara (përfshirë shpenzimet e spitaleve publike) arritën në vlerën 63,927 milionë lekë nga 64,892 milionë lekë të programuara, ose 98.5% e planifikimit. Shpenzimet e paguara u realizuan më pak 965 milionë lekë. Theksojmë se në fillim të vitit buxhetor u paguan të gjitha detyrimet nga viti 2024.

Gjatë vitit 2025, shpenzimet faktike të konstatuara arritën në vlerën 64,138 milionë lekë, ose u realizuan në masën 98.8% e programimit, më pak për vlerën 754 milionë lekë.

Në strukturën e shpenzimeve faktike, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 57%, ndjekur nga shpenzimet e kujdesit parësor (*financimi i QSH e kontrolli mjekësor bazë*) me 21.5%, shpenzimet për rimbursimin e barnave e pajisjeve mjekësore me 19.8%, shpenzimet administrative (*pagat e shpërblimet, sigurimet shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime*) me 1.7 % dhe së fundi investimet me një peshë jo të konsiderueshme.



Grafiku krahasues për shpenzimet e konstatuara, për vitet 2023, 2024 dhe 2025 paraqitet si vijon:



Realizimi i shpenzimeve

(Në milionë lekë)

	ZËRAT E SHPENZIMEVE	Viti 2024	Viti 2025			Realizimi i cash /planit viti 2025		Realizimi i konst /planit viti 2025		Ndryshimi konstatuar (viti 2025-viti 2024)		Peshë spec. konsta vit.2025
		Fakti-konstatuar	Plani	Fakti-cash	Fakti-konstatuar	në vlerë	në %	vlerë	%	në vlerë	në %	
	SHPENZIMET GJITHSEJ	58,672	64,892	63,927	64,138	-965	98.5%	-754	98.8%	5,466	109.3%	100.0%
a	1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	11,942	12,850	12,484	12,682	-366	97.2%	-168	98.7%	740	106.2%	19.8%
b	2. Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor	12,354	13,892	13,748	13,761	-144	99.0%	-131	99.1%	1,407	111.4%	21.5%
	Financimi i QSH	11,478	13,016	12,888	12,885	-128	99.0%	-131	99.0%	1,407	112.3%	20.1%
	Kontrolli bazë	876	876	860	876	-16	98.2%	0	100.0%	0	100.0%	1.4%
c	3. Shpenzimet administrative	1,049	1,183	1,083	1,103	-100	91.5%	-80	93.2%	54	105.1%	1.7%
d	4. Investime	11	110	2	2	-108	1.8%	-108	1.8%	-9	18.2%	0%
e	5. Financime për shërbimin spitalor	33,316	36,857	36,610	36,590	-247	99.3%	-267	99.3%	3,274	109.8%	57.0%
	Financime për spitalet publike	29,026	32,320	32,179	32,179	-141	99.6%	-141	99.6%	3,153	110.9%	50.2%
	Shpenzime për paketat spitalore në privat	1,547	1,642	1,580	1,574	-62	96.2%	-68	95.9%	27	101.7%	2.5%
	Shpenzime për trajtimin e pacientit me VKM	10	20	10	10	-10	50.0%	-10	50.0%	0	100.0%	0.0%
	Shpenzimet –Bonusi për mjekët specialistë	4	15	9	9	-6	60.0%	-6	60.0%	5	225.0%	0.0%
	Shpenzimet- PPP (dializa,sterilizimi)	2,729	2,860	2,832	2,818	-28	99.0%	-42	98.5%	89	103.3%	4.4%

5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve

Shpenzimet e paguara për rimbursimin e barnave të listës dhe pajisjeve mjekësore arritën në vlerën 12,484 milionë lekë, ose realizuar 97.2% e programimit. Shpenzuar më pak nga plani rreth 366 milionë lekë. Në shumën totale të pagesave përfshihen edhe likujdimet e detyrimeve nga viti i mëparshëm.

Gjatë vitit 2025, u pranuan listëtregues të barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve (fisha diabeti, paketa e stomave) në shumën 12,682 milionë lekë, ose 98.7% e programimit, më pak për shumën 168 milionë lekë.

Pavarësisht shtimit të barnave në listë, faktorë të tjerë, si ndryshimi i kurseve të këmbimit dhe ulja e çmimeve, kanë ndikuar pozitivisht në efektet financiare lidhur me rimbursimin e barnave të listës. Efekte financiare pozitive për skemën sollën edhe përditësimi i çmimeve, sipas VKM Nr. 109, datë 19.02.2025, “Për disa ndryshime në vendimin nr. 491, datë 24.7.2024, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e listës së barnave, që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”.

Risi në vitin 2025 është rimbursimi i paketave të trajtimit të stomës që tregëtohen në farmacitë e spitaleve, të cilat përfshijnë: paketën e trajtimit të kolostomës, paketën e trajtimit të urostomës dhe paketën e trajtimit të ileostomës, sipas përcaktimit në VKM Nr. 348, datë 19.06.2025 “Për një shtesë në vendimin nr. 61, datë 03.02.2017 “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, të ndryshuar.

5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor

Për financimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor (financimi i QSH dhe kontrolli mjekësor bazë) u paguan 13,748 milionë lekë, ose 99% e programimit, më pak nga plani 144 milionë lekë.

Gjatë vitit 2025 shpenzimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor u konstatuan në vlerën 13,761 milionë lekë, ose në masën 99.1%, më pak nga plani 131 milionë lekë.

-U konstatuan shpenzime për financimin e QSH në shumën 12,885 milionë lekë (përfshirë edhe financimi në natyrë me shtypshkrime). Janë financuar qendrat shëndetësore për aktivitetin e tyre vjetor, përfshirë financimin shtesë për qendrat që ofrojnë shërbim të pandërprerë gjatë sezonit veror, si dhe paketën e barnave e materialeve të mjekimit për qendrat shëndetësore që bllokohen gjatë dimrit. Janë financuar gjithsej 362 qendra të shërbimit parësor, ku shërbejnë mbi 1,520 mjekë të përgjithshëm e të familjes, rreth 320 mjekë në shërbimin e specializuar ambulator, rreth 6,700 teknikë të shkencave mjekësore, si dhe mbi 750 specialistë të lartë e punonjës të tjerë mbështetës. Tashmë në qendrat e kujdesit parësor ofrohen shërbime të integruara socioshëndetësore, me mbi 100 psikologë e punonjës socialë.

-U konstatuan shpenzime për shërbimin e kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 35-70 vjeç në vlerën 876 milionë lekë, në masën 100% të planit. Gjatë periudhës gjithë vjetore u realizuan gjithsej 455,849 raste nga projeksioni prej 475,000 raste.

5.3 Financimi i shërbimit spitalor

Buxheti për shërbimin spitalor parashikohet në ligjin e buxhetit dhe miratohet me vendim të Këshillit të Ministrave. Për vitin 2025, spitalet u financuan në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 15, datë 09.01.2025, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2025”, i ndryshuar.

Gjatë vitit 2025 për financimin e shërbimit spitalor u pagua shuma 36,610 milionë lekë, ose u realizuan 99.3% ndaj programimit, më pak për shumën 247 milionë lekë.

Për shërbimet spitalore u konstatuan shpenzime në vlerën 36,590 milionë lekë, ose në masën 99.3%, ose më pak nga plani 267 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor për shpenzimet spitalore u kryen pagesa në vlerën 36,610 milionë lekë, nga 36,857 milionë lekë të planifikuara, ose 99.3%, shpenzuar më pak 247 milionë lekë. Në shumën totale të pagesës përshihen edhe likujdimet e detyrimeve nga viti i mëparshëm.

Financimi i Spitaleve Publike

Gjatë vitit 2025 për financimin e spitaleve publike u paguan gjithsej 32,179 milionë lekë nga 32,320 milionë lekë të planifikuara, ose 99.6% e planit. Shpenzuar më pak nga plani 141 milionë lekë. Nëpërmjet financimit janë përballuar nevojat e spitaleve në paga, sigurime shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime. Gjithashtu, në vlerën e mësipërme përfshihet financimi i paketave spitalore të miratuara me VKM në spitalet publike, si dhe financimi i kontratës konçensionare të laboratorëve.

Financimi i paketave spitalore në institucionet jopublike

Gjatë vitit buxhetor për paketat spitalore në dhënës privat të shërbimit (spitalet jopublike) u kryen pagesa në shumën 1,580 milionë lekë, (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm), nga 1,642 milionë lekë të planifikuara, ose u realizuan 96.2%, më pak 62 milionë lekë.

Shpenzimet gjithë vjetore për paketat spitalore u konstatuan në shumën 1,574 milionë lekë, ose 95.9% e planit vjetor, më pak nga plani 68 milionë lekë.

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

Financimi sipas vendimeve rast pas rasti të Këshillit të Ministrave

Për trajtimet spitalore miratuar rast pas rasti me VKM shpenzimet e paguara arritën 10 milionë lekë, nga 20 milionë lekë të planifikuara, ose 50%, më pak nga plani 10 milionë lekë. Pagesa bëhet nga drejtoria qendrore vetëm për rastet që kanë paraqitur dokumentacionin përkatës të trajtimit spitalor nga VKM e miratuara.

Financimi i bonusit të mjekëve specialistë

Gjatë vitit buxhetor për financimin e mjekëve specialistë të kontraktuar në shërbime të munguara në spitalet rajonale e bashkiake pagesat arritën rreth 9 milionë lekë (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm). Pagesat u realizuan në masën 60% të planit vjetor. U shpenzuan më pak nga plani 6 milionë lekë. Pagesa bëhet nga drejtoritë rajonale për mjekët e kontraktuar që paraqesin dokumentacionin për shërbimin e kryer.

Shpenzimet e pranuar për pagesë për shërbimet e kryera nga mjekët specialistë arritën në shumën 9 milionë lekë nga 15 milionë lekë të planifikuara.

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

Për financimin e kontratave PPP në shërbimin spitalor, të nënshkruara nga Autoriteti, gjatë vitit buxhetor u kryen pagesat:

-Për shërbimin e hemodializës dhe për sterilizimin u kryen pagesa në vlerën 2,832 milionë lekë, (përfshirë pagesat e detyrimeve nga viti i mëparshëm) nga 2,860 milionë lekë të planifikuara, ose 99%. U shpenzuan më pak nga plani 28 milionë lekë. Financimi i hemodializës realizohet nga 5 drejtori rajonale ndërsa financimi i shërbimit të sterilizimit realizohet nga 12 drejtori (11 drejtori rajonale dhe Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare).

-Për kontratën PPP të laboratorëve, e cila paguhet nga vetë spitalet, rezultojnë të paguara nga këta të fundit vlera prej 1,894 milionë lekë, nga 1,900 milionë lekë të planifikuara.

Për shërbimin e hemodializës dhe sterilizimin, kryer përmes partneritetit publik-privat (PPP) shpenzimet e pranura gjithë vjetore arritën 2,818 milionë lekë, ose 98.5% e planit vjetor, më pak 42 milionë lekë.

6. Shpenzime të tjera të Fondit

6.1 Shpenzimet administrative

Gjatë vitit buxhetor për shpenzime administrative (paga e shpërblime, sigurime shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime) u paguan 1,083 milionë lekë, ose u realizuan në masën 91.5% e planit, u shpenzua më pak për 100 milionë lekë. Nuk u realizuan shpenzimet në paga e sigurime si pasojë e mungesave në personel, si dhe mospërdorimit të fondit të veçantë. Sa i përket shpenzimeve për mallra e shërbime, realizimi në nivelin 90%, vjen si pasojë e mosrealizimit të disa procedurave prokuruese gjatë vitit.

Shpenzimet administrative u konstatuan në shumën 1,103 milionë lekë, ose në masën 93.2% e planifikimit, më pak nga plani 80 milionë lekë.

6.2 Shpenzimet për investime

Shpenzimet për investime u realizuan rreth 2 milionë lekë nga 110 milionë lekë të planifikuara. Realizuar në masën 1.8% e planifikimit, më pak nga plani 108 milionë lekë. Investimet janë realizuar për zërin e ndërtimeve, oriendi dhe pajisje zyre.

Nuk u arrit të realizohej blerja e pajisjeve informatike, për shkak të vonesës së realizimit të procedurës së prokurimit nga AKSHI, ndërsa procedura e prokurimit për automjete nuk u zhvillua gjatë vitit 2025.

7. Përfitimet e Popullatës

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

Paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm hartohen duke përcaktuar:

- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor dhe spitalet publike, të cilat paguhen për këtë shërbim nga sigurimi i detyrueshëm;
- listën e barnave të rimbursueshme, si dhe masën e mbulimit të barnave të saj. Struktura e listës së barnave përcaktohet në bazë të listës së barnave themelore, sipas emërimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë. Lista e Barnave të Rimbursuara është ndërtuar sipas klasifikimit ATC (Anatomik Terapeutik Kimik) të barnave. Sistemi i klasifikimit ATC të barnave është i hartuar nën rekomandimin dhe kujdesin e Organizatës Botërore të Shëndetësisë dhe Këshillit Nordik të Barnave. Sipas këtij sistemi klasifikimi barnat ndahen në grupe të ndryshme në përputhje me sistemin, sipas organit në të cilin veprojnë, efektin e tyre farmakologjik dhe terapeutik;
- listën e pajisjeve mjekësore, si dhe masën e mbulimit të tyre.

7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor

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

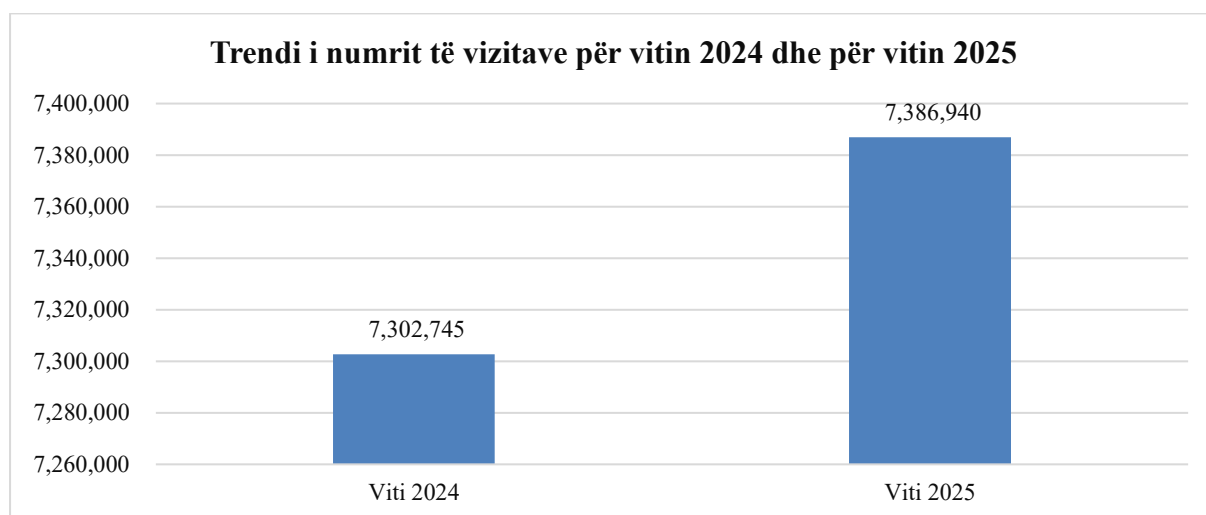
- Kujdesi në rastet e urgjencës;
- Kujdesi shëndetësor për fëmijët;
- Kujdesi shëndetësor për të rriturit;
- Kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues;
- Kujdesi shëndetësor për të moshuarit;
- Kujdesi shëndetësor mendor;
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor.

Popullsia e deklaruar nga mjekët e familjes në total është 3,917,834 banorë, ku 2,150,571 banorë janë në zonat urbane dhe 1,767,263 banorë në zonat rurale. Numri i Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes që kanë mbuluar me shërbim shëndetësor gjithë territorin e vendit për muajin Dhjetor 2025 është 1,522. Numri i mjekëve specialistë është 316. Numri i infermierëve dhe laborantëve është 6,653, nga të cilët 1,808 janë infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes.

Numri i QSH është 356 dhe 6 QSH të specialiteteve që operojnë vetëm në Rajonin e Tiranës (Specialiteti Nr.1, Specialiteti Nr.2, Specialiteti Nr.3, Specialiteti Nr.4 (Paskuqan), Dispanceria dhe Qendra Shëndetësore SOB).

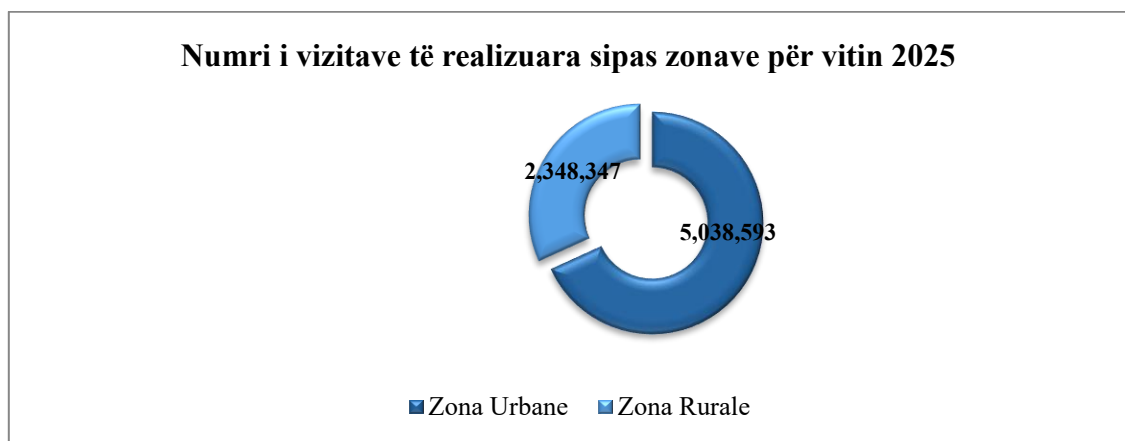
Gjatë vitit 2025 nga ana e Qendrave Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë kryer 7,386,940 vizita, nga këto 6,451,206 vizita janë kryer nga MP/F dhe 935,734 vizita janë kryer nga Mjekët Specialistë të Qendrave Shëndetësore të Specialiteteve në Tiranë. Përqindja e realizimit në total të numrit të vizitave në rang vendi është 160 % dhe mesatarja ditore e vizitave është rreth 17 vizita/ditë.

➤ **Vizitat e realizuara për periudhën 2024, 2025 nga Qendrat Shëndetësore të Kujdesit Parësor.**

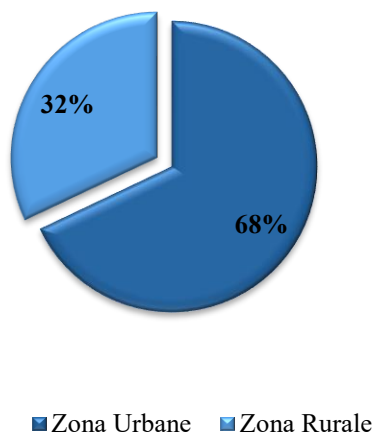


Paraqitja grafike e mësipërme tregon trendin e vizitave të realizuara nga qendrat shëndetësore të kujdesit parësor gjatë viteve 2024, 2025 dhe ndryshimin midis viteve të shprehur në përqindje. Nga krahasimi i numrit të vizitave për vitin 2025 krahasuar me vitin 2024 vihet re një rritje prej 84,195 vizita (ose rreth 1%) më shumë se vitin 2024.

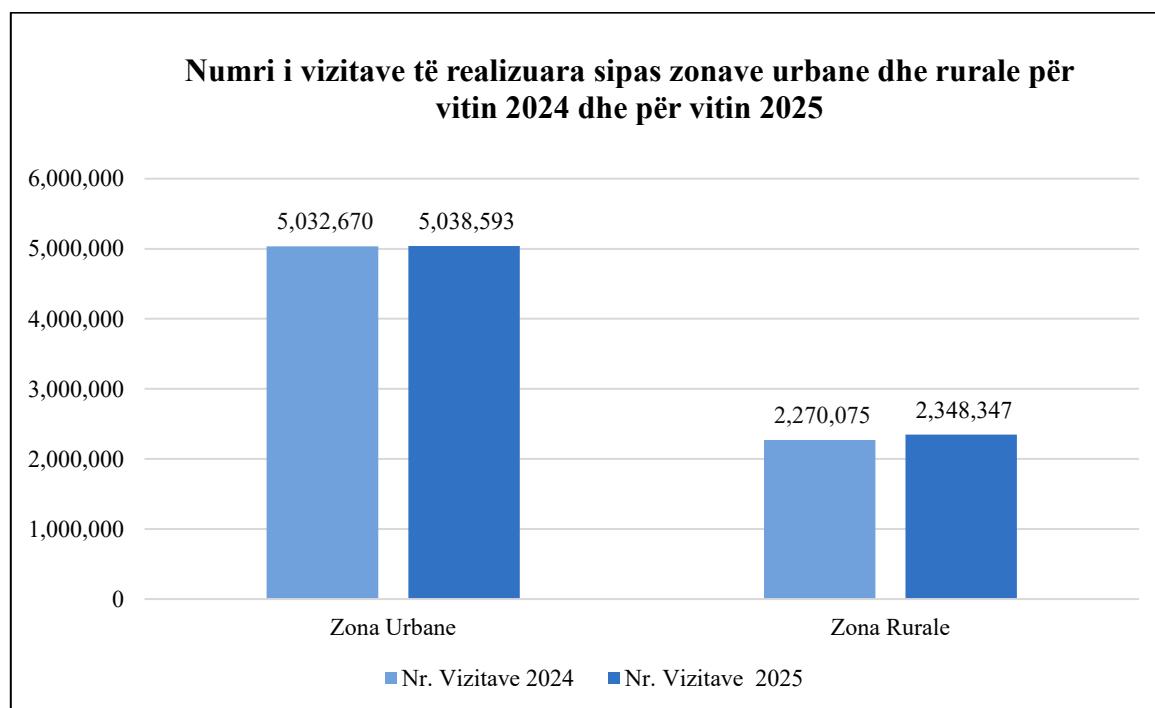
➤ **Vizitat e kryera sipas zonave urbane dhe rurale për vitin 2025**



Përqindja e vizitave të realizuara sipas zonave për vitin 2025



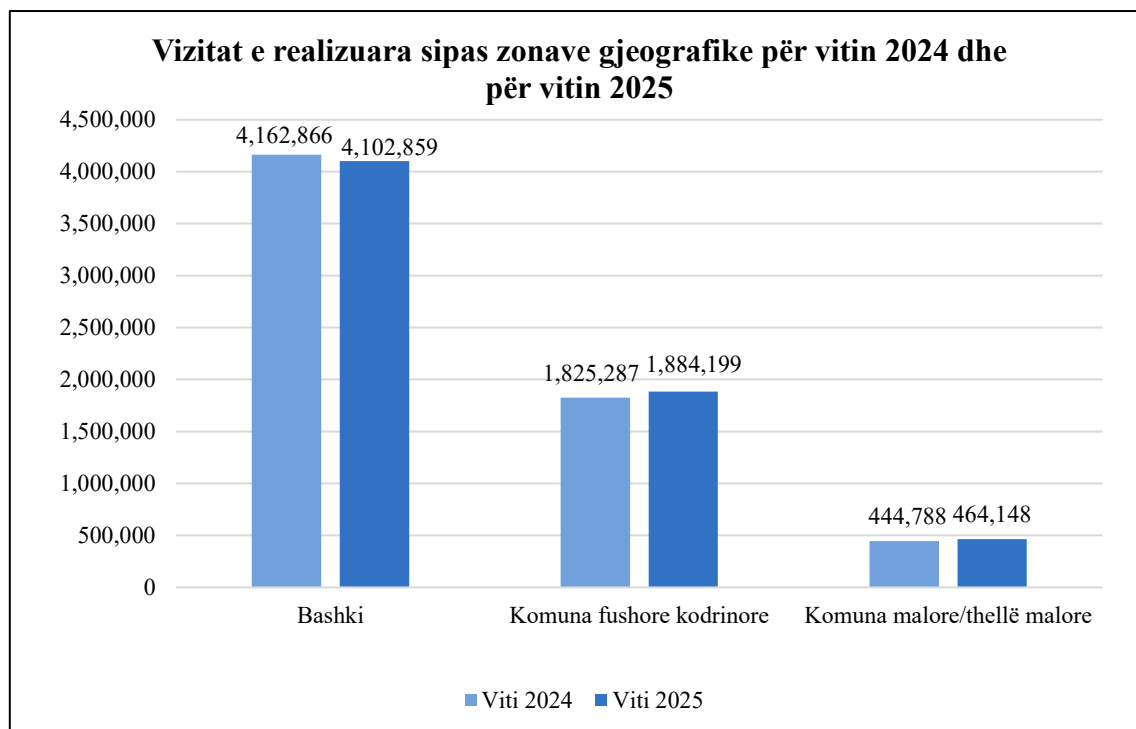
➤ Vizitat e kryera sipas zonave urbane dhe rurale për vitin 2024 dhe për vitin 2025



Në grafikun e mësipërm jepen të dhënat për numrin e vizitave të realizuara sipas zonave urbane/rurale gjatë viteve 2024 dhe 2025.

Gjatë vitit 2025 kemi ndryshim të dukshëm të vizitave në zonat urbane dhe rurale. Në vitin 2025, këto vizita u rritën me 5,923 (rreth 1%) për zonat urbane dhe janë rritur me 78,272 (rreth 3 %) më shumë për zonat rurale.

➤ **Vizitat e realizuara sipas zonave gjeografike, Bashki, Komunë Fushore/ Kodrinore, Komunë Malore/Thellë malore për vitin 2024 dhe për vitin 2025**



Shpërndarja e vizitave sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitet 2024, 2025 paraqitet si më lart:

- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në Bashki gjatë vitit 2025 u ulën me rreth 60 mijë vizita (ose rreth 1%) më pak.
- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në zonat Komunë Fushore/Kodrinore gjatë vitit 2025 janë rritur me rreth 59 mijë vizita (ose rreth 3%) më shumë.
- vizitat nga MP/F në Qendrat Shëndetësore të zonave Komunë Malore/Thellë Malore gjatë vitit 2025 vizitat janë rritur me rreth 19 mijë vizita (ose rreth 4%) më shumë.
- Në total rezultojnë 18,265 vizita të realizuara më shumë nga MP/F (ose rreth 0.3%) më shumë gjatë vitit 2025 krahasuar me vitin 2024.

7.2 Kontrolli mjekësor bazë

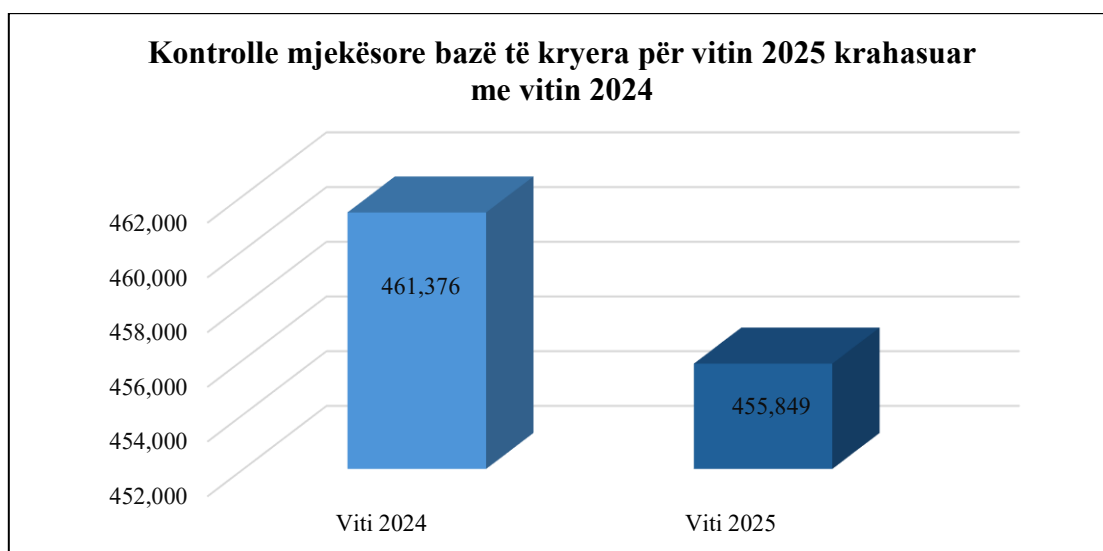
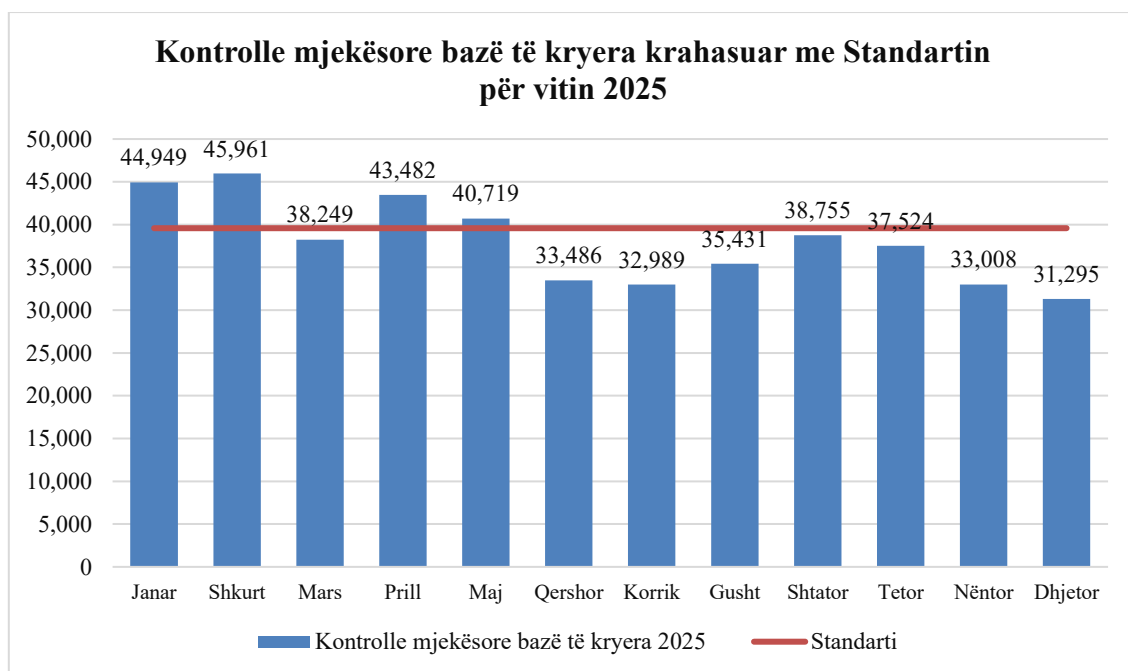
Ofrimi i paketës së Kontrollit Mjekësor Bazë (KMB), realizohet bazuar në Vendimin Nr. 185, datë 02.04.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e grupmoshës 35-70 vjeç”, të ndryshuar me VKM, Nr. 721, datë 12.10.2016.

Bazuar në Kontratën e Financimit si dhe Udhëzimin nr.12, datë 18.05.2015 “Për procedurat e pagesës së Shoqërisë 3P Life Logisitik sh.p.k”, lidhur me shërbimet për ofrimin e Paketës së Kontrollit Mjekësor Bazë, sektori përkatës çdo muaj mbledh, verifikon dhe përpunon të dhënat mbi numrin e kontrolleve mjekësore bazë të realizuara nga çdo Drejtori Rajonale e Fondit dhe përgatit dosjen për kryerjen e pagesës së Konçensionarit. Verifikimi dhe dorëzimi

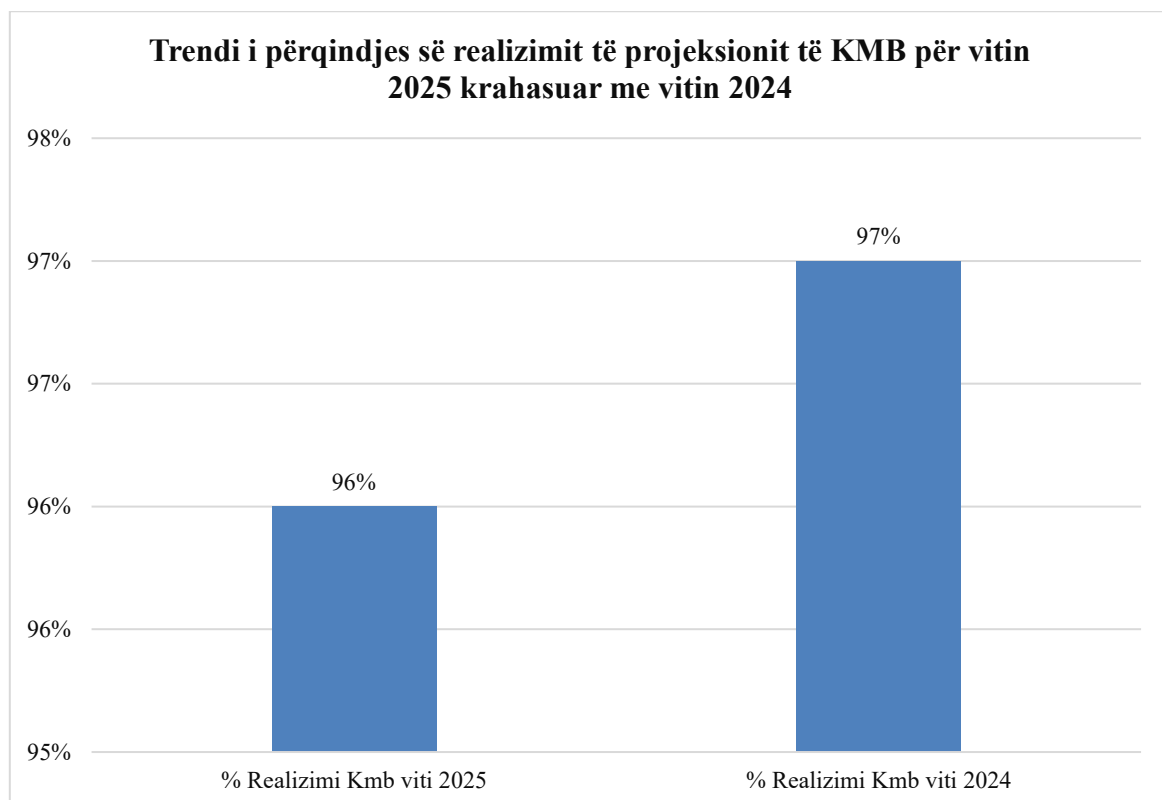
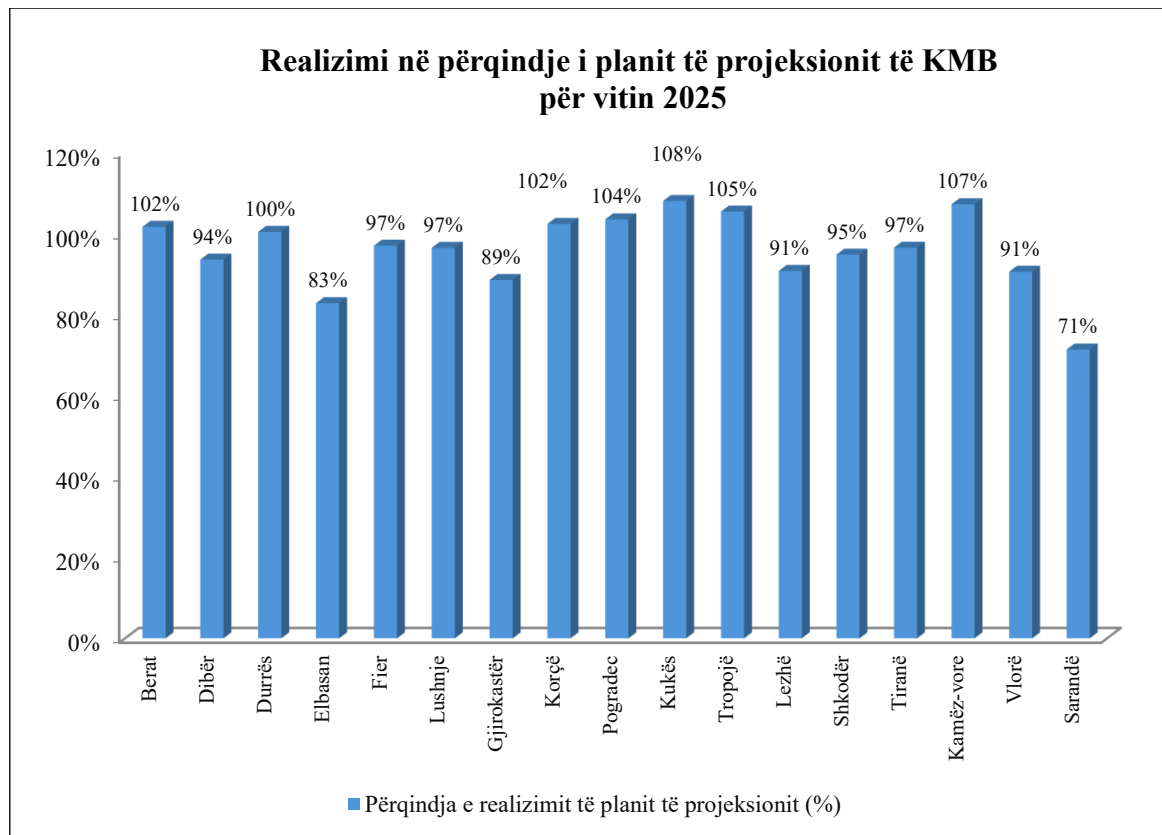
i kërkesës për pagesë të Konçensionarit në çdo rast është bërë brenda afatit dhe mënyrës së përcaktuar në udhëzim.

Për periudhën Janar–Dhjetor 2025, u realizuan 455,849 kontrolle mjekësore bazë, me një përqindje realizimi të planit të projeksionit 96%. Ndërkohë që për vitin 2024 janë kryer 461,376 kontrolle mjekësore bazë, ose e shprehur në përqindje 97%. Pra për vitin 2025 kemi një ulje të numrit të kontrollit mjekësor bazë të kryer me 5,527 kontrolle mjekësore bazë më pak, ose e shprehur në përqindje me një ulje prej rreth 1% më pak kontrolle të kryera krahasuar me një vit më parë.

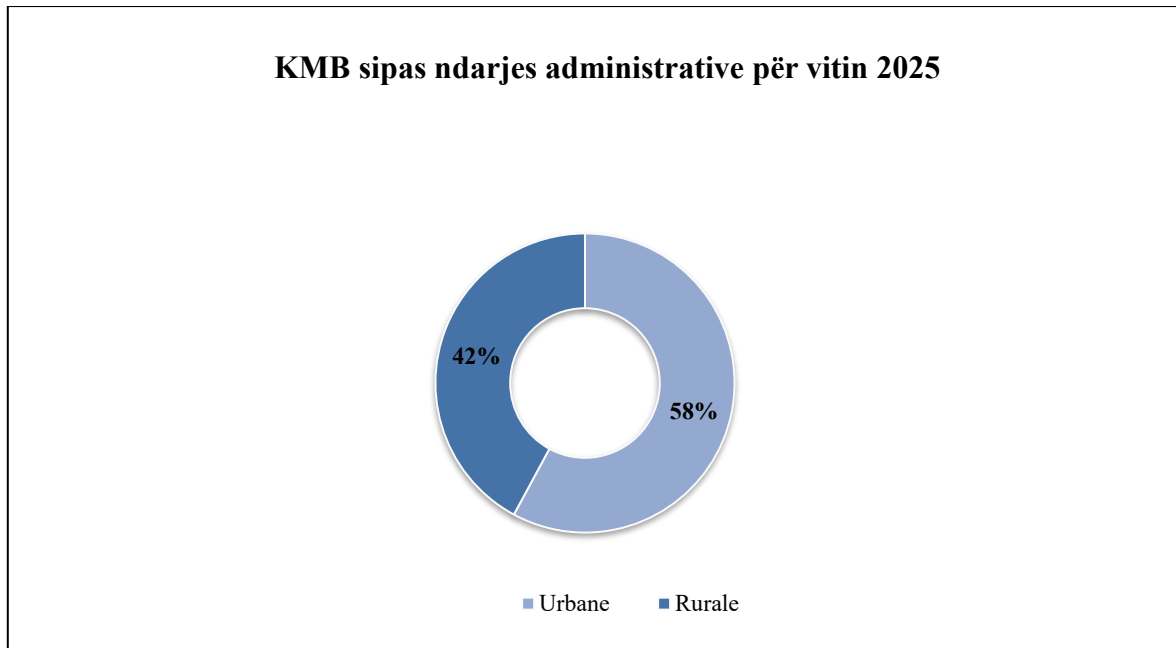
Për më shumë grafikët e mëposhtëm:



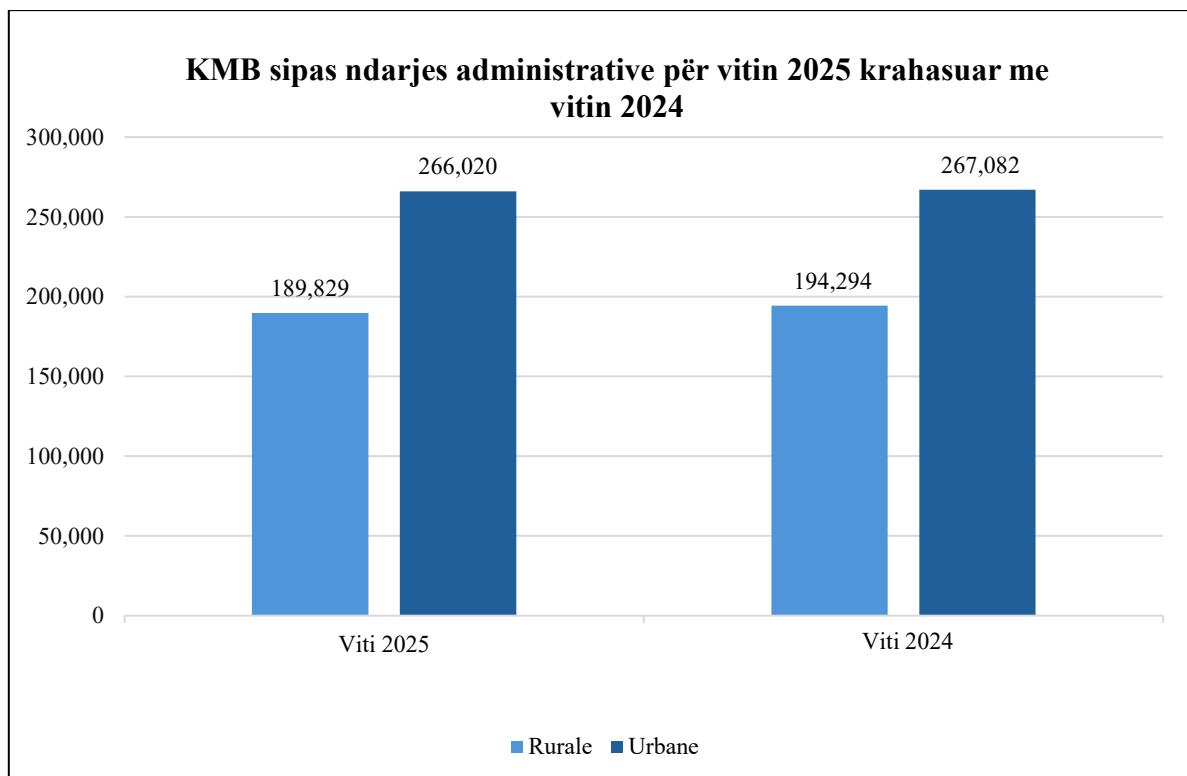
Realizimi i planit të projeksionit të kontrollit mjekësor bazë në përqindje për periudhën Janar-Dhjetor 2025:



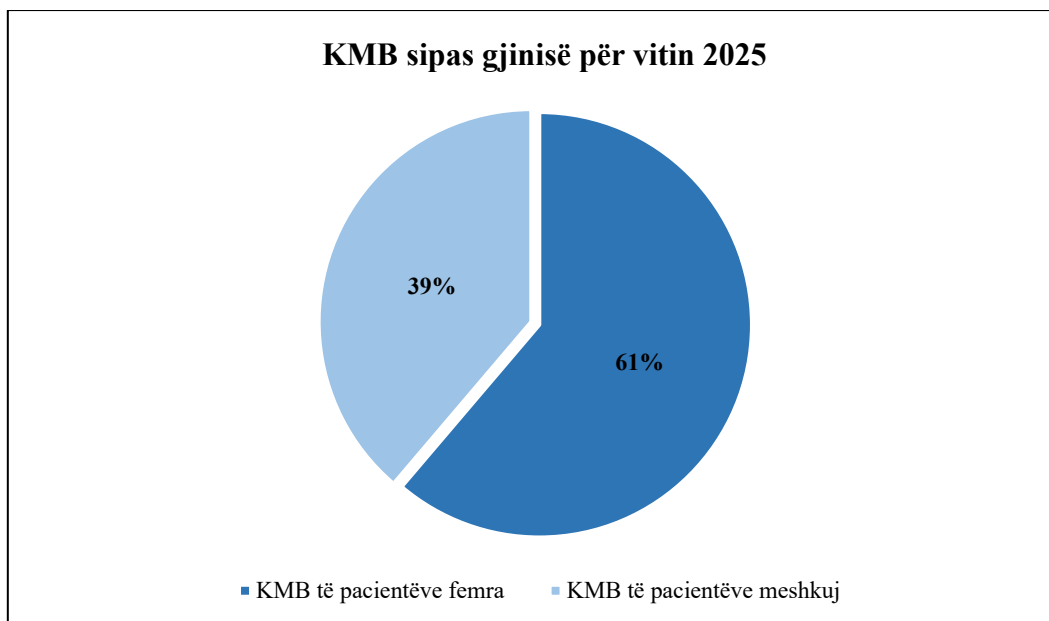
Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale, kontrolli mjekësor bazë për periudhën Janar-Dhjetor 2025, paraqitet në grafikun si më poshtë:



Për vitin 2025 kontrolle mjekësore bazë rezultojnë të kryera 42% në zonat rurale dhe 58% në zonat urbane, njësoj si në vitin 2024.



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



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

7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2025 janë monitoruar indikatorët e performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar dhe vlerësuar nga sektori i shërbimit spitalor në vlerësimin e performancës spitalore bëjnë pjesë: numri i shtrimeve në spitale, niveli i shfrytëzimit të shtratit, ditëqëndrimi mesatar, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

Më poshtë janë të pasqyruara aktivitetet e Spitaleve Universitare, Rajonale dhe Bashkiake si edhe realizimet e indikatorëve.

Shtrimet

Në total për vitin 2025 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 331,256 pacientë, 7,256 pacientë më shumë se një vit më parë.

Numri total i shtrimeve sipas spitaleve:

Për Spitalet Universitare rezultojnë 190,843 pacientë të shtruar, 11,979 pacientë më shumë se një vit më parë.

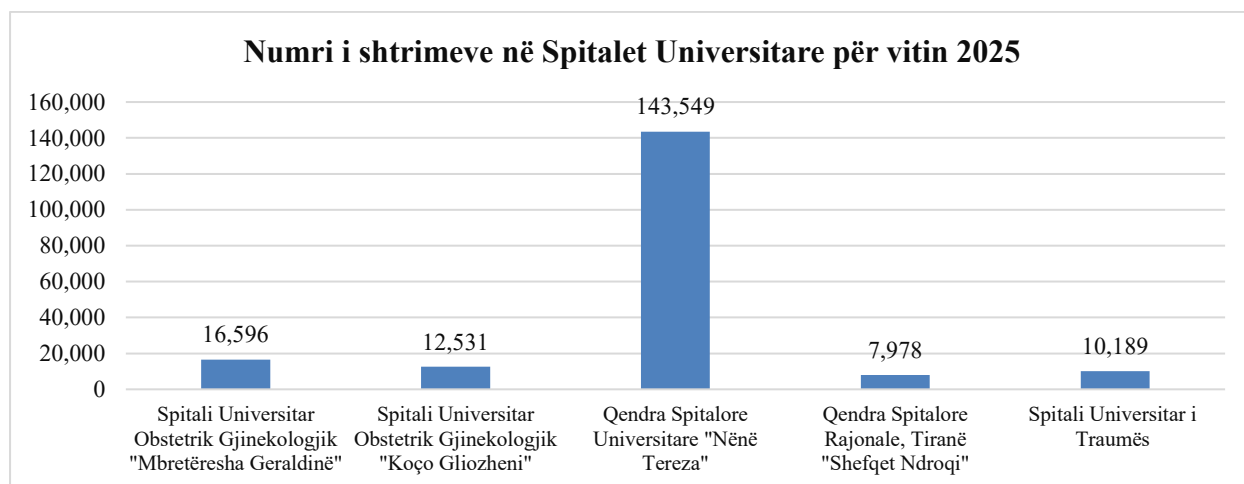
Për Spitalet Rajonale rezultojnë 115,171 pacientë, 2,717 pacientë më pak se një vit më parë.

Për Spitalet Bashkiake rezultojnë 25,242 pacientë, 2,006 pacientë më pak krahasuar me një vit më parë.

Spitalet Universitare

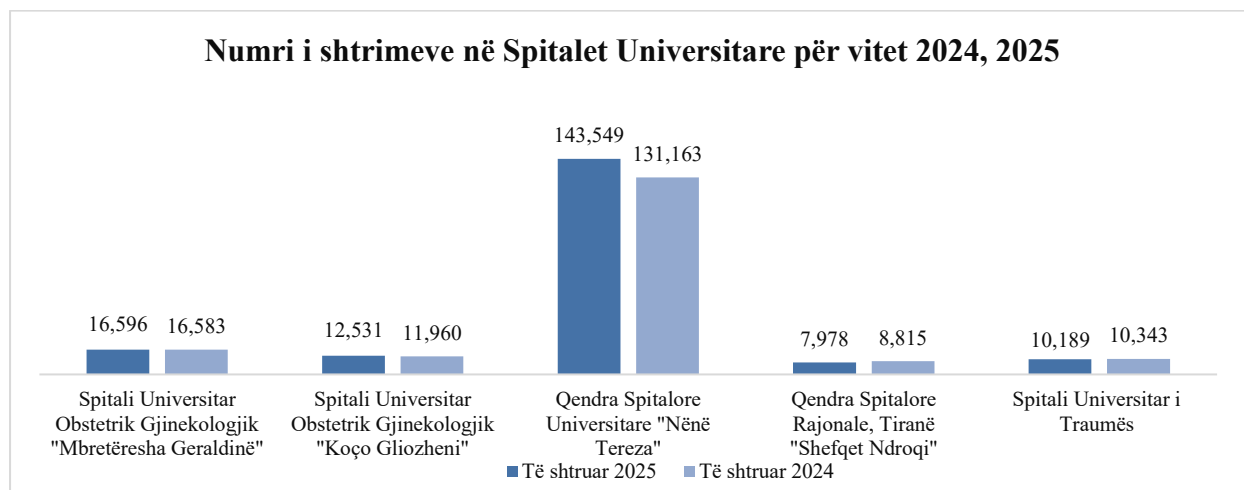
Në Spitalet Universitare numri i shtrimeve për vitin 2025 rezulton 190,843 pacientë të shtruar, përkatësisht 11,979 pacientë më shumë se një vit më parë.

Numri i shtrimeve në Spitalet Universitare për vitin 2025:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për vitin 2025 në spitalet universitare vihet re se Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" Tiranë ka numrin më të lartë të shtrimeve.

Krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025:



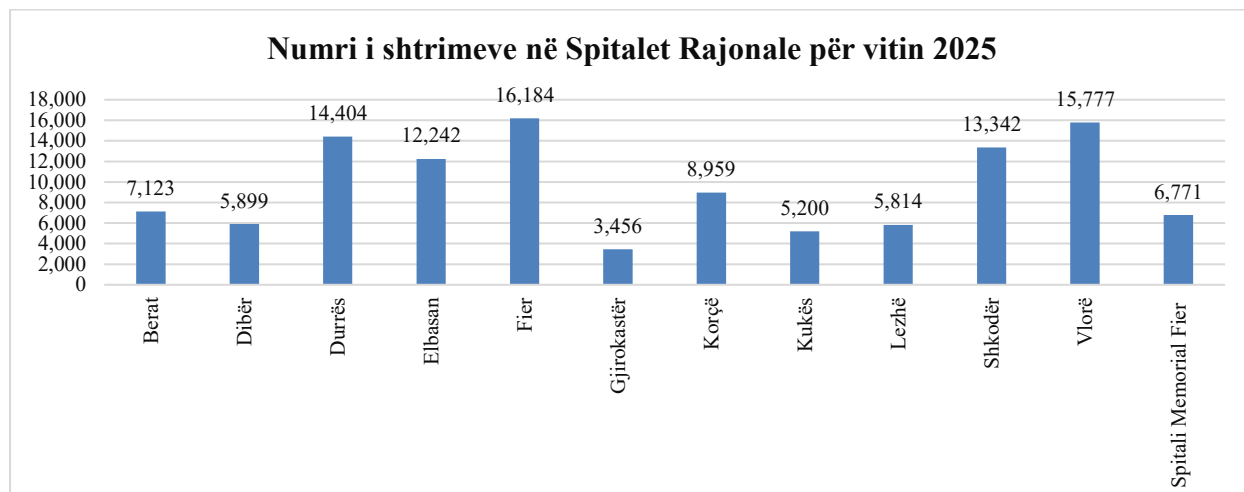
Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025 vihet re një rritje e numrit të shtrimeve për vitin 2025.

Numri i shtrimeve gjatë vitit 2025 për Spitalet Universitare në total rezulton më i lartë krahasuar me vitin 2024. Në Spitalet Universitare; Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Spitali Universitar Obstetrik Ginekologjik "Koço Gliozheni" dhe Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë", vërehet rritje e numrit të shtrimeve.

Spitalet Rajonale

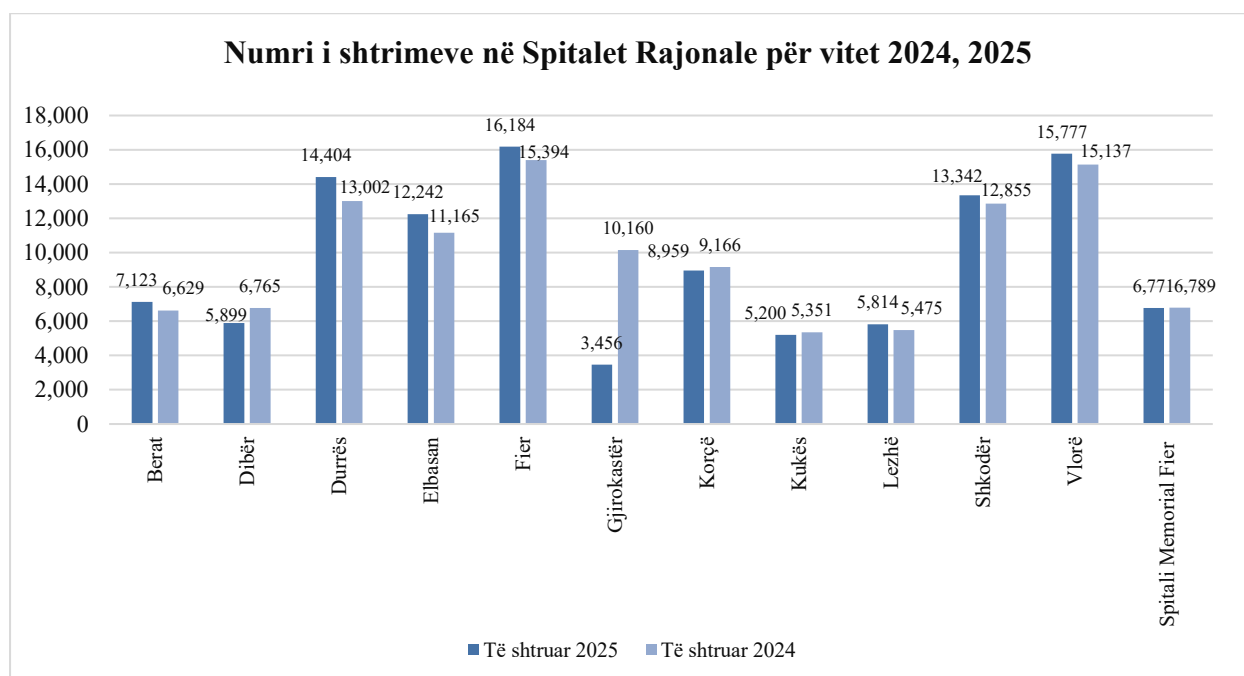
Numri i shtrimeve për Spitalet Rajonale për vitin 2025 është 115,171 pacientë.

Numri i shtrimeve në Spitalet Rajonale për vitin 2025:



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

Krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Rajonale për vitet 2024, 2025:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Rajonale për vitet 2024, 2025, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2025 në total ka ulje me rreth 2,717 shtrime më pak. Në Spitalet

Rajonale; Berat, Durrës, Elbasan, Fier, Lezhë, Shkodër dhe Vlorë kemi rritje të numrit të shtrimeve.

Spitalet Bashkiake

Numri i shtrimeve në Spitale Bashkiake për vitin 2025 është 25,242 pacientë dhe krahasuar me vitin 2024, kemi 2,006 pacientë më pak.

Raporti i shtrimeve urgjente me shtrimet në total

Për vitin 2025 në total 52.9 % e shtrimeve në spitale janë nëpërmjet shërbimit të urgjencës.

Për vitin 2025, 32.24 % të shtrimeve në Spitalet Universitare e zënë shtrimet nga urgjenca.

Për vitin 2025, 77.78 % të shtrimeve në Spitalet Rajonale e zënë shtrimet nga urgjenca.

Për Spitalet Bashkiake 86.41% të shtrimeve e zënë shtrimet nga urgjenca.

Edhe në vitet e shkuara përqindja e shtrimeve urgjent ka rezultuar e lartë.

Shfrytëzimi i shtratit

Si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore paraqitet në këto nivele:

Në total mesatarja e shfrytëzimit të shtratit në spitale është 47.13 %.

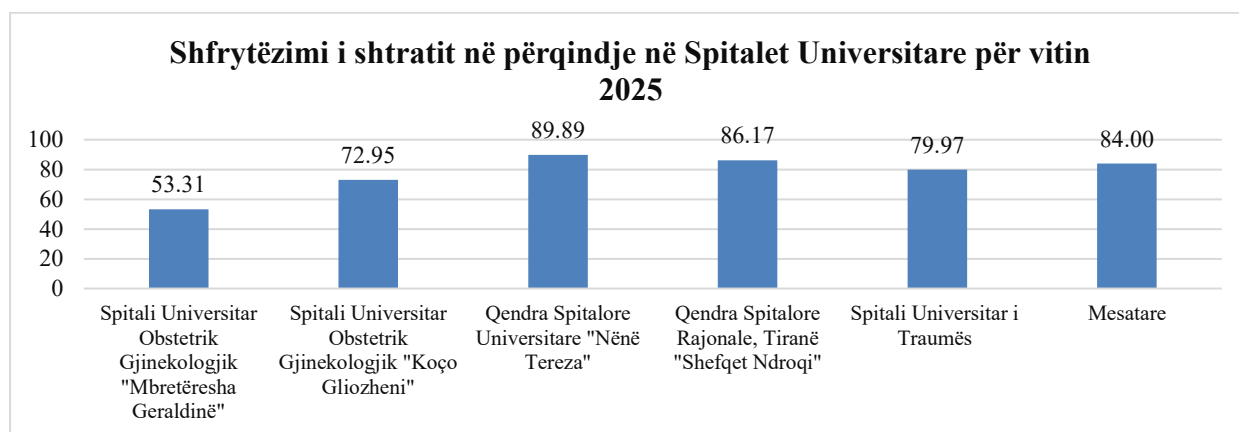
Në Spitalet Universitare mesatarja e shfrytëzimit të shtratit është 84.00 %.

Në Spitalet Rajonale mesatarja e shfrytëzimit të shtratit është 36.38 %.

Në Spitalet Bashkiake mesatarja e shfrytëzimit të shtratit është 19.68 %.

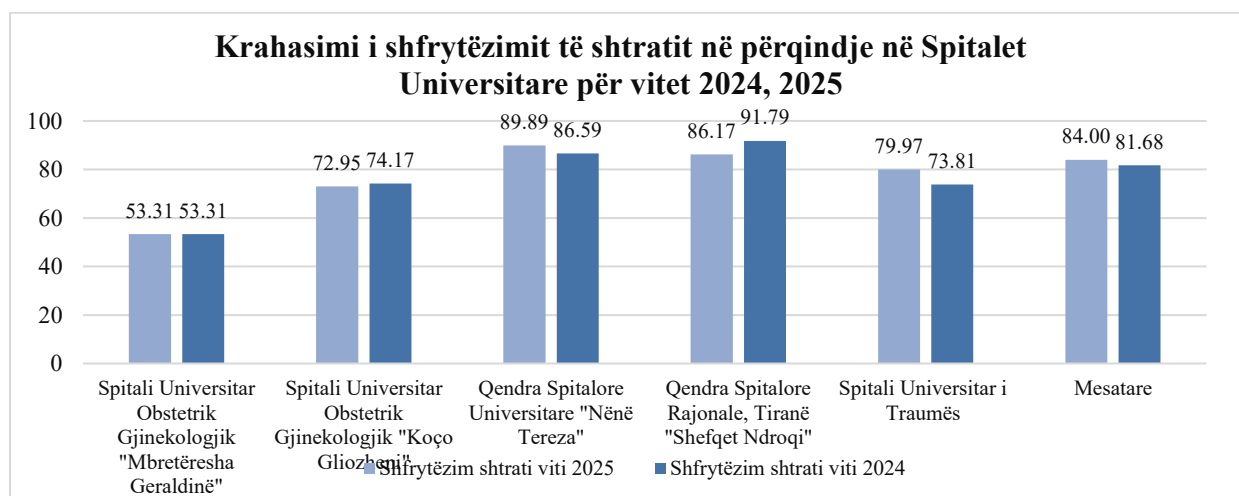
Më poshtë paraqesim grafikët krahasues për shfrytëzimin e shtratit në Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.

Shfrytëzimi i shtratit në Spitalet Universitare



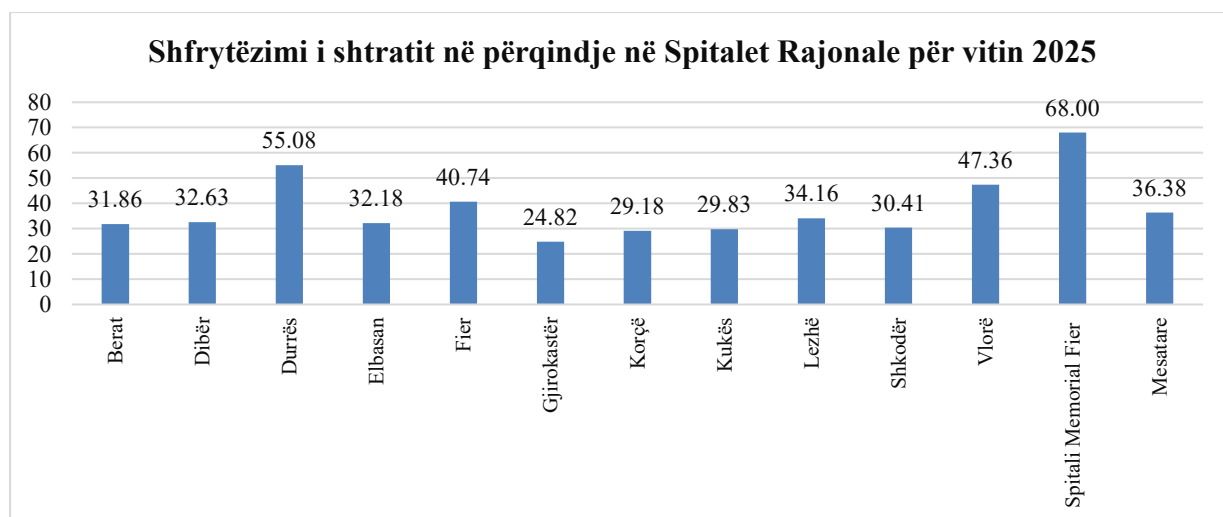
Në realizimin e këtij indikator vlerat më të larta janë në Spitalet; Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" Tiranë dhe Qendra Spitalore Rajonale, Tiranë "Shefqet Ndroqi".

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025:



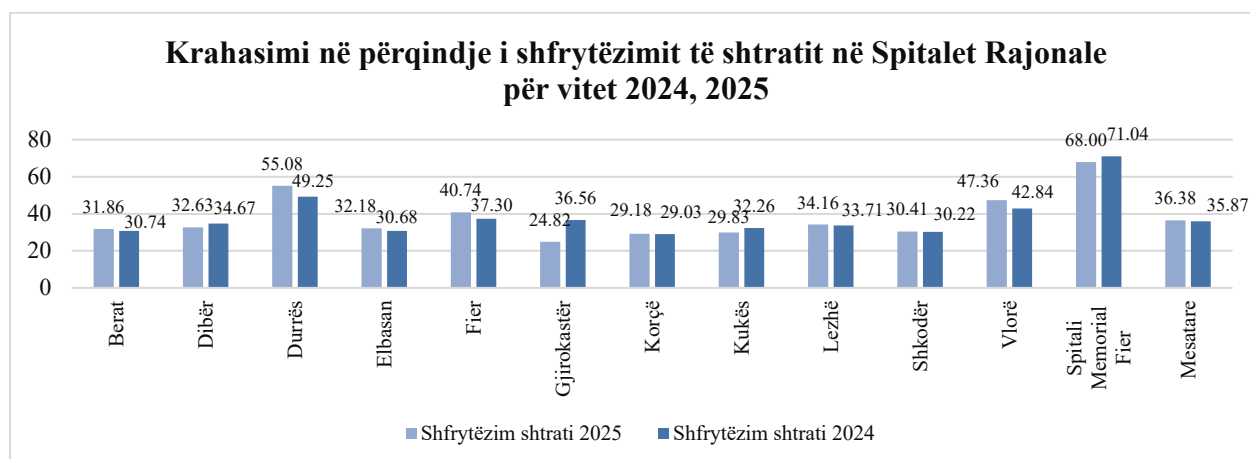
Nga grafiku krahasues vihet re një rritje e këtij indikator për vitin 2025. Në Spitalin Universitar të Traumës, si dhe Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” kemi një rritje të vlerës së indikatorit të shfrytëzimit të shtratit për vitin 2025, ndërsa në vlerë të njëjtë me një vit më parë shfrytëzimi i shtratit është në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”. Për Qendrën Spitalore Rajonale, Tiranë “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”, rezulton një ulje e vlerës së këtij indikator.

Shfrytëzimi i shtratit në Spitalet Rajonale



Në nivele më të larta për shfrytëzimin e shtratit për vitin 2025 paraqiten Spitali Memorial Fier, Spitali Rajonal Durrës, Spitali Rajonal Vlorë, Spitali Rajonal Fier, ndërsa në vlera më të ulura për shfrytëzimin e shtratit paraqiten Spitali Rajonal Berat, Spitali Rajonal Shkodër, Spitali Rajonal Korçë, Spitali Rajonal Lezhë, Spitali Rajonal Dibër, etj.

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit për Spitalet Rajonale për vitet 2024, 2025:



Nga grafiku krahasues vihet re një rritje e lehtë e indikatorit të shfrytëzimit të shtratit në Spitalet Rajonale për vitin 2025.

Ditë qëndrimi mesatar

Indikatori i ditë qëndrimit mesatar në spitale paraqitet si më poshtë për vitin 2025:

Në total mesatarja e ditë qëndrimit mesatar për spitalet është 3.8 ditë.

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

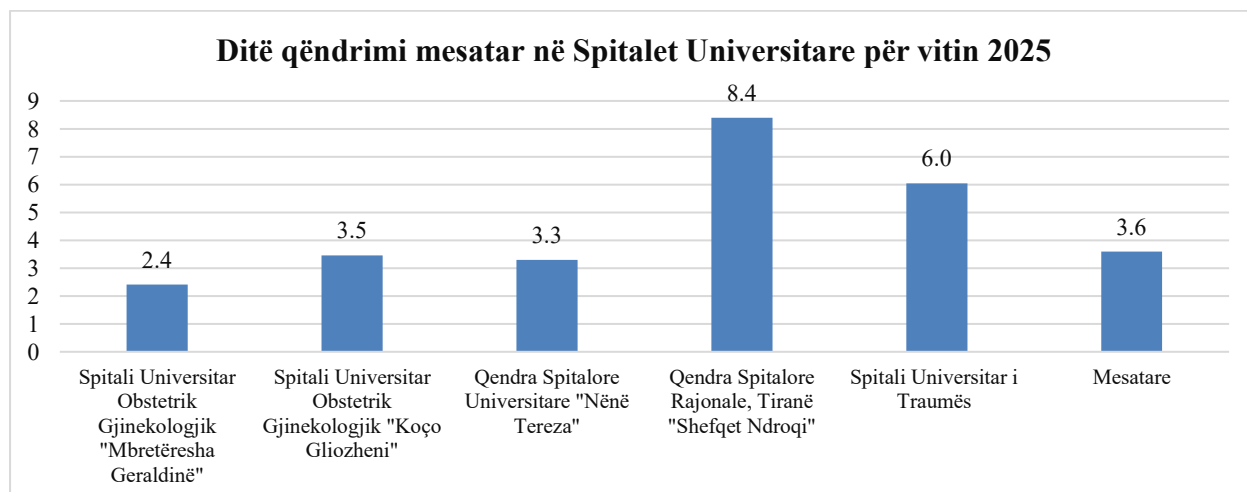
Në Spitalet Rajonale mesatarja e ditë qëndrimit mesatar është 4.0 ditë.

Në Spitalet Bashkiake mesatarja e ditë qëndrimit mesatar është 4.6 ditë.

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

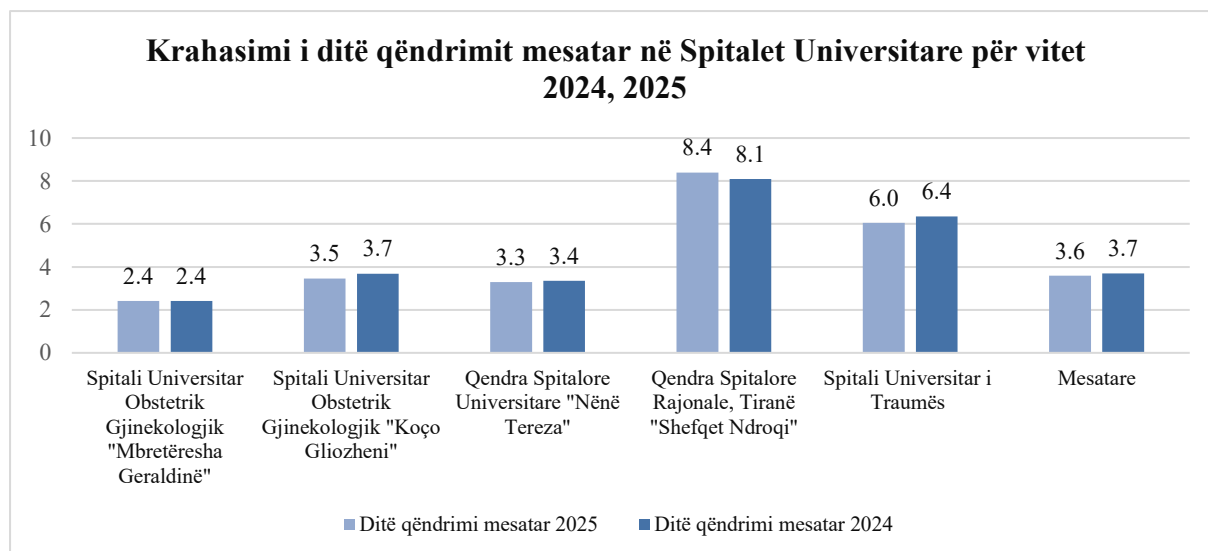
Ditë qëndrimi mesatar në Spitalet Universitare

Në Spitalet Universitare indikatori i ditë qëndrimit mesatar për vitin 2025 rezulton 3.6 ditë.



Në Spitalet Universitare ditë qëndrimi mesatar në nivelet më të larta rezultojnë në Qendrën Spitalore Rajonale, Tiranë “Shefqet Ndroqi” përkatësisht 8.4 ditë.

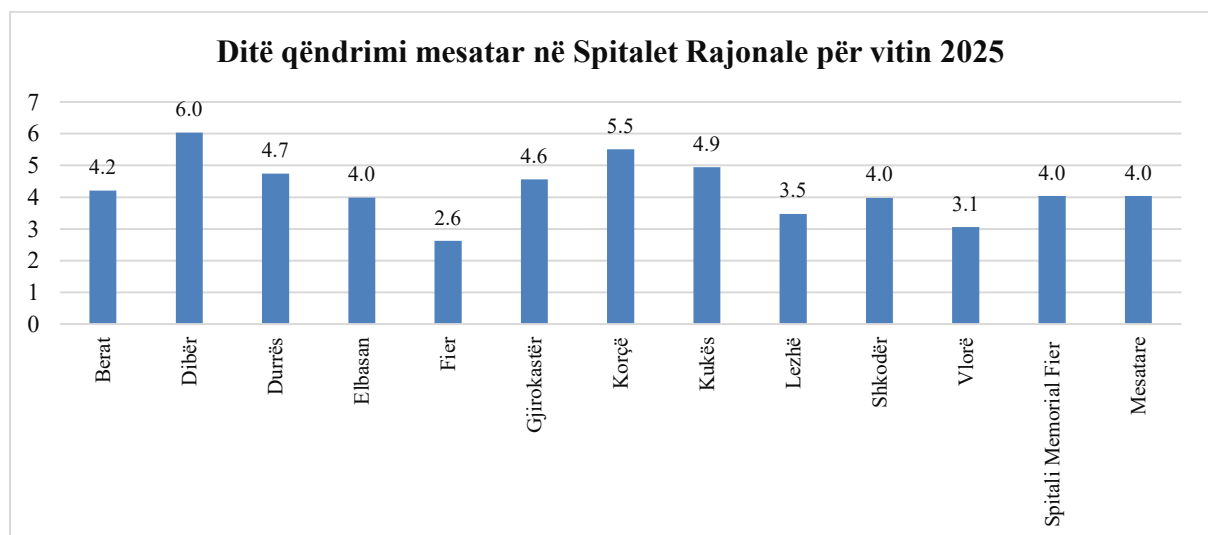
Krahasimi i ditë qëndrimit mesatar në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025:



Nga krahasimi me vitin 2024 rezultojnë se në Qendrën Spitalore Rajonale, Tiranë “Shefqet Ndroqi” vërehet një rritje e lehtë e indikatorit të ditë qëndrimit mesatar, ndërkohë që vërehet ulje e vlerës së këtij indikator në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar të Traumës si edhe Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”. Në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” nuk kemi ndryshime të vlerës së këtij indikator.

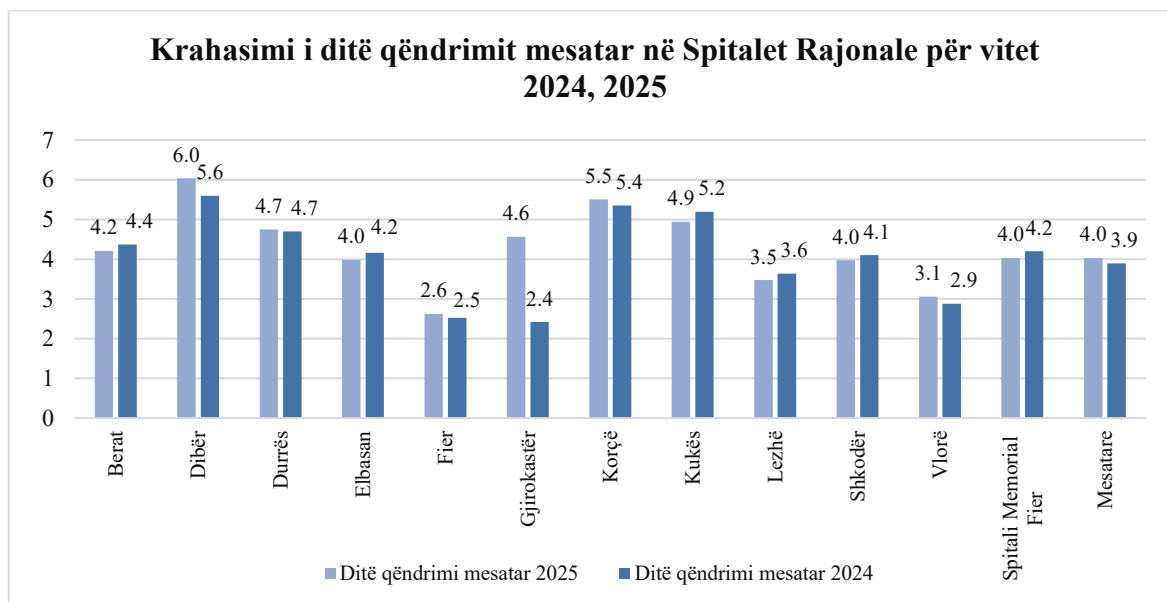
Ditë qëndrimi mesatar në Spitalet Rajonale

Për Spitalet Rajonale indikator i ditëqëndrimit mesatar për vitin 2025 rezultojnë 4.0 ditë.



Për Spitalet Rajonale indikatori i ditë qëndrimit mesatar në nivelet më të larta paraqitet në Spitalin Rajonal Dibër, Spitalin Rajonal Korçë, Spitalin Rajonal Kukës, Spitalin Rajonal Durrës dhe Spitalin Rajonal Gjirokastrë.

Krahasimi i ditëqëndrimit mesatar në Spitalet Rajonale për vitet 2024, 2025:



Nga krahasimi vihet re se për vitin 2025 kemi një rritje të lehtë të vlerës së mesatares së ditë qëndrimit në Spitalet Rajonale. Në Spitalet Rajonale; Gjirokastrë, Dibër, Korçë, Vlorë dhe Fier vërehet një rritje e këtij indikatori. Në pjesën tjetër të Spitaleve Rajonale vërehet një ulje e këtij indikatori për vitin 2025. Në Spitalet Rajonale; Berat, Elbasan, Kukës, Lezhë, Shkodër dhe Spitali Memorial Fier vihet re një ulje e ditë qëndrimit mesatar.

Vizitat ambulatorë

Për vitin 2025 janë realizuar 1,641,466 konsulta në shërbimin ambulator në të gjitha spitalet. Të dhënat e pacientëve të cilët kanë marrë shërbim shëndetësor në shërbimin e konsultave ambulatorë paraqiten si vijon:

Në Spitalet Universitare janë 545,945 pacientë të konsultuar, gjatë vitit 2025.

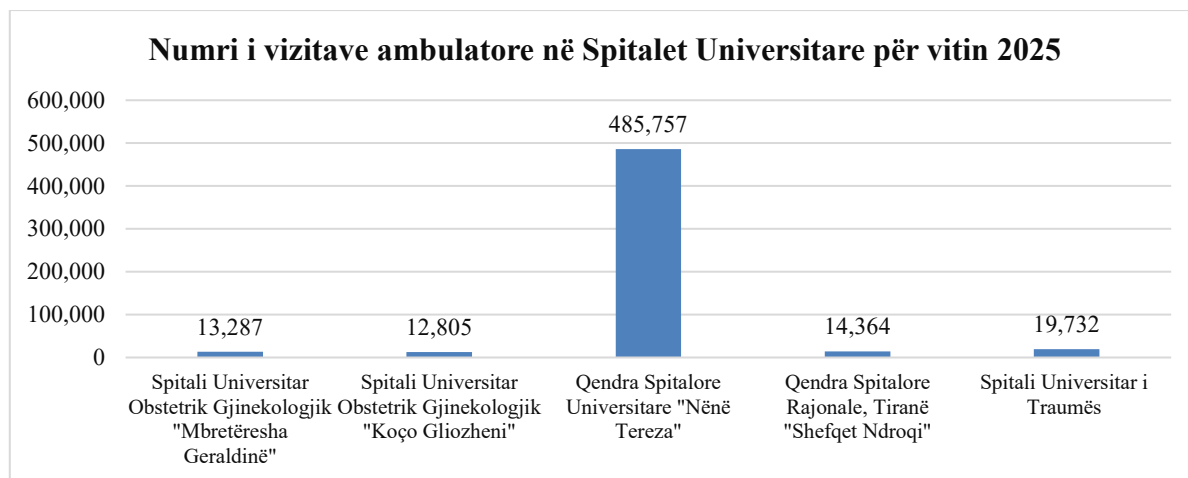
Në Spitalet Rajonale janë 810,282 pacientë të konsultuar, gjatë viti 2025.

Në Spitalet Bashkiake janë 285,239 pacientë të konsultuar, gjatë vitit 2025.

Vizitat ambulatorë në Spitalet Universitare

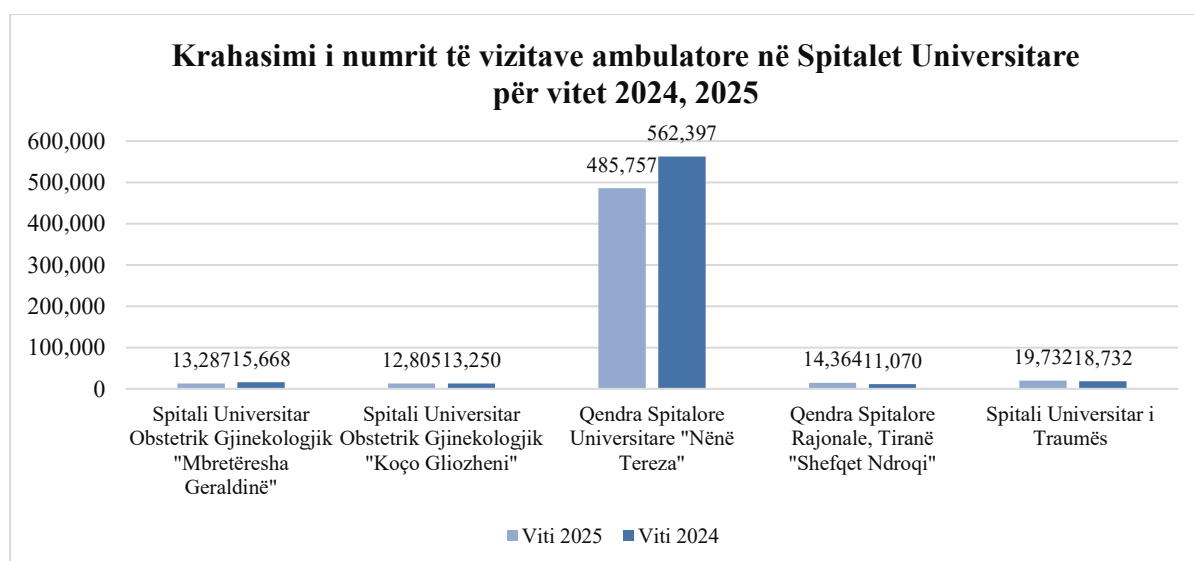
Pacientë të konsultuar për vitin 2025 në Spitalet Universitare rezultojnë 545,945 pacientë dhe krahasuar me vitin 2024 janë 75,172 pacientë më pak.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet numri total i konsultave ambulatorë të specializuara në Spitalet Universitare për vitin 2025:



Nga grafiku vihet re se numrin më të lartë të konsultave ambulatorë për vitin 2025 e ka realizuar Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza".

Në grafikun e mëposhtëm jepet krahasimi i numrit total të vizitave ambulatorë të specializuara në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025:



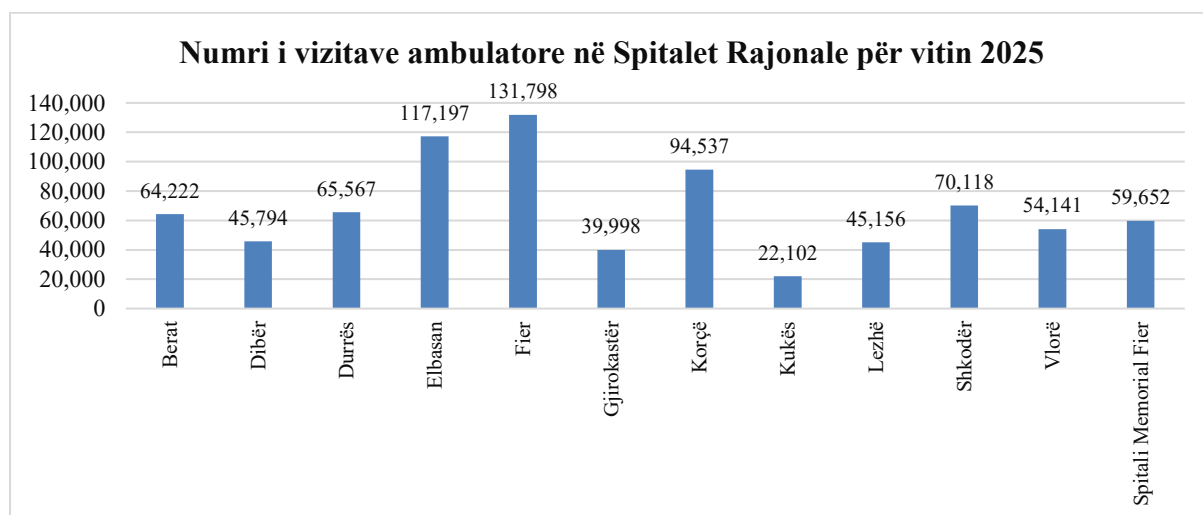
Për vitin 2025 rezulton se kemi një ulje të numrit të vizitave ambulatorë në Spitalet Universitare.

Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë" dhe Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik "Koço Gliozheni" rezultojnë me ulje të numrit të vizitave ambulatorë, ndërsa në dy spitalet e tjera universitare; Qendra Spitalore Rajonale, Tiranë "Shefqet Ndroqi" dhe Spitali Universitar i Traumës rezulton një rritje e numrit të konsultave ambulatorë të realizuara.

Vizita ambulatorë në Spitalet Rajonale

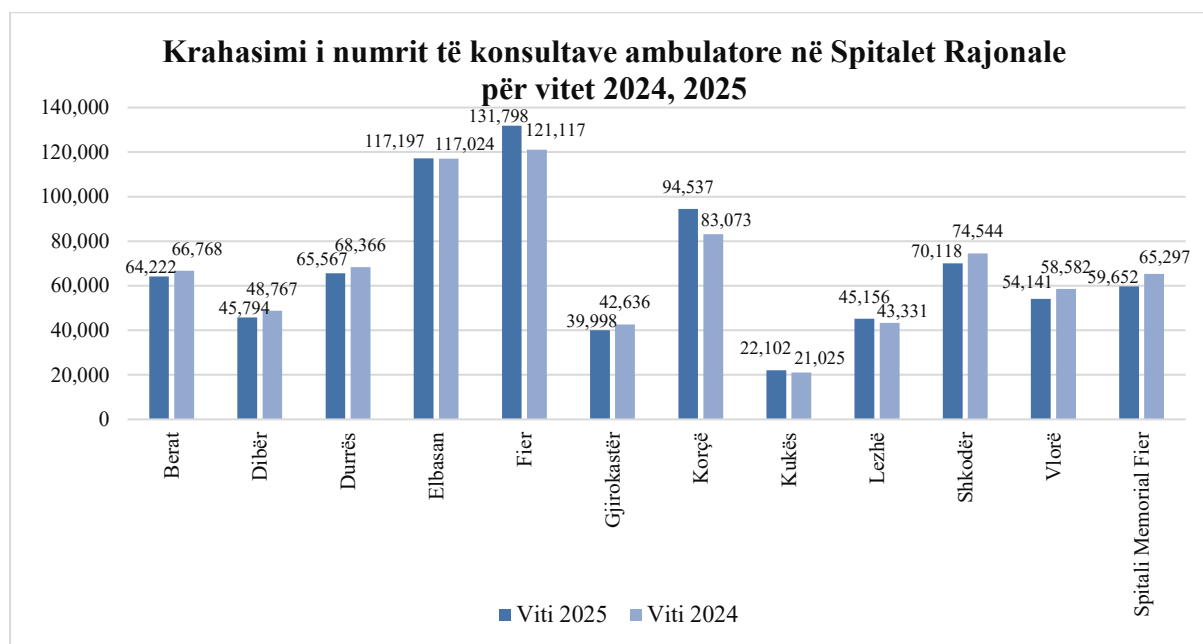
Pacientë të konsultuar për vitin 2025 në Spitalet Rajonale janë 810,282. Krahasuar me vitin 2024 rezultojnë 248 pacientë më pak të cilët kanë marrë shërbim ambulator në spitale.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet numri total i konsultave ambulatorë të specializuara të realizuara në Spitalet Rajonale për vitin 2025:



Nga grafiku vërehet se numrin më të lartë të konsultave ambulatorë për vitin 2025 e kanë Spitalet Rajonale; Fier, Elbasan dhe Korçë.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet krahasimi i numrit total të konsultave ambulatorë të specializuara në Spitalet Rajonale për vitet 2024, 2025:



Nga grafiku rezulton se për vitin 2025 në Spitalet Rajonale kemi një ulje të lehtë të numrit të konsultave ambulatorie. Krahësuar me vitin 2024 në total kemi 248 konsulta ambulatorike më pak të realizuara.

➤ Ekzaminimet Laboratorike

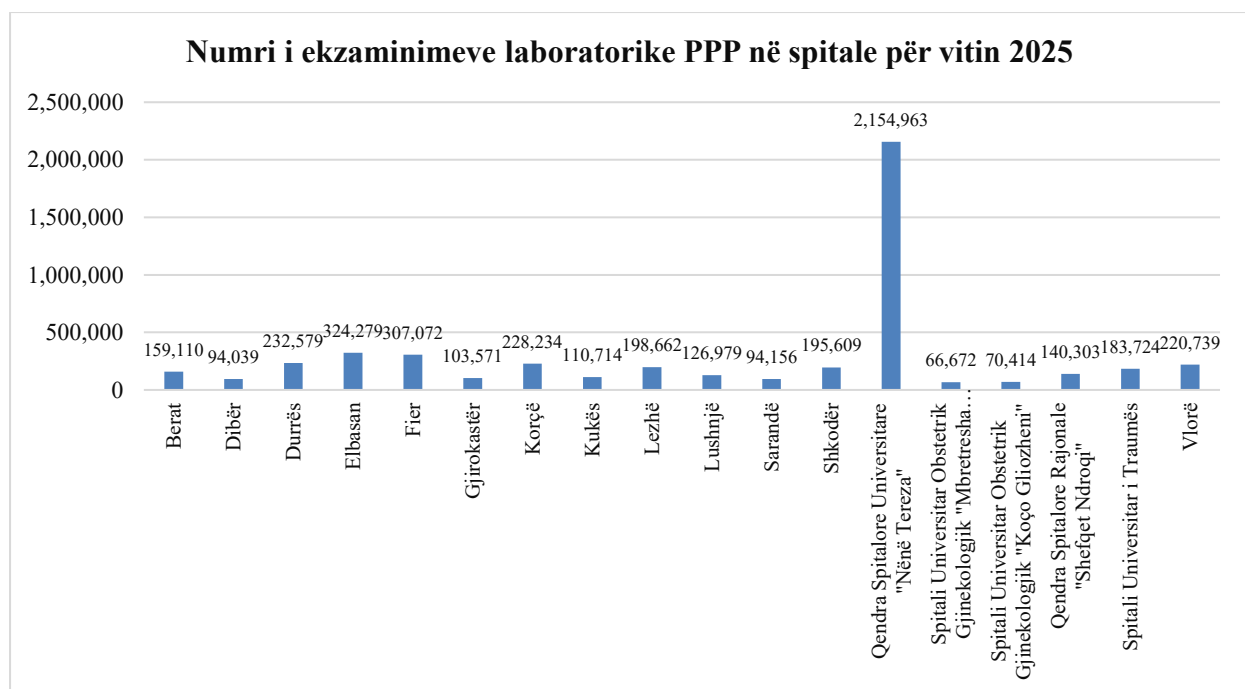
▪ Ekzaminimet Biokimike-Klinike

Për vitin 2025 rezulton se në të gjitha spitalet e kontraktuara nga Fondi, janë realizuar 6,353,153 ekzaminime laboratorike. Në këtë numër ekzaminimesh përfshihen ekzaminime të realizuara nga shërbimi i laboratorit në spitale dhe shërbimi i konçesionarit të laboratorëve me PPP në spitalet e caktuara.

Në Spitalet Universitare janë realizuar 2,616,076 ekzaminime laboratorike. Në Spitalet Rajonale janë realizuar 2,481,058 ekzaminime laboratorike, ndërsa në Spitalet Bashkiake janë realizuar 1,256,019 ekzaminime biokimike-klinike.

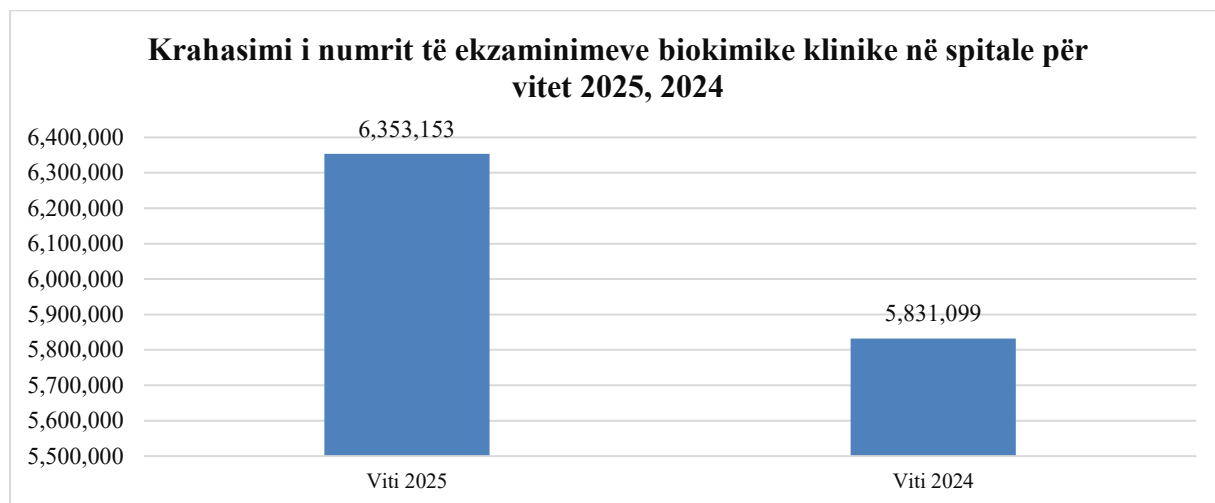
Nga numri total i ekzaminimeve, nga shërbimi i konçesionarit të laboratorit në 18 spitale sipas kontratës “Për ofrimin e shërbimit laboratorik të spitaleve universitare rajonale dhe atyre bashkiake të Sarandës dhe Lushnjës” për vitin 2025 janë realizuar 5,011,819 ekzaminime.

Ekzaminime laboratorike të realizuara përmes PPP për vitin 2025:



Nga grafiku vërehet se Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, ka numrin më të lartë të ekzaminimeve klinike të realizuara përmes PPP.

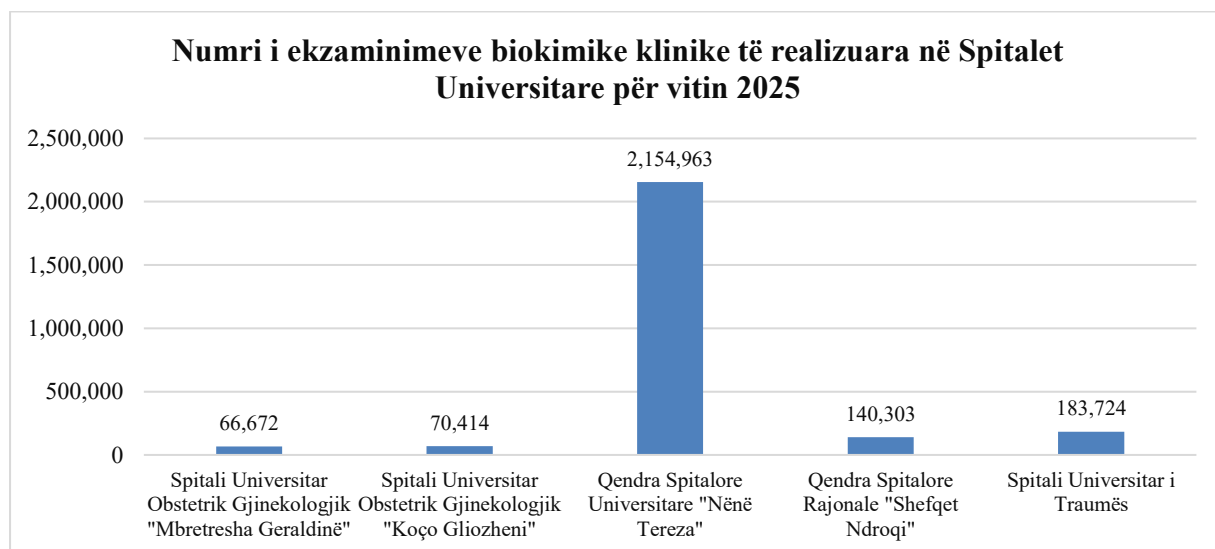
Numri i ekzaminimeve biokimike-klinike të realizuara në total në spitale për vitet 2024, 2025:



Nga grafiku vërehet se për vitin 2025 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve biokimike-klinike të realizuara në total krahasuar me vitin 2024, konkretisht janë realizuar 522,054 ekzaminime më shumë.

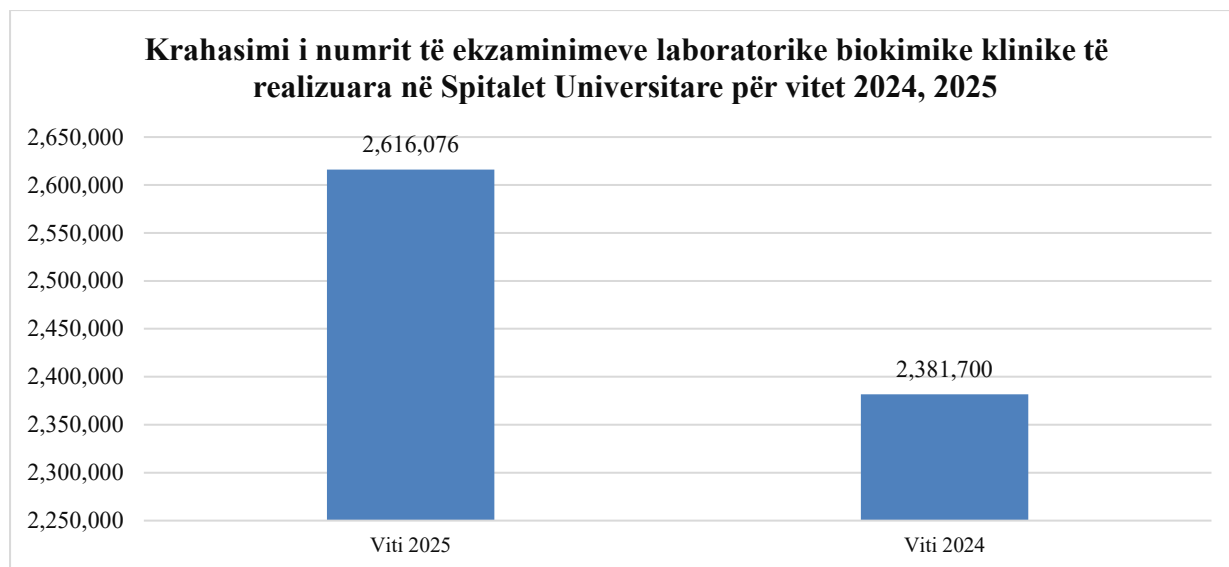
Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Universitare

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara në Spitalet Universitare për vitin 2025:



Nga grafiku vërehet se Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" ka numrin më të lartë të ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara për vitin 2025.

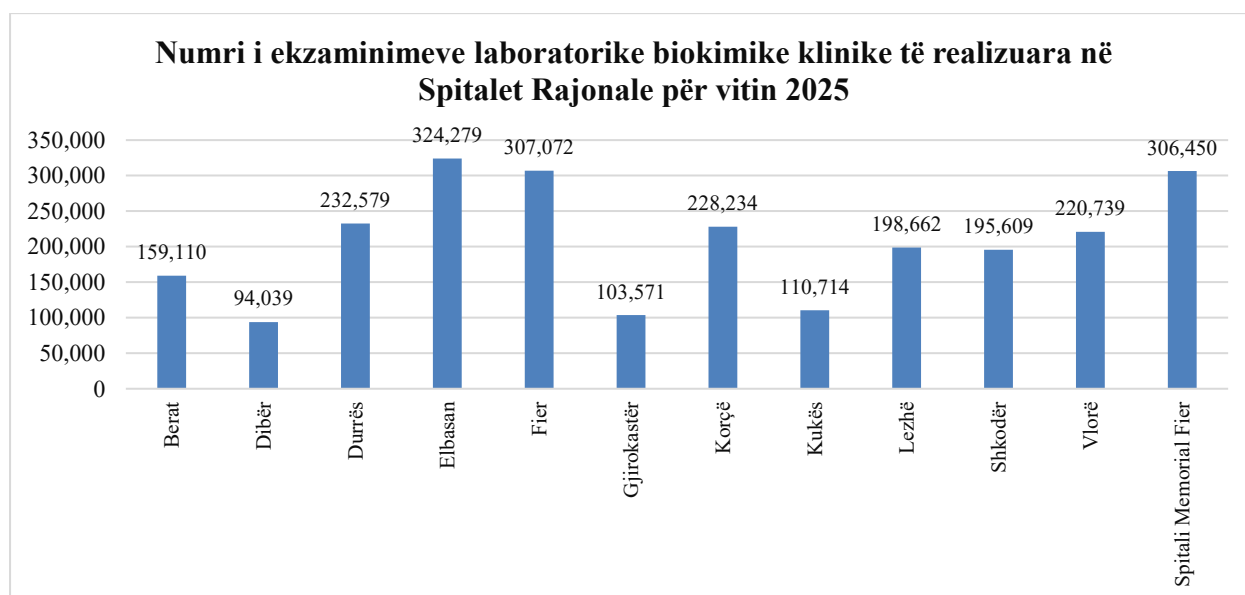
Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve biokimike-klinike të realizuara në total në Spitalet Universitare për vitet 2024, 2025:



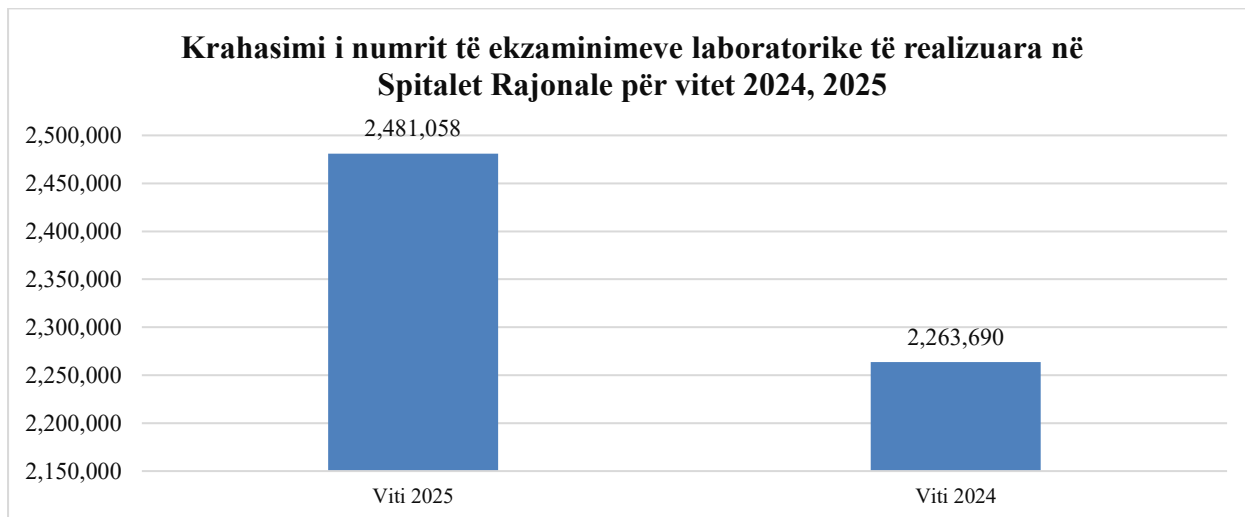
Nga grafiku krahasues për vitet 2024, 2025 vërehet re se për vitin 2025 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve krahasuar me vitin 2024 me 234,376 ekzaminime më shumë për vitin 2025 të realizuara në Spitalet Universitare.

Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Rajonale

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara në total në Spitalet Rajonale për vitin 2025:



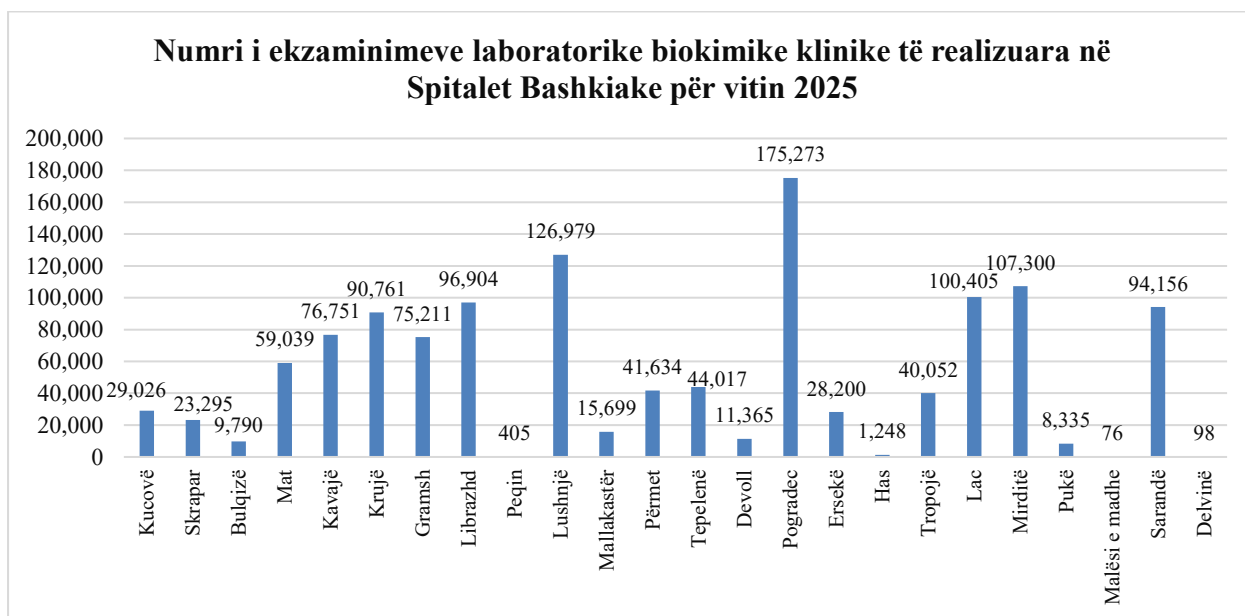
Nga grafiku vërehet se me numrin më të lartë të ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara janë Spitalet Rajonale; Elbasan, Fier dhe Spitali “Memorial” Fier.



Nga grafiku krahasues vërehet se për vitin 2025 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve laboratorike të realizuara krahasuar me vitin 2024, përkatësisht me 217,368 ekzaminime më shumë të realizuara në Spitalet Rajonale.

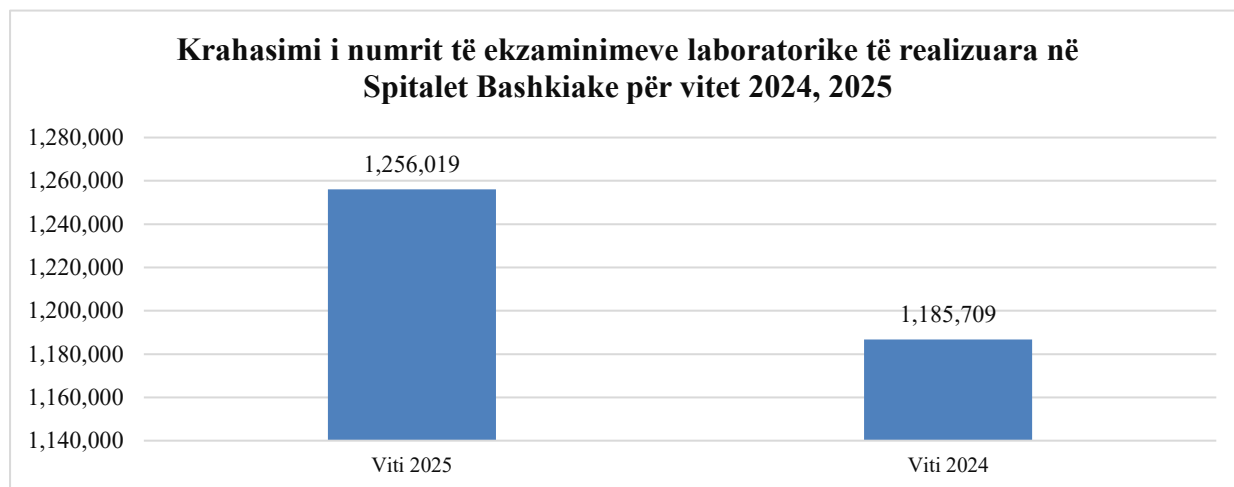
Ekzaminimet laboratorike në Spitalet Bashkiake

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara në Spitalet Bashkiake për vitin 2025:



Nga grafiku vërehet se numrin më të lartë të ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara e kanë Spitalet Bashkiake; Pogradec, Lushnje, Sarandë, Laç, Librazhd, Kavajë, Mirditë, etj.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve biokimike klinike të realizuara në total në Spitalet Bashkiake për vitet 2024, 2025:

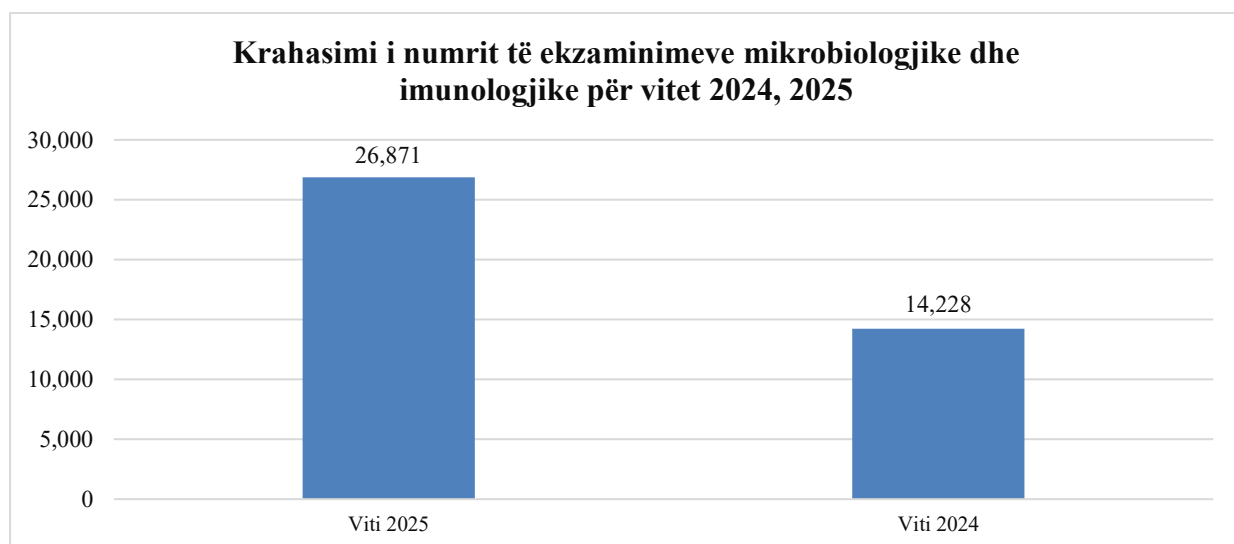


Nga grafiku krahasues vërehet se për vitin 2025 kemi rritje të numrit të ekzaminimeve biokimike klinike në krahasim me vitin 2024, pasi janë realizuar 70,310 ekzaminime më shumë.

➤ Ekzaminimet mikrobiologjike dhe imunologjike

Për vitin 2025 janë kryer në total 26,871 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve të kryera në spitale për vitet 2024, 2025:



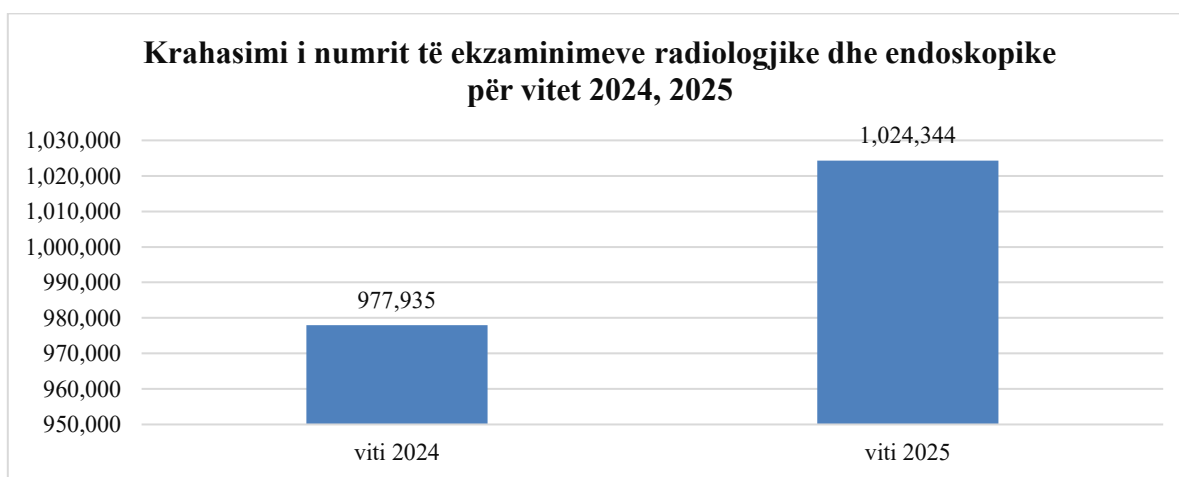
Nga grafiku vërehet se për vitin 2025 numri i ekzaminimeve mikrobiologjike dhe imunologjike të realizuara në spitale është më i lartë krahasur me vitin 2024. Në krahasim me vitin 2024 janë realizuar 12,643 ekzaminime më shumë.

➤ Ekzaminimet radiologjike dhe endoskopike

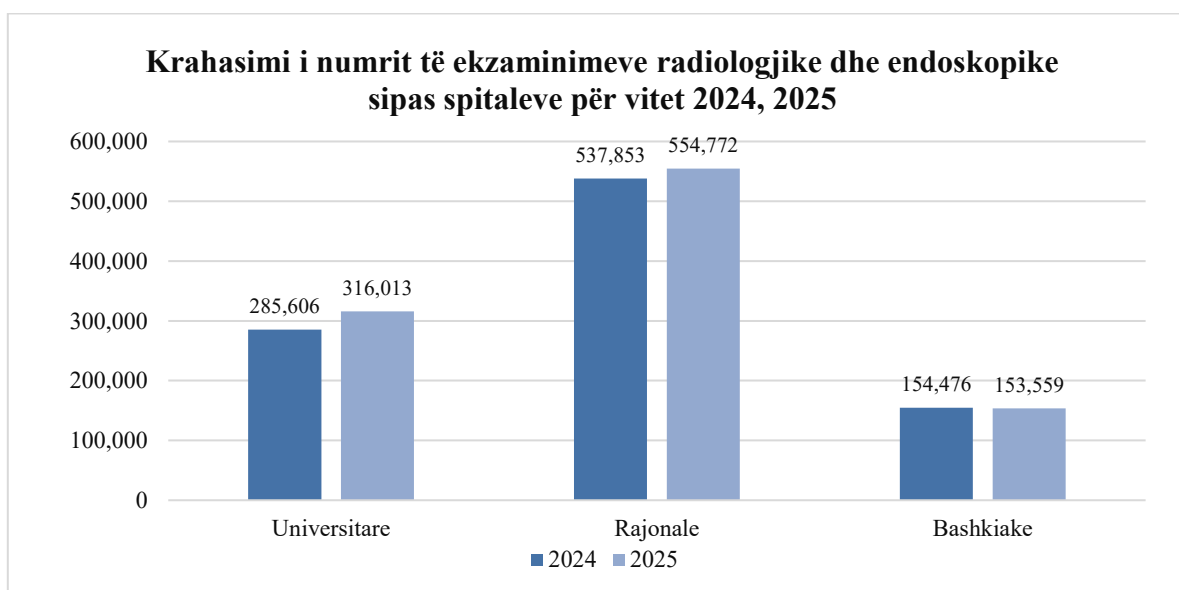
Për vitin 2025 janë realizuar në total 1,024,344 ekzaminime radiologjike dhe endoskopike në Spitalet Universitare, Rajonale, Bashkiake dhe Ditore.

Nga krahasimi i numrit të ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike për vitin 2025 me numrin e ekzaminimeve për vitin 2024 rezulton se janë realizuar 46, 409 ekzaminime radiologjike dhe endoskopike më shumë gjatë vitit 2025.

Më poshtë gjeni paraqitjen grafike për vitin 2024 dhe vitin 2025 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike në total të kryera nga Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.



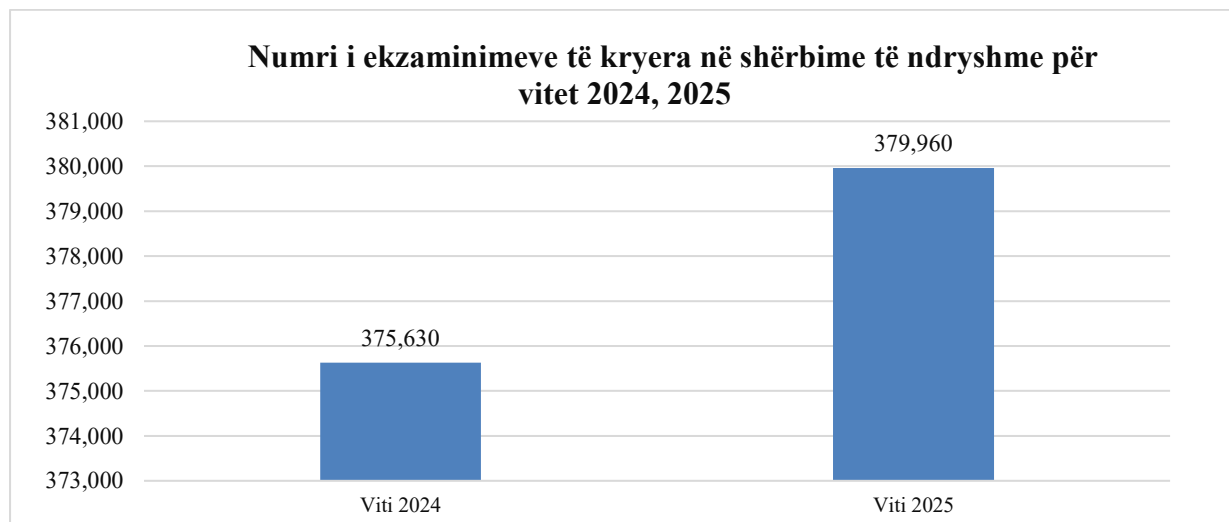
Më poshtë gjendet paraqitja grafike për vitet 2024, 2025 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.



➤ Ekzaminime në shërbime të ndryshme

Në lidhje me numrin e ekzaminimeve në shërbime të ndryshme, për periudhën Janar-Dhjetor 2025 janë realizuar në total 379,960 ekzaminime në Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake.

Më poshtë gjendet paraqitja grafike për vitet 2024, 2025:



7.4 Paketat shëndetësore

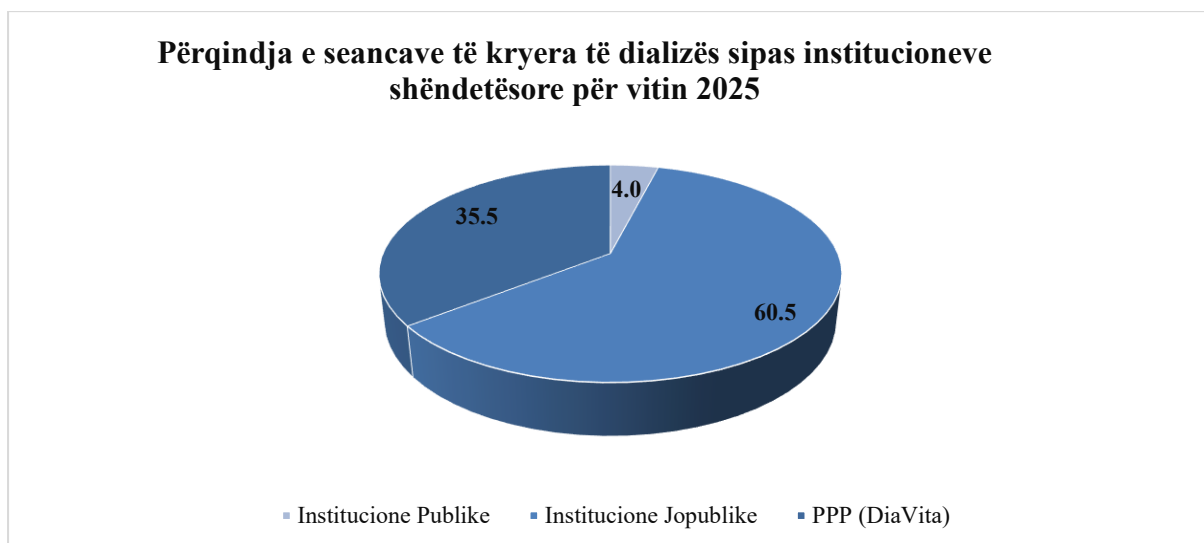
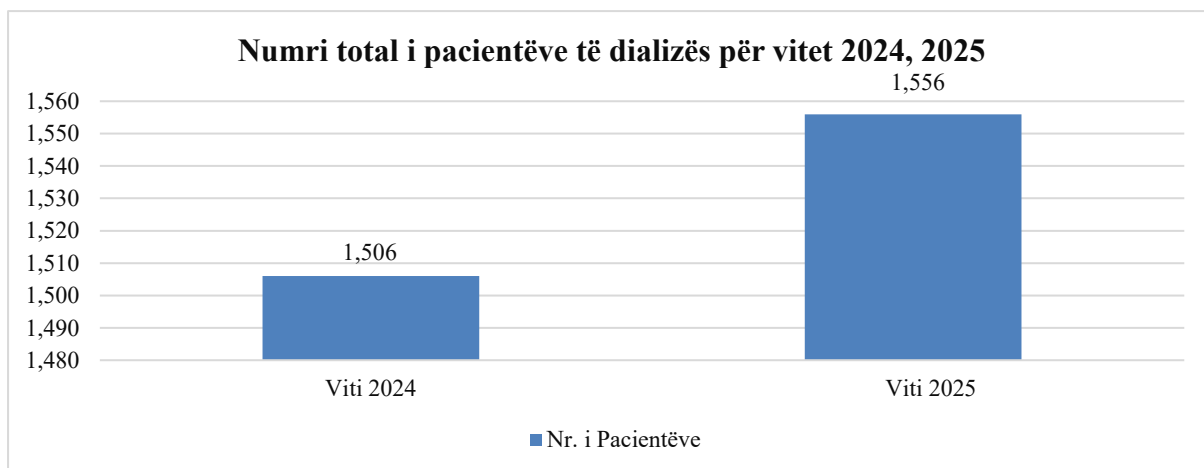
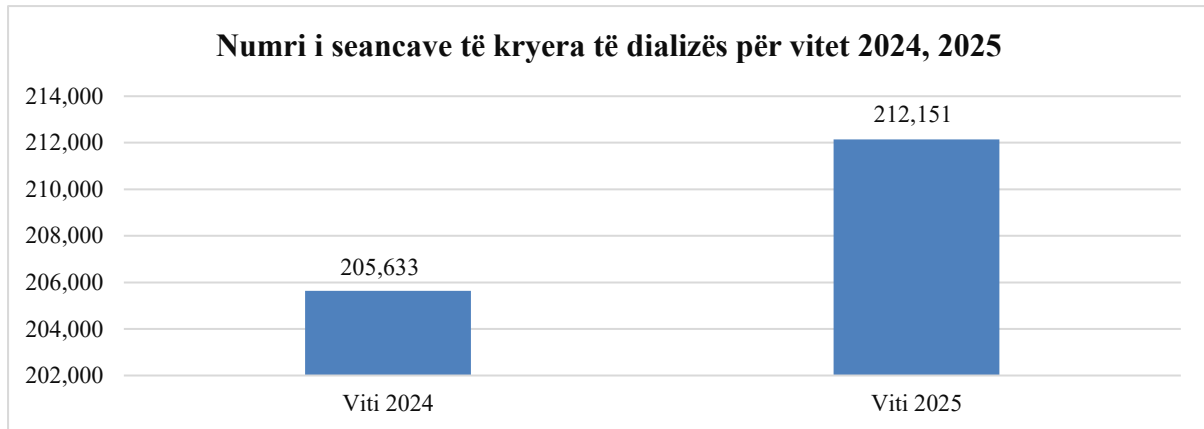
Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara dhe të financuara nga Fondi bëhet në zbatim të Vendimit Nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, i ndryshuar. Gjatë vitit 2025 institucionet shëndetësore publike, jopublike dhe shoqëritë konçesionare, të kontraktuara nga Fondi, kanë ofruar shërbimet për ofrimin e paketave shëndetësore pacientëve.

Paketa e Dializës

Shërbimi i paketës së dializës është ofruar nga 1 spital publik, 9 institucione shëndetësore jopublike dhe 1 PPP (Shoqëria Tregtare “DiaVita Sh.p.k.”).

Numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe jopublike dhe nga shoqëria konçesionare në muajin Dhjetor 2025 rezulton 1,556 pacientë, nga të cilët 902 pacientë në spitalet jopublike, ose 58 %, 112 pacientë në spitalet publike, ose 7 % dhe 542 pacientë, ose 35 % në 5 qendrat e dializës të Shoqërisë Tregtare “Dia Vita Sh.p.k.” (PPP).

Në vitin 2025 nga institucionet shëndetësore publike, jopublike dhe nga shoqëria konçesionare, të kontraktuara nga Fondi për ofrimin e shërbimit të hemodializës u kryen 212,151 seanca hemodialize në total, nga të cilat 8,454 seanca nga institucionet shëndetësore publike, 128,424 seanca nga institucionet shëndetësore jopublike, si dhe 75,273 seanca dialize nga kontrata me PPP (Konçesionari “DiaVita Sh.p.k.”).



Paketat e Kardiologjisë

Shërbimi për Paketat Shëndetësore të Kardiologjisë është mbuluar nga:

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

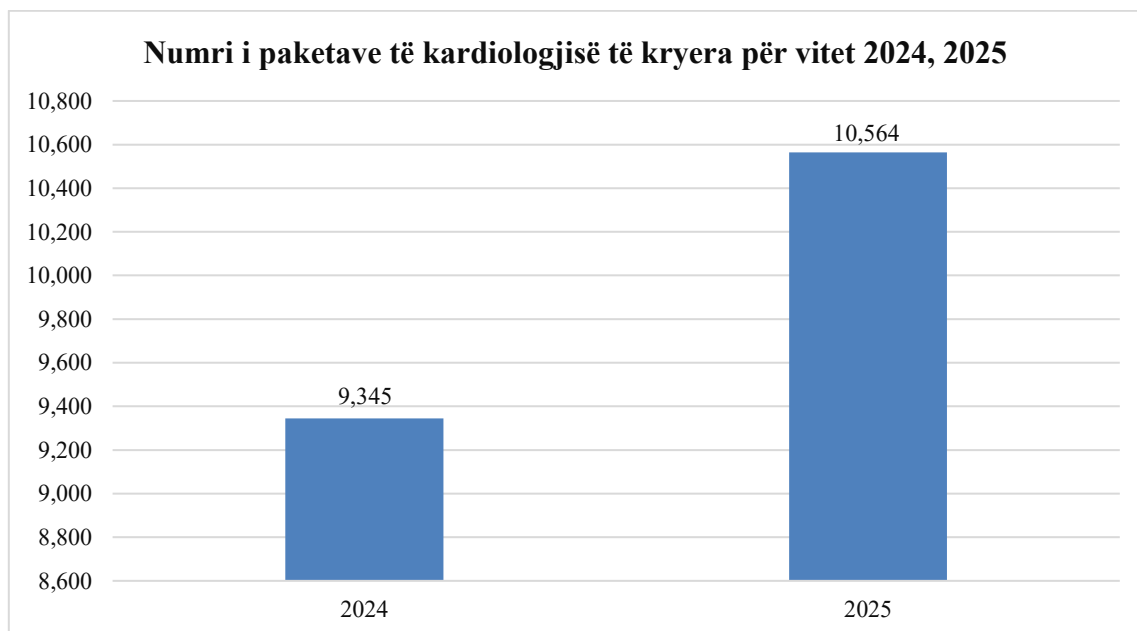
Në paketat e kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

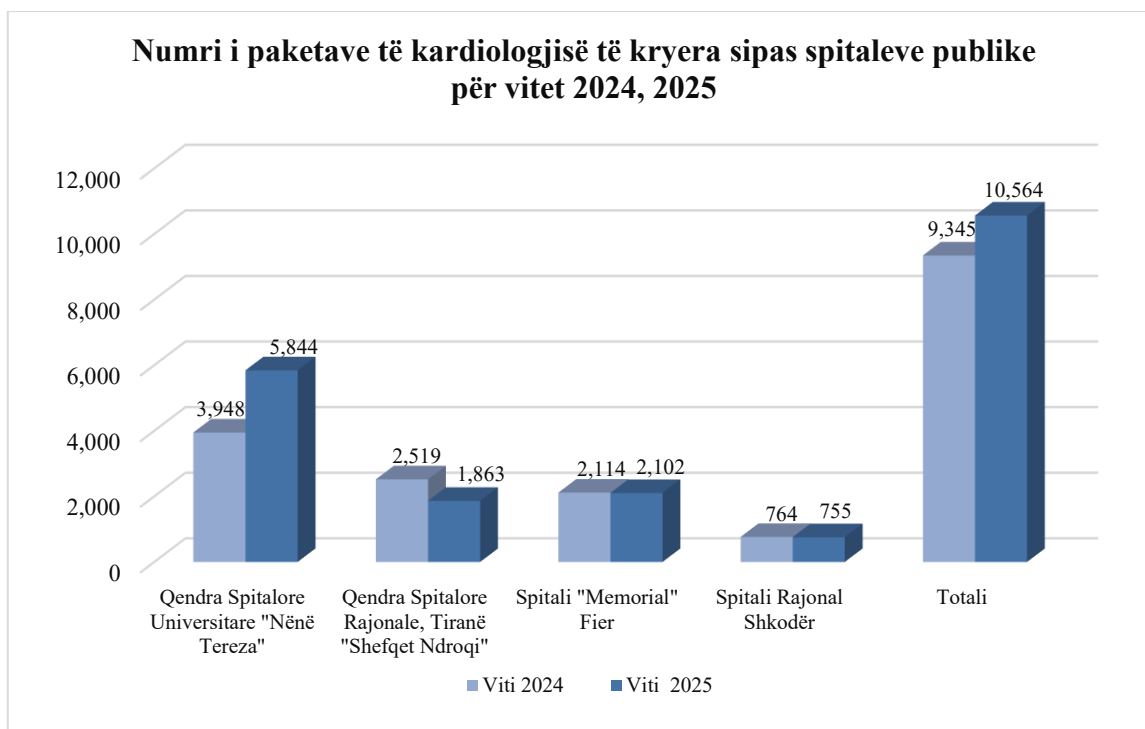
- Pacemaker definitiv
- Angiografi koronare
- Angioplastikë koronare (PCA)
- Angiografi + Angioplastikë

Për vitin 2025 janë kryer në total 10,564 procedura të kardiologjisë, të cilat janë kryer të gjitha në spitalet publike. Të gjitha nevojat janë mbuluar 100 % nga spitalet publike.

Paketat shëndetësore të kardiologjisë të realizuara sipas paketave shëndetësore për periudhën Janar-Dhjetor 2025 paraqiten si më poshtë:

a-Pacemaker definitive	619 paketa
b-Angiografi koronare	5,770 paketa
c-Angioplastika koronare	162 paketa
d-Angiografi + Angioplastikë	4,013 paketa





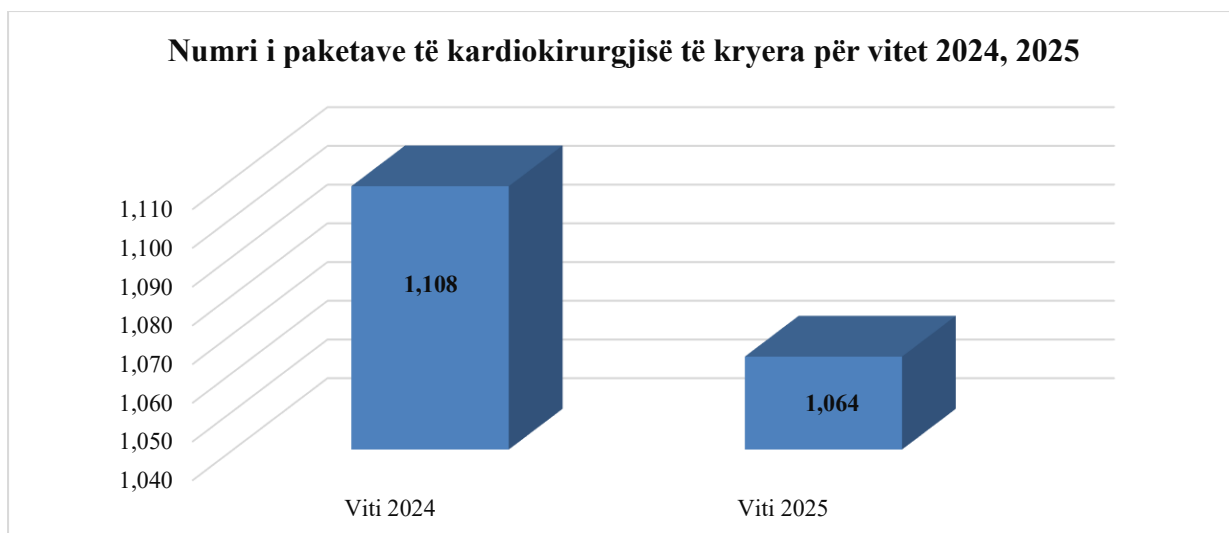
Paketat e Kardiokirurgjisë

Shërbimi për paketat shëndetësore të Kardiokirurgjisë për vitin 2025, është mbuluar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe Qendra Spitalore Rajonale, Tiranë "Shefqet Ndroqi".

Në paketat e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

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

Për vitin 2025 janë kryer 1,064 paketa të kardiokirurgjisë, të cilat janë kryer të gjitha në institucionet shëndetësore publike, nga të cilat 737 procedura janë kryer në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, ose 69 % dhe 327 procedura janë kryer në Qendrën Spitalore Rajonale, Tiranë “Shefqet Ndroqi”, ose 31 %.



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

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

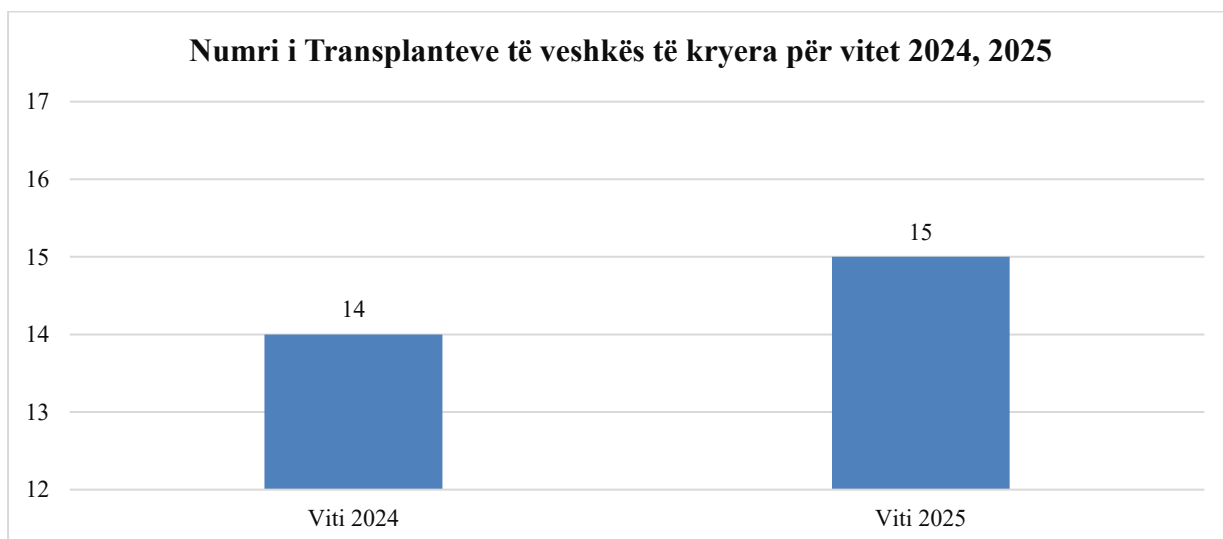
Gjatë vitit 2025, janë kryer gjithsej 15 transplante të veshkës dhe 1 procedurë e terapisë së flakjes akute të veshkës nga të cilat:

6 transplante renale janë kryer në spitalin jopublik “Amerikan”.

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

Procedura e terapisë së flakjes akute të veshkës është realizuar në spitalin jopublik “Amerikan”.

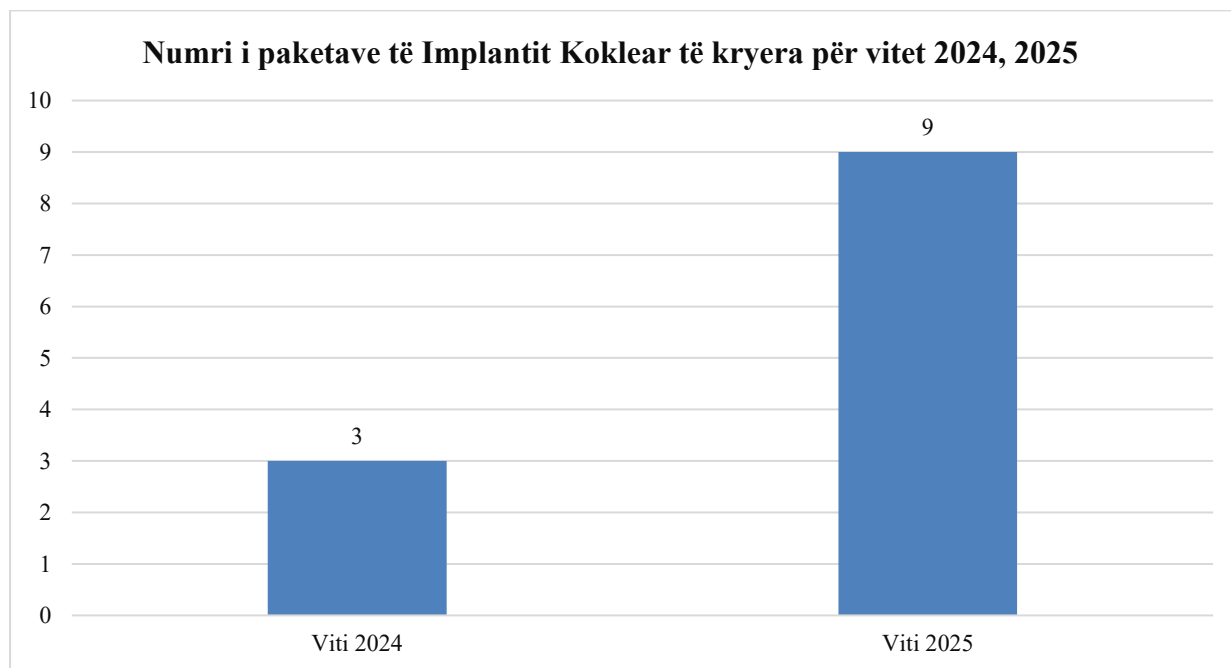
Në spitalet universitare publike nuk ofrohet ende paketa e transplantit të veshkës dhe terapisë së flakjes akute të veshkës.



Paketa e Implantit Koklear

Paketa e Implantit Koklear gjatë vitit 2025 është ofruar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.

Gjatë vitit 2024, janë realizuar 9 paketa të implantit koklear në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.



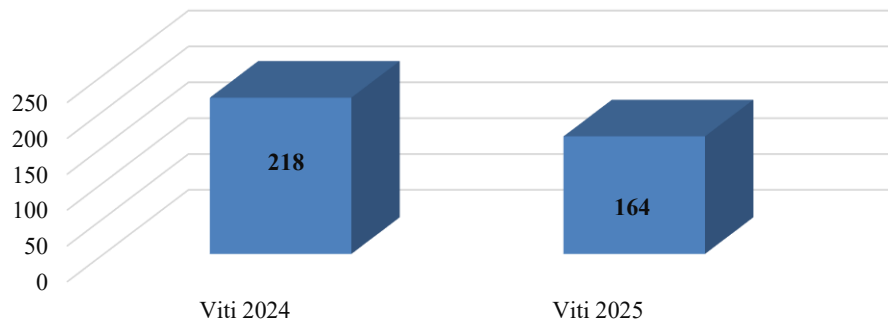
Paketa e vendosjes së Fistulës dhe Graftit

Paketa e vendosjes së Fistulës dhe Graftit të pacientëve të dializës për vitin 2025 është ofruar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, si dhe spitali jopublik “Amerikan 1” e spitali jopublik “Hygeia”, si dhe spitali jopublik “Salus”.

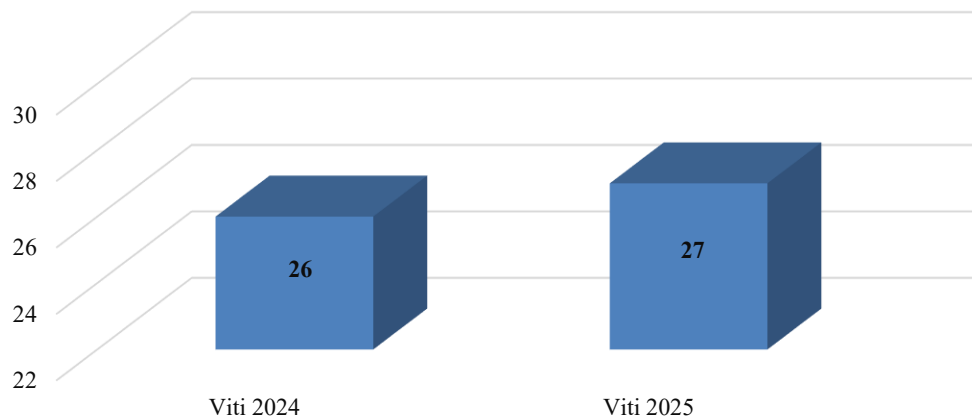
Gjatë vitit 2025 janë realizuar në total 164 vendosje fistule, nga të cilat 66 vendosje fistule në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, 41 vendosje fistule në spitalin jopublik “Amerikan”, 50 vendosje fistule në spitalin jopublik “Hygeia”, si dhe 7 vendosje fistule në spitalin jopublik “Salus”.

Janë vendosur te pacientët e dializës në vitin 2025 gjithsej 27 grafte, nga të cilat 7 vendosje grafti në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, 9 vendosje grafti në spitalin jopublik “Amerikan”, 9 vendosje grafti në spitalin jopublik “Hygeia” dhe 2 vendosje grafti në spitalin jopublik “Salus”.

Numri i paketave të vendosjes së fistulës të kryera për vitet 2024, 2025



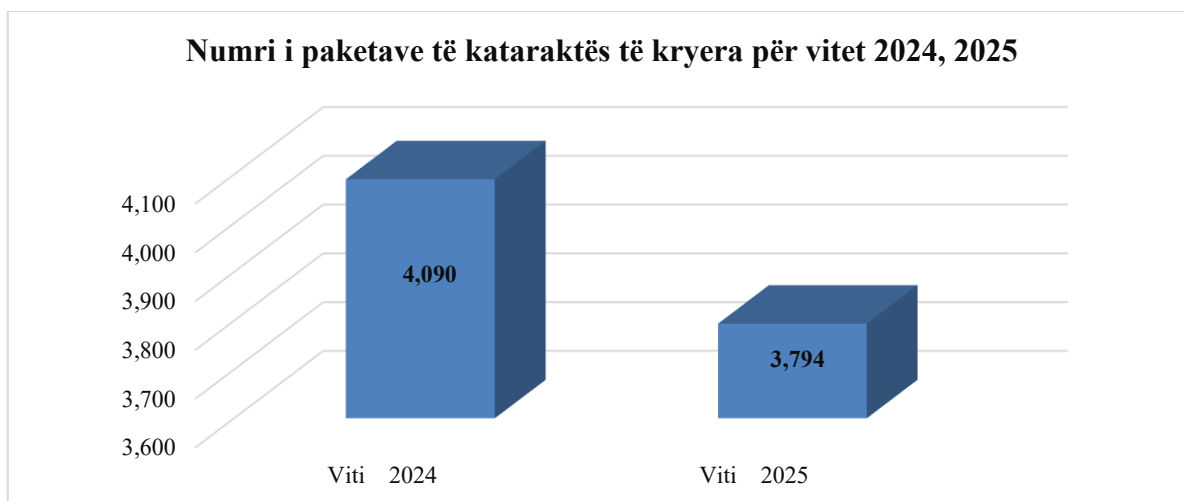
Numri i paketave të vendosjes së graftit të kryera për vitet 2024, 2025



Paketa e Kataraktës

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

Gjatë vitit 2025 janë trajtuar në total 3,794 pacientë me paketën e kataraktës, nga të cilët 2,668 pacientë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, 14 pacientë në Spitalin Rajonal Fier, 444 pacientë në Spitalin Rajonal Vlorë, 335 pacientë në Spitalin Rajonal Durrës, 108 pacientë në Spitalin Rajonal Elbasan, si dhe 225 pacientë në Spitalin Universitar të Traumës.

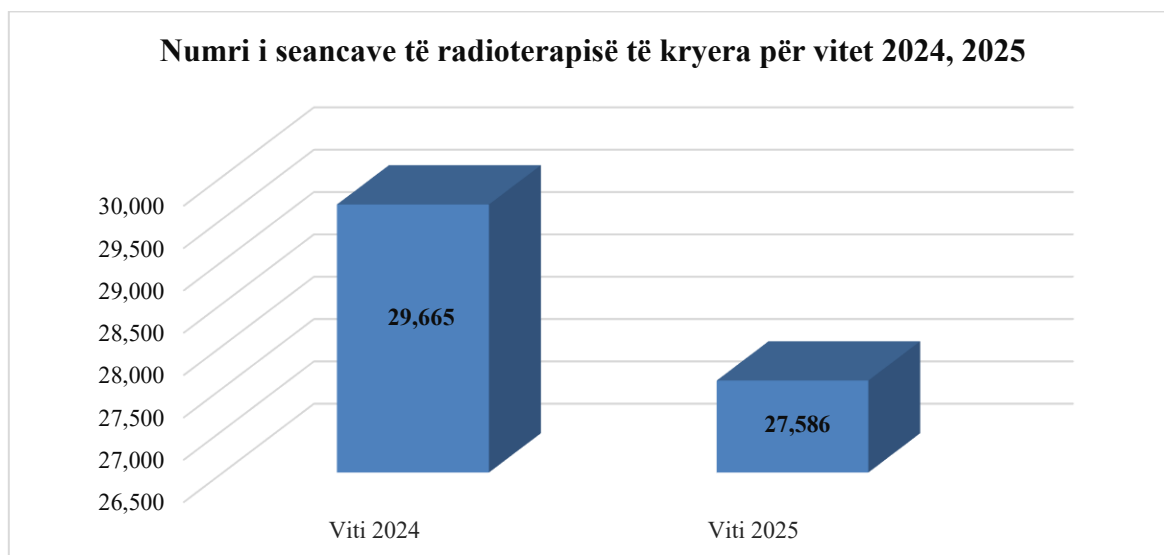


Paketa e Radioterapisë, Trajtimi me akselerator linear

Paketat e Radioterapisë, trajtimi me akselerator linear është ofruar vetëm nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.

Në vitin 2025, janë realizuar gjithsej 27,586 seanca radioterapie sipas llojit të paketave të radioterapisë.

Këto paketa shëndetësore ofrohen nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.



7.5 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikale

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

Në vitin 2025, shërbimet e sterilizimit janë ofruar nga Shoqëria konçesionare “Sani Service” në 29 spitale publike (5 Spitale Universitare në Tiranë, 11 Spitale Rajonale dhe 13 Spitale Bashkiake).

Gjatë vitit 2025 është ofruar shërbimi për 67,126 ndërhyrje kirurgjikale në total, nga 63,608 ndërhyrje kirurgjikale që është projeksioni vjetor.

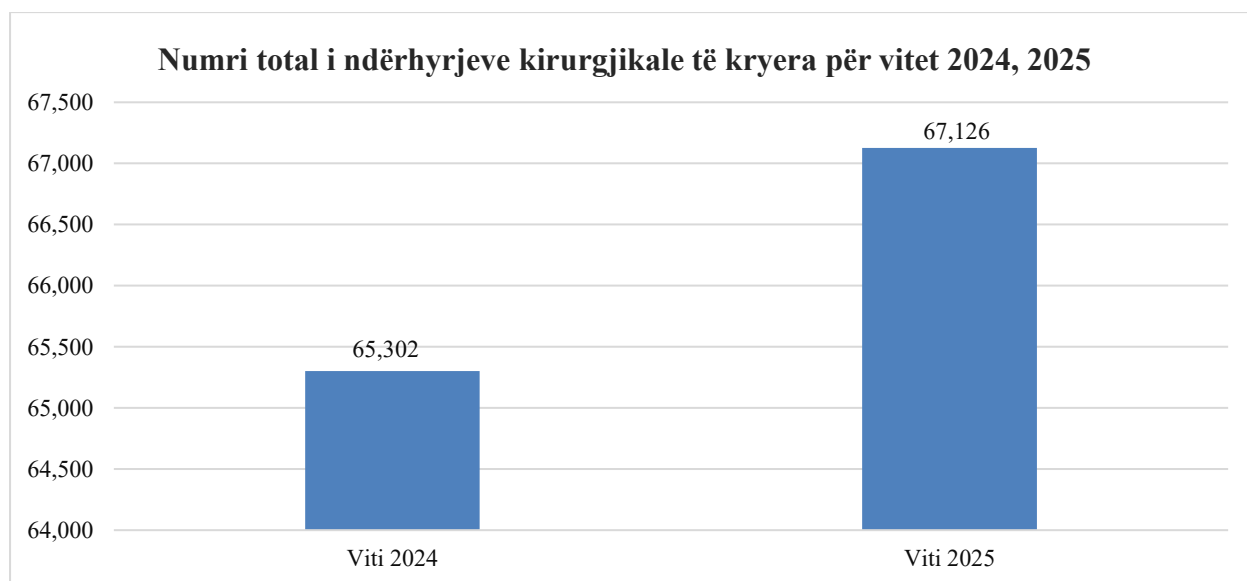
Realizimi i planit të ndërhyrjeve kirurgjikale për periudhën Janar – Dhjetor 2025 është 106 %.

Në Qendrën Spitalore Rajonale, Tiranë “Shefqet Ndroqi” në vitin 2025 është zgjeruar gama e procedurave të ndërhyrjeve kardiokirurgjikale nga Shërbimi Universitar i Kardiokirurgjisë.

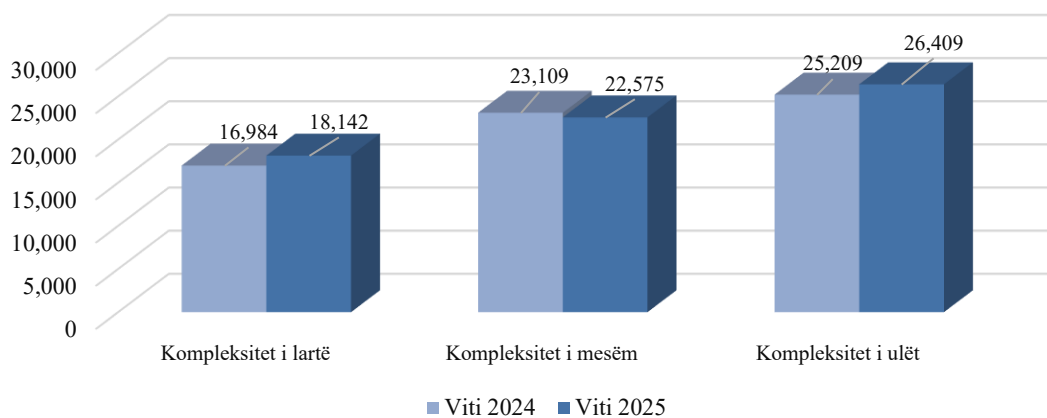
Në vitin 2025 janë kryer një numër më i lartë i ndërhyrjeve kirurgjikale krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit të kaluar, faktorë që kanë ndikuar në përdorimin e më shumë seteve kirurgjikale në spitale.

Ndërhyrjet kirurgjikale sipas kompleksitetit të ndërhyrjeve rezultojnë:

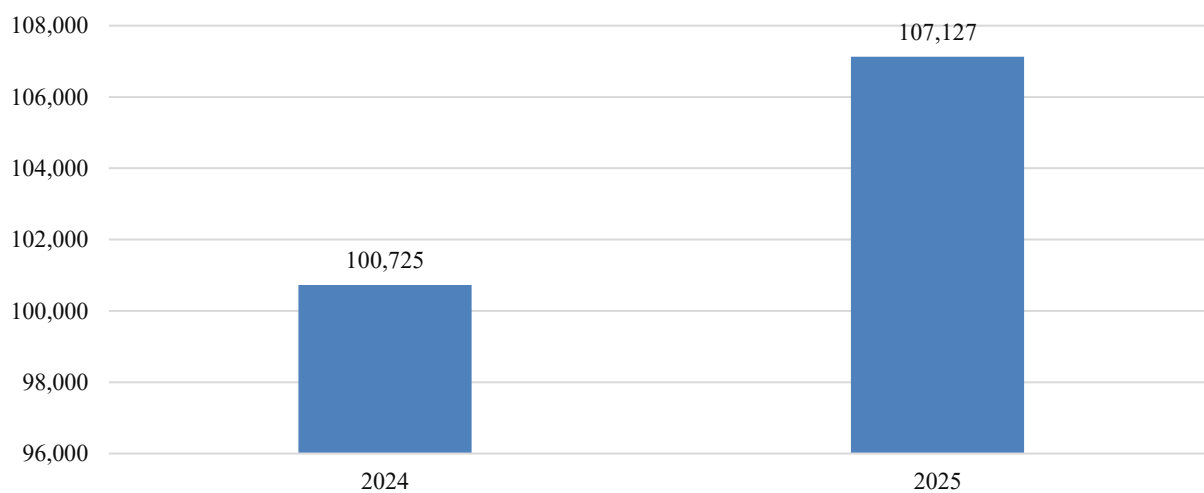
1- Kompleksitet i lartë	18,142 ndërhyrje kirurgjikale
2- Kompleksitet i mesëm	22,575 ndërhyrje kirurgjikale
3- Kompleksitet i ulët	26,409 ndërhyrje kirurgjikale
Totali	67,126 ndërhyrje kirurgjikale
4- Paketime me avull e me temp të ulët	107,127
5- Sterilizimi me temperaturë të ulët	8,553
Totali (1+2+3+4+5)	182,806 ndërhyrje kirurgjikale, paketime me avull e sterilizim me temp. të ulët



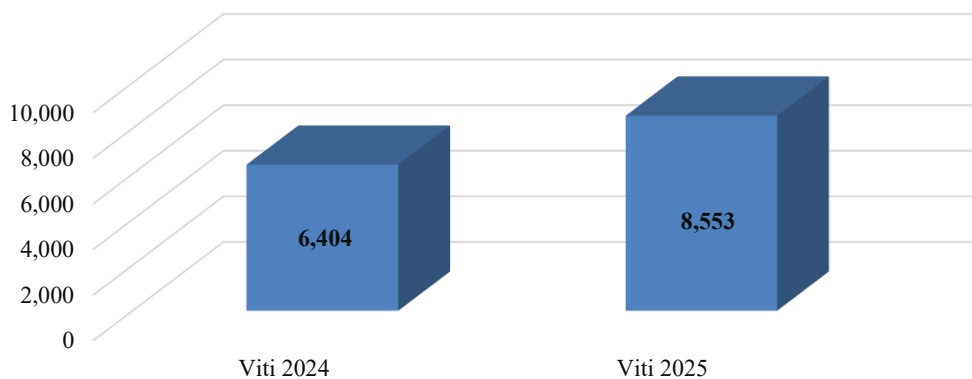
Numri i ndërhyrjeve kirurgjikale sipas kompleksitetit për vitet 2024, 2025



Numri i paketimeve me avull për vitet 2024, 2025



Numri i instrumenteve të sterilizuara me temperaturë të ulët për vitet 2024- 2025



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

Lista e Barnave të Rimbursuara (në vijim "LBR"), mund të konsiderohet një nga produktet kryesore të Fondit, i cili e financon këtë paketë të shërbimit shëndetësor, në zbatim të ligjit Nr. 10383, datë 24.02.2011 "Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, Vendimit Nr. 124, datë 05.03.2014 të Këshillit të Ministrave "Për miratimin e Statutit të Fondit në Republikën e Shqipërisë", si dhe një sërë aktesh të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi.

Struktura e LBR përcaktohet në bazë të listës së barnave themelore, sipas klasifikimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga OBSH, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë (neni 10, pika 2, gërma "b", Ligji Nr. 10383, datë 24.02.2011).

Hartimi i paketave të shërbimeve bëhet nga komisione teknike, të përbëra nga ekspertë, të cilët përfaqësojnë, në mënyrë të barabartë, ndarjen e kriterëve në mjekësore, ekonomike dhe sociale. Përbërja nominative e komisioneve teknike caktohet nga Këshilli Administrativ i Fondit, sipas rregullave të përcaktuara në statutin e Fondit (neni 10, pika 4, Ligji Nr. 10383, datë 24.02.2011).

Legjislacioni në fushën e sigurimit shëndetësor që trajton çështjet e LBR-së si paketë shërbimesh, që financohet nga Fondi, duke përcaktuar mënyrën se si hartohet si dhe mënyrën e përcaktimit të çmimeve në treg, është si më poshtë:

- Ligji Nr. 10383, datë 24.02.2011, "Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar.
- Ligji Nr. 105/2014 datë 31.07.2014 "Për barnat dhe shërbimin farmaceutik", i ndryshuar.
- VKM Nr. 491, datë 24.07.2024 "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor dhe masës së mbulimit të çmimit të tyre", i ndryshuar.
- VKA Nr. 37, datë 19.11.2013, "Kriteret e përfshirjes dhe heqjes së barnave nga Lista e Barnave, që rimbursohen nga sigurimet shëndetësore".
- VKA Nr. 1, datë 11.01.2019, "Për funksionimin e Komisionit Teknik të Barnave të Rimbursueshme", i ndryshuar.

Puna për përgatitjen e draftit të listës me çmimet e reja, fillon menjëherë pas dërgimit të tyre në Fond, brenda datës 31 Dhjetor. Mbi çmimet CIF/EXW aplikohen marzhet e miratuara me VKM.

Lista e barnave të rimbursueshme përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Për periudhën Janar – Dhjetor 2025, e kanë ushtruar efektin e tyre dy LBR:

LBR 2024, e miratuar me VKM Nr. 491, datë 24.7.2024 "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre" (e hartuar nga Komisioni teknik), ka shtrirë efektin nga hyrja në

fuqi në 1 gusht 2024 deri në 28 shkurt 2025, me hyrjen në fuqi të LBR të përditësuar për vitin 2025. Kjo listë përmban:

- **1,342 barna alternativa tregtare në total**, nga të cilat 218 janë alternativa tregtare spitalore, shpërndarja e të cilave realizohet nga farmacitë e Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, si dhe spitaleve rajonale dhe disa spitaleve bashkiake për pacientët ambulatorë.
- 624 barna si alternativë e parë, nga të cilat 375 principe aktive dhe ofron një mbulim mbi 90% të diagnozave kryesore, referuar klasifikimit ndërkombëtar të sëmundjeve ICD-9.
- LBR 2024 u shtua me 50 barna të reja në total, nga të cilat 38 principe aktive të reja dhe 12 formë doza të reja. Në total u shtuan 68 alternativa tregtare të reja.

Për trajtimin e tumoreve u shtuan 8 principe aktive të reja (për diagnoza të ndryshme të sëmundshmërisë tumorale): kancer jo metastatik të prostatës, kancer pulmoni, Leuçemi Mieloidë Kronike me kromozom filadelfia pozitiv, kanceri i gjirit të avancuar, HR+, HER2, Mielomë Multiple, kancer kolorektal me metastaza, kancer hepatocellular.

Për trajtimin e Sëmundjeve Kardiovaskulare u shtuan 9 principe të reja. Për trajtimin e Diabetit u shtuan 4 principe të reja. Për trajtimin e Sëmundjeve Neuropsikiatrike u shtuan 3 barna.

Për trajtimin e Sëmundjeve Infektive (një bar). Për trajtimin e Sëmundjeve të Syrit u shtuan pesë barna. Për trajtimin e Sëmundjeve Autoimune (Morbus Crohn; Kolit Ulçeröz; Sklerozë Multiple, Psoriasis, Arthrit Psoriatik), u shtuan 6 barna, si dhe nëntë barna të tjera për diagnoza të ndryshme në LBR.

Risitë:

- Barnat Empagliflozine 10 mg dhe Dapagliflozin 10 mg të ndikuar në trajtimin pacientëve me Diabet Mellitus Tip 2 të pakontrolluar, për të përmirësuar kontrollin glicemik, për të parandaluar sëmundjet kronike të veshkave si dhe sëmundjet e zembrës, duke ulur ndjeshëm ngjarjet cerebrovaskulare dhe kohën e hospitalizimit.
- Bari Regorafenib 40 mg në trajtimin e karcinomës hepatocellulare, që janë trajtuar më parë me një terapi sistemike dhe për diagnozën kancer kolorektal me metastaza që kanë marrë trajtime më përpara dhe që nuk mund të trajtohen me barna të tjerë si kemioterapia bazë, si diagnozë e pambuluar.
- Bari Cladribine (Mavenclad) 10 mg dhe Ofatumumab (Kesimpta) injeksion 20 mg/0.4ml, përdoret në pacientët me Sklerozë Multiple si linjë e parë trajtimi, përdorimi i të cilit është dy vjet si kohëzgjatje.
- Bari Inclisiran (Leqvio) injeksion 284 mg/1.5ml si terapi për trajtimin e Hiperkolesterolemisë familjare heterozigote në kuadrin e sëmundjes kardiovaskulare aterosklerotike.
- Bari Finerenone (Kerendia) 10 mg dhe 20 mg, tabletë, për trajtimin e sëmundjeve kronike të veshkave shkaktuar nga Diabeti Mellitus Tip 2, deri në GFR më e vogël se 25 ml/min.

- Bari Atezolizumab 1200 mg (Tecentriq) për trajtimin e kancer pulmoni (NSCLS) PDL1 pozitiv, pa ndryshime në EGFR dhe ALK dhe bari Lorlatinib 25 mg dhe 100 mg në kancer pulmoni (NSCLS) ALK POZITIV.
- Bari Lenalidomide 25 mg, 10 mg, 15 mg përdoret për trajtimin e mielomës multiple të pacientëve që nuk mund të kryejnë transplant të palcës së kockës ose që kanë marrë trajtime të tjera më përpara.
- Bari Bosutinib 100 mg dhe 500 mg në Leuçemi Mieloide Kronike me kromozom filadelfia pozitiv.
- Bari Alpelisib 150 mg në Kancer gjiri të avancuar, HR+, HER2-.
- Bari Darolutamide 300 mg dhe Apalutamide 60 mg që jepen në kancer jo metastatik të prostatës.

Për fëmijët:

- Bari Methotrexate 10 mg/0.4ml sol. Inj. në diagnozën Arthrit idiopatik juvenil në moshat pediatrike, përpara fillimit të trajtimit me barnat TNF alfa.
- Bari Fluticasone propionate 2mg/2ml dhe 500mcg/2ml i administruar me inhalim në dozat e rekomanduara duke reduktuar simptomat dhe episodet e përkeqësimit të astmës në diagnozën Astma Bronkiale për moshat pediatrike.
- Bari Somatropine 20 mg, hormon rritjeje.

Me hyrjen në fuqi të LBR 2024 (1 Gusht 2024), Fondi ka lidhur marrëveshje me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim, për reduktimin e çmimeve të disa barnave: spitalore, me kosto të lartë dhe peshë të madhe në rimbursimin total të grupit të barnave të cilat tregtohen në farmacitë e spitaleve, për 15 barna spitalore që kanë çuar në mbajtjen nën kontroll të shpenzimeve, si dhe disa barna të cilat tregtohen në rrjetin e hapur farmaceutik.

Fillimisht janë lidhur marrëveshje (nga Fondi dhe MSHMS), për 47 barna të LBR 2024, nga të cilat 22 barna ishin ekzistuese në LBR, ndërsa 25 barnat e tjerë, janë barna të përfshira për herë të parë në LBR 2024. Pranë MSHMS, janë lidhur marrëveshjet për barnat patentë.

Aktualisht, në LBR e përditësuar 2025 marrëveshjet vazhdojnë për një numër më të vogël barnash, për disa arsye: a) për disa barna çmimet CIF të miratuara janë të barabarta me çmimet e negociuara, b) barnat nuk janë më alternativa të vetme në LBR, c) përfaqësuesi i cili ka lidhur fillimisht marrëveshje me Fondin, nuk ka lidhur aneks kontratë për barin në vazhdim. Për barin është lidhur kontratë nga importues tjetër.

Çdo 3 muaj mbahen Akt-Rakordimet dy palëshe, mbi reduktimin e çmimit të barnave të LBR që tregtohen në rrjetin e hapur, në zbatim të marrëveshjeve të nënshkruara nga Fondi me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim, ose përfaqësuesit të tyre, si dhe Udhëzimit Nr. 10, datë 19.12.2024, “Mbi mënyrën e arkëtimit të të ardhurave nga reduktimi i çmimit të barnave të Listës së Barnave që Rimbursohen, bazuar në marrëveshjen e nënshkruar me mbajtësit e autorizimit për tregtim”.

Në vitin 2025, është hartuar për herë të parë LBR e përditësuar (LBRP) bazuar në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 491, datë 24.07.2024 “Për miratimin e Listës së

Barnave që Rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”, pika 9 ju citohet: “Ngarkohet Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor që brenda muajit janar të çdo viti, të përditësojë Listën e Barnave të Rimbursuara me çmimet dhe alternativat tregtare për principet aktive ekzistuese, bazuar në listën e përgjithshme me çmimet CIF/EXW të miratuara brenda datës 31 dhjetor nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”.

Në funksion të standardizimit të procesit, në Fond u hartua Udhëzimi Nr. 11, datë 23.12.2024 “Mbi procedurat dhe metodologjinë e hartimit të Listës së Barnave të Rimbursuara të Përditësuar”.

Nga 1 Marsi 2025 hyri në fuqi LBRP 2025, në të cilën janë reflektuar çmimet e deklaruar CIF/EXW të barnave për vitin 2025, të miratuara nga KÇB, pranë MSHMS.

Ky ndryshim, mundëson reflektimin në LBR të të gjitha barnave alternativa tregtare, principe aktive dhe formë doza të LBR në fuqi, për të cilat ka miratim çmimi në KÇB, sipas kërkesës së ligjit. Para këtij ndryshimi, reflektimi i çmimeve të reja CIF/EXW të barnave, të miratuara nga KÇB, është bërë fillimisht në kuadër të ndryshimit të LBR-së, ose siç njihet ndryshe procesi i indeksimit të LBR-së.

LBRP 2025, përmban 1,366 barna alternativa tregtare në total, nga të cilat 627 barna alternativa të para. Po ashtu përmban të njëjtin numër, prej 375 barna principe aktive, si LBR 2024.

Nga 1,366 alternativa tregtare në total: 211 janë barna spitalore dhe 1,155 barna të rrjetit të hapur.

➤ **Situata financiare e lidhur me barnat dhe pajisjet mjekësore të rimbursuara për vitin 2025**

Buxheti i planifikuar për rimbursimin e barnave, me Ligjin Nr. 115/2024 “Për buxhetin e vitit 2025”, i ndryshuar, ishte 12,600 milionë lekë.

Referuar të dhënave të Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike, situata financiare në lidhje me shpenzimet e pranuar të rimbursimit të barnave, për periudhën 12 mujore Janar – Dhjetor 2025, rezulton si më poshtë:

- Shpenzimet e planifikuara, në vlerë absolute rreth 12,600 milionë lekë;
- Shpenzimet e pranuar, në vlerë absolute rreth 12,497 milionë lekë;
- Realizimi në total i periudhës, rreth 99.2%;
- Shpenzimet e planifikuara për rimbursimin e barnave, janë rreth 103 milionë lekë më shumë, se shpenzimet e realizuara.

Për periudhën 12 mujore të vitit 2025, rezulton me tejkalim të shpenzimeve të planifikuara për rimbursimin e barnave Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare (DSHSU), me rreth 130 milionë lekë, ose rreth 3.2%. Ndërkaq Dega Pogradec dhe DRF Kukës, janë në kufij të planit

të miratuar vjetor, me një tejkalim respektivisht: 0.3% dhe 0.2%. Ndërsa të gjithë DRF-të/Degët e tjera të Fondit janë brenda planifikimit të miratuar.

Mosrealizimin më të lartë në përqindje e ka Dega Lushnje (realizimi vetëm 93.6%), ndërsa në vlerë, DRF Tiranë, me rreth (rreth 65 milionë lekë më pak).

Në Tabelën 1. pasqyrohen shpenzimet e rimbursimit të barnave, të planifikuara dhe faktike për periudhën Janar – Dhjetor 2025, për çdo DRF/DF dhe DSHSU. Specifikohet pesha që zënë shpenzimet e çdo njësie shpenzuese, në raport me shpenzimet totale të barnave me rimbursim, si dhe realizimi i planit të shpenzimeve në përqindje dhe ndryshimi në vlerë.

Tabela 1. Shpenzimet për rimbursimin e barnave të LBR, për periudhën Janar – Dhjetor 2025

(Në 000 Lekë)

DRF/DF/QSUT	PLANI	FAKTI	Realizimi (Në %)	Nryshimi Fakt -Plan	Pesha ndaj Rimb.Tot. (Në %)
Berat	380,000	369,111	97%	-10,889	3%
Dibër	266,000	264,841	100%	-1,159	2%
Durrës	683,000	672,061	98%	-10,939	5%
Elbasan	684,000	647,062	95%	-36,938	5%
Fier	528,000	508,698	96%	-19,302	4%
Gjirokastrë	155,000	148,317	96%	-6,683	1%
Korçë	549,000	531,623	97%	-17,377	4%
Kukës	121,000	121,282	100%	282	1%
Lezhë	424,000	419,777	99%	-4,223	3%
Shkodër	595,000	576,221	97%	-18,779	5%
Tiranë	2,642,000	2,577,411	98%	-64,589	21%
Vlorë	426,000	420,424	99%	-5,576	3%
Sarandë	90,000	87,061	97%	-2,939	1%
Tropojë	39,300	38,384	98%	-916	0%
Kamëz Vorë	437,000	424,463	97%	-12,537	3%
Lushnje	340,000	318,339	94%	-21,661	3%
Pogradec	185,700	186,230	100%	530	1%
QSUT	4,055,000	4,185,466	103%	130,466	33%
TOTALI	12,600,000	12,496,770	99.2%	-103,230	100%

Nga krahasimi i të dhënave vjetore të vitit 2025 me vitin 2024, në lidhje me shpenzimet e rimbursimit, rezulton se në vitin 2025:

- Shpenzimet e pranura për rimbursimin e barnave në total, për periudhën vjetore janë rritur me rreth 660 milionë lekë, ose rreth 5.58%.

Në Tabelën 2 pasqyrohen të dhënat vjetore për vitin 2024, për vitin 2025 dhe të krahasuara të vitit 2025 me vitin 2024, sipas DRF/DF dhe DSHSU, në lidhje me *shpenzimet faktike të rimbursimit të barnave*, ndryshimi në vlerë dhe në përqindje.

Tabela 2. Krahasimi i treguesve të lidhur me rimbursimin e barnave, për periudhën Janar–Dhjetor 2025 krahasuar me periudhën Janar-Dhjetor 2024

(Në 000 Lekë)

DRF/DF/QSUT	Fakti, viti 2024	Fakti, viti 2025	Ndryshimi vjetor, 2025-2024 (Në vlerë)	Ndryshimi vjetor, 2025/2024 (Në %)
Berat	379,409	369,111	-10,298	-2.71%
Dibër	265,521	264,841	-680	-0.26%
Durrës	668,106	672,061	3,955	0.59%
Elbasan	674,408	647,062	-27,346	-4.05%
Fier	522,272	508,698	-13,574	-2.60%
Gjirokaster	158,512	148,317	-10,195	-6.43%
Korçë	543,159	531,623	-11,536	-2.12%
Kukës	115,572	121,282	5,710	4.94%
Lezhë	423,231	419,777	-3,454	-0.82%
Shkodër	588,277	576,221	-12,056	-2.05%
Tiranë	2,659,379	2,577,411	-81,968	-3.08%
Vlorë	425,167	420,424	-4,743	-1.12%
Sarandë	93,521	87,061	-6,460	-6.91%
Tropojë	40,258	38,384	-1,874	-4.65%
Kamëz Vorë	426,184	424,463	-1,721	-0.40%
Lushnje	330,905	318,339	-12,566	-3.80%
Pogradec	181,436	186,230	4,794	2.64%
QSUT	3,341,515	4,185,466	843,951	25.26%
TOTALI	11,836,833	12,496,770	659,937	5.58%

Treguesit e sëmundshmërisë kronike dhe akute, të lidhura me rimbursimin e barnave në Shërbimin Parësor dhe Shërbimin Spitalor, si edhe rritja natyrale e sëmundshmërisë kronike nga shtimi i rasteve të reja dhe rasteve me ndryshim të skemave të mjekimit, janë të rëndësishëm në vlerësimin e situatës të lidhur me rimbursimin e barnave nga Fondi.

Referuar 12 mujorit Janar – Dhjetor 2025, rezulton se janë shpenzuar rreth 35.7 % e fondeve për barna të cilat tregtohen në farmacitë e spitaleve rajonale, disa spitaleve bashkiake dhe të QSUT-së, ndërsa rreth 64.3 % e fondeve të rimbursimit, janë shpenzuar për rimbursimin e barnave, të cilat tregtohen në rrjetin e hapur farmaceutik.

Tabela 3. Pesha e barnave në rrjetin e hapur farmaceutik dhe në farmacitë e spitaleve, ndaj rimbursimit total, për vitin 2025

(Në 000 Lekë)

DRF/Degë/DSHSU	Vletra totale e Rimbursuar, viti 2025	Shpenzimet e rimbursimit		Pesha në totalin e rimbursimit (në %)	
		Barna spitalore	Rrjeti i hapur farmaceutik	Barna spitalore	Rrjeti i hapur farmaceutik
Berat	369,111	24,900	344,211	6.7%	93.3%
Dibër	264,841	3,041	261,800	1.1%	98.9%
Durrës	672,061	44,861	627,200	6.7%	93.3%
Elbasan	647,062	34,685	612,377	5.4%	94.6%
Fier	508,698	43,215	465,483	8.5%	91.5%
Gjirokastrë	148,317	8,202	140,115	5.5%	94.5%
Korçë	531,623	28,420	503,204	5.3%	94.7%
Kukës	121,282	1,303	119,978	1.1%	98.9%
Lezhë	419,777	15,850	403,927	3.8%	96.2%
Shkodër	576,221	32,763	543,458	5.7%	94.3%
Tiranë	2,577,411		2,577,411	0.0%	100.0%
Vlorë	420,424	23,129	397,296	5.5%	94.5%
Sarandë	87,061	1,321	85,740	1.5%	98.5%
Tropojë	38,384	279	38,105	0.7%	99.3%
Kamëz-Vorë	424,463		424,463	0.0%	100.0%
Lushnjë	318,339	13,919	304,420	4.4%	95.6%
Pogradec	186,230		186,230	0.0%	100.0%
DSHSU	4,185,466	4,185,466	0	100.0%	0.0%
Totali	12,496,770	4,461,354	8,035,417	35.7%	64.3%

Referuar të dhënave të Drejtorisë së Kujdesit Parësor dhe Spitalor, parashikimi i rritjes vjetore të sëmundshmërisë, bazuar në rastet e reja dhe me ndryshim të skemave të mjekimit në Shërbimin Parësor dhe Shërbimin Spitalor, rezulton rreth 6.8 %.

➤ Fishat e diabetit

Gjatë vitit 2025 kanë përfituar nga kjo paketë mjekësore një numër i konsiderueshëm pacientësh, të cilët rezultojnë me rritje krahasuar me një vit më parë. Mbulimi shëndetësor me fisha diabeti, ka nisur si risi nga viti 2018 për grupmoshën nga 0 - 18 vjeç, duke vazhduar me grupmoshën 18 – 25 vjeç (nga muaji Prill 2019), nga muaji Shkurt 2023, VKM Nr. 58, datë 01.02.2023, “Për disa ndryshime dhe shtesa në vendimin Nr. 61, datë 3.2.2017, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, i ndryshuar”, përcakton që personat me Diabet Mellitus të grupmoshës 0-25 vjeç dhe ≥ 65 vjeç, përfitojnë fishat e diabetit me rimbursim. Nisur nga muaji Gusht 2024, në zbatim të VKM 492, datë 24.07.2024, përfitojnë mbulim për fishat e diabetit edhe invalidët e punës dhe personat me aftësi të kufizuar të grupmoshave 25-65 vjeç, sipas dy kategorive: “Diabetik invalid i punës (25-65) vjeç” dhe “Diabetik i paaftë mendërisht dhe fizikisht (25-65) vjeç”. Bazuar në të dhënat e Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike, për 12 mujorin Janar – Dhjetor 2025, rezultojnë:

- Shpenzimet vjetore të rimbursuara për këtë paketë, janë rreth 161.4 milionë lekë;

- Është realizuar vetëm rreth 99.3% e planit vjetor, prej rreth 162.5 milionë lekë;
- Numri i recetave në total, rezulton në 214,521 receta.
- Numri total i pacientëve është 60,482 nga 57,511 pacientë në vitin 2024, me një rritje prej 2,971 pacientë në total. 58,290 pacientë, ose rreth 96.4% e tyre, i përket kategorisë “Diabetikë $\geq$ 65 vjeç”.

Tabela 4. Shpenzimet për rimbursimin e pajisjeve mjekësore (fisha diabeti), 12 mujori Janar-Dhjetor 2025, e detajuar sipas DRF/DF

(Në 000 lekë)

DRF/DF	Plani	Fakti	Realizimi (Në %)	Nr. Receta	Rimbursimi/ Recetë
Berat	7,400	7,289	98.5%	9,109	800
Dibër	4,700	4,655	99.0%	6,403	727
Durrës	16,260	16,022	98.5%	27,720	578
Elbasan	14,520	14,477	99.7%	18,652	776
Fier	12,060	11,838	98.2%	16,853	702
Gjirokastrë	4,320	4,244	98.2%	4,930	861
Korçë	12,240	12,294	100.4%	15,770	780
Kukës	1,800	1,813	100.7%	2,302	787
Lezhë	5,800	5,763	99.4%	7,585	760
Shkodër	9,580	9,520	99.4%	12,748	747
Tiranë	45,840	45,672	99.6%	54,536	837
Vlorë	8,100	7,997	98.7%	11,026	725
Sarandë	2,330	2,361	101.3%	2,449	964
Tropojë	800	770	96.3%	734	1,049
Kamëz Vorë	7,680	7,634	99.4%	9,803	779
Lushnje	4,850	4,866	100.3%	8,062	604
Pogradec	4,220	4,225	100.1%	5,839	724
TOTALI	162,500	161,439	99.3%	214,521	753

Burimi i informacionit: DIAS

Nuk rezulton tejkalim i ndjeshëm nga plani vjetor i miratuar, në asnjë DRF/Degë të Fondit.

➤ Paketat e trajtimit të stomës

Nisur nga muaji **Korrik 2025 dhe në vazhdim, Fondi rimbursion paketat e trajtimit të Stomës**. Bazuar në vendimin Nr. 348 të Këshillit të Ministrave, datë 19.06.2025, “Për një shtesë në vendimin Nr. 61, datë 3.2.2017, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e Paketave të pajisjeve Mjekësore të Rimbursueshme”, të ndryshuar, Paketat e trajtimit të Stomës, të rimbursuara, që tregtohen në farmacitë e spitaleve, përfshijnë: Paketën e trajtimit të Kolostomës, Paketën e trajtimit të Urostromës dhe Paketën e trajtimit të Ileostomës.

Për periudhën Korrik – Dhjetor 2025, rezultojnë:

- Shpenzimet e planifikuara, në vlerë absolute rreth 80 milionë lekë.
- Shpenzimet e pranuar, në vlerë absolute rreth 23.5 milionë lekë.
- Realizimi në total i periudhës, rreth 29%.

Tabela 5. Shpenzimet për rimbursimin e pajisjeve mjekësore (Paketa e trajtimit të Stomës), për 6 mujorin Korrik – Dhjetor 2025, e detajuar sipas DRF/DF/QSUT

(Në 000 lekë)

DRF/DF/QSUT	Plani	Fakti	Realizimi (Në %)	Nr. Receta	Rimbursimi/ Recetë
Berat	2,400	1,751	73%	66	26,529
Dibër	1,800	830	46%	44	18,866
Durrës	3,200	2,038	64%	92	22,154
Elbasan	2,600	847	33%	62	13,660
Fier	3,100	1,907	62%	101	18,883
Gjirokastër	1,300	551	42%	21	26,243
Korçë	3,800	3,266	86%	127	25,720
Kukës	1,500	514	34%	19	27,047
Lezhë	3,400	661	19%	24	27,558
Shkodër	2,000	1,793	90%	76	23,592
Vlorë	2,400	1,324	55%	52	25,465
Sarandë	1,000	269	27%	11	24,464
Tropojë	100	0	0%	0	
Lushnje	3,000	1,017	34%	45	22,607
Pogradec	700	408	58%	25	16,332
QSUT	47,700	6,301	13%	227	27,756
TOTALI	80,000	23,479	29%	992	23,668

8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

8.1 Sistemi elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes

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

Në vijim të zbatimit të kontratës me objekt “Regjistri elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes”, me Nr. 1381 Prot., datë 18.03.2019, Fondi në bashkëpunim me Agjencinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit ka zhvilluar një sistem informatik për regjistrimin e vizitave të pacientëve në shërbimin parësor.

Projekti konsiston në:

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

Avantazhet e regjistrimit të vizitave në sistemin e ri:

- Evitohet regjistrimi manual i vizitave në formularët letër nga mjekët e Kujdesit Shëndetësor Parësor.

- Ndërvepron me sistemet e tjera elektronike dhe rrit saktësinë e të dhënave që regjistrohen.
- Tashmë në sistem ruhet historiku i vizitave dhe informacionit shëndetësor të pacientit (shenjat jetësore, alergjitë, etj).
- Raporte në kohë reale të qendëruara mbi të dhënat, të cilat shërbejnë për vendimmarrje klinike, menaxheriale dhe administrative.

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

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

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

Në zbatim të kontratës Nr. 3, datë 28.02.2022 dhe të kontratës Nr. 107, datë 08.10.2024 me objekt: “Mirëmbajtja e sistemit formularët e vizitave të mjekut të familjes” gjatë viteve 2024 dhe 2025 ka vijuar përdorimi i sistemit e-vizita në plotësimin e formularëve përkatës të vizitave nga stafi mjekësor.

Gjatë vitit 2024 është realizuar në sistemin e-vizita digjitalizimi i 6 mjeteve për vendimmarrje klinike. Gjithashtu janë kryer përditësime të ndërveprimit të sistemit me sistemin AHIS. Janë shtuar disa raporte të reja dhe janë përmirësuar raporte ekzistuese sipas kërkesave.

Gjatë vitit 2025 u mundësua regjistrimi në sistemin e-vizita i vizitave të urgjencës që kryhen nga personeli i qendrave shëndetësore 24/7. Gjithashtu u përmirësuan formularët ekzistues të vizitave me qëllim një evidentim më të mirë të vizitave në shtëpi të fëmijëve.

8.2 Përditësimi i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike

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

Në zbatim të kontratës së shërbimit me Nr. 8358 Prot., datë 06.12.2021 dhe të kontratës Nr. 98 Prot., datë 10.06.2024 me objekt “Mirëmbajtje e sistemit të depove farmaceutike (e-Depo) për FSDKSH”, gjatë viteve 2024 dhe 2025, ka vijuar përdorimi i këtij sistemi, si i vetmi sistem zyrtar i njohur nga Fondi, i cili përdoret nga rreth 65 depo farmaceutike.

Gjatë vitit 2025, me hyrjen në fuqi të VKM për rimbursimin e paketës së trajtimit të stomës, DIAS ka ndjekur procesin e implementimit të gjenerimit dhe ekzekutimit të recetave me paketat e trajtimit të stomës në sistemin e-Depo, duke suportuar dhe asistuar subjektet për këtë proces.

Sistemi e-Depo mundëson një pasqyrë të konsoliduar të informacionit mbi inventarin e depove farmaceutike për barnat e rimbursueshme, fishat e diabetit të rimbursueshme dhe paketat e trajtimit të stomës të rimbursueshme, duke trajtuar gjendjen e inventarit, fletë hyrjet nga importi si dhe fletë daljet drejt depove të tjera shpërndarëse apo subjekteve farmaceutike.

8.3 Sistemi i recetës elektronike

Gjatë viteve 2024 dhe 2025 FSDKSH në bashkëpunim me AKSHI-n ka vijuar me mirëmbajtjen e sistemit të recetës elektronike. Ky sistem përdoret nga rreth 1,800 mjekë dhe rreth 1,600 farmacistë të cilët gjenerojnë, ekzekutojnë dhe nënshkruajnë elektronikisht receta me rimbursim.

Gjatë vitit 2024, me hyrjen në fuqi të Vendimit Nr. 492, datë 24.07.2024 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin Nr. 61, datë 03.02.2017, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, të ndryshuar, me qëllim rimbursimin e fishave për të sëmurët me Diabet Mellitus sipas kategorive: “Diabetik 0-25 vjeç”, “Diabetik ≥ 65 vjeç”, “Diabetik Invalid i punës 25 - 65 vjeç” dhe “Diabetik i paaftë mendërisht ose fizikisht 25 – 65 vjeç”, nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, është mundësuar lëshimi i recetave në sistemin e-Rx për këto pajisje mjekësore. Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike ka ndjekur procesin e implementimit të gjenerimit dhe ekzekutimit të recetave me fisha diabeti në sistemin e recetës elektronike, duke suportuar dhe asistuar profesionistët e shëndetësisë në këtë proces.

Përgjatë vitit 2025 janë mundur të realizohen me sukses detyrat në zbatim të planit vjetor si vijon:

- Ndjekja e procedurave për aplikimin nëpërmjet platformës e-Albania për pajisje me nënshkrim elektronik RSS për mjekë dhe farmacistë të rinj.
- Është kryer ndjekja e procedurave për rinovimin e nënshkrimit elektronik, në e-Albania për mjekë të QSH/Spitali dhe farmacistë.
- Është kryer ndjekja e aplikimeve për pajisje me nënshkrim elektronik RSS për punojnësit e FSDKSH/DRF/DF, për përdorimin e sistemeve të Fondit.
- Është dhënë suport, asistencë, në zgjidhjen e problematikave në lidhje me përdorimin e nënshkrimit elektronik RSS, të raportuara nga userat e sistemit e-RX.

Përgjatë vitit 2025 janë pajisur me Çertifikim të Nënshkrimit Elektronik si më poshtë vijon:

Grupi	Pajisje me Çertifikim të Nënshkrimit Elektronik
Mjekë Q.SH	1,259
Mjekë & Farmacistë Spitali	78
Farmacistë	741
Staf FSDKSH, DRF & Degët e Fondit	58
TOTAL	2,136

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

Gjatë vitit 2024 është vijuar me mirëmbajtjen dhe zbatimin e sistemit e-Kontroll, i cili:

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

Edhe gjatë vitit 2025 Fondi ka ofruar të gjithë shërbimet nëpërmjet platformës e-Albania. Shërbimet e ofruara online gjatë vitit 2025 paraqiten si më poshtë vijon:

1. Aplikim për lidhje kontrate me Importuesit/ Shpërndarësit Farmaceutik/ Importuesit e Fishave të Diabetit.
2. Aplikim për lidhje/rilidhje kontrate me Institucionet Shëndetësore Jo Publike.
3. Aplikim për lidhje kontrate për herë të parë me Agjencitë dhe Farmacitë e rrjetit të hapur.
4. Aplikim për rilidhje kontrate me Importuesit/ Shpërndarësit Farmaceutik.
5. Aplikim për rilidhje kontrate vjetore me Agjencitë dhe Farmacitë e rrjetit të hapur
6. Aplikim për lidhje kontrate me Importuesit / Shpërndarësit farmaceutik / Importuesit e pajisjeve mjekësore.

8.5 Sistemi Regjistri i të Siguruarve

Gjatë vitit 2023, në zbatim të kontratës me Nr. 53 Prot., datë 11.04.2023, me objekt "Përmirësimi i sistemit të regjistrimit të të siguruarve", në bashkëpunim me AKSHI-n dhe Bashkimin e Operatorëve Ekonomikë, është realizuar implementimi i këtij sistemi, i cili ka në fokus zgjidhjen e të gjitha problematikave të mbartura dhe hasura përgjatë gjithë viteve të përdorimit të këtij sistemi, si dhe një menaxhim më të mirë të regjistrimit dhe lëvizshmërisë së banorëve.

Sistemi i përmirësuar i mundëson mjekut të përgjithshëm dhe të familjes lehtësi për të ushtruar detyrat e tij duke mundësuar zbatimin e kompetencave:

- Detyrat klinike;
- Menaxhim i riskut shëndetësor në popullatë;
- Komunikim me banorët;
- Menaxhim i banorëve;
- Menaxhim i QSH.

Gjatë vitit 2024 dhe deri në muajin Tetor të vitit 2025, në zbatim të kontratës me Nr. 53 Prot., datë 11.04.2023, ka vijuar mirëmbajtja e sistemit Regjistri i të Siguruarve (AHIS).

Gjatë vitit 2024, me hyrjen në fuqi VKM të ndryshuar për rimbursimin e fishave të diabetit, DIAS ka ndjekur procesin e implementimit të kategorive të reja dhe rregullave për përfitimin e fishave të diabetit në sistemin AHIS, si dhe ka suportuar dhe asistuar profesionistët e shëndetësisë për zbatimin e tyre.

Gjatë vitit 2025, me hyrjen në fuqi të VKM për rimbursimin e paketës së trajtimit të stomës, DIAS ka ndjekur procesin e implementimit të kategorisë së re dhe rregullave për përfitimin e paketave të trajtimit të stomës në sistemin AHIS, si dhe ka suportuar dhe asistuar profesionistët e shëndetësisë për zbatimin e tyre.

8.6 Përmirësimi i rrjetit të FSDKSH

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

9. Monitorimi i kontratave me dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore

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

9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave

Drejtoria e Kontrollit gjatë vitit 2025, ka ushtruar kontrolle në 572 subjekte ose rreth 18% e totalit të subjekteve, të cilat kanë lidhur kontratë me Fondin. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- **110** Qendra Shëndetësore;
- **264** Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- **123** Farmaci (95 të plotë dhe 28 tematikë);
- **41** Depo farmaceutike (11 farmaci të spitaleve, 27 depo inventarë, 3 depo me disponibilitet);
- **34** Spitale (5 spitale janë në proces raporti dhe vendimi).

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- Shpërblim Dëmi ekonomik në vlerën totale 5,202,964.82 lekë;
- Masë administrative Gjobë, në vlerën totale 328,025,527.2 lekë;
- Masë administrative Kushte penale, në vlerën totale 4,078,014 lekë;
- Zgjidhje Kontrate për 5 subjekte.

9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm, për periudhën Janar-Dhjetor 2025 nga Sektori i Kontrollit Parësor janë planifikuar për kontroll dhe realizuar kontrollet në rajonet si më poshtë.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detajuara mbi kontrollet e realizuara në Qendrat Shëndetësore sipas secilit rajon:

Nr.	DRF/DF	Total Q.SH	Total mjekë	Subjektet e kontrolluara		Lloji i kontrollit	Sanksione		
				Q.SH	MPF/MS		Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë
1	Lezhë	18	78	11	24	I Plotë	23,476	-	11,000
2	Kamëz-Vorë	8	67	7	26	I plotë	76,627	-	12,000
3	Berat	22	65	14	26	I plotë	35,518	-	5,000
4	Lushnje	17	51	10	21	I Plotë	35,483	-	6,000
5	Durrës	32	196	15	35	I plotë	36,462	-	13,000
6	Sarandë	13	26	5	9	I plotë	16,400	-	-
7	Tiranë	27	322	10	40	I plotë	232,249	10,000	18,000
8	Elbasan	46	150	13	29	I plotë	49,092	-	5,000
9	Korçë	29	63	16	30	I plotë	67,997	-	13,000
10	Specialitete TR	0	0	4	15	Tematik	-	40,000	-
11	Pogradec	8	31	5	9	I plotë	24,177	-	-
	TOTAL	220	1,049	110	264	0	597,481	50,000	83,000

Nga kontrollët e ushtruara, janë konstatuar problematikat kryesore, si vijojnë:

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

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

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 597,481 lekë.
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 83,000 lekë.
- Masa administrative “Kusht Penal” në vlerën totale prej 50,000 lekë.

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2025 krahasuar me vitin 2024:

Viti	DRF/Rajone	Kontroll Q.SH	Kontroll MPF/MS	Lloji i kontrollit	Sanksione		
					Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë
2025	11	110	264	I plotë, Tematik	597,481	50,000	83,000
2024	15	161	412	I plotë, Tematik	694,120	0	192,000

9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

a) Për subjektet Farmaci dhe Agjenci Farmaceutike

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

Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive farmaceutike, për periudhën Janar-Dhjetor 2025, ka ushtruar kontrole në 123 subjekte me kontratë me Drejtorinë Rajonale, që përbëjnë 54.9% të shpenzimeve të rimbursimit në Fond, referuar të dhënave nga Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike për vitin 2025 (analiza statistikore, pa përfshirë DSHSU) dhe 76 % e Planit vjetor të miratuar nga Drejtor i Përgjithshëm. Në planin vjetor nuk u realizuan rajonet: Shkodër, Lezhë, Lushnje dhe Korçë, për shkak të angazhimit të specialistëve në urdhërin e punës Nr. 421, datë 10.11.2025.

Rezultatet paraqiten si më poshtë:

Nr.	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekteve të kontrolluara			Lloji i kontrollit	Sanksione				Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjektet e kontrolluara	Totali i subjekteve me kontratë në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRF / Degë	Farmaci /Agjenci Totali	Totali	Plotë	Tematik		Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë	Zgjidhje kontrate		
1	Durrës	89	12	8	4	Tematik +inventar	96,333	-	-	-	24%	13%
2	Sarandë	14	4	2	2	Tematik +inventar	16,185		-	-	32%	29%
3	Gjirokastrë	16	4	2	2	Tematik +inventar	37,846			-	32%	25%
4	Fier	47	11	8	3	Tematik +inventar	61,600			-	37%	23%
5	Kamëz-Vorë	37	12	8	4	Tematik +inventar	55,647			-	50%	32%
6	Berat	40	10	10	-	Tematik +inventar	160,286	-		-	49%	25%
7	Elbasan	81	15	10	5	Tematik +inventar	186,502			-	28%	19%
8	Tiranë	272	26	26	-	Tematik +inventar	483,480		35,400	-	40%	10%
9	Kukës	10	5	3	2	Tematik +inventar	25,340		-	-	44%	50%
10	Tropojë	3	1	1	-	Tematik +inventar	3,169		-	-	61%	33%
11	Pogradec	19	6	4	2	Tematik +inventar	44,653		12,000	-	36%	32%
12	Dibër	22	7	5	2	Tematik +inventar	69,874		52,000	-	50%	32%
13	Vlorë	58	10	8	2	Tematik +inventar	95,609		-	-	42%	17%
	Total	708	123	95	28		1,336,522	-	99,400			

Për periudhën Janar – Dhjetor 2025, janë kontrolluar 123 subjekte (95 kontrolle të plotë dhe 28 kontrolle tematikë) dhe janë marrë masat si më poshtë:

- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 1,336,522 lekë për 95 subjekte farmaceutike;
- Gjobë në vlerën 99,400 lekë në 5 subjekte farmaceutike;

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2025 krahasuar me vitin 2024:

Viti	DRF/Rajone	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	Sanksione			
				Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë	Zgjidhje kontrate
2025	13 Rajone	123	Inventar dhe Tematik	1,336,522		99,400	
2024	17 Rajone	184	Inventar dhe Tematik	1,993,927	52,400	22,000	-

b) Për subjektet Depo Farmaceutike

Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2025, ka kryer kontrolle me inventar në 30 subjekte, dhe në 11 farmaci të spitalit për barnat e shtrenjta, ku u konstatuan mungesa të barnave të listës së rimbursueshme.

Nga kontrolli me inventar dhe tematik rezultuan problematika dhe mangësi në lidhje me:

- Diferencat në (+) gjatë procesit të inventarizimit për periudhën e përcaktuar. Në bazë të Kontratës “Për qarkullimin e barnave të Listës së Barnave që Rimbursohen nga Importuesi Farmaceutik” 2024, Neni 14 “Gjoba”, pika 1 që shprehet: “Kur nga kontrolli i gjendjes fizike të barnave të rimbursueshme, tek Importuesi, rezultojnë diferenca në plus të pajustificuara, (gjendja fizike është më e madhe se gjendja kontabël), importuesi paguan gjobë të barabartë me dyfishin e tepicës së konstatuar”.

-Në lidhje me shqyrtimin e rasteve të evidentuara më sipër dhe bazuar në dispozitat e Kontratës “Për qarkullimin e barnave të Listës së Barnave që Rimbursohen nga Importuesi Farmaceutik”, njoftojmë se janë aplikuar penalizimet për shkeljet e konstatuara, për subjektet e kontrolluara.

-Në të gjitha rastet e kontrolleve me inventar dhe tematik në depo farmaceutike dhe farmaci spitali për barnat e shtrenjta, ku ka patur problematika, grupi i kontrollit ka marrë masa administrative kundrejt subjekteve të kontraktuara me Fondin.

-Janë evidentuar edhe raste në disa subjekte, konkretisht Depo farmaceutike, ku është konstatuar fiktivitet në hyrje dhe dalje të faturave, si dhe deklaram i rremë i inventarit fizik. Në këto raste janë marrë masa të rrepta administrative dhe ligjore, përfshirë ndërprerjen e kontratës dhe depozitimin e kallëzimit penal pranë Prokurorisë së Rrethit Tiranë.

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2025 krahasuar me vitin 2024:

Viti	Depo	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	Sanksione			
				Dëm ekonomik	Kusht penal	Gjobë	Zgjidhje kontrate
2025	Depo	41	11 farmaci të Spitaleve, 27 depo me inventar dhe 3 depo tematik	-	3,528,014.00	327,816,127.46	5
2024	Depo	27	12 farmaci të Spitaleve, 15 depo me inventar	2,127.50	86,379.16	100,000.00	-

9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet

Nga Sektori i Kontrollit Spitalor, për vitin 2025, janë kryer kontrolle të plota në Spitalet: Spitali Bashkiak Mirditë, Spitali Ditor Peqin, Spitali Rajonal Gjirokastrë, Spitali Bashkiak Kurbin, Spitali “Amerikan” Durrës, Spitali Universitar i Traumës, Spitali “Amerikan” Fier, Spitali “Amerikan” Gjirokastrë, AKS Berat, Qendra Spitalore Rajonale Berat dhe Kuçovë, Spitali Rajonal Lezhë, Spitali Ditor Malësi e Madhe, Spitali Bashkiak Përmet, Spitali Bashkiak Sarandë, Spitali Ditor Delvinë, Spitali Bashkiak Tepelenë, Spitali Rajonal Dibër,

Spitali Rajonal Kukës, Spitali Bashkiak Krujë, Spitali Bashkiak Bulqizë, Spitali Ditor Has, Qendra Spitalore Universitare “NënëTereza” Tiranë, Spitali Rajonal Korçë, Spitali Bashkiak Devoll, Spitali Bashkiak Kolonjë, Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”, Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”, Spitali Rajonal Fier, si edhe kontrolle tematike në Spitalet: Spitali Rajonal Vlorë, Spitali Rajonal Shkodër dhe Spitali Rajonal Elbasan.

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

Nr.	Spitale	Masa organizative	Masa disiplinore	Masa administrative (gjobë)	Masa detyrim për shpërbllim dëmi (Vlerë)	Kusht Penal	Zgjidhje kontrate
1	Spitali Rajonal Shkodër	22	0	0	7,341	140,000	0
2	Spitali Rajonal Elbasan	14	0	0	43,413	10,000	0
3	Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”	5	0	0	0	0	0
4	Spitali Bashkiak Mirditë	10	0	0	0	10,000	0
5	Spitali Ditor Peqin	12	0	0	67,956	0	0
6	Spitali Rajonal Gjirokastrë	9	0	0	100,000	10,000	0
7	Spitali Bashkiak Kurbini	12	0	0	0	0	0
8	Spitali “Amerikan” Durrës	0	0	0	0	0	0
9	Spitali Universitar i Traumës	9	0	0	0	0	0
10	Spitali “Amerikan” Fier	0	0	0	0	0	0
11	Spitali “Amerikan” Gjirokastrë	2	0	0	0	0	0
12	AKS Berat	1	0	0	0	0	0
13	Qendra Spitalore Rajonale Berat dhe Kuçovë	12	0	0	167,760	140,000	0
14	Spitali Rajonal Lezhë	1	0	0	0	0	0
15	Spitali Ditor Malësi e Madhe	3	0	0	0	0	0
16	Spitali Bashkiak Përmet	7	0	0	0	20,000	0
17	Spitali Bashkiak Sarandë	7	0	0	0	40,000	0
18	Spitali Ditor Delvinë	6	0	0	0	0	0
19	Spitali Bashkiak Tepelenë	2	0	0	0	0	0
20	Spitali Rajonal Vlorë Tematik	12	0	0	0	0	0
21	Spitali Rajonal Shkodër Tematik	8	0	0	0	0	0
22	Spitali Rajonal Elbasan Tematik	5	0	0	0	0	0
23	Spitali Rajonal Dibër	23	0	0	948,032	75,000	0
24	Spitali Rajonal Kukës	14	0	0	301,902	35,000	0
25	Spitali Bashkiak Krujë	9	0	0	270,116	15,000	0
26	Spitali Bashkiak Bulqizë	13	0	0	33,327	10,000	0
27	Spitali Ditor Has	0	0	0	0	0	0
28	Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë	8	0	0	77,338	0	0
29	Spitali Rajonal Korçë	14	0	0	1,184,716	180,000	0
30	Spitali Bashkiak Devoll	Në proces					
31	Spitali Bashkiak Kolonjë	Në proces					
32	Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”	Në proces					
33	Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”	Në proces					
34	Spitali Rajonal Fier	Në proces					
	Totali	240	0	0	3,201,901	685,000	0

Si vërehet në tabelën e mësipërme shkeljet e konstatuara për vitin 2025 janë:

- Masa detyrim shpërblim dëmi në vlerën 3,201,901 lekë.
- Kushte penale në vlerën 685,000 lekë.
- Masa organizative 240 masa.

Spitali Rajonal Shkodër, Spitali Rajonal Elbasan dhe Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” janë planifikuar dhe realizuar në vitin 2024, por Vendimi për këto spitale ka dalë në vitin 2025 dhe për këtë arsye dhe masat organizative, disiplinore, administrative dhe kushtet penale janë pasqyruar në tabelën e mësipërme.

9.5 Problematikat Kryesore

- Kushti penal është vendosur për mosplotësimin e kartelave sipas elementeve, në kundërshtim me Nenin 6 “Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër” pika 5 që citohet si vijon: “Të përdorë kartelat klinike tip të miratuara nga MSHMS. Plotësimi i tyre nga mjeku specialist të bëhet me shkrim të qartë dhe konform të gjitha rubrikave që kartela përmban. Vendosja e diagnozës klinike të bëhet brenda afateve kohore të kërkuara, si dhe të shkruhet e plotë”.
- Dëmi ekonomik është vënë për mangësitë e konstatuara në dokumentacionin e bankës, kontrollin e pagave, të shpenzimeve për udhëtim e dieta, shpenzimeve të karburantit, si dhe në farmacinë e spitalit për barnat e skaduara dhe diferenca. Në bazë të Nenit 17 “Dëmi ekonomik”, pika 4, gërma a. citohet si vijon: “Spitali zhdëmton Fondin/ DRF në vlerën përkatëse kur në rast se: a) lejon skadencën e barnave, reagentëve, filmave, materialeve për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial për shkak të mosruajtjes së tyre në parametrat e duhur, si dhe keqadministrimit të tyre si dhe mangësi në moszbatimin e kontratës”.

Në tabelën e mëposhtme paraqiten të dhënat e detajuara për vitet 2024 dhe 2025 për spitalet Universitarë, Rajonalë, Bashkiakë dhe Spitalet privatë:

Viti	Numri i subjekteve të kontrolluara	Sanksione				
		Dëm ekonomik	Kusht penal	Masë disiplinore	Masë administrative	Masë organizative
2025	34 (Realizuar 29)	3,201,901	685,000	0	0	240
2024	21	1,208,631	695,000	6	1	236

10. Përmirësimi i Administrimit të Fondit

Veprimtaria audituese e vitit 2025 ka funksionuar në përputhje me aktet ligjore që rregullojnë shërbimin e auditimit të brendshëm me fokus përgjegjshmërinë e realizimit të programit të

miratuar në pajtueshmëri me standardet e përcaktuara si dhe komunikimin e rezultateve përfundimtare.

Veprimtaria audituese përfshin Drejtorinë e Përgjithshme, Drejtoritë Rajonale, Degët, Spitalin Rajonal Durrës dhe Spitalin “Memorial” Fier.

Në përfundim të vitit 2025 rezulton se janë kryer 20 (njëzet) misione angazhim auditimi të kombinuara dhe 1 (një) mision për zbatim rekomandimesh të lëna nga auditimet e realizuara në vitin 2024. Gjatë vitit 2025, veprimtaria audituese nuk ka patur problematika të qënësishme përveç synimit të vazhdueshëm e të pandërprerë, në rritjen e performancës së këtij shërbimi duke i dhënë siguri objektive titullarit në funksionimin e sistemeve të kontrollit të brendshëm, në arritjen e objektivave strategjikë të institucionit.

10.1 Misioni i auditimit të brendshëm

Misioni i auditimit është kryerja e çdo angazhimi në përputhje me dispozitat ligjore e nënligjore në fuqi, standardet ndërkombëtare të auditimit të brendshëm të shpallura dhe pranuar, në Planin Strategjik e Vjetor të veprimtarisë së auditimit të brendshëm.

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

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

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

10.2 Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit

Aktiviteti i auditimit të brendshëm është realizuar nga njësia e auditit të brendshëm e organizuar në nivel Drejtorie me mision mbështetjen e menaxhimit të lartë në realizimin e objektivave në zbatim të Planit Strategjik dhe Vjetor të miratuar nga titullari, ku përcaktohen qartë objektivat për t'u arritur, kapacitetet në dispozicion si dhe vlerësimi e menaxhimi i riskut.

Misionet e auditimit të realizuara mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara, ku për vitin 2025 janë realizuar në përputhje me planin 20 (njëzet) auditime të kombinuara dhe 1 (një)

auditim të përputhshmërisë me objekt verifikimin dhe zbatimin e rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme.

Për vitin 2025, Drejtoria e Auditit të Brendshëm është e organizuar në 3 (tre) sektorë dhe ka në strukturën organike 13 (trembëdhjetë) punonjës.

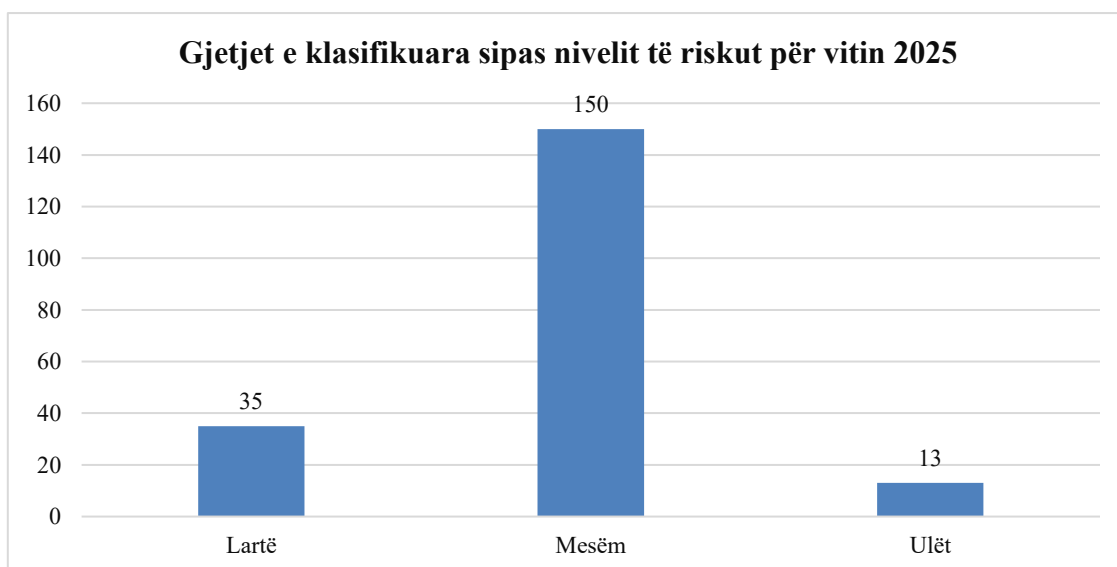
10.3 Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre

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

Nga analiza e të dhënave vjetore sipas subjekteve të audituara, nga struktura e auditimit përcaktimi i nivelit të riskut është bërë duke marrë në konsideratë faktorët e riskut, të cilët në mënyrë të përmblodhur do ti përgjithësonim në kategoritë e mëposhtme:

- Organizimi dhe kompleksiteti i subjekteve.
- Kuadri ligjor dhe rregullator.
- Kërkesat e raportimit financiar.
- Mjedisi i kontrollit.
- Shkalla e ndryshimeve organizative dhe të sistemit të menaxhimit.
- Materialiteti sipas natyrës, çështje ndaj të cilave ka interes të lartë publik.
- Risku i brendshëm i fushës apo subjektit që auditohet.
- Mbulimi i pamjaftueshëm me auditime në të kaluarën.

Në auditimet e vitit 2025 janë konstatuar 198 gjetje, nga të cilat nga të cilat: 35 gjetje janë me risk të lartë, 150 gjetje janë me risk të mesëm dhe 13 gjetje janë me risk të ulët, të cilat paraqiten në grafikun në vijim:



Drejtoria e Auditit të Brendshëm që në fazën e planifikimit vjetor është mbështetur në auditimin e sistemeve apo subjekteve që kanë risk të lartë dhe risk të mesëm. Është kërkuar

që gjatë vitit 2025 të gjitha drejtoritë në qendër dhe rajone të përditësojnë listat e proceseve, regjistrin e riskut dhe gjurmët e auditit. Mbi bazën e përvojës së fituar janë vlerësuar risqet sipas sistemeve dhe subjekteve. Nisur nga fakti që strukturat e Fondit duke përfshirë dhe Drejtorinë e Përgjithshme përdorin fonde të konsiderueshme publike, niveli i riskut është vlerësuar si i lartë, i mesëm dhe i ulët.

10.4 Rekomandime

Një aspekt mjaft i rëndësishëm i aktivitetit auditues është dhënia e rekomandimeve në përfundim të çdo misioni angazhim auditimi. Rekomandimet janë mbështetur në gjetjet e rezultuara dhe kanë si qëllim përmirësimin e punës së subjekteve të audituara. Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2025, DAB ka rekomanduar 198 masa organizative. Analiza e detajuar e rekomandimeve sipas sistemeve, nënsistemeve të audituara për vitin 2025 paraqitet në tabelën në vijim:

Sistemi	Nënsistemi	Numri
Menaxhimi i burimeve njerëzore	Rekrutimi	2
	Largimi	3
	Vlerësimi	2
	Baza ligjore	1
Pagat dhe shpërblimet	Elementët e pagës	3
Raportimi financiar e kontabiliteti	Vlerat debitore	2
	Kontrollet, rregullat e procedurat e angazhimit	2
	Pagesat	4
	Saktësia e raportimit	7
	Aktivitet	2
Qeverisja e administrimi	Vendimarrja dhe mbikqyrja	6
Prokurimi	Planifikimi	4
	Procesi i tenderimit	7
	Dorëzimi	2
Planifikimi e buxhetimi	Monitorimi zbatimit të buxhetit	5
	Planifikimi buxhetor	9
	Zbatimi i buxhetit	9
Sistemi Teknologjisë dhe Informacionit	Procedurat e sistemeve të IT	2
Sisteme specifike operacionale	Drejtoria operacionale; Farmaceutika	25
	Drejtoria operacionale; Kujdesi Parësor	57
	Drejtoria operacionale; Rimbursimi	1
	Drejtoria operacionale; Shërbimi Spitalor	36
	Drejtoria operacionale; Shërbimi Spitalor Universitar	1
Të tjera	Zbatimi i rekomandimeve të lëna	3
	Përmirësim rregullor	3
Total		198

Në zbatimin e rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme, për vitin 2025 është verifikuar niveli i zbatimit të 164 rekomandimeve të lëna nga viti 2024. Analiza e detajuar e nivelit të zbatimit të rekomandimeve evidentohet në tabelën në vijim:

Statusi i rekomandimit	Numri rekomandimeve	Pesha specifike
I zbatuar plotësisht	120	73.2
Në proces zbatimi	12	7.3
I zbatuar pjesërisht	31	18.9
I pazbatuar	1	0.6

10.5 Konkluzione

Veprimtaria audituese e Drejtorisë së Auditit të Brendshëm ka synim zbatimin përherë e më mirë të standardeve profesionale duke vendosur një komunikim gjithnjë e më konstruktiv e bashkëpunues me subjektet e audituara.

Nisur nga problematikat e evidentuara ka nevojë për përmirësim në drejtimet e mëposhtme:

- Hartimii i metodologjive të standartizuara për hartimin e listës së barnave të rimbursueshme, për hartimin e kufizimeve të listës së barnave.
- Përmirësimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore (Qendrat Shëndetësore/MPF, Spitalet/MS, Subjektet farmaceutike, etj).
- Përmirësimi i rregulloreve e udhëzimeve për kontrollin e subjekteve me kontratë (Qendrat Shëndetësore, Spitalet, Subjektet farmaceutike) dhe jo publike (shpenzimeve konçesionare të sterilizimit të pajisjeve mjekësore e dializës, kontrollit mjekësor bazë, laboratorit dhe paketave të shërbimit) të kontraktuara me Fondin.
- Analiza e riskut dhe përqëndrimin e kontrolleve në subjektet me risk të lartë.
- Rishikimi i strukturave të kontrollit, aktiviteteve të kontrollit me qëllim mbulimin me kontroll të subjekteve të kontraktuara.
- Përmirësimi i cilësisë së kontrolleve në subjektet farmaceutike me kontratë, kontrolli i subjekteve me risk të lartë, deri në kontroll me cikël të mbyllur.
- Përmirësimi i cilësisë së supervizimeve e kontrolleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet si dhe duke kërkuar zbatimin e pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve.
- Përmirësimi i cilësisë të kontrollit në spitale, dhe mbulimi me kontroll i të gjitha problematikave me risk të aktivitetit të spitalit.
- Rritja e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm.

➤ Opinion i përgjithshëm

Bazuar në vlerësimin e fushave apo sistemeve të njësisë publike në zbatim të standardeve, Drejtoria e Auditit të Brendshëm në Fond, ka marrë në konsideratë strategjitë, objektivat dhe risqet e njësisë publike, si dhe pritshmëritë e menaxhimit të lartë dhe palëve të tjera të

interesuara. Opinioni i përgjithshëm mbështetet në informacionin e mjaftueshëm, të besueshëm, të duhur dhe të dobishëm trajtuar në këtë raport. Të gjitha gjetjet dhe rekomandimet i janë raportuar menaxhimit si një pjesë e rëndësishme e procesit të auditimit të brendshëm për të përmirësuar funksionimin e njësisë në të ardhmen. Sistemi i kontrollit të brendshëm funksionon në mënyrë efektive, por ka disa mangësi, të cilat kanë apo mund të kenë ndikim të moderuar në objektivat e njësisë publike. Ka nevojë për marrjen e veprimeve për përmirësime në disa drejtime.

11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut

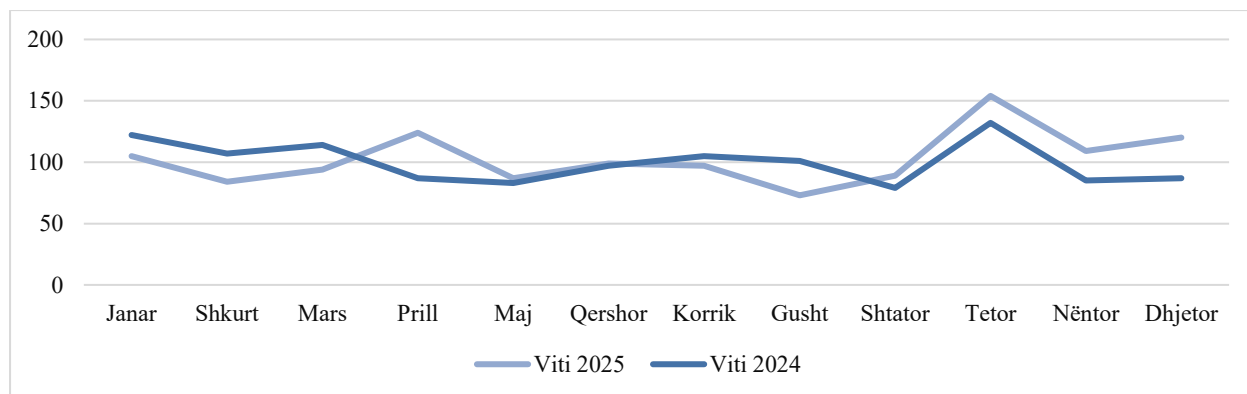
Njësia e marrëdhënieve me publikun, në zbatim të detyrave brenda përgjegjësisë dhe fushëveprimit të saj, është angazhuar edhe në çdo aspekt tjetër të komunikimit me qëllimin e vetëm që, publiku të jetë i informuar në kohë dhe me transparencë, mbi veprimtarinë e institucionit.

Komunikimi dhe informimi për shërbimet kryhet nëpërmjet kanaleve të informacionit, si vijojnë:

- *Adresa elektronike* info@fsdksh.gov.al - Në zbatim të VKM Nr. 252, dt. 29.04.2022 "Për Proçedurat e Shërbimit Online", komunikimi me publikun kryhet nëpërmjet adresës elektronike info@fsdksh.gov.al, ku pranohen dhe shqyrtohen pjesa më madhe e kërkesave/ankesave nga qytetarët, si edhe nga ku përcillet informacioni i nevojshëm. Gjithashtu, përmes kësaj adrese elektronike, ndiqen të gjitha rastet të cilat përcillen nga Platforma e Bashkëqeverisjes, duke u shqyrtuar me transparencë dhe brenda afateve kohore ligjore.
- *Koordinatori për të drejtën për informim* - Nëpërmjet adresës elektronike të Koordinatorit për të Drejtën për Informim, si edhe platformave të transparencës në dispozicion të publikut, pranohen dhe shqyrtohen të gjitha kërkesat për informacion referuar Ligjit Nr. 119/2014 "Për të drejtën e informimit", të dërguara kryesisht nga media, shoqëria civile e të tjerë.
- *Webfaqja zyrtare* www.fsdks.gov.al – Administrohet me në fokus publikimin e një informacioni të plotë mbi veprimtarinë dhe shërbimet që ofron institucioni, duke pasqyruar me transparencë çdo aktivitet, informacion apo njoftim, me interes për publikun e të tjerë, edhe në zbatim të Ligjit Nr. 119/2014 "Për të Drejtën e Informimit" dhe të Programit të Transparencës, si pjesë e tij; dhe të Ligjit Nr. 33/2022 "Për të dhënat e hapura dhe ripërdorimin e informacionit të sektorit publik".
- *Rrjetet sociale* - Administrohen dhe monitorohen vazhdimisht duke synuar prezantimin dinjitoz të veprimtarisë së Fondit.

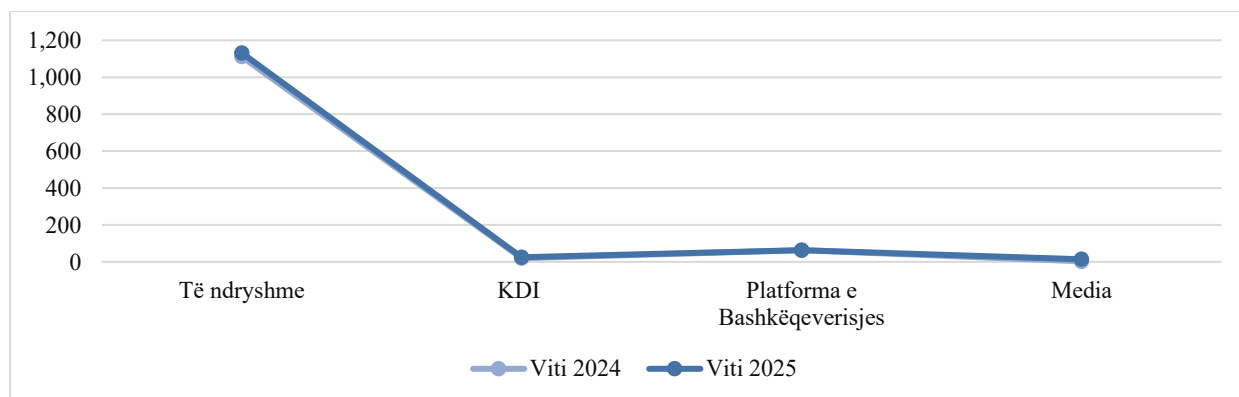
Gjatë vitit 2025 janë pritur gjithsej 1,235 raste, të cilat janë trajtuar dhe ndjekur në bashkëpunim me njësitë teknike në Fond, me përgjegjësi dhe në respektim të afateve kohore ligjore. Të dhënat e mbledhura në regjistrat përkatës, janë përpunuar dhe paraqitur në grafikët në vijim.

Grafik 1 Numri total i rasteve për vitet 2024, 2025



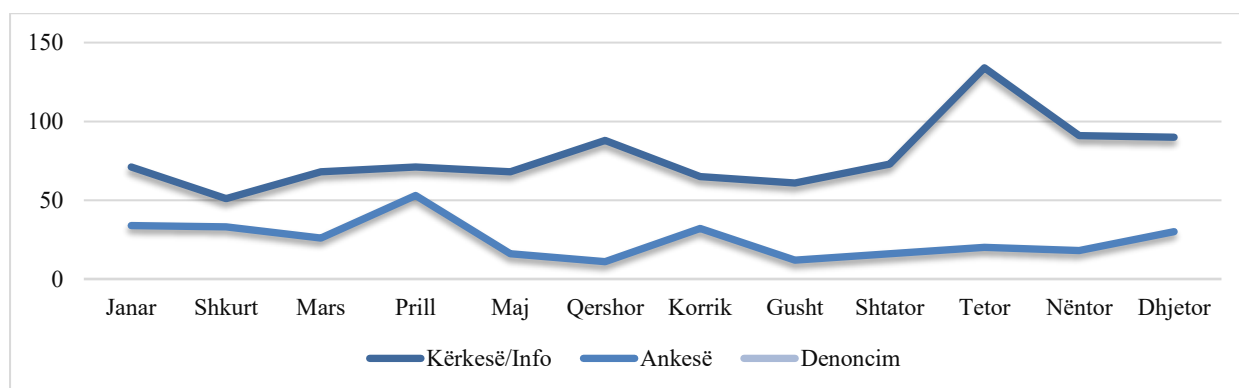
**SMP - Sektori i Marrëdhënieve me Publikun*

Grafik 2 Raportim i problematikave sipas mediumit, të krahasuara, për vitet 2024, 2025



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

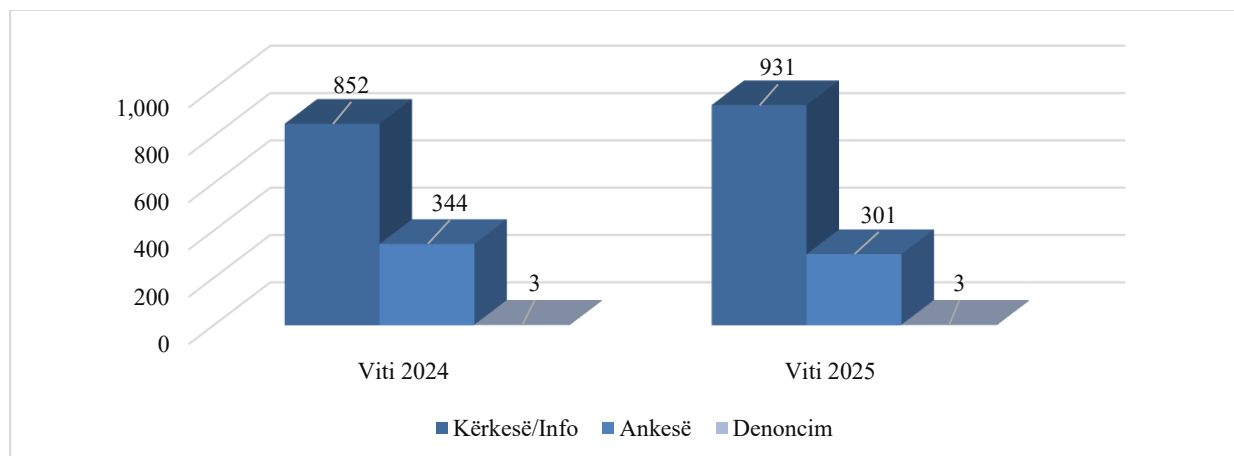
Grafik 3 Tipologjia e raportimeve për vitin 2025



Duke analizuar tipologjinë e raportimeve, gjatë vitit 2025 konstatohen më të shpeshta rastet lidhur me Listën e Barnave të Rimbursueshme, si: informacion mbi monitorimin e disponibilitetit të barnave; ankesa lidhur me disponibilitetin e barnave ne treg; problematika

të lidhura me mospërfitimin e barnave me rimbursim. Rastet e tjera lidhen me problematika të hasura në procesin e ndryshimit të mjekut të përgjithshëm dhe të familjes; kërkesë për asistencë për procesin e pajisjes me nënshkrim elektronik; kërkesë për pajisje me formularë, në zbatim të marrëveshjeve në fushën e mbrojtjes shoqërore; raportime për problematika lidhur me eRx; problematika lidhur me procesin e lidhjes së kontratës me subjektet farmaceutike, etj.

Grafik 4 Tipologjitë e raportimeve, të krahasuara, për vitin 2024 dhe për vitin 2025



Nga krahasimi i të dhënave lidhur me tipologjinë e raportimeve për vitin 2024 krahasuar me vitin 2025, gjatë vitit 2025 vihet re një frekuencë më e lartë e kërkesave për informacion dhe njoftimeve, referuar disponibilitetit të barnave në rrjetin e hapur farmaceutik dhe spitalor.

12. Bashkëpunimi me Institucionet

12.1 Bashkëpunimi ndërinstytucional

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

Këshilli i Ministrave është organi i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të FSDKSH. Në këtë kuadër bashkëpunohet me Ministrinë e Financave për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e FSDKSH. Gjithashtu, në realizimin e veprimtarisë së tij institucionale, FSDKSH lidh marrëveshje ndërinstytucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre, lidhur me kategoritë e të siguruarve dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Përmendim këtu:

- Memorandumin e Mirëkuptimit midis FSDKSH dhe Institutit të Statistikave (INSTAT), i cili rregullon marrëdhënien midis dy institucioneve lidhur me llojin dhe mënyrën e raportimit të të dhënave zyrtare. Mbi këtë bazë bashkëpunohet për përgatitjen dhe dërgimin e të dhënave sipas standardeve të dakortësuara.
- Nënshkrimi i Marrëveshjes së lidhur midis Shërbimit Informativ të Shtetit dhe FSDKSH, për regjistrimin e punonjësve të SHISH në regjistrin elektronik të të siguruarve.
- Nënshkrimi i Marrëveshjes me Ambasadën Amerikane për regjistrimin e punonjësve të kësaj Ambasade në regjistrin elektronik të të siguruarve.
- Raportimi dhe përgatitja për procesin screening mbi zhvillimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor për kapitujt e PKIE 2024-2026 dhe Raportimet në Kuadër të Proçesit të Integritetit Europian. FSDKSH raporton për Kapitujt 2, 19, 28.
- Bashkëpunim me AKSHI-n, në lidhje me Sistemin e Qarkullimit të Dokumenteve me Nënshkrim Elektronik.

12.2. Marrëveshjet Ndërkombëtare

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

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

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

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

Me **Republikën e Maqedonisë**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 123/2015, datë 12.11.2015 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe

Republikës së Maqedonisë për Mbrojtjen Shoqërore”. Me zbatimin e kësaj marrëveshjeje janë miratuar në mënyrë reciproke 18 formularë. Kjo marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Qershor 2016.

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

Me **Republikën e Çekisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 34/2016, datë 24.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Çeke për mbrojtjen shoqërore”. Fondi zbaton marrëveshjen nëpërmjet 6 formularëve të miratuar. Kjo marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Shkurt 2017.

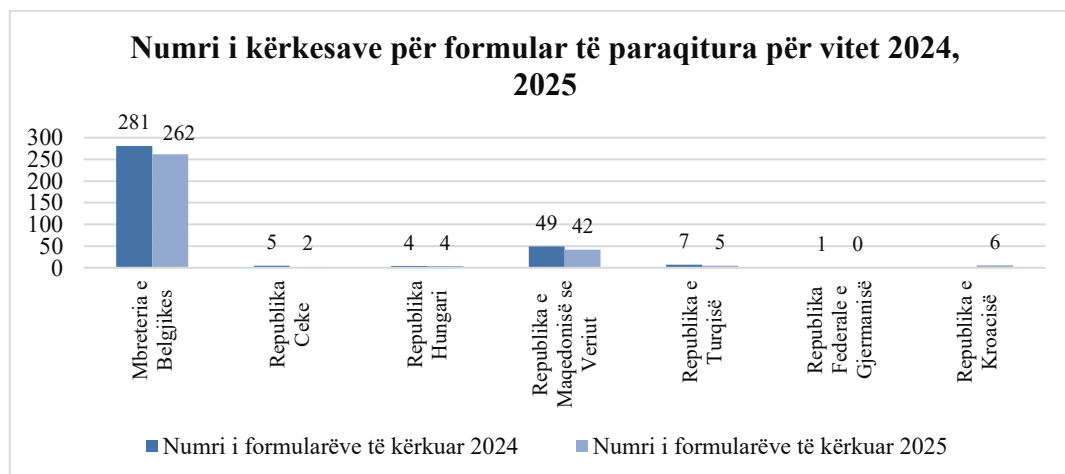
Me **Republikën Federale të Gjermanisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 23/2016, datë 10.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Federale të Gjermanisë për Mbrojtjen Shoqërore dhe të Protokollit Përfundimtar të saj”. Fondi zbaton marrëveshjen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

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

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

Me **Republikën e Kroacisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 11/2024, “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Kroacisë për mbrojtjen shoqërore”.

Në grafikun më poshtë paraqitet numri i formularëve të kërkuar nga Fondi për vitet 2024 dhe 2025:



13. Prioritetet Strategjike dhe Objektivat

13.1 Prioritetet strategjike

Synimi i prioriteteve strategjike të FSDKSH është vazhdimi i përpjekjeve për të përmirësuar dhe zgjeruar skemën e sigurimeve shëndetësore, në funksion të shëndetit dhe mirëqënies së popullatës duke respektuar të drejtat e tyre për shëndet të mirë.

Synohet të arrihen objektivat për përmbushjen e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore cilësore, duke adresuar nevojat dhe kërkesat kryesore për shërbime shëndetësore dhe për përmirësimin e shëndetit të popullatës.

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

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

13.2 Objektivat vjetore 2026

- Qëndrueshmëria dhe përmirësimi i situatës financiare të skemës, nëpërmjet përdorimit me efektivitet të burimeve të financimit, forcimit të kontrollit të shpenzimeve.
- Realizimi i marrëdhënieve kontraktuale korrekte midis FSDKSH dhe ofruesve të

shërbimit shëndetësor në funksion të përmirësimit të shërbimit ndaj popullatës.

- Përmirësimi i mënyrës së financimit të institucioneve shëndetësore publike të dhënësve të shërbimit shëndetësor, bazuar në rezultate të matshme dhe të targetuara, bazuar në indikatorët e performancës.
- Financimi i paketave të miratuara të shërbimit spitalor në spitalet publike e jopublike, duke mbajtur nën kontroll kapacitetet financiare të Fondit.
- Rritja e kosto-efektivitetit të listës së barnave e pajisjeve të rimbursueshme dhe sigurimi i trajtimeve të efektshme për pacientët, bazuar në udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike të miratuara.
- Zgjerimi i listës së barnave të rimbursuara, duke siguruar rritjen e përfitimeve të popullatës.
- Monitorimi i shpenzimeve të rimbursimit për barnat dhe pajisjet mjekësore të Listës së rimbursuar, duke respektuar tavanet buxhetore të miratuara me ligj.
- Sigurimi i disponibilitetit të barnave të rimbursuara në rrjetin e hapur farmaceutik dhe në farmacitë e spitaleve.
- Realizimi i procedurave të lidhjes/rilidhjes së kontratave me farmacitë, agjencitë farmaceutike, importuesit dhe shpërndarësit farmaceutikë, importuesit e pajisjeve mjekësore të rimbursuara, si dhe institucionet shëndetësore jo publike, nëpërmjet platformës e-Albania.
- Zhvillimi dhe implementimi i Kartës Digjitale të Shëndetit, si një sistem i integruar elektronik për menaxhimin e të dhënave shëndetësore të pacientëve, me qëllim rritjen e efikasitetit të shërbimeve, përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe lehtësimin e aksesit në informacion në kohë reale për institucionet dhe profesionistët e shëndetësisë.
- Implementimi i procesit të fiskalizimit të recetave elektronike, të ekzekutuara përmes sistemit e-Rx, me qëllim rritjen e transparencës financiare, përmirësimin e kontrollit dhe gjurmueshmërisë së shpenzimeve për barnat dhe pajisjet mjekësore, si dhe garantimin e përputhshmërisë me kuadrin ligjor dhe fiskal në fuqi.
- Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike si ai i Regjistrit të të Siguruarve AHIS, përmirësimi i rrjetit (WAN/LAN) dhe analizimi dhe vlerësimi i sistemeve dhe rrjetit informatik të Fondit me qëllim përcaktimin e ecurisë së tyre.
- Përmirësimi i metodologjisë së kontrollit në funksion të zbatimit të kontratave që Fondi lidh me ofruesit e shërbimeve shëndetësore.
- Përditësimi i kuadrit ligjor në përputhje me legjislacionin e skemës së sigurimeve shëndetësore dhe të akteve të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi.
- Realizimi i harmonizimit të akteve ligjore dhe nënligjore të institucionit me acquis të Bashkimit Europian, duke siguruar zbatim efektiv dhe rritje të kapaciteteve administrative në funksion të procesit të integritetit evropian.
- Realizimi i negociatave dhe zbatimi i marrëveshjeve të reja bilaterale në fushën e mbrojtjes shoqërore, veçanërisht me vendet e BE dhe sigurimi i asistencës, shkëmbimit të përvojës dhe bashkëpunimit me partnerët ndërkombëtarë.
- Informimi i publikut për veprimtarinë dhe shërbimet e Fondit, në kuadër të rritjes së transparencës në marrëdhëniet me qytetarët.