



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT

Raport Përfundimtar për auditimin e ushtruar në “Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”

RAPORTI PËRFUNDIMTAR I AUDITIMIT

“Auditim Përputhshmërie”

Tiranë, Maj 2024

NR.	PËRMBAJTJA	FAQE
I	PËRMBLEDHJA EKZEKUTIVE	3-9
1.	Përshkrim i shkurtër i Projektit të Auditimit	3-4
2.	Përshkrim i gjetjeve kryesore dhe rekomandimeve	4-7
3.	Konkluzioni i përgjithshëm dhe Opinioni i auditimit	7-9
II	HYRJA	9-12
1.	Objektivat dhe qëllimi	9
2.	Identifikimi i çështjes	9-10
3.	Përgjegjësitë e strukturave drejtuese	10
4.	Përgjegjësitë e audituesve	10
5.	Kriteret e vlerësimit	10-11
6.	Standardet e auditimit	11
7.	Metodat e auditimit	11-12
8.	Dokumentimi i auditimit	12
III	PËRSHKRIMI I AUDITIMIT	12-110
1.	Informacion i përgjithshëm mbi subjektin	12-13
2.	Përshkrimi i auditimit	13
2.1	Përputhshmëria me aktet ligjore dhe rregullatore në fuqi të veprimtarisë së organeve drejtuese të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, lidhur me rimbursimin e barnave: Këshilli Administrativ, Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtoritë përkatëse në FSDKSH.	13-18
2.2	Auditim mbi programimin, zbatimin dhe raportimin e buxhetit të sigurimeve shëndetësore të rimbursimit të barnave për periudhën 2021-2022.	18-25
2.3	Vlerësimi i përputhshmërisë dhe funksionimit të sistemeve të kontrollit lidhur me aktivitetet e rimbursimit të barnave dhe disponibilitetin e tyre në treg, ushtrimin e kontrolleve në subjektet me kontratë me FSDKSH, monitorimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave etj, nga: - Drejtoria e Kontrollit; - Drejtoria e Rimbursimit; - Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike; - Drejtoria Juridike; - Drejtoria e Shërbimit Spitalor dhe Universitar; - Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor; - Drejtoritë Rajonale të FSDKSH.	25-110
IV	REKOMANDIMET	111-135
V	ANEKSE	136-142

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

a. Përshkrim i shkurtër i Raportit të Auditimit:

Mbështetur në Ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Mbi organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe bazuar në Programin e Auditimit nr. 733/1 prot., datë 11.09.2023, i ndryshuar, miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit, u ushtrua auditim në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) dhe Drejtoritë Rajonale lidhur me menaxhimin e shpenzimeve të rimbursimit të barnave për periudhën 01.01.2021-31.12.2022.

b. Rëndësia e institucionit dhe auditimit të tij.

FSDKSH është “Njësi e fondeve speciale” e krijuar me ligj për të ushtruar funksione specifike të qeverisjes qendrore dhe ushtron veprimtarinë në bazë të Ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. FSDKSH është i vetmi institucion publik, autonom, i cili menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë.

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

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon, krahas shërbimit parësor (përveç qendrave komunitare) dhe shërbimit spitalor (përveç spitaleve psikiatrike) edhe listën e barnave të rimbursueshme.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit. Nga skema e sigurimeve përfiton çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Auditimi i këtij institucioni lidhur me funksionimin e skemës së kujdesit shëndetësor sa i takon procesit të rimbursimit të barnave, ka një rëndësi të veçantë lidhur me transparencën e veprimtarisë së FSDKSH në këtë fushë, impaktin financiar në buxhetin e shtetit, përfshirë dhe çështjet e menaxhimit dhe administrimit në përputhje me kuadrin ligjor, nënligjor e rregullator, si dhe ndikimin social në shëndetësimin e popullatës në vendin tonë, krahas faktit që ky auditim përbën një vlerë të shtuar për KLSH.

c. Qëllimi i auditimit.

Qëllimi i këtij auditimi është dhënia e opinionit mbi përputhshmërinë e veprimtarisë së Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Drejtorive Rajonale, lidhur me aktivitetin e rimbursimit të barnave, për periudhën 01.01.2021 deri më 31.12.2022.

Për të gjitha problematikat e konstatuara janë dhënë rekomandime për përmirësimin me synim marrjen e masave dhe veprimeve korigjuese nga subjekti i audituar.

Në përmbushje të qëllimit të auditimit, janë shqyrtuar çështjet e mëposhtme:

- Përputhshmëria me aktet ligjore dhe rregullatore në fuqi të veprimtarisë së organeve drejtuese të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, lidhur me rimbursimin e barnave: Këshilli Administrativ, Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtoritë përkatëse në FSDKSH.
- Auditim mbi programimin, zbatimin dhe raportimin e buxhetit të sigurimeve shëndetësore të rimbursimit të barnave për periudhën 2021-2022.
- Vlerësimi i përputhshmërisë dhe funksionimit të sistemeve të kontrollit lidhur me aktivitetet e rimbursimit të barnave dhe disponibilitetin e tyre në treg, ushtrimin e

kontrolleve në subjektet me kontratë me FSDKSH, monitorimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave etj, nga:

- Drejtoria e Kontrollit;
- Drejtoria e Rimbursimit;
- Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike;
- Drejtoria Juridike;
- Drejtoria e Shërbimit Spitalor dhe Universitar;
- Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor;
- Drejtoritë Rajonale të FSDKSH.

d. Metodologjia e përdorur dhe metodat e mbledhjes dhe analizimit të të dhënave.

Metodat e auditimit janë bazuar tek kombinimi i testeve të ndryshme të auditimit, në procedurat bazë dhe në procedurat analitike, me qëllim arritjen e objektivave të auditimit në bazë të vlerësimit të riskut. Në këtë auditim janë përzgjedhur metoda, metodologji apo teknika auditimi dhe shtrirje të procedurave të auditimit, për të dhënë siguri të arsyeshme për arritjen e konkluzioneve të auditimit. Në varësi të çështjeve të auditimit dhe vlerësimit të audituesve janë përdorur veçmas ose të kombinuara metodat dhe teknikat e mëposhtme:

- *Intervistimi* - duke komunikuar dhe marrë informacion nëpërmjet pyetjeve drejtuar personelit kyç të subjektit dhe atij të përfshirë për një çështje të caktuar, e kombinuar kjo me shqyrtimin e evidencave përkatëse;
- *Raporte dhe informacione* - shfrytëzimi i raporteve, informacioneve relevante dhe që kanë lidhje me objektivat e auditimit dhe specifikisht me drejtimit e auditimit;
- *Verifikimi në sistemet e FSDKSH-së* - me përzgjedhje të veçanta të auditimit, sipas drejtimeve të auditimit;
- *Teknikat me ndihmën e kompjuterit* - për procedura të programuara, për të bërë testimet ose për nxjerrjen të dhënave për testim të mëtejshëm;
- *Verifikim transaksionesh* – me përzgjedhje të veçanta të auditimit, sipas drejtimeve të auditimit;
- *Të kombinuara*, sipas rastit dhe vlerësimit të audituesve.

Audituesit e KLSH janë përpjekur në çdo rast në përzgjedhjen e arsyeshme dhe të mjaftueshme të metodave dhe teknikave veçmas dhe/ose të kombinuara, si dhe shtrirjen e tyre për të dhënë siguri të arsyeshme në arritjen e konkluzioneve të auditimit në tërësi, dhe sipas drejtimeve në veçanti.

Megjithatë nga auditimi në terren grupi i auditimit ka hasur kufizime në informacion pasi me gjithë kërkesat e vazhdueshme ndaj FSDKSH për vënien në dispozicion të të dhënave të rimbursimit në nivel përfituesi, ku të përfshihej edhe numri unik i identifikimit personal ID (Identity Document), si kod i vetëm unik, nga ana e subjektit të audituar këto të dhëna u paraqitën me kod pacienti, i cili nga testet e auditimit rezultoi se jo në çdo rast është unik për çdo pacient, duke bërë të pamundur kryerjen e analizave të plota mbi saktësinë e përfituesve të rimbursimit.

e. Numri i gjetjeve dhe rekomandimeve. Nga shqyrtimi i evidencave, rezultoi se institucioni për periudhën objekt auditimi paraqet problematika dhe mangësi në disa drejtime të veprimtarisë. Grupi i auditimit ka konstatuar 28 gjetje dhe ka dhënë 58 rekomandime, nga të cilat 1 masë për përmirësime ligjore, 22 masa organizative, 1 masë shpërblim dëmi, 2 masa 3E, masa administrative dhe 30 masa disiplinore.

f. Paraqitja e gjetjeve kryesore:

1. Nga auditimi konstatohet se, FSDKSH, nuk ka një dispozitë rregullatore mbi mënyrën e hartimit të LBR, kjo pasi hartimi i LBR deri më tani ka ecur në spontanitet, në disa raste nuk hartohet për vitin buxhetor, duke e lënë këtë proces të rëndësishëm me impakt të madh financiar, ndjeshmëri të lartë publike në gjykime subjektive rast pas rasti dhe të papërcaktuara me kritere të qarta, gjë e cila e ka ekspozuar FONDI drejt një risku të lartë.

Konstatohet se, nëse në vitin 2022 do të hartohej LBR së re, procesi do të sillte efekte në buxhetin e FSDKSH, pasi do të përfshiheshin alternativa të reja të regjistruara me çmime më të ulura. Kështu referuar regjistrin të barnave nga Komisioni i Çmimit të Barnave pranë MSHMS, por dhe të dhënave të AKBMP, konstatohen 5 kode bari, të cilat kanë qenë alternativa të para dhe të vetme, por me formë doza të ndryshme, ku janë futur alternativa tregtare më të lira me çmimin CIF 2022 kundrejt çmimit të alternativës ekzistuese në LBR 2021, të cilat automatikisht në hartimin e LBR do të dilnin alternativë e parë me kosto më të ulur. Referuar konsumit vjetor të këtyre barnave, rezulton se nëse do të ishte hartuar LBR në vitin 2022, nga futja e alternativave të reja minimalisht buxhetit të do t'i ishin kursyer rreth 939,384 Euro, ose 114.3 milion lekë, referuar kursit mesatar prej 121.7 lekë/euro të periudhës korrik-dhjetor 2021. Nëse FSDKSH do të kishte hartuar e miratuar një listë të re atëherë do të duhej të rishikoheshin edhe alternativat e rezultuara pa konsum në vitin 2021, përfshirjen e barnave të reja në LBR me kosto më të ulët, duke sjellë mirëmenaxhim të fondeve buxhetore e njëkohësisht duke i shërbyer pacientit me barin e nevojshëm.

2. Në lidhje me sistemin AHIS u konstatua se: sistemi nuk ruan historik për lëvizjen e mjekëve nga një qendër në tjetrën, lëvizjen e banorëve, mbulimin e popullatës nga mjekët dhe për kartat e shëndetit; Sistemi nuk jep mundësi për pastrimin apo saktësimin e të dhënave të banorëve të regjistruar gabim nga mjekët e familjes; Sa herë që çelet apo ndryshon një përdorues, duhet të ndërhyhet në databazë për sistemin e tij, pasi përdoruesit nuk i shtohen automatikisht të gjitha funksionalitetet; Sistemi nuk të mundëson regjistrimin e numrit të identifikimit (NID) për përdoruesit dhe marrjes së informacionit mbi ta në mënyrë automatike nëpërmjet web-service me DPGJC; Menaxhimi i përdoruesve kur mjekët lëvizin nga një QSH në tjetrën, sjell komplikime në punën e qendrave shëndetësore, pasi shpesh është i vështirë sistemimi i banorëve që mjeku ka mbuluar në QSH e mëparshme;

Procesi i transferimit të banorëve është i pamënaxhueshëm edhe në rastet kur kryhen transferime të gabuara; Drejtoria e IT-së në FSDKSH nuk ka akses të plotë për administrimin e të gjithë sistemit; Për pacientit e rinj kur regjistrohen, në fushën e kodit të pacientit popullohet NID i pacientit, ndërsa për pacientët ekzistues është përdorur një kod numerik për pacientët, pra popullimi ose inputi i të dhënave ndër vite në këto fusha ka ndryshuar; Të dhënat popullohen nga mjekët e familjes por vetëm për pacientët e rinj, ndërsa për pacientët ekzistues nuk përditësohen të dhënat; Janë identifikuar raste ku për të njëjtin kod pacienti ekzistojnë të regjistruar më shumë se një individ referuar fushave të tjera që ndryshojnë si NID apo emri apo mjeku.; Ekzistojnë kode pacientësh në sistem me anomali të tipit (0; 123456789; o11111111o; 0.501350549; 30.32162601; 1522; 4029, etj) të cilët nuk janë sipas formatit standard të përcaktuar në bazën rregullatorë mbi të cilën funksionon ky sistem; Ekzistojnë raste ku kodi i pacientit megjithëse është sipas formatit të NID (shkronjë, 8 numra, shkronjë), nuk është i njëjtë me NID të individit. Për më tepër, ky kod pacienti sipas formatit të NID ka rezultuar në AHIS me më shumë se një pacient të regjistruar; Ekzistojnë raste ku fusha e kodit të pacientit është bosh në AHIS, e pa populluar në sistem; Ekzistojnë raste ku, megjithëse individit ka ndërruar jetë, (referuar të dhënave të marra nga DPGJC) rezulton i regjistruar në sistem. Kjo është identifikuar si dobësi e sistemit të kontrollit dhe krijon kushtet për gjenerimin e recetave për këta individë dhe përfitimin e rimbursimit.

3. Në lidhje me sistemin e recetës elektronike e-Rx u konstatua se: Ekzistojnë raste në të cilat numri i recetës (recetë ID) nuk është unik, pra me të njëjtin numër recete rezultojnë të ekzekutuara dy raste të ndryshëm për pacientë të ndryshëm ose jo, lëshuar nga i njëjti MPF ose jo, gjë e cila vendos në diskutim integritetin e të dhënave elektronike të paraqitura sipas raportit 49 të recetave të detajuara në nivel medikamenti. Për këtë arsye, recetë ID e ofruar sipas formatit elektronik nga FSDKSH nuk është unike dhe nuk mundëson kryerjen e testit për ekzistencën e dublikimeve për recetën, pavarësisht se në format të printuar ky numër është i ndryshëm. Kodi i pacientit i ekstraktuar nga sistemi AHIS nuk është unik dhe në fushat e

paraqitura në raportin 49 asnjë prej këtyre fushave nuk përmban të dhëna unike, duke e bërë të pamundur kryqëzimin e të dhënave me elementë të tjerë.

4. Mbi procesin e identifikimit të pacientit, u konstatua se: sistemi nuk proceson receta për ID që nuk është sipas formatit standard të DPGJC; sistemi nuk parandalon procesimin e recetës elektronike për individë të cilat kanë ndërruar jetë, duke bërë njohjen e ID-së dhe referimin në akses të kufizuar tek mjeku përkatës; sistemi nuk nxjerr mesazh informues nëse ID-ja e futur nuk është fshirë nga sistemi AHIS ose që nuk ekziston në databazën e DPGJC, prej së cilës konstatohet se sistemi e-Rx nuk bashkëvepron në kohë reale me sistemin e DPGJC-së dhe krijon kushtet për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetave për personat që nuk ekzistojnë.

5. Nga auditimi mbi sistemet informatike mbi të cilat mbështetet procesi i rimbursimit u identifikuan mangësi të cilat përfshijnë gjenerimin e recetave për raste individë të cilët kanë të dhëna të pa plota dhe të pasakta në sistemin elektronik të të siguruarve Ahis. Mangësitë e identifikuar në regjistrin elektronik të të siguruarve krijojnë kushte që këto mangësi të mbarten edhe në sistemin e gjenerimit dhe ekzekutimit të recetës elektronike. Për vitin 2022 në total janë testuar 21,090 pacientë nga 360,042 dhe për vitin 2021 në total 13,885 pacientë nga 334,907 pacientë (si pasojë e kufizimit të aksesit në informacion nga FSDKSH për numrin personal të identifikimit). Në këtë mënyrë, nga auditimi janë konstatuar raste në të cilat, identifikohen pacientë që kanë ndërruar jetë, të cilët rezultojnë përfitues të rimbursimit pasi kanë ndërruar jetë, duke përfshirë mjekë që plotësojnë receta dhe farmaci që ekzekutojnë këto receta megjithëse personat kanë ndërruar jetë. Testimi është kryer duke përfshirë të gjitha DRF-të që kanë rezultuar me raste për t'u verifikuar nga ku janë konstatuar gjenerim dhe rimbursim i padrejtë në *24 raste për vitin 2021, në vlerën 150,518 lekë dhe 36 raste për vitin 2022 në vlerën 221,843 lekë.*

6. Konstatohet se 34 barna në listën e barnave spitalore nuk paraqesin konsum përgjatë periudhës objekt auditimi, për shkak të mos përditësimit të listës së barnave.

7. Nga përpunimi i të dhënave për disa barna spitalor u konstatua se, sasia e pretenduar për rimbursim, e cila është procesuar në vijim edhe për pagesë nga ana e DSHSU, është më e madhe se sasia që është bërë hyrje në farmacinë e QSUT nga këto depo, duke marrë në konsideratë edhe gjendjet në fillim dhe në fund të periudhës. Këto diferenca nga të dhënat e paraqitura nga sistemet mbi të cilat funksionojnë marrëdhëniet tre palëshe sipas kontratave specifike nuk janë identifikuar në kohë nga ana e DSHSU dhe as nga strukturat e kontrollit të FSDKSH.

8. Nga ana e FSDKSH janë ndryshuar çmimet e barnave për rrjetin spitalor për farmacinë e QSUT si pasojë e efekteve të ndryshme të cilat janë pasqyruar në DSHSU me shkresën nr. 749/2, datë 03.02.2022, në zbatim të pikës 8 të VKM nr. 489, datë 30.07.2021. Konstatohet se sipas raportit 49 mbi receta e ekzekutuara në nivel analitik, ndryshimi i çmimeve është kryer me vonesë gjatë procesit të pasqyrimit të efektit të ndryshimit të çmimeve, pasi nga dërgimi i njoftimit e deri në reflektimin në sistem janë gjeneruar dhe ekzekutuar receta të ndryshme për barnat objekt ndryshimi. Këto ndryshime, shoqëruar edhe me efektin në ulje sipas faktorëve të kursit të këmbimit apo ndryshimit të çmimit në origjinë të barnave nuk janë reflektuar në kohën e duhur.

9. Për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe pensionistë, është konstatuar se janë gjeneruar dhe ekzekutuar më shumë se tre barna për receta. Janë konstatuar raste kur për të njëjtin pacient ekzistojnë receta nga më shumë se një mjek dhe qendër shëndetësore përkatëse, duke vendosur në dyshim procesin e rimbursimit të këtyre recetave dhe ekzistencën e pacientit referuar regjistrin elektronik të të siguruarve.

10. Nga auditimi mbi kohëzgjatjen e mjekimit duke pasur në konsideratë periudhën e mjekimit, datën e fillimit të mjekimit dhe datën e përfundimit u konstatua se në disa raste me përzgjedhje nga mjekët gjenerohen receta me të njëjtin medikament pa përfunduar periudha e vlefshmërisë së recetës paraardhëse.

h. Paraqitja e rekomandimeve kryesore

1. Nga ana e FSDKSH, të inicoje hartimin e një dispozite rregullore për procesin e hartimit të LBR, kushtëzuar dhe me ndryshimet në mjedisin aktual që vepron institucioni, duke përfshirë hapa, afate dhe struktura të harmonizuara që të përgatisin LBR të përvitshme të përvitshme dhe që merr në konsideratë faktorët mbi të cilët ajo hartohet.

Nga ana e FSDKSH të përditësohet VKA nr. 37, datë 19.11.2013, duke përfshirë hapa, afate dhe struktura të harmonizuara që përgatisin LBR.

2. Nga ana e FSDKSH të merren masa për implementimin e kontrolleve me qëllim saktësimin e të dhënave me fusha të munguara, të dubluara apo të pacientëve të cilët nuk ekzistojnë në regjistrin e banorëve nëpërmjet ndërveprimit me sistemet e tjera qeveritare.

3. Nga ana e FSDKSH të merren masa në mënyrë të menjëhershme që të kryhet integrimi në kohë reale dhe implementimi i kontrolleve parandaluese në e-rx për shmangien e mundësisë së procesimit të recetave për pacientë që duhet të jenë ç' regjistruar nga sistemi i banorëve.

4. Nga ana e FSDKSH të merren masa për kryerjen e kontrolleve për rastet e identifikuar me rimbursim të padrejtë në DRF, QSH, mjekë dhe farmacitë përkatëse si dhe të konkludohet me marrjen e masave referuar kuadrit ligjor në fuqi. Gjithashtu, meqenëse u kufizua fushështirja e auditimit nëpërmjet mungesës së aksesit të plotë në informacion ndaj grupit të auditimit, nga FSDKSH të verifikohen dhe të ushtrohet kontroll mbi të gjitha rastet e tjera të mundshme të shtrirjes së kësaj problematike në procesin e rimbursimit.

5. FSDKSH të azhurnojë listën e LBR për rrjetin spitalor në veçanti, në mënyrë që të përmbushë nevojën e popullatës për barna dhe të reflektojë alternative të reja të aplikueshme

6. Nga DSHSU të kryhen procedurat rakorduese me importuesit dhe shpërndarësit farmaceutikë në frekuencën e përcaktuar në kontratën ndërmjet palëve me qëllim identifikimin dhe trajtimin në kohë të diferencave të mundshme në qarkullimin e barnave në rrjetin spitalor. Nga FSDKSH të ushtrohen kontroll në subjektet e përfshira në diferencat e identifikuar për të cilat ka konsum barnash dhe që nuk kanë dokumentin autorizues nga sistemi e-depo dhe të konkludohet për diferencat në barnat përkatës. Nga FSDKSH të implementohen procedura kontrolli nëpërmjet sistemeve në përdorim e-depo dhe e-rx, dhe të kryqëzohen të dhënat e marra në raporte të ndryshme të gjeneruara prej tyre.

7. Nga FSDKSH të merren masa për reflektimin në kohë të ndryshimit të çmimeve të barnave në mënyrë që të shmangen efektet negative të mundshme në vlerat e rimbursimit.

8. Nga ana e FSDKSH të verifikohen rastet e konstatuara dhe të parashikohen implementimi i ndryshimeve në sistemin e-Rx në mënyrë që të sigurohet përputhja me kriteret e parashikuara në rregulloren e rimbursimit.

9. Nga ana e FSDKSH, të merren masa për kryerjen e kontrolleve të detajuara dhe të përcaktohen përgjegjësitë për dublimin e mjekimit në të njëjtën periudhë me të njëjtat barna nëpërmjet lëshimit të më shumë se një recetë.

I.1. Opinioni i auditimit

KLSH ka audituar veprimtarinë e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për procesin e rimbursimit të barnave që përfshin planifikimin, realizimin, raportimin, inspektimin dhe kontrollin mbi nivelin e zbatimit të kritereve ligjore, nënligjore dhe rregullore mbi të cilat realizohet ky proces për periudhën e aktivitetit nga data 01.01.2021 deri më 31.12.2022.

Në opinionin tonë, bazuar në evidencat dhe dokumentacionin e kufizuar të vendosur në dispozicion nga subjekti i audituar, audituesit nuk mundën të mbledhin dëshmi dhe evidenca të mjaftueshme e të përshtatshme për angazhimin profesional të auditimit, për një vlerësim të plotë të sistemeve dhe aktiviteteve të subjektit, por arritëm të sigurojmë dëshmi e prova të

mëtejshme shtesë apo alternative të auditimit dhe të arrijmë në opinionin se anomalitë e konstatuara janë materiale dhe të përhapura, të cilat justifikojnë dhënien e një opinionin të kundërt të përputhshmërisë, përshkruar në bazën për opinion.

Baza për opinionin e kundërt¹.

Me gjithë kërkesat e vazhdueshme ndaj FSDKSH, për vënien në dispozicion të të dhënave të rimbursimit në nivel përfituesi, ku të përfshihej edhe numri unik i identifikimit personal ID (Identity Document), si kod i vetëm unik, nga ana e subjektit të audituar këto të dhëna u paraqitën me kod pacienti, i cili nga testet e auditimit rezultoi se jo në çdo rast është unik për çdo pacient, duke bërë të pamundur kryerjen e analizave të plota mbi saktësinë e përfituesve të rimbursimit.

Pavarësisht këtyre kufizimeve, u kryen teste alternative auditimi mbi një pjesë prej përfituesve të rimbursimit (për vitin 2022 në total janë testuar 21,090 pacientë nga 360,042 gjithsej, ose 5.9% dhe për vitin 2021 në total 13,885 pacientë nga 334,907 pacientë, ose 4.2%) për të cilët, në evidencat e paraqitura nga FSDKSH rezultoi se kodi i pacientit është i njëjtë me numrin unik të identifikimit personal (ID). Në vijim të procedurave thelbësore të auditimit dhe krahasimit të përfituesve me informacionin e shtetasve që kanë ndërruar jetë gjatë periudhës 2010-2022, sipas informacionit të përcjellë nga Drejtoria e Përgjithshme e Gjendjes Civile, ka rezultuar se në 24 raste për vitin 2021, në vlerën 150,518 lekë dhe 36 raste për vitin 2022, në vlerën 221,843 lekë janë ekzekutuar receta me rimbursim për përfitues që kanë ndërruar jetë. Këto raste janë materiale nga ana cilësore, të përhapura në rajone, mjekë e farmaci të ndryshme që janë pjesë e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor e që përfshihen në procedurën e rimbursimit të barnave.

Bazuar në rezultatet e testeve të kryera, efektet e këtyre anomalive në fondet e rimbursimit shfaqin risk që mund të rezultojnë më të përhapura në të gjithë popullatën e përfituesve të rimbursimit, në rast të shmangies së kufizimit në fushë shtrirjen e evidencave me të dhëna të pjesshme mbi të cilën janë arritur konkluzionet.

Përveç kufizimit të mësipërm, që përbën bazën kryesore të procesit të rimbursimit duke qenë se lidhet me ekzistencën e përfituesit të rimbursimit, anomali të tjera janë identifikuar në pjesë të procesit që nisin që nga planifikimi e deri te aplikimi i kontroleve, duke cënuar monitorimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor lidhur me këtë çështje, që përfshijnë:

- Lista e Barnave të Rimbursueshme nuk është hartuar e miratuar në kohë, duke mos respektuar historikun e periociditetit të miratimit të saj. Mungesa e hartimit të LBR në vitin 2022, ka sjellë efekte financiare në buxhetin e FSDKSH, si pasojë e mos përfshirjes minimalisht të 5 alternativave të reja me çmime më të ulëta, referuar regjistrin të barnave nga Komisioni i Çmimit të Barnave pranë MSHMS, për shumën 939,384 Euro, ose 114,323 mijë lekë, si dhe/ose me ndikim në shëndetin e pacientëve;

- Kategoria me rritje më të lartë të shpenzimeve të rimbursimit për periudhën objekt auditimi nuk rezultoi të jetë pjesë e përfituesve të shërbimeve shëndetësore sipas skemës nga kriteri i të qenurit kontribues ose jo, por rezultoi të jetë përfshirë nga kriteri i llojit të sëmundshmërisë që mbart, duke rritur varësinë e rimbursimit nga financimet buxhetore;

- Buxheti i barnave të rimbursueshme është tejkaluar në krahasim me përcaktimet e bëra në ligjet vjetore të buxhetit, duke krijuar detyrime të prapambetura;

- Shpërndarja e buxhetit në nivel Drejtorie Rajonale, Qendre Shëndetësore dhe mjeku mbart problematika dhe mungesë evidence mbi raportet jo proporcionale të vlerës së detajuar me nivelet e mbulimit të popullatës;

¹ Opinion i kundërt - Audituesi duhet të shprehë një opinion të kundër nëse aspektet e mospërputhshmërisë, individualisht ose së bashku, janë materiale dhe të përhapura.

- Evidentohet një tendencë ekzekutimi e recetave në nivel mjeku drejt farmacive të caktuara sipas një shpërndarje jo normale që tregon për mundësinë e lidhjes midis tyre;

- Rezulton se nuk ka kontrole të implementuara në sistemin e recetës elektronike për përmbushjen e kriterëve të rregullores së procesit të rimbursimit, që ka mundësuar, dhënien e më shumë se 3 barnave për recetë për kategori të caktuara, dublikimin e mjekimit me të njëjtin bar për të njëjtën periudhë në receta të ndryshme për të njëjtin pacient etj., që sjell administrim jo të duhur të procesit të rimbursimit;

- Sistemi elektronik i të siguruarve paraqet problematika që mbarten në raportimin e të dhënave që përfshijnë fusha të paplotësuara, dubluara apo të pa përditësuara në lidhje me kodin e pacientit, ID, emër, mjekun etj., që sjell anomali në informacionin e raportuar mbi përfituesit e rimbursimit;

- Kontrollat e ushtruara në subjektet farmaceutike me kontratë me FSDKSH për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor lidhur me rimbursimin e barnave, rezultojnë me problematika në drejtim të diferencave në inventar, disponibilitetit të barnave apo mos përmbushjes së detyrimeve për kontroll për subjekte të caktuara, si dhe moskryerjes së kontroleve me cikël të mbyllur. Edhe në rastin kur është kryer një kontroll me cikël të mbyllur, megjithëse janë evidentuar raste nga auditimi të përfitimit të rimbursimit në të njëjtën ditë me ndërrimin e jetës së pacientit, nga strukturat kontrolluese, nuk është dokumentuar një gjë e tillë dhe nuk është kontrolluar për arritjen në konkluzione mbi ligjshmërinë e përfitimit të rimbursimit.

II. HYRJA

Mbështetur në Ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funkcionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, në zbatim të Projektit dhe Programit të Auditimit nr. 733/1 prot., datë 03.04.2023, i ndryshuar, miratuar nga Kryetari i KLSH, nga data 11.09.2023 deri në datë 31.01.2024 në subjektin Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), për periudhën e veprimtarisë së subjektit nga data 01.01.2021 deri më 31.12.2022, u krye auditimi “Mbi përputhshmërinë”, nga grupi i auditimit me përbërje:

1. S.B, përgjegjës grupi,
2. R.G, auditues,
3. H.S, auditues,
4. E.H, auditues,
5. B.H, auditues,
6. R.XH, auditues.

OBJEKTIVAT, FUSHËVEPRIMI DHE METODOLOGJIA

Objektivi dhe qëllimi i auditimit. Dhënia e opinionit mbi përputhshmërinë e aktivitetit të Drejtorisë së Përgjithshme e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Drejtorive Rajonale, gjatë procesit të realizimit të veprimtarisë në përputhje me kuadrin ligjor në fuqi lidhur me rimbursimin e barnave.

Dhënia e një vlerësimi objektiv, profesional e të pavarur, mbi shkallën e ndjekjes nga subjekti i audituar të rregullave, ligjeve dhe rregulloreve, gjatë veprimtarisë së tij.

Identifikimi i çështjes. Referuar analizës së riskut, në fazën e planifikimit dhe auditimit në terren, u identifikuan fushat me risk më të lartë. Gjithashtu, sigurojmë që vlerësimi fillestar i riskut në fazën e planifikimit si dhe ai i aplikuar gjatë fazës së auditimit në terren, vijon të mbetet i vlefshëm.

Sa më sipër, fushat me risk më të lartë u përcaktuan si drejtimet e auditimit të miratuara me Programin e Auditimit nr. 733/1 prot., datë 11.09.2023 dhe të trajtuara në këtë Raport Përfundimtar Auditimi:

- Përputhshmëria me aktet ligjore dhe rregullatore në fuqi të veprimtarisë së organeve drejtuese të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, lidhur me rimbursimin e barnave: Këshilli Administrativ, Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtoritë përkatëse në FSDKSH
- Auditim mbi programimin, zbatimin dhe raportimin e buxhetit të sigurimeve shëndetësore të rimbursimit të barnave për periudhën 2021-2022.

- Vlerësimi i përputhshmërisë dhe funksionimit të sistemeve të kontrollit lidhur me aktivitetet e rimbursimit të barnave dhe disponibilitetin e tyre në treg, ushtrimin e kontroleve në subjektet me kontratë me FSDKSH, monitorimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave etj, nga:

- Drejtoria e Kontrollit;
- Drejtoria e Rimbursimit;
- Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistikore;
- Drejtoria Juridike;
- Drejtoria e Shërbimit Spitalor dhe Universitar;
- Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor;
- Drejtoritë Rajonale të FSDKSH.

Përgjegjësitë e strukturave drejtuese.

Strukturat drejtuese të FSDKSH, janë përgjegjëse për funksionimin e sistemit të kontrollit të brendshëm, për përdorimin e burimeve financiare me ekonomicitet, efikasitet dhe efektivitet, në përputhje me politikën, ligjet dhe rregulloret e aplikuara (kriteret e vlerësimit), për fushat e veprimtarisë së FSDKSH në drejtim të mirë administrimit të fondeve buxhetore të përdorura për financimin e shpenzimeve të rimbursimit.

Titullarët e njësive publike përgjigjen për vendosjen e përmbushjen e qëllimeve dhe të objektivave të njësive publike, nëpërmjet krijimit të një sistemi të përshtatshëm dhe efektiv të menaxhimit financiar dhe kontrollit, si dhe përdorimit të fondeve publike, në mënyrë të ligjshme, me ekonomi, efektivitet dhe efikasitet.

Strukturat drejtuese të subjekteve të audituara kanë përgjegjësi që t'i vënë në dispozicion dokumentet zyrtare, shkresore apo elektronike, si dhe informacionin e kërkuar, në kushtet, afatet dhe strukturën e kërkuar prej grupit të auditimit të KLSH.

Përgjegjësitë e audituesve.

Në cilësinë e audituesit të jashtëm publik kemi përgjegjësinë për garantimin e sigurisë së arsyeshme, nëse veprimtaria e subjektit të audituar është zhvilluar në përputhje me kriteret e paracaktuara, si dhe për të konkluduar me një raport auditimi që përfshin një opinion. Siguria e arsyeshme është një nivel i lartë sigurie, por nuk garanton që auditimi i kryer në përputhje me standardet mundëson identifikimin e çdo gabimi apo anomalie që mund të ekzistojë. Përveç standardeve ISSAI, audituesi i KLSH, gjithashtu aplikon edhe gjykimin dhe skepticizmin e tij profesional në punën audituese.

Audituesit kanë përgjegjësi në identifikimin e çështjeve më të rëndësishme lidhur me auditimin e veprimtarisë së subjektit, në raport me kriteret e paracaktuara të auditimit, të nxjerra nga aktet ligjore, nënligjore, si dhe ato rregullative mbi të cilat subjekti i audituar mbështetet në ushtrimin e veprimtarisë së tij, me përjashtim të rasteve kur kadri ligjor nuk lejon vënien në dispozicion të tyre për publikun ose në raste të rralla kur vetë ne vendosim që këto çështje nuk duhet të përfshihen në raport për shkak të pasojave negative që publikimi i tyre mund të sjellë në publikun e gjerë.

Audituesit në të gjithë llojet e auditimit, kanë përgjegjësi që të zbatojnë parimet që lidhen me procesin e auditimit, të sanksionuara në ISSAI/IFPP-100 "Parimet themelore të auditimit të sektorit publik", paragrafi 44-51.

Kriteret e vlerësimit.

Kriteret e vlerësimit burojnë nga aktet ligjore dhe nënligjore si më poshtë:

- Ligji nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit;
- Ligji nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar;
- Ligji nr. 8480, datë 27.05.1999 “Për funksionimin e organeve kolegjiale të administratës shtetërore dhe Enteve Publike”;
- Ligji nr. 25/2018, datë 11.05.2018 “Për kontabilitetin dhe pasqyrat financiare”, si dhe akte të tjera nënligjore në funksion të tij;
- Ligji nr. 9936, datë 26.06.2008, “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
- Ligji nr. 10296, datë 08.07.2010 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, i ndryshuar;
- Ligji nr. 137/2020, datë 16.12.2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, i ndryshuar;
- Ligji nr. 115/2021, datë 25.11.2021 “Për buxhetin e vitit 2022”, i ndryshuar.
- VKM nr. 124, datë 05.03.2014, “Për miratimin e Statutit të FSDKSH”, i ndryshuar;
- VKM nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga Sigurimi i Detyrueshëm Shëndetësor”, ndryshuar me VKM-në nr. 74, datë 07.02.2018;
- VKM nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, i ndryshuar;
- VKM nr. 737, datë 05.11.2014 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore publike të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”;
- VKM nr. 101, datë 04.02.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor publik që financohet nga FSDKSH”, i ndryshuar;
- VKM nr. 444, datë 26.06.2019 “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga FSDKSH-ja dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”, i ndryshuar;
- VKM nr. 489, datë 30.07.2021 “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga FSDKSH-ja dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”;
- VKM nr. 61, datë 03.02.2017 “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, i ndryshuar;
- Rregullore dhe Udhëzues mbi veprimtarinë dhe aktivitetin e Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
- Rregullore “Për funksionimin e FSDKSH-së”
- Rregullore “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”
- VKA nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-RX”, e ndryshuar;
- VKA nr. 101, datë 22.10.2014 “Për miratimin e rregullores për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
- Të tjera akte ligjore, nënligjore dhe rregullative.

Standardet e auditimit Auditimi është kryer, në përputhje me Standardet Ndërkombëtare të Auditimit të INTOSAI-t (ISSAI), përkatësisht në: Nivelin e parë “Parimet INTOSAI-t” ku përfshihet: ISSAI-P-1 “Deklarata e Limës”, ISSAI-P-10 “Deklarata e Meksikos”; Nivelin e dytë “Standardet e INTOSAI-t” ku përfshihen: ISSAI 100 “Parimet bazë në auditimin e sektorit publik”, ISSAI 400-499 “Parimet bazë të auditimit të përputhshmërisë”, ISSAI 4000 “Prezantim i përgjithshëm për auditimin e përputhshmërisë”, ISSAI 4200 “Udhëzime për auditimin e përputhshmërisë”

Metodat e auditimit. Metodatat e auditimit janë bazuar tek kombinimi i testeve të ndryshme të auditimit, në procedurat bazë dhe në procedurat analitike pas testeve të kryera, me qëllim

arritjen e objektivave të auditimit në bazë të vlerësimit të riskut. Në varësi të çështjeve të auditimit dhe vlerësimit të audituesve janë përdorur veçmas ose të kombinuara metodat dhe teknikat e mëposhtme:

- a. Intervistimi - duke komunikuar dhe marrë informacion nëpërmjet pyetjeve drejtuar personelit kyç të subjektit dhe atij të përfshirë për një çështje të caktuar, e kombinuar kjo me shqyrtimin e evidencave përkatëse;
- b. Raporte dhe informacione - shfrytëzimi i raporteve, informacioneve relevante dhe që kanë lidhje me objektivat e auditimit dhe specifikisht me drejtimit e auditimit;
- c. Verifikimi në sistemet e FSDKSH-së - me përzgjedhje të çështjeve të veçanta të auditimit, sipas drejtimeve të auditimit;
- d. Të kombinuara, sipas rastit dhe vlerësimit të audituesve.

Audituesit e KLSH janë përpjekur në çdo rast në përzgjedhjen e arsyeshme dhe të mjaftueshme të metodave dhe teknikave veçmas dhe/ose të kombinuara, si dhe shtrirjen e tyre për të dhënë siguri të arsyeshme në arritjen e konkluzioneve të auditimit në tërësi, dhe sipas drejtimeve në veçanti.

Megjithatë nga auditimi në terren grupi i auditimit ka hasur kufizime në informacion pasi me gjithë kërkesat e vazhdueshme ndaj FSDKSH për vënien në dispozicion të të dhënave të rimbursimit në nivel përfituesi, ku të përfshihej edhe numri unik i identifikimit personal ID (Identity Document), si kod i vetëm unik, nga ana e subjektit të audituar këto të dhëna u paraqitën me kod pacienti, i cili nga testet e auditimit rezultoi se jo në çdo rast është unik për çdo pacient, duke bërë të pamundur kryerjen e analizave të plota mbi saktësinë e përfituesve të rimbursimit.

Dokumentimi i auditimit. Dokumentimi i auditimit është mbështetur në kërkesat e Manualit të Auditimit të Përputhshmërisë, miratuar me Vendimin e Kryetarit të KLSH nr. 245, datë 29.12.2022 dhe në Rregulloren e Procedurave të Auditimit në KLSH, miratuar me Vendimin e Kryetarit të KLSH nr. 7, datë 17.01.2024.

Gjithashtu, është mbështetur në Standardet Ndërkombëtare të Institucioneve Supreme të Auditimit: ISSAI 1230 “Dokumentimi i Auditimit”, i mjaftueshëm për të mundësuar dhe kuptuar natyrën, kohën dhe shtrirjen e procedurave të auditimit të kryera në përputhje me standardet përkatëse dhe kërkesat e zbatueshme ligjore dhe rregullatore.

Nga audituesit është përgatitur dokumentacioni i auditimit, i mjaftueshëm për të mundësuar dhe kuptuar natyrën, kohën dhe shtrirjen e procedurave të auditimit, të kryera në përputhje me standardet përkatëse dhe kërkesat ligjore dhe rregullatorë të zbatueshme. Rezultatet e këtyre procedurave dhe evidencat e marra gjatë auditimit, si dhe çështje të tjera të rëndësishme që dolën gjatë auditimit, janë reflektuar në përfundimet e arritura në drejtim të tyre sipas gjykimit dhe skepticizmit profesional që audituesit kanë shfrytëzuar në arritjen e këtyre konkluzioneve. Ky dokumentacion është i përshtatshëm dhe i rëndësishëm për të konfirmuar dhe mbështetur opinionin.

III. PËRSHKRIMI AUDITIMIT

1. Informacioni i përgjithshëm mbi subjektin nën auditim.

FSDKSH ushtron veprimtarinë, në bazë të Ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të Fondit, i cili është miratuar me VKM nr.124, datë 05.03.2014 “Për miratimin e statusit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

Fondi drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Këshilli Administrativ përbëhet nga 7 anëtarë, të cilët përfaqësojnë palët e interesuara në zhvillimin e skemës. Këshilli

zgjedh Drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model mix (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit. Nga skema e sigurimeve përfiton çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Ky auditim është fokusuar në drejtim të menaxhimit të skemës së rimbursimit për periudhën 2021-2022, parë në këndvështrim të përputhshmërisë së veprimtarisë së Këshillit Administrativ, Drejtorit të Përgjithshëm dhe Drejtorive të FSDKSH-së lidhur me këtë drejtim.

2. Rezultatet e auditimit sipas drejtimeve të auditimit:

2.1. Përputhshmëria me aktet ligjore dhe rregullatore në fuqi të veprimtarisë së organeve drejtuese të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, lidhur me rimbursimin e barnave: Këshilli Administrativ, Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtoritë përkatëse në FSDKSH.

Dokumentacioni që është marrë në shqyrtim:

- Vendimet e Këshillit të Administrativ;
- Procesverbalet e mbledhjeve të KA;
- Relacione e materiale të paraqitura nga strukturat e FSDKSH.
- Urdhëra, udhëzime të nxjerra nga drejtoritë përkatëse në FSDKSH lidhur me rimbursimin e barnave, miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm.

Për vitin 2021, vendim-marrja e Këshillit Administrativ (KA) lidhur me rimbursimin e barnave konsiston:

1. Me Vendimin e Këshillit Administrativ nr. 2, datë 19.01.2021 “Për krijimin e Komisionit Teknik të Listës së Barnave të Rimbursuara për vitin 2021”, konstatohet se Komisioni *nuk ka në përbërjen e tij Përfaqësues të Katedrës së Farmakologjisë në Fakultetin e Mjekësisë*, në kundërshtim me nenin 18 të VKM nr.124, datë 05.03.2014 “Për miratimin e Statutit të FSDKSH”, “Komisionet teknike të paketave të shërbimit”, pika 3 ku citohet: “*Anëtarët e komisioneve teknike do të jenë punonjës të Fondit, të Ministrisë së Shëndetësisë, të institucioneve të tjera shëndetësore, pedagogë të shkencave ekonomike, mjekësore ose sociale, përfaqësues të grupeve të interesit etj*”. Veprime të tilla ekspozojnë FSDKSH-në, para riskut të mos përfshirjes në listën e alternativave më pak të kushtueshme, të barnave të cilët zotërojnë autorizim tregtimi. Kjo pasi, këto elemente, prej komisionit teknik të barnave kërkojnë trajtim në mënyrë specifike për çdo bar dhe grup barnash, për të garantuar, përdorimin e kritereve jo-diskriminuese, konkurrencën e ndershme dhe përdorimin me efektivitet të fondeve publike, pa cenuar cilësinë e shërbimit të ofruar.

Në këtë vendim nuk është përcaktuar data e paraqitjes në Këshillin Administrativ të listës së përgatitur, relacioni shoqërues dhe raporti financiar për efektet ekonomike dhe mundësinë e mbulimit nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, për të bërë sa më efektive në buxhet LBR e re.

2. Me Vendimin e KA nr. 12, datë 19.07.2021 “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga FSDKSH dhe masën e mbulimit të tyre”, është miratuar LBR e re e vitit 2021, e cila ka hyrë në fuqi më 01.08.2021, ndërsa për periudhën 01.01.2021 deri më 31.07.2021 ka qenë në fuqi LBR e vitit 2019. Lista e Barnave të Rimbursueshme për vitin 2021 është miratuar me VKM nr. 489, datë 30.07.2021 “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga FSDKSH dhe masën e mbulimit të tyre”.

Nga auditimi konstatohet se, bashkëlidhur Vendimit nr. 1, prot., 3731/1, datë 14.07.2021 të Komisionit Teknik të LBR mungon Lista e Barnave që Rimbursohen nga FSDKSH si emërtesë, e listuar sipas alternativës më të lirë, çmimet referencë dhe masa e mbulimit të tyre, në kundërshtim me VKA nr. 1, datë 11.01.2019 “Për funksionimin e komisionit teknik të barnave të rimbursueshme”, pika 10, ku përcaktohet: “Komisioni shqyrton propozimet për ndryshime në listën e barnave që rimbursohen dhe përgatit relacion për çdo bar të propozuar më efektin ekonomik përkatës”, pika 13: “Lista e barnave që rimbursohen, si emërtesë, e listuar sipas alternativës më të lirë; çmime referencë dhe masa e mbulimit të tyre, e hartuar nga Komisioni Teknik i Listës së Barnave të Rimbursueshme, paraqitet për miratim pranë Këshillit Administrativ të Fondit” dhe pika 14 ku përcaktohet: “Lista e Barnave të Rimbursueshme e miratuar nga Këshilli Administrativ i Fondit i dërgohet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për miratim pranë Këshillit të Ministrave”.

Gjithashtu, konstatohet se nuk ka raport të hollësishëm financiar të Drejtorit të Përgjithshëm me efektet ekonomike dhe mundësinë e mbulimit nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, për secilin nga barnat e përfshirë dhe të hequr nga projekti i LBR, përcaktuar në kërkesat e VKA nr. 2, datë 19.01.2021, në kundërshtim me ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 10 “Paketa e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm”, pika 5, ku përcaktohet: “Këshilli Administrativ i Fondit miraton projektin e paketave të propozuara nga komisionet teknike dhe ia dërgon Ministrinë të Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave. Paketa e propozuar shoqërohet nga një raport financiar i Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për mundësitë e mbulimit financiar nga Fondi të shërbimeve të paketave të propozuara”.

Nga auditimi konstatohet se nga Komisioni Teknik i LBR nuk është zbatuar afati 2 muajor për hartimin e listës, në kundërshtim me pikën 11, të VKA nr. 1, datë 19.01.2019 “ku përcaktohet: “Propozimet për rishikimin e listës së barnave që rimbursohen duhet të shqyrtohen brenda 2 muajve nga data e ardhjes në mënyrë zyrtare të çmimeve të miratuara nga Komisioni i Çmimeve të Barnave”, duke sjell miratimin me vonesë të LBR së vitit 2021, e cila ka dhënë efektet e saj vetëm për 5 muaj të vitit 2021, pavarësisht se është aktualisht në fuqi.

LBR 2021 përmban 1191 alternativa tregtare, nga të cilat 569 janë alternativa të para dhe të vetme, si dhe 340 principe aktive, ndërsa LBR 2019 e cila ka qenë në fuqi deri më 31.07.2021 kanë qenë 1150 alternativa tregtare nga të cilat 585 alternativa të para dhe të vetme.

Në LBR 2021 janë shtuar 22 barna, ku 19 janë barna që tregtohen në farmacitë spitalore dhe 3 barna tregtohen në rrjetin e hapur farmaceutik.

Nga të dhënat e vëna në dispozicion nga FSDKSH dhe AKBPM rezulton se nga 1191 alternativa tregtare të barnave që përfshihen në LBR 2021, rreth 12.7 % e numrit të tyre janë prodhim vendas, ndërsa pjesa tjetër sigurohet nga importi i tyre. Gjithashtu, konstatohet se barnat e LBR 2021, në 75.4% e totalit prej 1191 barna, ose 887 barna janë xhenerikë, ndërsa 26.4%, ose 304 barna janë orgjinatorë, biologjikë, biologjikë referente dhe biosimilar, referuar përcaktimeve të bëra në ligjin për barnat.

Nga auditimi mbi shpenzimet e rimbursimit dhe konsumin e barnave për vitin 2021, konstatohet se ka 146 barna alternativa të para me konsum 0, që përbëjnë 12.2% e LBR, nga të cilat 109 janë në rrjetin e hapur farmaceutik dhe 37 barna që tregtohen në farmacitë e spitaleve, si pasojë edhe e mungesave në treg, duke mos i mbuluar pacientët me barin e duhur, duke bërë të cënueshëm shëndetin e tyre, si dhe duke mos përmbushur kriteret e përcaktuara në VKA nr. 37, datë 19.11.2013 “Për kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit të barnave në Listën e Barnave që Rimbursohen”. Me gjithë mungesat e këtyre barnave konstatohet se shpenzimet për rimbursimin e barnave janë tejkaluar, pasi është rritur konsumi për barna të tjera të LBR, çka tregon për mungesë menaxhimi efektiv të skemës dhe të listës së barnave.

3. Vendimi i KA nr. 13, datë 19.07.2021 “Për miratimin e kontratave me subjektet farmaceutike”, nuk ka ndryshuar për vitin 2022, pasi nuk është miratuar një LBR e re. Në dokumentacionin bashkëngjitur këtij vendimi gjenden: Proces verbali i mbledhjes me diskutimet përkatëse, i pa protokolluar; Projekt vendimi nr. 3821/3 datë 16.07.2021; Relacioni i Grupit të Punës për hartimin e draft kontratave me subjektet farmaceutike nr. 1823/5 datë 18.06.2021; Kontrata “Për rimbursimin e barnave të tregtuara në farmacitë e QSU/Spitalit”; Kontrata “Për rimbursimin e agjencisë farmaceutike për recetën e elektronike”; Kontrata “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga shpërndarësi farmaceutik”; Kontrata “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesi farmaceutik”; Kontrata “Për rimbursimin e barnave të lëshuara dhe ekzekutuara në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale për vitin 2019”; Kontrata “Për rimbursimin e farmacisë për recetën elektronike”.

Nga auditimi i dokumentacionit të vënë në dispozicion, u konstatua se me propozim të grupit të punës për hartimin e draft kontratave me subjektet farmaceutike janë miratuar ndryshime në terma të këtyre kontratave me këto subjekte, të cilat nuk janë në përputhje me ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar dhe Rregulloren nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar më fondin” e ndryshuar. Këto ndryshime me riformulime të neneve të kontratave konsistojnë në zëvendësimin e fjalës “kontroll” me “verifikim”, heqjen e fjalës “inventar” dhe “kontroll me inventar”, heqjen e fjalëve “proces verbal” etj. Ligji nr. 10383, datë 24.02.2011, i ndryshuar, neni 31, i referohet përcaktimeve të sipër cituara si “*procedurat e verifikimit dhe kontrollit*”.

Gjithashtu edhe në Rregulloren nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar më fondin”, e ndryshuar, miratuar me VKA nr. 101, datë 22.10.2014, në kapitullin 1, pika 2 dhe 4 si dhe kapitullin 3, pika 3, 7 dhe 9, referohet me terma “*kontrolli i subjekteve*”, “*kontrolli me inventarizim*”, “*urdhër kontrolli*”, “*inventarizim fizik i barnave në depo*”, “*mbahet proces verbali*” etj., si dhe në dokumentet standard të saj evidentohet vetëm urdhër kontrolli dhe jo ndonjë lloj urdhri tjetër.

Konkretisht, në kontratën “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesi farmaceutik” ndërmjet FSDKSH dhe Importuesve Farmaceutik, të marrë në shqyrtim janë prekur nga këto ndryshime nenet 5, 6, 13, 16, 17 dhe 18 duke krijuar hapësira ligjore të panevojshme abuzimi të operatorëve ekonomik të fushës.

Veç sa më sipër, nga auditimi i këtyre kontratave u konstatua se në “nenin 2” të tyre për “bazën ligjore” mungon përfshirja e VKA nr. 101, datë 22.10.2014 për miratimin e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar më fondin”, në të cilën mbështeten një pjesë e neneve të kontratave.

Kjo vendimmarrje e KA kufizon fushën e veprimtarisë së strukturave të fondit në raport me subjektet, marrëdhënia e të cilëve lidhet nëpërmjet këtyre kontratave, duke ulur sigurinë që duhet të japin kontrollet e Fondit në përdorimin e fondeve publike, pasi e gjithë veprimtaria e strukturave kontrolluese bazohet në këtë rregullore.

Për vitin 2022. LBR 2021 ka funksionuar deri në muajin prill 2022, ndërsa nga data 01.05.2022 e në vijim është në fuqi LBR me çmime të indeksuara, miratuar me vendimin e Këshillit Administrativ nr. 3, datë 15.02.2022 e më pas me VKM nr. 230, datë 13.04.2022 “Për një ndryshim të vendimit nr. 489, datë 30.07.2021 të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga FSDKSH dhe masën e mbulimit të tyre”.

Pavarësisht nga indeksimi i çmimeve të LBR 2021, nga Këshilli Administrativ, Drejtori i Përgjithshëm, Komisioni Teknik i LBR dhe Drejtoria e Rimbursimit në FSDKSH nuk janë zbatuar kërkesat e nenit 10, pika 2/b e ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e

detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, atë të hartimit të listës së re të barnave.

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion, konstatohet se nga Komisioni Teknik i LBR dhe Drejtoria e Rimbursimit në FSDKSH, me indeksimin e LBR është përlllogaritur efekti në buxhet me ulje në shumën gjithsej në shumën gjithsej 330 milion lekë, ku 103 milion lekë vjen nga ulja e kursit të këmbimit dhe 227 milion lekë që vjen si rezultat i uljes së çmimeve CIF/EXW. Në raportin e Drejtorit të Përgjithshëm që shoqëron projekt vendimin për indeksimin e LBR nuk ka një analizë të hollësishme për efektet e secilit bar, pavarësisht se është përlllogaritur në total.

Konstatohet se, nëse do të hartohej LBR e re, efekte në buxhetin e vitit 2022 të FSDKSH do të sillte dhe përfshirja e alternativa të reja të regjistruar me çmime më të ulura, referuar regjistrimit të barnave miratuar nga Komisioni i Çmimit të Barnave pranë MSHMS, por dhe të dhënave të Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore (AKBMP), vënë në dispozicion nga Drejtoria e Rimbursimit në FSDKSH. Konstatohen 5 kode bari, të cilat kanë qenë alternativa të para dhe të vetme, por me formë doza të ndryshme, dhe janë futur alternativa tregtare më të lira me çmimin CIF 2022 kundrejt çmimit të alternativës ekzistuese në LBR, të cilat automatikisht në hartimin e LBR do të dilnin alternativë e parë me kosto më të ulur. Kështu, duke u bazuar në konsumin vjetor të këtyre barnave, çmimeve CIF të vitit 2021 dhe të vitit 2022, si dhe marzhin e fitimit 32% (ku 8% u kalon depove dhe 24% kalon për farmacitë e rrjetit të hapur) do të kishim një kursim të fondeve si në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 1: “Barna alternativ e para dhe e vetme, për të cilët janë futur alternativa tregtare më të lira me çmimin CIF 2022 kundrejt çmimit të alternativës ekzistuese në LBR”

Nr .	Emërtimi i barit	Çmimi CIF 2021 Euro/njësi në fuqi në 2022	Çmimi CIF 2022 Euro/njësi	Dif /njësi Euro	Konsumi 2022	Vlera në Euro	Vlera në Lekë
1	Rivaroxaban 10mg	1.266	1.013	0.253	9,763		
	Rivaroxaban 15mg	1.266	1.013	0.253	509,891		
	Rivaroxaban 20 mg	1.266	1.013	0.253	1,977,019		
	Total rivoraxaban	1.266	1.013	0.253	2,496,673	631,658,269	76,872,811
2	Ramipril 5mg	0.079	0.063	0.016	398,389	6,374,224	775,743
	Ramipril 10mg	0.082	0.064	0.018	98,425	1,771,650	215,609
3	Fenofibrate 160mg	0.153	0.113	0.040	807,712	32,308,480	3,931,942
4	Finasterid 5mg	0.08	0.06	0.020	1,338,475	26,769,50	3,257,848
5	Leflunomide 20mg	0.128	0.343	0.086	148,521	12,772,806	1,554,450
	TOTALI					711,654,929	86,608,403
	Marzhi i fitimit në %					*32%	*32%
	Marzhi i fitimit në lekë					227,729,577	27,714,689
	Gjithsej efekti					939,384,506	114,323,092

Burimi: Drejtoria e Rimbursimit, FSDKSH; përpunoi Grupi i Auditimit të KLSH-së

Referuar të dhënave të tabelës së mësipërme, rezulton se nëse do të ishte hartuar LBR në vitin 2022, nga futja e alternativave të reja minimalisht buxhetit të do t'i ishin kursyer rreth 939,384 Euro ose 114.3 milion lekë, me kursin mesatar të këmbimit 121.7 lekë të periudhës korrik-dhjetor 2021. Nëse FSDKSH do të kishte hartuar e miratuar një listë të re atëherë do të duhej të rishikoheshin edhe alternativat e rezultuara pa konsum në vitin 2021, përfshirjen e barnave të reja në LBR me kosto më të ulët, duke sjellë mirëmenaxhim të fondeve buxhetore e njëkohësisht duke i shërbyer pacientit me barin e nevojshëm.

Nga auditimi i LBR që ka rezultuar pas indeksimit të çmimeve në vitin 2022, e cila ka hyrë në fuqi me 01.05.2022, rezulton se për barin Januvia me kod 767/259, indeksi i çmimit është bërë në bazë të deklarimeve pas datës 31 tetor 2021, referuar shkresës së MSHMS nr. 363/3, datë 10.02.2023 dhe mbledhjes së Komisionit të Çmimit të Barnave të datës 10.02.2022, ku çmimi CIF i barit ka ndryshuar nga 22.97 euro në 24 euro, me një diferencë prej 1.03 euro/box, ose 125.351 lekë/box (1.03 x 127.7 kursi i këmbimit i përdorur për indeksimin e LBR). Veprimet e mësipërme janë në kundërshtim me VKM nr. 645, datë 01.10.2014 “Për ngritjen dhe mënyrën e funksionimit të komisionit të çmimit të barnave”, i ndryshuar, pika 3, e cila

përcakton se: “Mbajtësit e autorizimit të tregtimit të barit në Shqipëri, brenda datës 31 tetor të çdo viti, deklarojnë me shkresë, sipas formularit bashkëlidhur këtij vendimi, në zarf të mbyllur, pranë ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë, çmimet CIF në euro ose në dollarë, për barnat e importit “EXW” në lekë, për barnat e fabrikuara në vend. Dorëzimi i zarfit të mbyllur me deklarin e çmimeve bëhet në protokollin e ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë dhe shoqërohet me nënshkrimin e personit të autorizuar nga kompania për këtë veprim dhe punonjësit të protokollit”, pika 15 **“Barnat për të cilat nuk është deklaruar çmim, ose të cilat nuk janë rregjistruar deri më datë 31 tetor të vitit aktual, humbasin të drejtën për t’u futur në listën e barnave të rimbursuara për vitin pasardhës”**”.

Referuar konsumit të barit për periudhën 01.05.2022 deri më 31.12.2022, gjithsej për 2583 box, janë shpenzuar më tepër 323,782 lekë nga buxheti i rimbursimit të barnave.

Nga auditimi konstatohet se, FSDKSH, nuk ka një akt nënligjor (rregullore, udhëzues, metodologji etj.) në lidhje me funksionimin e Komisionit Teknik të Barnave të Rimbursueshme, si dhe mungojnë akte të tjera nënligjore për mënyrën e hartimit të LBR. Kjo pasi, hartimi i LBR deri më tani ka ecur në spontanitet, në disa raste nuk hartohet për vitin buxhetor, duke e lënë këtë proces të rëndësishëm me impakt të madh financiar, ndjeshmëri të lartë publike, në gjykime subjektive rast pas rasti dhe të papërcaktuara me kriteret e qarta, gjë e cila e ka ekspozuar FSDKSH ndaj një risku të lartë. Vendimi i KA nr. 37, datë 19.11.2013, “Kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit të barnave në listën e barnave që rimbursohen”, nuk ka përcaktuar fazat, afatet dhe strukturat që do të ndiqen në lidhje me këtë proces, me qëllim të rritjes së transparencës dhe përgjegjshmërisë së zyrtarëve publikë.

Për sa më sipër është vepruar në kundërshtim me kërkesat e neneve 18, 20 dhe 21 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar; VKM nr. 124, datë 05.03.2014 “Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, nenet 5, 6 dhe 10, si dhe Rregulloren “Për organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës në Drejtorinë e Përgjithshme të FONDIT”, miratuar me urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm nr. 277, datë 06.07.2020, Kreu I dhe V.

Për veprimet dhe mosveprimet e mësipërme mbajnë përgjegjësi: ish Drejtori i Drejtorisë së Rimbursimit znj. D.G dhe ish Drejtori i Përgjithshëm znj. A.Ç.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/26 prot., datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projektin e Auditimit nr.733/5 prot., datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga Znj. A.Ç, ish Drejtori i Përgjithshëm i FSKDSH-së, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: *Mbi hartimin e listës së barnave të rimbursuara: Neni 10 i ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011, lidhur me paketat shëndetësore përshkruan sa më poshtë: 4. 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. 5. Këshilli Administrativ i Fondit miraton projektin e paketave të propozuara nga komisionet teknike dhe ia dërgon Ministrinë të Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave. Paketa e propozuar shoqërohet nga 1 raport financiar i Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për mundësitë e mbulimit financiar të shërbimeve të propozuara. 6. Miratimi i paketave të shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, paraqitur nga Ministri i Shëndetësisë dhe shoqëruar me raportin financiar të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, bëhet me vendim të Këshillit të Ministrave.*

Për sa më lart, projekti i paketave shëndetësore dhe konkretisht draft lista e rimbursimit të barnave për vitin 2021 me të gjithë efektin financiar paraqitet në Këshillin Administrativ nga Komisioni Teknik i Hartimit të Barnave të Rimbursuara.

Vendimi nr. 2, datë 19.01.2021 në pikën II ngarkon Komisionin Teknik të LBR të paraqesë në Këshillin Administrativ relacionin shoqërues dhe raportin financiar për efektet ekonomike dhe mundësitë e mbulimit nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Paketa e miratuar në KA është dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë së bashku me raportin financiar të Drejtorit të Përgjithshëm me shkresat nr. 373/1 prot., datë 19.07.2021 si edhe 3731/4 prot., datë 28.07.2021. Raporti financiar i Drejtorit të Përgjithshëm është përgatitur nga Drejtoria e Rimbursimit dhe Drejtoria Ekonomike duke vlerësuar për çdo bar të LBR të hartuar nga Komisioni Teknik, efektin financiar përkatës. (bashkëlidhur shkresat nr. 3731/1 prot., datë 19.07.2021 dhe nr. 3731/4 prot., datë 28.07.2021).

Qëndrimi i grupit të auditimit: *Grupi i auditimit pas shqyrtimit të observacionit arsyeton se pavarësisht se është paraqitur në MSHMS dhe në KA një raport përmbledhës, nuk është hartuar nga ana e strukturave përkatëse FSDKSH-së një raport me efektet financiare të secilit bar, pacientët që do të mbulojë, si rrjedhojë dhe efektet në ulje/rritje në LBR, ashtu sikurse përcaktohet dhe në VKA nr. 37, datë 19.11.2013.*

Gjithashtu në Rregulloren “Për organizimin, funksionimin dhe përskrimet e punës në Drejtorinë e Përgjithshme të FONDIT”, miratuar me urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm nr. 277, datë 06.07.2020, Kreu I dhe V, përcaktohen qartazi dhe përgjegjësitë dhe detyrat e strukturave përkatëse sa i takon përgatitjes së draft listës së barnave, pa përjashtuar detyrat dhe përgjegjësitë e Komisionit Teknik të LBR apo Këshillit Administrativ në këtë proces, prandaj observacioni Juaj nuk merret në konsideratë.

2.2. Auditim mbi programimin, zbatimin dhe raportimin e buxhetit të sigurimeve shëndetësore të rimbursimit të barnave për periudhën 2021-2022.

Buxheti i rimbursimit të barnave për FSDKSH përcaktohet në ligjin e buxhetit të vitit specifik në nen të veçantë që i përket buxhetit të drejtave dhe kufizimeve për të shpenzuar për sigurimin shëndetësor në total. Në këtë mënyrë, për rimbursimin e barnave, vit pas viti janë vendosur kufij me qëllim mos tejkalimin e fondit të akorduar nga buxheti i shtetit dhe mbajtjen nën kontroll të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Në nenin 5 të ligjit nr. 137/2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, buxheti i rimbursimit të barnave, për vitin 2021, është planifikuar në vlerën 11.7 miliard lekë, ndërsa me Aktin Normativ nr. 26, datë 22.06.2021, buxheti për rimbursimin e barnave është planifikuar në vlerën 10.7 miliard lekë, duke u ulur për vlerën 1 miliard lekë.

Për vitin 2022, me ligjin nr. 115/2021, buxheti i rimbursimit të barnave është planifikuar në vlerën 11 miliard lekë, ndërsa në nenin 5 të Aktit Normativ nr. 17, datë 01.12.2022, buxheti i rimbursimit të barnave është planifikuar në vlerën 11.8 miliard lekë, duke u rritur për vlerën 0.8 miliard lekë.

Nga FSDKSH janë ndjekur procedurat e planifikimit të cilat kryhen në zbatim të udhëzimit nr. 7, datë 28.02.2018 “Për procedurat standarde të përgatitjes së Programit Buxhetor Afatmesëm”. Në PBA-të e çdo viti të hartuar nga FSDKSH e dërguar në MSHMS dhe MFE vlera e rimbursimit të kërkuar është paraqitur gjithmonë më e lartë se vlera e miratuar sipas ligjit. Ndër faktorët që kanë ndikuar në rritjen e vlerës së rimbursimit, sipas citimit të FSDKSH janë ato mjekësore dhe rritjes së sëmundshmërisë shoqëruese si pasojë e pandemisë Covid – 19. Ndër faktorët e tjerë të përmendur janë edhe vendosja e tavanit për marrjen e shërbimeve shëndetësore të cilat shndërrohen në kërkesë për buxhet në çdo rast të gjenerimit të një recetë me paraqitjen e nevojës për shërbime të popullatës.

Përsa i përket efektit të LBR në periudhën 2021-2022, nga viti në vit pjesa më e madhe e çmimeve të barnave kanë ardhur në ulje, si pasojë edhe e rënies së kursit të këmbimit të euros ndaj lekut, duke pasur efekt favorizues në uljen e vlerës së rimbursimit të dhënë nga FSDKSH, megjithëse në lidhje me publikimin e LBR janë identifikuar problematika të cilat kanë pasur efekt negativ në buxhetin e rimbursimit të barnave, duke nisur që nga mos hartimi i përvitshëm i LBR apo edhe miratimi me vonesë, mos reflektimi në kohë i çmimeve CIF etj.

Nga auditimi konstatohet se për periudhën objekt auditimi pagesat e kryera për rimbursimin janë brenda kufirit të miratuar të planit në nivel DRF dhe brenda kufirit të planit total që përfshin edhe planin e fishave të diabetit në rreth 20 milion lekë/vit, sipas tabelës së mëposhtme:

Tabela nr. 2: Plani dhe pagesat për rimbursimin e barnave dhe fishave për vitin 2021 dhe 2022 Në lekë

Nr.	Drejtoritë Rajonale/ Degët e Fondit	VITI 2021			VITI 2022				
		Plani rimbursimit 2021	PAGESAT PER RIMBURSIMIT E LISTES SE BARNAVE	PAGESA TE TJERA TE SKEMES PER RIMBURSIMIT (fishat e diabetit)	TOTALI pagesave 2021	Plani rimbursimit 2022	PAGESAT PER RIMBURSIMIT E LISTES SE BARNAVE	PAGESA TE TJERA TE SKEMES PER RIMBURSIMIT (fishat e diabetit)	TOTALI pagesave 2022
1	Berat	298,460,000	290,777,067	537,472	291,314,539	351,389,000	351,387,205	506,156	351,893,361
2	Dibër	233,390,000	233,235,017	172,344	233,407,361	254,580,000	254,272,735	179,610	254,452,345
3	Durrës	587,220,000	591,993,054	1,083,000	593,076,054	648,887,000	648,783,980	797,040	649,581,020
4	Elbasan	635,740,000	625,350,026	826,500	626,176,526	678,991,000	678,991,000	715,260	679,706,260
5	Fier	423,600,000	420,536,119	1,252,100	421,788,219	492,778,000	492,746,274	1,150,572	493,896,846
6	Gjirokastrë	154,320,000	154,160,637	316,992	154,477,629	158,321,000	158,316,776	292,104	158,608,880
7	Korçë	469,240,000	469,240,000	627,000	469,867,000	539,669,000	539,668,999	574,800	540,243,799
8	Dega Pogradec	155,870,000	155,277,707	0	155,277,707	180,908,000	180,905,955	0	180,905,955
9	Kukës	114,970,000	104,182,658	177,840	104,360,498	117,350,000	117,349,997	132,480	117,482,477
10	Dega Tropojë	41,680,000	40,657,054	0	40,657,054	41,644,000	41,644,638	0	41,644,638
11	Lezhë	395,470,000	368,655,131	191,520	368,846,651	421,526,000	421,525,268	183,600	421,708,868
12	Shkodër	549,080,000	544,691,113	751,830	545,442,943	618,535,000	618,534,716	739,360	619,274,076
13	Tiranë	2,600,180,000	2,600,180,000	0	2,600,180,000	2,678,669,000	2,678,668,752	0	2,678,668,752
14	Vlorë	347,570,000	335,039,128	562,590	335,601,718	391,642,000	391,641,975	557,500	392,199,475
15	Dega Sarandë	99,710,000	96,335,892	0	96,335,892	102,557,000	102,502,229	0	102,502,229
16	Dega Lushnjë	361,920,000	359,831,122	0	359,831,122	436,109,000	436,109,000	0	436,109,000
17	Dr. Kamëz-Vorë	369,380,000	368,226,168	0	368,226,168	424,869,000	424,768,532	0	424,768,532
18	DSHSU	2,856,200,000	2,856,194,452	3,186,299	2,859,380,752	3,261,576,000	3,261,574,198	3,010,424	3,264,584,622
19	Rezerve e pashperndare	6,000,000				0			
	TOTALI	10,700,000,000	10,614,562,347	9,685,487	10,624,247,834	11,800,000,000	11,799,392,230	8,838,906	11,808,231,136

Burimi: Të dhëna të FSDKSH të përpunuara nga grupi i auditimit të KLSH

Megjithëse për pjesën e pagesës është respektuar kufiri i miratuar për vitin 2022, për sa i përket përkufizimit të tavanit buxhetor që përfshin edhe detyrimet e mbartura nga vitet e kaluara konstatohet se nuk është respektuar. Kjo, pasi nga auditimi i buxhetit të rimbursimit të barnave për të dyja vitet objekt auditimi, konstatohet se janë krijuar detyrime të prapambetura në rreth 1,029 milion lekë në vitin 2021 dhe rreth 727 milion lekë në vitin 2022, duke tejkaluar kufijtë e përcaktuar në ligjet e buxhetit të vitit specifik mbi tavanin e barnave të rimbursueshme. Këto detyrime përfshijnë detyrimet për rimbursimin e krijuar në muajin Nëntor dhe Dhjetor, i cili nuk është paguar me buxhetin e vitit përkatës, por është paguar me buxhetin e vitit të ardhshëm. Sipas Drejtorive Rajonale të Fondit, tejkalimi i rimbursimit paraqitet në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 3: Detyrimet e prapambetura të krijuara gjatë vitit dhe ta pa paguara.

Drejtoritë Rajonale/ Degët e Fondit	Drejtoritë Rajonale/ Degët e Fondit		
	Detyrim 2021	Detyrim 2022	
Berat	35,326,578	Berat	13,712,429
Diber	21,287,496	Dibër	14,036,587
Durrës	64,867,259	Durrës	50,678,533
Elbasan	47,870,647	Elbasan	32,294,392
Fier	55,647,141	Fier	39,147,182
Lushnjë	66,745,532	Gjirokastrë	8,842,708
Gjirokastrë	9,121,921	Korçë	27,061,807
Korçë	61,573,278	Dega Pogradec	11,467,347
Pogradec	19,299,823	Kukës	2,382,447

Kukës	9,113,119	Dega Tropojë	1,396,418
Tropojë	1,762,219	Lezhë	15,990,646
Lezhë	40,759,632	Shkodër	27,396,490
Shkodër	64,102,644	Tiranë	113,533,415
Tiranë	150,364,410	Vlorë	16,231,910
Kamëz-Vorë	44,477,017	Dega Sarandë	5,136,291
Vlorë	34,225,875	Dega Lushnjë	14,106,605
Sarandë	9,621,537	Dr. Kamëz-Vorë	21,316,472
Dshsu	293,032,123	DSHSU	311,861,943
TOTALI	1,029,198,250		726,593,622

Burimi: Të dhëna të FSDKSH të përpunuara nga grupi i auditimit të KLSH

Rezulton se tejkalimet më të mëdha të buxhetit paraqiten në DSHSU dhe DRF Tiranë. Përsa më sipër, tejkalimi i buxhetit të barnave të rimbursueshëm është në kundërshtim me përcaktimet e bëra në ligjin nr. 115/2021, datë 15.11.2021 “Për buxhetin e vitit 2022”, të ndryshuar dhe përcaktimet e bëra në ligjin nr. 137/2020, datë 16.11.2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, i ndryshuar.

Sipas rregullores financiare të FSDKSH, detajimi i buxhetit për qendra shëndetësore dhe në vijim për mjekë e spitale për rimbursimin e barnave kryhet nga Drejtoritë Rajonale të Fondit pasi buxheti për DRF është miratuar nga KA në FSDKSH dhe është detajuar sipas rekomandimit të Drejtorisë së Kujdesit Parësor dhe Spitalor dhe të Drejtorisë së Rimbursimit në Drejtorinë Ekonomike. Në këtë mënyrë, është DRF ajo që monitoron nivelin e rimbursimit nëpërmjet mekanizmave kontrollit dhe analizës së treguesve të rimbursimit, nivelit të rimbursimit në nivel mjeku të familjes, që në vijim përkthehet në përfitim rimbursimi për pacientët.

Nga auditimi i nivelit të rimbursimit të recetës në nivel mjeku dhe qendre shëndetësore rezulton se nuk respektohet plani i detajuar nga DRF, pasi ka tejkalime për shkak të kërkesave në rritje për rimbursim në shërbime shëndetësore të popullatës. Tejkalimi i planit, përveçse nuk kufizohet në nivelin e tavanit buxhetor nga sistemi informatik për përshkrimin dhe ekzekutimin e recetës elektronike, konstatohet se është mundësuar edhe nga mungesa e mbikëqyrjes nga Drejtoritë Rajonale të Fondit që monitorojnë këtë tregues në mjekët e autorizuar për të lëshuar receta dhe qendrat shëndetësore/spitalet përkatëse, si dhe Drejtoria e Përgjithshme e FSDKSH. Këto veprime, për tejkalimet në nivel mjeku dhe qendre shëndetësore janë në kundërshtim me parashikimet e bëra në kontratat e FSDKSH me ofruesit e shërbimeve shëndetësore për periudhën objekt auditimi, neni 9, 10 dhe 21.

Këto konstatime për tejkalimin kufijve të rimbursimit në vlerën 1,029 milion lekë për vitin 2021 dhe 727 milion lekë në vitin 2022 janë në kundërshtim dhe me përcaktimet e bëra në aktet ligjore dhe nënligjore të mëposhtme:

- ligjin nr. 137/2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, të ndryshuar, neni 5 ku përcaktohet “*Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk tejkalon tavanin prej 10 700 milion lekësh, përfshirë detyrimet e prapambetura, nga i cili, 200 milion lekë përdoret për rimbursimin e medikamenteve për kurimin e COVID-19.*”

- ligjin nr. 115/2021, datë 15.11.2021 “Për buxhetin e vitit 2022”, të ndryshuar, neni 5 ku përcaktohet ““*Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk tejkalon tavanin prej 11 800 milion lekësh, përfshirë detyrimet e prapambetura dhe rimbursimin e medikamenteve për kurimin e COVID-19.*”.”

- ligjin nr. 9936, datë 26.06.2008 “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 61 ku citohet “*Metoda e njohjes së shpenzimeve dhe të ardhurave, për qëllim të këtij ligji, ka të bëjë me: njohjen e shpenzimeve të vitit buxhetor në çastin e ndodhjes së tyre, pavarësisht nga data e pagesës;*”

- ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 25 ku përcaktohet “1. Fondi menaxhon veprimtaritë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe. 2. Fondi nuk mbulon shërbime të kujdesit shëndetësor jashtë paketës së sigurimit të detyrueshëm dhe jashtë kontraktiveve përkatëse”. Drejtoria Ekonomike është përgjegjëse për administrimin e buxhetit të Fondit”

- VKA nr. 121, datë 17.12.2014 “Për miratimin e rregullores financiare të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor”, i ndryshuar, kreu III.

- Kontrata Tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitin” ndërmjet Drejtorive Rajonale të Fondit dhe Qendrës Shëndetësore, si dhe kontratës trepalëshe ndërmjet DSHSU, Depove Farmaceutike dhe QSUT, neni 10 ku përcaktohet “Të respektojnë tavanin buxhetor të rimbursimit të negociuar me drejtorin e QSH, sipas aneksit D/1 dhe në rast mosmarrëveshesh në lidhje me to kanë të drejtë të ankohen në DRF. MPF përgjigjet për tejkalimin e paargumentuar të rimbursimit.”

- Rregullore për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit, pika 1.I dhe pika 1.IV.

Mbi kategorinë e të sëmurëve kronikë.

Nga analiza e të dhënave sipas kategorive përfituese të rimbursimit të pranuar përgjatë viteve objekt auditimi konstatohet se, pjesën më të madhe të rimbursimit e përfitojnë kategoritë e pensionistëve pa afat (të cilët janë të regjistruar si përfitues të pensioneve në Institutin e Sigurimeve Shoqërore) dhe të sëmurët kronikë. Sipas raportit 49 (rimbursimi i detajuar në nivel recete) të sistemit e-rx, dhe përpunimit të të dhënave të paraqitura konstatohet se, për vitin 2021 dhe për vitin 2022 kategoritë përfituese të rimbursimit paraqiten si në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 4: Realizimi i rimbursimit sipas kategorive të përfituesve Në mijë lekë

Kategoria	Rimbursimi 2020	Rimbursimi 2021	Rimbursimi 2022
Anëtar i papaguar i familjes	118	133	65
Azilkërkues	20,556	12,111	7,873
Fëmijë 0-12 muajsh	612	380	342
Fëmijë 1-18 vjeç	264,862	273,481	239,388
Grua shtatzënë	154	242	335
I papunë/punëkërkues	6,359	5,311	3,525
I punësuar	51,367	45,195	34,576
I verbër	12,408	10,071	7,855
I vetëpunësuar	4,375	3,251	3,285
I vetëpunësuar në bujqësi	240	126	200
IEVP	12,058	11,180	2,894
Invalid i pjesshëm	2,764	2,212	2,071
Invalid i pjesshëm jashtë kategorie	507	385	381
Invalid i plotë	1,977,534	1,947,238	1,956,588
Invalid lufte	726	608	369
Invalid/Tetraplegjik	4,009	5,687	7,780
Jetim			1
Leje lindje/ Raport Mjekësor	64	79	457
Ndihmë ekonomike	10,474	10,836	9,862
Paaftë mendërisht ose fizikisht	280,954	156,447	114,878
Pension me afat	3,373	2,588	2,620
Pension social	78,704	79,054	88,758
Pensionist pa afat	4,970,083	5,008,260	5,119,295
Përfitues të tjerë nga ISSH	174	145	214
Persona të diagnostikuar me Sars-Cov2	6,372	28,122	3,940
Sëmundje Kronike	2,942,203	3,416,217	3,848,941
Sigurim vullnetar	229	152	153
Student 18-25 vjeç	871	389	419
Të përndjekur politikë	497	564	657
Veteran	56,981	40,718	28,131
TOTALI	10,709,628	11,061,182	11,485,856

Burimi: Të dhëna të FSDKSH të përpunuara nga grupi i auditimit të KLSH

Në krahasim me vitin 2021, rritja më e madhe evidentohet në kategorinë “sëmundje kronike” me rreth 400 milion lekë dhe kjo rritje është në të njëjtën linjë e krahasuar edhe me vitin 2020 për efekte krahasimore.

Kategoritë e sigurimit të personave janë përcaktuar në nenin 5 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe përfshijnë personat ekonomikisht aktive, persona ekonomikisht jo aktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga buxheti i shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj, si dhe personat që bashkohen vullnetarisht në skemën e detyrueshme. **Kategoria e të sëmurëve kronikë nuk përfshihet në asnjë nga përcaktimet e kategorive të bëra në ligjin e FSDKSH dhe përfitimi i rimbursimit të kësaj kategorie është jashtë kontrollit mbi përputhshmërinë ligjore të plotësimit të kriterëve për përfitim të shërbimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor. Kategoritë përfituese të shërbimeve shëndetësore përfshihen në nenin 5 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar ku përcaktohet “1. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, si:**

- a) të punësuarit;
 - b) personat e vetëpunësuar;
 - c) punonjësit e papaguar të familjes;
 - ç) persona të tjerë ekonomikisht aktivë.
2. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:
- a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
 - b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
 - c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
 - ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
 - d) fëmijët nën moshën 18 vjeç;
 - dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
 - e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.
 - ë) viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.

3. Personat, që nuk përfshihen në pikat 1 e 2 të këtij neni, 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.

Gjithashtu, në nenin 12 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011, i ndryshuar është përcaktuar “Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor ndaj personave të pasiguruar, me përjashtim të rasteve të mëposhtme: a) shërbimi i urgjencës mjekësore; b) shërbimi/përfitimi i paketës së kontroleve periodike parandaluese në popullatë, sipas përcaktimeve të bëra me vendim të Këshillit të Ministrave; c) vizita te mjeku i familjes”.

Për këto arsye, konstatohet se përfitimi i rimbursimit nga kjo kategori kryhet vetëm bazuar në llojin e sëmundjes që ka personi që përfiton shërbim dhe jo në bazë të kriterit të kontributit në skemën e detyrueshme apo kontributin e buxhetit për persona ekonomikisht aktivë apo ato me sigurim vullnetar.

VKM nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, e ndryshuar, në pikën 3 përcakton “Përjashtimin nga pagesat e drejtpërdrejta për alternativat e para të listës së barnave të rimbursueshme për personat që bëjnë pjesë në kategoritë e parashikuara në pikat 1 dhe 2 të këtij vendimi për trajtimin e sëmundjeve kronike sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë”. Vetë kjo VKM ka dalë në zbatim të nenit 11 të ligjit nr.10383, datë 24.02.2011 i ndryshuar ku përcaktohet “Këshilli i Ministrave në bazë të politikave sociale të qeverisë mund të përjashtojë nga pagesat e drejtpërdrejta kategori të veçanta të individëve duke u bazuar në aftësinë e tyre për të paguar”.

Gjithashtu, në zbatim të kësaj VKM-je ka dalë urdhri nr. 37, datë 25.01.2017 “Për miratimin e listës së sëmundjeve kronike” të Ministrit të Shëndetësisë, në të cilën është përcaktuar bashkëlidhur kodi i diagnozës dhe diagnoza përkatëse.

Nga ana tjetër, nisur nga analiza e të dhënave dhe kontroleve të parashikuara në kuadrin legjislativ që rregullon procedurën e rimbursimit, konstatohet se kategoria e të sëmurëve kronikë është e përcaktuar në tabelën nr. 2 të Udhëzimit nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor” të ndryshuar, si kategoria “Persona me sëmundje kronike sipas përcaktimeve të Ministrisë së Shëndetësisë”. Në pikat 2, 7 dhe 8 të këtij udhëzimi përcaktohet që “Regjistri i të siguruarve përmban të dhëna lidhur me kategorinë e personit të siguruar ekonomikisht aktiv, jo aktiv ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit sipas tabelën nr. 1 dhe nr. 2 bashkëlidhur këtij udhëzimi”, “Në rastet kur informacioni për kategoritë e personave nuk aksesohet on-line, sipas tabelës nr. 2, regjistrimi i tyre do të bëhet nga mjeku i familjes pranë të cilit është regjistruar personi”, “Mjeku i familjes bën regjistrimin e kategorisë dhe plotësimin e afatit duke u mbështetur në dokumentacionin dhe afatet e përcaktuara në tabelën nr. 2”.

Referuar tabelës 2 të këtij udhëzimi, dokumentacioni i vlefshmërisë për regjistrimin në kategorinë e të sëmurëve kronikë është “Përgjigja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën kronike” dhe afati i vlefshmërisë është përcaktuar pa afat.

Për këtë arsye, baza ligjore qartësisht ka përcaktuar përjashtimin nga njëra prej kategorive të përcaktuara me ligj dhe jo shtimin e kategorive në bazë të karakteristikave të tjera që nuk lidhen me faktin e qenies kontribues ose jo për qëllime të përfitimit të rimbursimit. Lista e sëmundjeve kronike përcakton diagnozat të cilat përfshihen si kronike, ndërkohë që informacioni për recetë sipas diagnozave nga sistemi e-rx sipas raportit 49 nuk na është vendosur në dispozicion në mënyrë që të testohen diagnozat e rimbursuara të klasifikuara si sëmundje kronike, me gjithë kërkesat e herëpashershme të grupit të auditimit.

Për problematikat e mësipërme në lidhje me mos respektimin e planit të rimbursimit të miratuar dhe atij të shpërndarë mbajnë përgjegjësi mjekët, drejtorët e qendrave shëndetësore, drejtorët e drejtorive rajonale të fondit, drejtori i drejtorisë së buxhetit në FSDKSH dhe Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH pavarësisht analizave të kryera dhe kërkesave për fonde shtesë.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/23, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6 Prot., datë 22.04.2024, nga znj. L.Sh, Drejtor i Drejtorisë Ekonomike, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: Lidhur me auditimin mbi programimin, zbatimin dhe raportimin e buxhetit të sigurimeve shëndetësore dhe të rimbursimit të barnave për periudhën 2021-2022, i

qëndrojnë observacioneve të dërguara mbi akt konstatimet nr. 1 datë 31.01.2024 dhe akt konstatimit nr. 4, datë 31.04.2024. Observimet mbi projekt raportin konsistojnë si në vijim:

- efektet financiare të projekt listës së barnave të rimbursuara për vitin 2021, janë parashikuar me shkresat nr. 3731/1 prot., datë 19.07.2021 “Raport financiar mbi Projektlishtën e barnave të rimbursuara nga FSDKSH për vitin 2021” dhe nr. 3731/4 prot., datë 28.07.2021, “Informacion shtesë mbi efektin financiar të projektlishtës së barnave të rimbursuara 2021 (bashkëlidhur shkresat).

- Në lidhje me mosrespektimin e planit të rimbursimit të miratuar dhe atij të shpërndarë mbajnë përgjegjësi mjekët, drejtorët e qendrave shëndetësore, drejtorët e drejtorive rajonale të fondit, drejtori i drejtorisë së buxhetit në FSDKSH dhe Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH pavarësisht analizave dhe kërkesave për fonde shtesë. Nga ana e Drejtorisë Ekonomike, janë respektuar kufijtë e vendosur në ligj lidhur me pagesat e shpenzimeve të rimbursimit. Për sa më sipër kjo Drejtori nuk është përgjegjëse për çfarë pranohet si shërbim i ofruar në drejtoritë/degët që kanë kontrata me dhënësit e shërbimit.

-në lidhje me pikat 1.1, 1.2, 1.3, II.4.1, II.4.2, II.4.3, II.4.4, II.4.5, III, IV, Drejtoria Ekonomike nuk ka detyrë funksionale dhe përgjegjësi.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Duke qenë se nuk është paraqitur asnjë dokumentacion apo material shtesë, grupi i auditimit i qëndron sqarimeve të dhëna në projekt raport, sqaruar si në vijim:

-pavarësisht se është paraqitur në MSHMS dhe në KA një raport përmbledhës, nuk është hartuar nga ana e strukturave përkatëse FSDKSH-së një raport me efektet financiare të secilit bar, pacientët që do të mbulojë, si rrjedhojë dhe efektet në ulje/rritje në LBR, ashtu sikurse përcaktohet dhe në VKA nr. 37, datë 19.11.2013.

-Lidhur me pretendimet mbi përgjegjësinë në procesin e planifikimit, detajimit, ndjekjes dhe realizimit të shpenzimeve të rimbursimit të barnave, në ligjin nr. 10296, datë 8.07.2010 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, i ndryshuar, në nenin 12 “Përgjegjshmëria menaxheriale e Nëpunësit Zbatues”, dhe në Udhëzimin Standard për Zbatimin e Buxhetit nr. 9, datë 20.07.2018, në pikat 46 deri 49, përcaktohen qartë detyrat e Nëpunësit Zbatues. Për sa më sipër edhe përgjegjësia në pikat 1.1, 1.2, 1.3, II.4.1, II.4.2, II.4.3, II.4.4, II.4.5, III, IV, në lidhje me problematikat e sistemit merret në konsideratë.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/25, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga Znj. A.Ç, ish Drejtori i Përgjithshëm i FSKDASH-së, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: Lidhur me mangësitë në mirëmenaxhimin e skemës dhe të listës së barnave...sqaroj se: Rritja e shpenzimeve të rimbursimit përtej tavanit buxhetor është kushtëzuar nga rritja e rasteve të reja dhe rasteve me ndryshim terapie. Rritja e sëmundshmërisë është evidentuar në të gjitha analizat e rimbursimit të kryera nga Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Drejtoria e Rimbursimit. Trajtimi i pacientëve me barnat e rimbursueshme bëhet nga mjeku i përgjithshëm dhe ai specialist bazuar në protokollin e mjekimit dhe ndjek parimin e fillimit të mjekimit me alternativën më të lirë dhe duke ndjekur ecurinë e sëmundshmërisë së pacientëve për trajtimin me barna të rimbursueshme. Përfshirja e barnave në listën e rimbursimit dhe përjashtimi nga LBR është kompetencë e Komisionit Teknik të hartimit të LBR. Në të gjitha analizat e rimbursimit periodik, 2-mujore, 6-mujore apo vjetore të kryera nga Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor si dhe Drejtoria e Rimbursimit kanë evidentuar rastet e reja të sëmundshmërisë dhe rastet me ndryshim terapie me efektet financiare të tyre.

Analizimi i shpenzimeve të rimbursimit është paraqitur edhe në Këshillin Administrativ të Fondit për miratimin e programit buxhetor afatmesëm 2022-2024 si edhe 2023-2025.

Sipas PBA 2022-2024, shpenzimet e rimbursimit të barnave për vitin 2021 ishin parashikuar me një rritje të sëmundshmërisë prej 4.5% dhe në vlerë absolute parashikimi shkonte në 11.2 miliardë lekë. Me shkresën nr. 5545 prot., datë 15.10.2021, Fondi i drejtohet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministrisë së Financave për rritjen e kufirit të shpenzimeve të rimbursimit të barnave, bazuar në analiza të sëmundshmërisë për 11.1 miliardë lekë. Shpenzimet totale të rimbursimit të barnave për vitin 2021 u realizuan në 11,020,513 mijë lekë. Sipas PBA 2023-2024, shpenzimet për rimbursimin e barnave për vitin 2022 janë parashikuar me një rritje të sëmundshmërisë mesatarisht 6% dhe në vlerë absolute 11.8 miliardë lekë. Shpenzimet totale të rimbursimit për vitin 2022 janë realizuar në vlerën 11,494,520 mijë lekë. (Bashkëlidhur gjeni PBA 2022-2024, PBA 2023-2025 si edhe shkresat e Fondit nr. 5545 prot., datë 15.10.2021 si dhe nr. 5883 prot., datë 27.09.2022).

Qëndrimi i grupit të auditimit: *Grupi i auditimit pas shqyrtimit të observacionit arsyeton se në këtë pjesë të observacionit nuk janë kundërshtuar konstatimet e trajtuara por janë paraqitur disa arsye dhe faktorë që kanë ndikuar në tejkalimin e tavanit të miratuar për rimbursimin. Nga ana e FSDKSH-së pavarësisht se janë planifikuar më shumë shpenzime për rimbursimin e ilaçeve dhe pavarësisht se i është kërkuar Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministrisë së Financave rritje të shpenzimeve totale të rimbursimit, ligji i buxhetit i ndryshuar nuk ka reflektuar këto kërkesa dhe si rrjedhojë FSDKSH ka tejkaluar tavanin vjetor të vendosur.*

2.3 Vlerësimi i përputhshmërisë dhe funksionimit të sistemeve të kontrollit lidhur me aktivitetet e rimbursimit të barnave dhe disponibilitetin e tyre në treg, ushtrimin e kontrolleve në subjektet me kontratë me FSDKSH, monitorimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave etj.

2.3.1 Vlerësimi i përputhshmërisë së aktivitetit të Drejtorisë së Kontrollit në lidhje me zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Analiza e veprimtarisë për Sektorin e Kontrollit të Depove farmaceutike për vitin 2021.

Sektorin e Kontrollit të Depove Farmaceutike, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nga Depot Importuese dhe Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të Drejtorisë së Kontrollit Parësorë dhe Farmaceutik, si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta. Veprimtaria e Sektorit të Kontrollit të Depove për vitin 2021 është pjesë e Planit të Punës miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm me nr. 9089/3 prot., datë 31.12.2020. Në planet e punës përfshihen objektivat kryesore, veprimet për realizimin e tyre, personat përgjegjës, afati i kryerjes, rezultati i pritshëm dhe mënyrat e raportimit. Nga auditimi i planeve mujore të punës, u konstatua se është bërë planifikimi i kontrolleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrolle me inventar, duke e lënë evazive me kriterin e përgjithshme “Kontroll i plotë me inventarizim mbi zbatimin e detyrimeve kontraktuale me depon importuese/shpërndarëse, në depot importuese/shpërndarëse me kontratë me Fond-in”, “Kontrolli tematik mbi zbatimin e detyrimeve kontraktuale me depot farmaceutike me kontratë me Fond-in” ose “Kontrolle mbi qarkullimin e disa barnave të reja, barnave të shtrenjta dhe barnave me rimbursim të lartë në farmacitë e Spitaleve Rajonale”, **duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë një periudhës kohore mujore.** Situata kjo e cila sjellë risk për shmangien e përgjegjësisë dhe vështirësi në vlerësimin e nivelit të realizimit të detyrave mbi baza objektive, në rastet e mosrealizimit të kontrolleve në subjekte. Këto veprime dhe

mosveprime janë në kundërshtim me Rregulloren nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, që përcakton se: “Përgjegjësi i sektorit harton planet mujore të kontrollit konform detyrimeve si, dhe merr pjesë në hartimin e programeve të kontrollit së bashku me Drejtorin e Drejtorisë. Organizon dhe kontrollon punën e grupeve të kontrollit për realizimin e planit të punës konform dispozitave ligjore, udhëzimeve, metodikave dhe etikës profesionale në cilësi dhe afat”; Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin” Kapitulli III pika I, që përcakton se: “Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nga Depot Importuese dhe Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të DKPF, si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta”.

Mbi realizimin e kontrolleve:

Sektori i Depos gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2021, ka kryer 29 kontrolle nga të cilat për disponibilitetin/tematik të barnave të listës së rimbursueshme në 16 depo farmaceutike dhe 13 kontrolle me inventarizim të plotë në farmacitë e spitalit për barnat e shtrenjta, ku janë konstatuar mungesa të barnave të listës së rimbursueshme, rezultatet e këtyre kontrolleve janë si më poshtë:

Tabela nr. 5: “Mbi realizimin e kontrolleve viti 2021”.

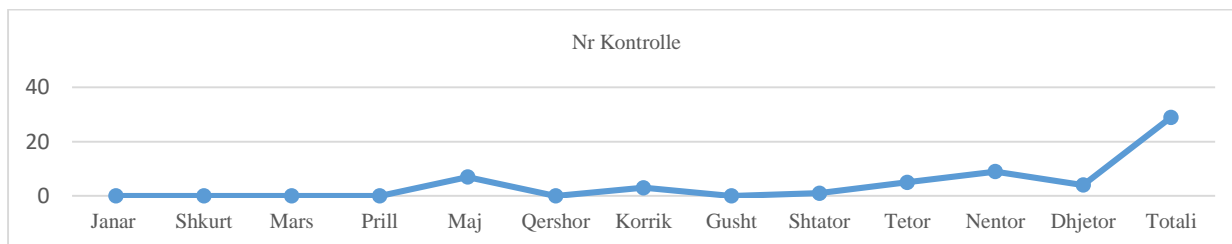
Lekë

Nr	Importues Farmaceutik dhe Farmaci Spitali	Urdhër Kontrolli	Kontrolli	Sanksionet			
				Dëm ekonomik	Kushte Penale	Gjoha	Total (Dëm+K.P +Gj)
1	L.....	Nr. 2595 (81), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
2	C.... P....	Nr. 2594 (80), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	500,000	-	500,000
3	M.... P.....	Nr. 2593 (79), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
4	R.... E.....	Nr. 2592 (78), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
5	E.... SHPK	Nr. 2591 (77), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
6	D.... F.....A...	Nr. 2590 (76), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
7	T.....	Nr. 2589 (75), 07.05.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
8	Farmacia e spitalit Elbasan	Nr.3740 (137), 14.07.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	11,716	-	-	11,716
9	Farmacia QSUT	Nr.3738 (136), 14.07.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
10	Farmacia e Spitalit Durrës	Nr.3742 (138), 14.07.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
11	Farmacia e Spitalit Gjirokastrë	Nr.4967 (157), 17.09.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	13,188	-	-	13,188
12	Farmacia e Spitalit Kukës	Nr.5171 (158), 01.10.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
13	Farmacia e Spitalit Dibër	Nr.5173 (159), 01.10.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	13,422	-	-	13,422
14	Farmacia e Spitalit Lushnje	Nr.5378 (177), 08.10.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
15	Farmacia e Spitalit Berat	Nr.5380 (178), 08.10.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
16	Farmacia e Spitalit Korçë	Nr.5178 (160), 01.10.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
17	V.... P....	Nr. 5650/4 (192), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
18	F.....	Nr. 5650/5 (193), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	1,000,000	-	1,000,000
19	L.....	Nr. 5650/6 (194), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	1,000,000	-	1,000,000
20	M.....	Nr. 5650/8 (196), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
21	T.....	Nr. 5650/9 (197), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
22	E.... P....	Nr.5650/3 (191), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
23	R..... F.....	Nr. 5650/7 (195), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	1,000,000	-	1,000,000
24	L.....	nr. 5650/10 (198), 26.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	-	-	-
25	D.... P.....	Nr. 5650/2 (190), 25.11.2021	Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	1,500,000	-	1,500,000
26	Farmacia e Spitalit Fier	Nr.6420/1 (199), 06.12.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
27	Farmacia e Spitalit Shkodër	Nr.6421/1 (200), 06.12.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
28	Farmacia e Spitalit Vlore	Nr.6422/1 (201), 06.12.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	3,405	-	-	3,405
29	Farmacia e Spitalit Lezhe	Nr.6423/1 (202), 06.12.2021	Kontroll I plotë me inventarizim	-	-	-	-
Totali				41,731	5,000,000	-	5,041,731

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga përpunimi i të dhënave të kontrolleve rezulton se, nuk ka një shpërndarje uniforme të kontrolleve përgjatë vitit, konkretisht për periudhën kohore janar-prill, qershor dhe gusht nuk ka pasur kontrolle të cilat përbëjnë 50% të periudhës vjetore të punës së sektorit. Fakt ky që tregon inefficencën e sektorit të kontrollit të depove farmaceutike për afër gjysmën e vitit. konstatohet se kontrollet me inventarizim të plotë janë fokusuar në farmacitë e spitaleve dhe jo në depo importuese shpërndarëse. Ndërkohë që nga të dhënat e administruara nga Drejtoria e Rimbursimit, rezulton se gjatë vitit 2021, ka njoftuar me Memo çdo muaj Drejtorinë e Kontrollit, në lidhje me disponibilitetin e barnave në treg dhe mungesat sipas rastit. **Nga sa më sipër rezulton se ky sektor ka patur një nivel të ulët të realizimit të kontrolleve dhe të afër gjysmës së vitit pa aktivitet duke mos plotësuar detyrat funksionale që i ngarkohen sipas**

Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me fondin”.



Si përfundim, nga auditimi konstatohet se **nuk është kryer asnjë kontroll me inventarizim në depot farmaceutike** edhe pse nëpërmjet raportit të KLSH-së të vitit 2021, është konstatuar se nuk është ushtruar kontroll në depo farmaceutike mbi sasi të barnave në mbyllje dhe në hapje të periudhës së LBR-së sipas indeksimit, ku ka patur diferenca inventari në shtesë në shumën 52 milion lekë dhe në minus në shumën 207.6 milion lekë, me pasojë efekte negative në administrimin e fondeve nën skemën e kujdesit shëndetësor përsa i përket barnave të rimbursueshme.

Këshilli Administrativ i FSDKSH-së, në Korrik 2021 ka miratuar Listën e Barnave të Rimborsuara (LBR-në e re). Depot deklarojnë inventarin në Sistemin Informatik të Fondit për gjendjen fillestare në ndryshimin e LBR-së së re, hyrjet nga importi, si dhe shitjet në rrjetin farmaceutik. Nga Sistemi Informatik i FSDKSH-së, janë administruar deklaratimet e depove për gjendjen e mbartur në 31.07.2021, për t'u krahasuar me inventarin fizik të datës 01.08.2021, që përkon me LBR-në e re, ku nga përpunimi i të dhënave konstatohet se për të njëjtin bar të rimbursueshëm ekzistojnë diferenca negative apo pozitive, në sasi dhe në vlerë. Këto diferenca ekzistojnë për shkak të mosrakordimit duke krahasuar gjendjen kontabël të datës 31.07.2021 me gjendjen fizike të datës 01.08.2021. Këto diferenca të konstatuara duhet të shërbenin si indicie që Drejtoria e Kontrollit të ushtronte inspektimet/kontrolle për verifikimin e tyre dhe aplikimin e masave për deklarim të pasaktë apo penalitete deri në zgjidhjen e kontratave sipas parashikimeve të pikës 1 të nenit 16 dhe pikës 6 të nenit 20 të Kontratave Tip të lidhura mes Depove dhe FSDKSH-së, ku citohet: Pika 1, neni 16: “Kur nga verifikimi 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 kusht penal të barabartë me dyfishin e tepricës së konstatuar”.

Pika 6, neni 20: “Kur nga verifikimi i gjendjes fizike të barnave të rimbursueshme, tek Importuesi rezultojnë diferenca në plus të pa justifikuara me vlerë në masën e 10% të vlerës totale të shitur, për barnat e inventarizuara, rast i përsëritur, Importuesit i zgjidhet kontrata nga dita e njoftimit deri në fund të periudhës së kontraktimit, por jo më pak se një periudhë 6 mujore nga koha e zgjidhjes”

Në mënyrë të përmbledhur, diferencat në sasi dhe vlerë sipas depove paraqiten më poshtë:

Tabela nr. 6: “Diferencat pozitive sipas depove farmaceutike”

Depo Farmaceutike	Diferenca në sasi	Diferenca në vlerë
A.... N.... F.... Sarandë	324	2,416.78
A..... Kashar, Tirane	1,178	39,456.03
A..... Tirane	17,537	180,736.00
C.... P.... Kashar, Tirane	1,134,043	10,071,296.57
C.... P.... Tirane	217,428	2,571,951.01
D.... M....SHPK Shkoder	4,269	113,600.59
D....P....- A... Kashar, Tirane	2,470	24,026.19
E.... sh.p.k Tirane	16,261	66,226.67
E.... Tirane	254	56,073.04
F.... V..... Vlore	32,991	292,931.31

F.... Tirane	150	483.00
F.... F.... Kashar, Tirane	2,940	7,502.40
F..... sh.a. Tirane	28	647.08
I.... Tirane	19,343	205,025.34
I.... Vaqarr, Tirane	54,620	5,847,639.60
L.... Tirane	110,068	998,043.74
M..... Kashar, Tirane	520	8,231.60
M..... Farke, Tirane	11,256	3,642,196.12
P.... sh.p.k Tirane	153	21,315.93
P.... Kashar, Tirane	23	931.10
R....F.... Tirane	84	2,676.24
R.... F.... Bexull, Tirane	17	1,415,089.47
S..... Tirane	84	446.88
T.... M... P.... Vlore	448	2,398.48
T.... Kashar, Tirane	131,749	1,258,290.98
X.....-F.... Vlore	18,330	242,040.13
Grand Total	1,776,568	27,071,672.28

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Tabela nr. 7 “Diferencat negative sipas depove farmaceutike”

Depo Farmaceutike	Diferenca në sasi	Diferenca në vlerë
A.....N... F.... Sarande	(5,620)	(61,836)
A..... Kashar, Tirane	(3,905)	(13,740)
A... F.... Tirane	(5,574)	(178,963)
A..... Tirane	(53,732)	(179,247)
C... P.... Kashar, Tirane	(270,479)	(9,193,407)
C.... P.... Tirane	(74,981)	(2,134,808)
D.... M.... SHPK Shkoder	(19,437)	(524,215)
D.... P.... – A... Kashar, Tirane	(3,828,427)	(71,721,117)
D.... D.... I	(50)	(304)
E..... Tirane	(90)	(550)
F.... V.... Vlore	(313)	(25,583)
F.... Tirane	(100)	(31,744)
F...F.... Tirane	(14,390)	(358,156)
F..... sh.a. Tirane	(169,748)	(3,485,847)
G..... Fier	(1,781,938)	(23,036,903)
I.... Tirane	(60)	(1,871)
I... P....A..... Xhafzotaj, Durres	(900)	(2,754)
L..... Vaqarr, Tirane	(167,094)	(55,875,693)
L.... Tirane	(4)	(194,028)
M..... Kashar, Tirane	(23,250)	(2,296,038)
M..... Farke, Tirane	(249,358,136)	(5,074,841,131)
P..... sh.p.k Tirane	(153)	(61,323)
R.... F.... Tirane	(5)	(988)
S..... Tirane	(7,621,265)	(1,415,707,268)
T....M....P.... Vlore	(120)	(1,019)
T....Kashar, Tirane	(2,815,030)	(21,376,225)
X....F....Vlore	(8,826)	(87,006)
Grand Total	(266,223,627)	(6,681,391,763)

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga auditimi i të dhënave të inventarëve të deklaruar nga ana e depove në sistemin informatik të fondit, është konstatuar “subjekti” me emërtimin “S.....”, ndaj të cilit rezultojnë diferenca të tjera në plus në vlerën (+446.88 lekë) dhe diferenca në minus në vlerën (-1,415,707,268 lekë). Për këtë subjekt është bërë sqarimi nga Drejtoria e Informatikës dhe Analizës Statistike se: “Në këtë raport janë të pasqyruara dhe të dhënat me emërtimin "S.....", që nuk është depo farmaceutike, por është ambient test, i krijuar për kompanitë që duan të realizojnë ndërveprimin e sistemeve financiare të depove në sistemin e-Depo. Të dhënat që gjenerohen në SmartWork janë testime që nuk afektojnë në transaksionet reale që kryejnë depot”.

Sa i përket depos farmaceutike “M.....” SHPK, në lidhje me diferencat është vënë në dispozicion shkresa me nr. 5879 prot., datë 05.11.2021 e depos “M.....” SHPK, e cila deklaron se: “Inventari 01.08.2021 në sistemin e-Depo është i pasaktë. Sipas kësaj shkrese sqarohet se subjekti ka hedhur në inventar disa produkte në njësinë më të vogël "tablet" dhe jo në sasinë më të madhe "kuti", gjithashtu sqarohet inventari është hedhur 2 herë në sistem”. Këto

diferenca të konsiderueshme vihet re se janë konstatuar nga vetë subjekti disa muaj më vonë sipas shkresës së mësipërme, dhe jo nga drejtoritë e FSDKSH-së, të cilat kanë akses mbi këtë sistem informatik dhe duhet të kryejnë monitorime të vazhdueshme të situatës.

Për mangësitë trajtuar më sipër në lidhje me diferencat, si dhe mos ushtrimin e kontrolleve në Depot Farmaceutike me inventarizim të plotë ngarkohen me përgjegjësi Z. E.J. në cilësinë e Përgjegjësit të SKD dhe Z. Sh.S. Drejtor i Drejtorisë.

➤ **Analiza e veprimtarisë për Sektorin e Kontrollit të Depove farmaceutike për vitin 2022.**

Veprimtaria e Sektorit të Kontrollit të Depove është pjesë e Planit të Punës miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm me nr. 6880/3 prot., datë 31.12.2021. Nga auditimi i planeve mujore të punës, u konstatua se është bërë planifikimi i kontrolleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrolle me inventar, duke e lënë evazive me kriterin e përgjithshme: “Kontroll për disponibilitetin e barnave të LBR sipas shkresës së Drejtorisë së Rimbursimit për vitin 2021” ose “Kontroll me inventar në depo importuese për LBR sipas kontratës 2021”, duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë periudhës kohore mujore. ***Situatë kjo e cila në gjykimin tonë si auditues të jashtëm, sjellë risk për shmangien e përgjegjësi dhe vështirësi në vlerësimin e nivelit të realizimit të detyrave mbi baza objektive, në rastet e mosrealizimit të kontrolleve në subjekte. Veprime këto në kundërshtim me Rregulloren Nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, që përcakton se: “Përgjegjësi i sektorit harton planet mujore të kontrollit konform detyrimeve si dhe merr pjesë në hartimin e programeve të kontrollit së bashku me Drejtorin e Drejtorisë. Organizon dhe kontrollon punën e grupeve të kontrollit për realizimin e planit të punës konform dispozitave ligjore, udhëzimeve, metodikave dhe etikës profesionale në cilësi dhe afat”. Rregulloren nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin” Kapitulli III pika I, që përcakton se: “Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor nga Depot Importuese dhe Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të DKPF si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta”.***

Nga komunikimi me Përgjegjësin e Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike, Z. E.J, mbi mënyrën e përzgjedhjes së subjekteve për kontroll të plotë me inventar, si dhe listën e barnave që do të inventarizohet gjatë kontrollit, u shpreh se nuk ka një metodologji e bazuar në kriteret e riskut të përzgjedhjes së subjekteve për kontroll, sepse nuk ka një përcaktim të tillë në Rregulloren nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me fondin”, por është vijuar me listën e subjekteve për kontroll të lënë si rekomandim nga KLSH. ***Fakt ky që në vlerësimin e audituesve përbën risk në mbulimin me kontroll të subjekteve si dhe në objektivitetin e përzgjedhjes.***

Mbi realizimin e kontrolleve:

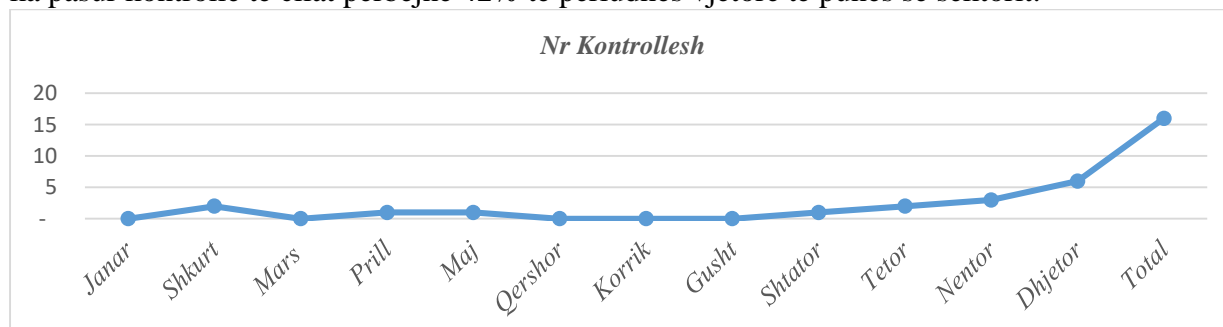
Spektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike, gjatë vitit 2022, ka kryer kontrolle për disponibilitetin e barnave të listës së rimbursueshme në 3 Depo Farmaceutike, kontroll me inventar në 10 Depo Farmaceutike Importuese dhe në 3 farmacitë e spitali. Nga këto 16 kontrolle të kryera për vitin 2022 nga Spektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike, janë dhënë masat e mëposhtme, të cilat ndahen në dëm ekonomik, gjoba dhe kushte penale, të detajuara sipas subjekteve si në vijim:

Tabela nr. 8 “Mbi realizimin e kontrolleve viti 2022”.

Nr	Importues Farmaceutik dhe Farmaci Spitali	Urdhra kontrolli	Lloji i kontrollit	Sanksionet		
				Dëm ekonomik	Kushte Penale	Total (Dëm+K.P +Gj)
1	I.....	Nr. 760/4 (35) prot.dt. 03.02.2022	Kontroll tematik mbi disponibilitetin	-	-	-
2	M.....	Nr. 760/2 (33) prot.dt. 03.02.2022	Kontroll tematik mbi disponibilitetin	-	1,000,000	1,000,000
3	D.... P....-A....	Nr. 3220 (136) prot.dt. 26.04.2022	Kontroll tematik mbi disponibilitetin	-	1,500,000	1,500,000
4	M.....	Nr.3186/3 (174) prot.dt. 26.05.2022	Kontroll I plote me inventar	40,034,764	200,000	40,234,764
5	I.....	Nr. 5808/1 prot. datë 22.09.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
6	T.....	Nr. 6155/1 prot. datë 12.10.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
7	M.....	Nr. 6156/1 prot. datë 12.10.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
8	D.... P....-A....	Nr.6714/1 (378) prot.dt. 15.11.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
9	C.... P.....	Nr.6713/1 (377) prot.dt. 15.11.2022	Kontroll I plote me inventar	-	401,023	401,023
10	G.... P.....	Nr.6715/1 (379) prot.dt. 15.11.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
11	F.....	Nr.7063 (412) prot.dt. 07.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
12	Farmaci QSUT	Nr.7062 (411) prot.dt. 07.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
13	R.... F.....	Nr. 7348/1 (435) prot.dt. 21.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
14	Farmaci Spitali EL	Nr. 7349/1 (436) prot.dt. 21.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
15	Farmaci Spitali DU	Nr. 7350 (436) prot.dt. 21.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	18,986	18,986
16	I.....	Nr. 6156/1(324) prot. dt 12.12.2022	Kontroll I plote me inventar	-	-	-
Totali				40,034,764	3,120,009	43,154,773

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga përpunimi i të dhënave të kontrolleve rezultojnë se nga nuk ka një shpërndarje uniforme të kontrolleve përgjatë vitit, konkretisht për në muajt janar, mars, qershor, korrik dhe gusht nuk ka pasur kontrolle të cilat përbëjnë 42% të periudhës vjetore të punës së sektorit.



Nga krahasimi i kontrolleve të kryera në vitin 2022 dhe rezultateve të tyre në krahasim me vitin 2021, rezultojnë me tregues në rritje përsa i përket numrit të kontrolleve, llojit të kontrolleve të plota të kryera në depo farmaceutike dhe nivelit të masave të ndërmarra. Konkretisht në vitin 2022 në krahasim me vitin 2021, janë kryer 13 kontrolle më shumë, si dhe niveli i gjetjeve në zërin “Dëm ekonomik”, rezultojnë në shumën 38,107 mijë lekë më shumë.

Tabela nr. 9 “Rezultatet e kontrolleve të kryera, viti 2022”.

Viti	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	Sanksionet			
			Dëmi Ekonomik	Kushte Penale	Gjoha	Zgjidhje Kontrate
2022	16	1 farmaci e QSUT, 2 farmaci të spitaleve Rajonale dhe 3 depo me Disponibilitet, 10 Depo me inventar.	40,034,764	3,120,009	-	-
2021	29	1 farmaci e QSUT, 12 farmaci të spitaleve Rajonale dhe 16 Depo me Disponibilitet.	41,731	5,000,000	-	-

Burimi Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Në bazë të dokumentacionit të vendosur në dispozicion nga Drejtoria e Kontrollit, pranë FSDKSH-së, grupi i auditimit ka përzgjedhur dosjet e kontrollit mbi bazë risku të vlerësuar, duke përfshirë në kampion dosje sipas rezultateve të kontrollit (me ose pa detyrime), si dhe në varësi të tipologjisë së kontrollit (kontrolli i plotë me inventarizim dhe kontroll tematik mbi

disponibilitetin e barnave). Gjithashtu, përzgjedhja konsiston në respektim të parimit të proporcionalitetit dhe objektivitetit në shqyrtimin e dosjeve për çdo inspektor kontrolli.

Sa më sipër, u përzgjedhën për auditim dosjet fizike të raporteve të kontrolleve të viteve 01.01.2021-31.12.2022. Nga auditimi i kryer, analizuar rast pas rasti u konstatua se:

1. Subjekti: “M.....” SHPK.

Nipti: J.....F.

Adresë Kryesore: Rruga e Elbasanit, Mjullë Bathore, Nr..., përballë T..., Tiranë.

Lloji i Kontrollit: I plotë me inventarizim.

Viti: 2022.

Grupi i kontrollit: E.J. (Përgjegjëse Grupi), E.H., E.R., A.P., K.P., B.G., F.A.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos-
importuese “M.....”, kanë rezultuar problematikat trajtuar si më poshtë:

- Sipas programit të kontrollit nr. 3186/2 prot., datë 26.05.2022, është përcaktuar periudha, afati, drejtimet e kontrollit si dhe ***bashkangjitur programit është lista e 246 barnave të rimbursueshme për inventarizim***. Është bërë shtesa e programit të kontrollit nr.3186/5 prot., datë 03.06.2022, ku është shtuar afati i kontrollit dhe ***bashkangjitur shtesës së programit është bërë ndryshimi i listës së barnave të rimbursueshme për inventarizim nga 246 në 842 barna***. Nëpërmjet Memos nr. 3186/9 prot., datë 26.07.2022, nga Përgjegjësi Z. E.J., është kërkuar mendim mbi mënyrën se si do të veprohet për inventarizimin e barnave të reja që kanë hyrë në LBR-në e vitit 2021, më datë 01.08.2021. Nëpërmjet Memos nr. 3186/10 prot., datë 26.07.2022, kthim përgjigje mbi Memon nr. 3186/9 prot., datë 26.07.2022, Drejtori i Drejtorisë së Kontrollit Z. Sh.S., shprehet se për listën e barnave të cilat kanë hyrë në LBR-në e vitit 2021, të hiqen nga Akt-Rakordimi i inventarizimit.

Për sa më sipër konstatohet se ky fakt ka të bëjë me veprime jashtë kompetencës së Drejtorit të Kontrollit, në kundërshtim me përcaktimet e Kreut XI të Rregullores Nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, miratuar me Urdhrin nr. 277 datë 06.07.2020 të Drejtorit të Përgjithshëm, sepse lista e barnave për inventarizim është pjesë integrale e programit të kontrollit dhe nuk mund të ndryshohet pa miratimin e Drejtorit të Përgjithshëm.

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondit i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, konkretisht: *Pika 11: Grupi i kontrollit bën fiksimin e numrit të fletë-hyrjeve apo deklaratave doganore për periudhën që do të kontrollohet duke i sigluar dhe vendosur numër 1.2.3... etj, nga mbrapa. Këto të dhëna fiksohen në proces verbal (DU 7) që firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe/apo pronar/administratorin dhe grupi i kontrollit. Grupi i kontrollit nëpërmjet të dhënave të dërguara nga vete depo në mënyrë elektronike në Fond, bën verifikimin e faturave të fletë hyrjeve, si dhe nxjerr sasi të barnave (hyrje) që merren për inventarizim. Sasia e barnave fiksohet në proces verbal (DU 8) i cili firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik (farmacisti i larte) apo pronar/administratori i depon dhe grupi i kontrollit.*

Pika 12: Grupi i kontrollit bën fiksimin e numrit të fletë-daljeve për periudhën që do të kontrollohet duke i sigluar dhe vendosur numër 1.2.3... etj, nga mbrapa. Këto të dhëna fiksohen

në proces verbal (DU 7) që firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe/apo pronar/administratorin dhe grupi i kontrollit. Grupi i kontrollit nëpërmjet të dhënave të dërguara nga vetë depo në mënyrë elektronike në Fond, bën verifikimin e faturave të fletë-daljeve, si dhe nxjerr sasi të e barnave (shitje) që merren për inventarizim.

Sasia e barnave fiksohet në proces verbal (DU 9) i cili firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe/apo pronar/administratori dhe grupi i kontrollit. Në rast se subjekti ka kontestim për sasi të e barnave drejtuesi teknik dhe/apo pronar/administratori i paraqet me shkrim ato.

Nga shqyrtimi i raportit është konstatuar se nga grupi i kontrollit janë njohur padrejtësisht dhe marrë në konsideratë disa fatura të cilat nga ana e subjektit “M.....” SHPK, pretendohen se janë të anuluar, por nuk janë vendosur në dispozicion grupit të kontrollit gjatë fazës së punës në terren.

Tabela nr. 10: “Fatura të njohura për subjektin M..... SHPK”

Lekë

Nr fature	Datë	Subjekti blerës	Statusi i hyrjeve	Vlera
31882	01/07/2019	A..... SHPK	Po	181,679
31863	01/07/2019	A.....SHPK	Po	98,092
31904	02/07/2019	Farmaci E.....K..... Dr	Jo	8,517
33332	08/07/2019	Farmaci M..... Ndroq	Jo	3,370
35295	09/07/2019	A..... H.....SHA	Nuk është në Sistemin e Fondit	15,318
35295	20/07/2019	Farmaci V..... P.....	Jo	24,576
36838	29/07/2019	Farmaci D.....Fier	Jo	33,510
36898	30/07/2019	Farmaci Spitali Kavajë	Nuk është në Sistemin e Fondit	9,750
36995	30/07/2019	Farmaci QSUT	Po	37,740
37618	02/08/2019	Farmaci Spitali Kavajë	Nuk është në Sistemin e Fondit	9,750
38088	06/08/2019	Farmaci B..... Vlorë	Jo	7,478
39617	17/08/2019	Farmaci Spitali Durrës	Jo	57,024
40048	20/08/2019	Farmaci G..... Elb	Jo	7,699
40994	27/08/2019	Farmaci E..... Dr	Po	2,276
41324	28/08/2019	Farmaci Spitali Lezhë	Jo	11,880
41681	30/08/2019	Farmaci Spitali Durrës	Jo	57,024
41790	30/08/2019	G..... K..... (Personel)	Nuk është në Sistemin e Fondit	865
43208	09/09/2019	Farmaci A..... Fier	Jo	(1,479)
43545	11/09/2019	Farmaci N..... Gramsh	Jo	14,629
45487	21/09/2019	Farmaci N..... Fier	Jo	1,374
47711	03/10/2019	Farmaci Spitali QSUT	Jo	74,160
48938	10/10/2019	Farmaci Spitali Pogradec	Nuk është në Sistemin e Fondit	99,304
48933	10/10/2019	Farmaci Spitali Gjirokast	Nuk është në Sistemin e Fondit	68,994
48949	10/10/2019	Farmaci Spitali Durrës	Jo	64,974
49093	11/10/2019	Farmaci Spitali Gjirokast	Jo	69,156
49427	14/10/2019	Farmaci Spitali Dibër	Jo	131,485
49645	15/10/2019	Farmaci Spitali Berat	Jo	42,237
50091	17/10/2019	Farmaci B.....P.....	Jo	6,507
50980	23/10/2019	Farmaci A..... Tr	Jo	4,417
51125	24/10/2019	Farmaci Spital Laç	Jo	18,025
52953	04/11/2019	Farmaci D..... Dr	Jo	8,912
52945	04/11/2019	Farmaci M..... Dr	Jo	33,583
53617	07/11/2019	Farmaci Spital QSUT	Po	206,000
54254	11/11/2019	Farmaci B..... P.....	Jo	3,287
55212	15/11/2019	Farmaci A..... A..... Fier	Jo	1,036
55387	16/11/2019	Farmaci G.....	Jo	6,204
56364	21/11/2019	Farmaci O..... O.....	Jo	13,119
56819	23/11/2019	Farmaci N..... Sr	Jo	2,169
58389	04/12/2019	Farmaci O..... O.....	Jo	14,059
59728	12/12/2019	Farmaci Spitali Shkodër	Jo	76,200
59735	12/12/2019	Farmaci I.....B..... Tr	Jo	7,800
60258	16/12/2019	Farmaci R.....	Jo	25,837
664	07/01/2020	Farmaci Spitali Peshkopi	Jo	18,996
920	08/01/2020	Farmaci D..... Dr	Po	6,418
2277	14/01/2020	Farmaci D..... Fier	Jo	20,353
2810	16/01/2020	Farmaci Spitali Fier	Jo	62,768
5645	31/01/2020	A..... SHPK	Jo	422,357
5646	31/01/2020	A.....SHPK	Jo	77,680
5654	31/01/2020	A..... SHPK	Jo	37,031
5655	31/01/2020	A..... SHPK	Jo	143,941
5659	31/01/2020	A..... SHPK	Jo	744,324
7770	10/02/2020	Farmaci Spitali Durrës	Jo	4,120
8108	11/02/2020	Farmaci N.....P.....VI	Jo	7,834
8984	14/02/2020	M..... B..... (Personel)	Nuk është në Sistemin e Fondit	138
22712	21/04/2020	Farmaci Spitali Berat	Po	135,900
23386	23/04/2020	Farmaci E..... Z..... Lu	Jo	5,649
23660	24/04/2020	E..... J..... (Personel)	Nuk është në Sistemin e Fondit	212
24854	02/05/2020	Farmaci S..... Dr	Nuk është në Sistemin e Fondit	965
25410	06/05/2020	Farmaci E.....	Jo	2,170
26512	12/05/2020	Farmaci G..... Kavajë	Jo	5,246
26602	13/05/2020	D.Durrës-F.....E.....	Jo	6,497
27757	19/05/2020	Farmaci Spitali Kukës	Jo	27,240
28234	21/05/2020	Farmaci K.....A.....Dr	Po	1,797
28669	23/05/2020	Farmaci N..... Sr	Jo	2,186
28690	23/05/2020	Farmaci F..... VI	Jo	9,402
31475	05/06/2020	Farmaci Sarandë	Jo	26,499
50227	07/09/2020	Farmaci F..... Vlora	Jo	12,722
38630	09/07/2020	K..... B..... (Personel)	Nuk është në Sistemin e Fondit	6,518
53787	23/09/2020	Farmaci J..... Lu	Jo	8,355

53981	24/09/2020	Farmacii H..... C.....	Jo	2,186
55640	02/10/2020	Farmacii Spitali Fier	Jo	374,025
Totali				3,732,066

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Veprime këto të cilat janë në kundërshtim me përcaktimet e dispozitave ligjore në fuqi: neni 115 “Ruajtja e dokumenteve tatimore” të ligjit nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar: *“Çdo person i tatuashëm duhet të marrë masa për ruajtjen e faturave të lëshuara nga ai vetë, nga blerësi apo nga marrësi, ose në emër të tij e për llogari të tij nga një i tretë, si edhe të faturave që ka marrë”*; Neni 116 “Afati dhe mënyra e ruajtjes së informacionit” të ligjit nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar: *Periudha, gjatë të cilës personi i tatuashëm duhet të sigurojë ruajtjen e faturave, që lidhen me furnizimet e mallrave apo të shërbimeve, të kryera në territorin e Shqipërisë, si edhe të atyre të marra nga ana e personave të tatuashëm apo jo të tatuashëm, të vendosur në Republikën e Shqipërisë është 5 vite të plota kalendarike, duke filluar nga viti që pason vitin kur lëshohet fatura.*

Në kuptim të pikës 1, të këtij neni, faturat e lëshuara në përputhje me sa përcaktohet në seksionin 5, të këtij ligji, duhet të ruhen në formën origjinale, në të cilën janë dërguar apo vënë në dispozicion, qoftë kjo letër ose elektronike. Përveç kësaj, në rastin e faturave të ruajtura me mjete elektronike, të dhënat, të cilat garantojnë vërtetësinë e origjinës së faturave dhe integritetin e përmbajtjes së tyre duhet të ruhen gjithashtu me mjete elektronike

Neni 20 “Shpenzime të njohura” të ligjit nr. 8438, datë 28.12.1998 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar: *Për përcaktimin e fitimit të tatuashëm në Republikën e Shqipërisë njihen si shpenzime ato që kryhen për qëllime fitimi, sigurimi dhe ruajtje të fitimit, në masën që këto shpenzime provohen dhe dokumentohen nga tatimpaguesi, si dhe kur janë objekt i kufizimeve të specifikuar nga ky ligj. Dokumenti i përdorur si bazë për justifikimin e shpenzimit, për efekt tatimor, është: fatura tatimore me TVSH, fatura e thjeshtë tatimore fatura, e cila është lëshuar në përputhje me legjislacionin në fuqi për faturën dhe sistemin e monitorimit të qarkullimit dhe çdo dokument tjetër i përpiluar dhe lëshuar, në përputhje me udhëzimet e Ministrisë të Financave, në zbatim të legjislacionit tatimor.*

Neni 46 “Dokumentimi dhe mbajtja e të dhënave tatimore për tatimpaguesit, subjekt i TVSH-së ose i tatim-fitimit”, Seksioni I “Detyrimi për dokumentimin dhe mbajtjen e llogarive për qëllime tatimore”, Kreu VI “Mbajtja e të dhënave” të ligjit nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar: *1. Tatimpaguesit, që janë subjekt i TVSH-së ose i tatim-fitimit, për përllogaritjen e detyrimit tatimor, mbajnë regjistrat, dokumentacionin kontabël, librat dhe informacionin financiar, si dhe lëshojnë faturë tatimore, dëftesë tatimore ose kupon tatimor, në përputhje me ligjet e fushës, si dhe aktet nënligjore, të nxjerra në zbatim të tyre.*

2. Tatimpaguesi, subjekt i TVSH-së, regjistron menjëherë të gjitha veprimet financiare dhe përgatit e mban libra e regjistra kontabël, ku regjistrohen:

a) shitjet e përditshme të mallrave ose kryerja e punimeve apo e shërbimeve të tatuashme, përfshirë shumën e secilit veprim dhe shumën e tatimit të ngarkuar;

b) veprimet e përfunduara, por akoma të pafaturuara;

c) veprimet e patatuashme;

ç) pagesat për mallra dhe shërbime, përfshi shumën e secilës blerje apo pagesë, shumën e tatimit të paguar dhe emrin e adresën e furnizuesit.

Neni 48 “Mbajtja dhe ruajtja e dokumenteve të të dhënave tatimore”: *1. Regjistrat, librat dhe informacioni financiar janë dokumente, që përmbajnë informacionin e regjistruar, në mënyrë kronologjike dhe sistematike, të veprimeve tregtare të tatimpaguesit, të cilat mbahen për përcaktimin e shumës së detyrimeve tatimore të këtij tatimpaguesi.*

2. Të dhënat dhe informacioni financiar e kontabël ruhen nga tatimpaguesi, për të paktën 5 vjet, duke filluar nga fundi i vitit tatimor, të cilit i përkasin dokumentet.

3. Tatimpaguesi, për çdo shitje, lëshon faturë tatimore ose kupon tatimor.

Në përfundim grupi i audituesve të Kontrollit të Lartë të Shtetit, konstaton se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë transaksionet të cilat pretendohen nga ana e subjektit “M.....” SHPK, se janë të anuluar, por për të cilat nuk janë vendosur në dispozicion faturat anuluese tatimore sipas dispozitave të legjislacionit fiskal në fuqi, për të cilat është sqaruar më lart. Nga sa më sipër rrjedh se në Depon Importuese “M.....” SHPK, rezulton diferenca në plus (***gjendja fizike e barnave të listës është më e madhe se gjendja kontabël***) në vlerën 3,732,066 lekë, dhe nga FSDKSH nuk është vendosur masë administrative në vlerën ***7,464,132 lekë (3,732,066 lekë x 2)***, sipas përcaktimeve të Nenit 16 të Kontratës “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik M..... SHPK”, ku përcaktohet se: 1. ***“Kur nga verifikimi i gjendjes fizike të barnave të rimbursueshme tek Importuesi rezultojnë diferenca në plus të pajustificuara (gjendja fizike me e madhe se gjendja kontabël), Importuesi paguan kusht penal të barabartë me dyfishin e tepicës së konstatuar.***

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:

Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuar nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, pika 1, 11, 12;

Ligji nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 115 “Ruajtja e dokumenteve tatimore”, neni 116 “Afati dhe mënyra e ruajtjes së informacionit”;

Ligji nr. 8438, datë 28.12.1998 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar, neni 20 “Shpenzime të njohura”;

Ligji nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 46 “Dokumentimi dhe mbajtja e të dhënave tatimore për tatimpaguesit, subjekt i TVSH-së ose i tatim-fitimit”, neni 48 “Mbajtja dhe ruajtja e dokumenteve të të dhënave tatimore”;

Kontrata “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik M.....” SHPK, neni 16;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.St, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.R, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. A.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. F.A, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;
 Znj. K.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;
 Z. B.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

2. Subjekti: “F.....” SHPK.

Nipti: J.....N.

Adresë Kryesore: Rruga "Nikolla Zoraqi", Ndërtesa .., Hyrja 1, Njësia Bashkiake Nr.3, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: I plotë me inventarizim.

Viti: 2022.

Grupi i kontrollit: E.H. (Përgjegjëse Grupi), E.J, B.G, F.A.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos- importuese “F.....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si më poshtë:

Sipas Programit të Kontrollit nr. 7063/1 Prot., datë 07.12.2022, konkretisht sipas listës bashkangjitur të barnave për inventarizim, rezulton se janë përzgjedhur vetëm 11 barna nga 53 barna të miratuara sipas Anekseve nr. 1/1, 1/2, 1/3, 1/4 dhe 1/5 të kontratës të lidhur midis subjektit “F.....” SHPK dhe FSDKSH-së. Nga sa më sipër konstatohet një përzgjedhje e pa analizuar, jo përfaqësuese dhe me një mbulim të vogël, afërsisht 20.76 % të totalit të barnave të rimbursueshme për të cilat është lidhur kontrata. Veprime të cilat janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, konkretisht: *Drejtorja e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor nga Depot Importuese dhe Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të DKPF si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta.*

Nga auditimi i raportit të kontrollit të subjektit “F.....” SHPK, është konstatuar se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë për efekt llogaritje, lista e barnave prej 16 medikamente, në sasinë 4,619 copë, me vlerë 4,995,274 lekë, të cilat pretendohet se u ka kaluar afati i skadencës edhe mbi 1 vit, për të cilat nuk ka një dokument ose proces-verbal të lëshuar nga autoritetet kompetente si dhe nuk është kryer procedura e rregullt për nxjerrjen jashtë përdorimit të tyre, duke mos njoftuar Drejtorin Rajonale Tatimore përkatëse nën juridiksionin të cilës i përket, si dhe duke mos marrë miratim nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, sipas përcaktimeve të pikës 2 “Procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave” të nenit 58 “Rregullat dhe procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave” të Udhëzimit nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë” dhe gjurmës “S” e pikës 3.6 “Shpenzime të panjohura” të Udhëzimit nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar.

Tabela nr. 11: “Barnat të pretenduar të skaduar të subjektit F....., të marra në konsideratë”

Lekë

Përshkrimi	Dt skadencia	Njësia	Sasia	Çmimi	Vlera
Tarka 240/4 mg*28 tab	31/12/2021	Kuti	198	1,364	270,072
Elidel Crème 1 30 gr	31/01/2022	Kuti	115	2,316	266,340
Tarka 180/4 mg*28 tab	31/01/2022	Kuti	1,530	932	1,425,960
Heparin Sodium 25,000UI-5ml	30/04/2022	Kuti	0.5	1,851	926
Pareglin 1mg/500mg*60 film tab	31/01/2022	Kuti	37	297	10,989

Leptica 500mg*50 FCT	30/09/2022	Kuti	44	698	30,712
Verapin 180/2mg*28 tab	31/10/2022	Kuti	317	527	167,059
Verapin Forte 240/4mg*28 tab	31/10/2022	Kuti	104	422	43,888
Deferasirox 125mg*28 tab	28/02/2022	Kuti	5	10,026	50,130
5-Frotu 1,000mg/20ml	22/10/2022	Kuti	521	405	211,005
Meksratu 10mg/0.4ml PFS	16/11/2022	Kuti	1,744	1,441	2,513,104
Apidra 100 N.Nj-3ml*5 pen	31/03/2022	Kuti	0	2,545	509
Solian 400mg*30 tab	30/04/2022	Kuti	1	1,581	1,581
Lantus 100UI/ml-3ml*5 pen	30/06/2022	Kuti	0	4,482	896
Lantus 100UI/ml-3ml*5 pen	30/04/2023	Kuti	0	4,487	897
Faverin 100mg*30 tab	31/08/2021	Kuti	2	603	1,206
Total			4,619		4,995,274

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Për këto barna nga grupi i kontrollit për efekt llogaritje është mbajtur proces-verbali me shkrim dore nr. 2/1, datë 07.12.2022, i pa shoqëruar më evidenca fotografike të mjedisit të veçuar dhe të barnave me mbishkrimin të skaduara, veprime të cilat janë në kundërshtim me përcaktimet e pikës 4 të nenit 13 “Kontrolli nga Fondi” i Kontratës Nr. 4310/2., datë 20.08.2021 “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik “F..... SHPK”, ku përcaktohet se: “Fondi i njeh Importuesit, për efekt të llogaritjeve çdo dokument ose proces verbal të lëshuar nga autoritetet kompetente lidhur me barnat e nxjerra jashtë përdorimit, të dëmtuara, të asgjësuar etj.” Si përfundim, mungesa e kryerjes në kohë dhe të dokumentuar sipas përcaktimeve të kuadrit rregullator tatimor dhe të marrëveshjes kontraktuale për rimbursim në rastin e daljes së barnave jashtë përdorimit, sjell risk në gjendjen e saktë reale inventariale të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së, si dhe në nivelin e rimbursimit të përfituar nga Depo-Importuese “F.....”, dhe gjithashtu riskun e rifutjes në qarkullim të barnave të skaduara me qëllim përfitimin e rimbursimit, por me pasoja në shëndetin e pacientëve.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë: Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, pika 1; Udhëzimi nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, neni 58 “Rregullat dhe procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave”, pika 2 “Procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave”.

Udhëzimi nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi te ardhurat”, i ndryshuar, pika 3.6 “Shpenzime të panjohura”, gërma “S”;

Kontrata nr. 4310/2., datë 20.08.2021 “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik F..... SHPK”, neni 13, pika 4;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjës të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. F.A, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. B.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

3. Subjekti: “R.... F....” SHPK.

Nipti: J.....U.

Adresë Kryesore: Autostrada Tr-Dr, Km 8, (pranë nënkalimit të autostradës), Nr.1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: I plotë me inventarizim.

Viti: 2022.

Grupi i kontrollit: E.H (Përgjegjëse Grupi), E.J, B.G, D.H.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos- importuese “R..... F.....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si më poshtë:

Sipas Programit të Kontrollit nr.7348 prot., datë 21.12.2022, konkretisht sipas listës bashkangjitur të barnave për inventarizim, rezulton se janë përzgjedhur vetëm 55 barna nga 146 barna të miratuara sipas Anekseve nr. 1/1-1/17 të kontratës të lidhur midis subjektit “R.... F....” SHPK dhe FSDKSH-së. Nga sa më sipër konstatohet një përzgjedhje e pa analizuar, jo përfaqësuese dhe me një mbulim të vogël, afërsisht 37.7 % të totalit të barnave të rimbursueshme për të cilat është lidhura kontrata. Veprime të cilat janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, konkretisht: “Drejtorja e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor nga Depot Importuese dhe Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të DKPF si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta.”

Nga auditimi i raportit të kontrollit të subjektit “R.... F....” SHPK, është konstatuar se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë për efekt llogaritje, lista e barnave prej 18 medikamente, në sasinë 12,178 copë, me vlerë 41,999,556 lekë, të cilat pretendohet se u ka kaluar afati i skadencës edhe mbi 1 vit, për të cilat nuk ka një dokument ose proces-verbal të lëshuar nga autoritetet kompetente si dhe nuk është kryer procedura e rregullt për nxjerrjen jashtë përdorimit të tyre, duke mos njoftuar Drejtorin Rajonale Tatimore përkatëse nën juridiksionin të cilës i përket, si dhe duke mos marrë miratim nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, sipas përcaktimeve të pikës 2 “Procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave” të nenit 58 “Rregullat dhe procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave” të Udhëzimit nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë” dhe gjermës “S” e pikës 3.6 “Shpenzime të panjohura” të Udhëzimit nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar.

Tabela nr. 12: “Barnat të pretenduar të skaduar të subjektit F....., të marra në konsideratë”

Lekë

Përshkrimi	Njësia	Sasia	Dt skadencia	Seria	Çmimi	Vlera
Insuman Basal 100IU/ml	PCS	10	31.10.2021	226A	2,432	24,320
Novomix 30 Flexpen 100IU/ml	PCS	8,154	31.08.2022	6Y18	3,782	30,838,428
Novomix 30 Flexpen 100IU/ml	PCS	1,728	31.08.2022	6X47	3,782	6,535,296
Durogesic 25ug/h	PCS	129	31.01.2022	3E00	1,008	130,032
Flixotide Evohaler 125mcg/unit	PCS	52	31.01.2022	CB9N	1,513	78,676
Tedretol CR 200 mg	PCS	35	31.10.2021	DE90	520	18,200
Tobradex	PCS	20	31.12.2022	20FC	178	3,560
Nocutil 0.01mg/actuation (0.1ml)	PCS	10	31.12.2021	290	2,300	23,000
Nocutil 0.01mg/actuation (0.1ml)	PCS	10	31.12.2022	2170	2,300	23,000
Xeplion 75mg	PCS	9	31.10.2021	5900	24,438.08	219,943

Afinitor 10mg	PCS	6	31.05.2022	TC31	436,821	2,620,926
Clopi-Denk 75mg	PCS	4	31.08.2022	4891	457	1,828
Augmentin 312.5mg	PCS	3	31.05.2022	C95F	293	879
Everolimus Mylan 10 MG - tablet	PCS	3	28.02.2022	393A	103,981	311,943
Idacio 40 mg	PCS	2	30.06.2022	6364	34,964	69,928
Ëarfain 1 mg	PCS	1	31.05.2022	9010	279	279
Irbesartan Tab 300 mg 30BL	PCS	1,998	31.08.2021	7080	379	757,242
Trevicta 1x350mg syr	PCS	4	31.08.2021	4500	85,519	342,076
Total		12,178				41,999,556

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Për këto barna nga grupi i kontrollit për efekt llogaritje është mbajtur proces-verbali me shkrim dore nr. 2/1, datë 21.12.2022, i pa shoqëruar më evidenca fotografike të mjedisit të veçuar dhe të barnave me mbishkrimin të skaduara, veprime të cilat janë në kundërshtim me përcaktimet e pikës 4 të nenit 13 “Kontrolli nga FONDI” i Kontratës “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimburohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik “R.... F.... SHPK”, ku përcaktohet se: *Fondi i nje Importuesit, për efekt të llogaritjeve çdo dokument ose proces verbal të lëshuar nga autoritetet kompetente lidhur me barnat e nxjerra jashtë përdorimit, të dëmtuara, të asgjësuara etj.*

Si përfundim, mungesa e kryerjes në kohë dhe të dokumentuar sipas përcaktimeve të kuadrit rregullator tatimor dhe të marrëveshjes kontraktuale për rimbursim në rastin e daljes së barnave jashtë përdorimit, sjell risk në gjendjen e saktë reale inventariale të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së, si dhe në nivelin e rimbursimit të përfituar nga Depo-Importuese “R....F....”, dhe gjithashtu riskun e rifutjes në qarkullim të barnave të skaduara me qëllim përfitimin e rimbursimit, por me pasoja në shëndetin e pacientëve.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos- importuese “F....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë:

Sipas Raport Kontrollit datë 06.01.2023, janë evidentuar diferencat e konstatuara për periudhën 01.05.2022-21.12.2022, konkretisht:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - diferenca në plus në shumën: 0 lekë (01.05.2022-21.12.2022) - diferenca në minus në shumën: 120,558.61 lekë (01.05.2022-21.12.2022) |
|--|

Nga ana e grupit të kontrollit nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal” të kontratës së lidhur me Depon Importuese “R... F....”, ku përcaktohet qartësisht se: **“Kur nga kontrolli rezulton se Importuesi ka dërguar në FOND informacion jo të saktë, ai paguan kusht penal prej 200,000 lekë”.**

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:

Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të FONDIT”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me FONDIN”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuar nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, pika 1; Udhëzimi nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, neni 58 “Rregullat dhe procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave”, pika 2 “Procedura për daljet jashtë përdorimit të mallrave”.

Udhëzimi nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar, pika 3.6 “Shpenzime të panjohura”, gërma “s”;

Kontrata “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimburohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Depon Importuese “R.... F....” SHPK, neni 13, pika 4 dhe neni 16, pika 4;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. B.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. D.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

4. Subjekti: “D.... P....-A....” SHPK.

Nipti: K.....U.

Adresë Kryesore: Kashar-Mëzez Autostrada Tirane-Durrës, Km.3, Zona Kadastrale 2679, Nr.pasurie 19/27/1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave.

Viti: 2022.

Inspektori: B.H (Përgjegjëse Grupi), E.J.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit për verifikimin e disponibilitetin e barnave të depos-importuese “D....P....-A....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë:

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

Sipas Memo “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursueshme në tregun farmaceutik, muaj Mars, viti 2022” nr. 1681/1 prot., datë 05.04.2022 të Drejtorisë së Rimbursimit drejtuar Drejtorisë së Kontrollit, ku janë konstatuar mungesa të barit “Methotrexate 2.5 mg” në farmacitë e rrjetit të hapur. Por nga ana e Drejtorit të Kontrollit nuk është përfshirë për verifikimin e disponibilitetin e tij.

Tabela nr. 13: “Barnat që nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit” Lekë

Kod Bari	Kodi ATC	Principi Aktiv dhe Doza	Forma	Emri Tregtar	Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim	Konsumi Mesatar Mujor	Importuesi
204/36	L01BA01	Methotrexate 2.5 mg	Tablet	Methotrexate Ebewe	Ebewe Pharmaceuticals	21,179	T..... - D.....

Burimi: Drejtorja e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Këto veprime janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondit i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:

Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, pika 1, 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjës të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

5. Subjekti: “C... P.....” SHPK.

Nipti: K.....U.

Adresë Kryesore: Mëzez, Rruga Pavarësia, Ndërtesa Nr.1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: I plotë me inventarizim.

Viti: 2022.

Inspektori: E.M (Përgjegjëse Grupi), B.H, D.H, I.V, S.Ç, B.Sh.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depon-importuese “C.... P....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë:

Sipas Raport Kontrollit nr. 6713/5 prot., datë 07.12.2022, janë evidentuar diferencat e konstatuara për periudhën 01.08.2021-30.04.2022, konkretisht:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- <i>diferenca në plus në shumën: 0 lekë (01.08.2021-30.04.2022)</i>- <i>diferenca në minus në shumën: 118,306.75 lekë (01.08.2021-30.04.2022)</i>- <i>diferenca në plus në shumën: 200,511.66 lekë (01.05.2022-16.11.2022)</i>- <i>diferenca në minus në shumën: 1,018,947.55 lekë (01.05.2022-16.11.2022)</i> |
|--|

Nga ana e grupit të kontrollit nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal” të kontratës së lidhur me Depon Importuese “C... P.....”, ku përcaktohet qartësisht se: **“Kur nga kontrolli rezulton se Importuesi ka dërguar në FOND informacion jo të saktë, ai paguan kusht penal prej 200,000 lekë”.**

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:

Rregullore nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondin i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”;

Kontrata “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Depon Importuese “C.... P.....” SHPK, neni 16, pika 4;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.M, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. D.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. I.V, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.Sh, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. S.Ç, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

6. Subjekti: “M.....” SHPK.

Nipti: J.....F.

Adresë Kryesore: Rruga e Elbasanit, Mjullë Bathore, Nr.4, përballë TEG, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave.

Viti: 2022.

Grupi i kontrollit: E.R (Përgjegjëse Grupi), B.G, D.H.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit për verifikimin e disponibilitetin e barnave të depos-importuese “M.....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë: Sipas Memo nr. 593/1 Prot., datë 08.02.2022 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaj Janar, viti 2022”, ku Drejtorja e Rimbursimit vendos në dijeni Drejtorinë e Kontrollit, por nga e Drejtorit të Kontrollit për këto mungesat, si më poshtë, nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit:

Tabela nr. 14: “Barnat që nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit” Lekë

Kod Bari	Kodi ATC	Principi Aktiv dhe Doza	Forma	Emri Tregtar	Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim	Konsum Mes Mujor	Importuesi
710/96	L01XE33	Palbociclib 125 mg	Capsul	Ibrance	Pfizer		M.....
710/96	L01XE33	Palbociclib 75 mg	Capsul	Ibrance	Pfizer		M.....
710/96	L01XE33	Palbociclib 100 mg	Capsul	Ibrance	Pfizer		M.....

Burimi: Drejtorja e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Këto veprime janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, konkretisht: “Drejtorja e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor nga Depot Importuese dhe

Distributore të barnave, duke u bazuar në planin mujor të DKPF si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta”.

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, konkretisht pika 11 dhe 12.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:
Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;
Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” pika 1, 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.R, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. B.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. D.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

7. Subjekti: “I.....” SHPK.

Nipti: J.....D.

Adresë Kryesore: Ismail Qemali 12/1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave.

Viti: 2022.

Grupi i kontrollit: E.H (Përgjegjëse Grupi), K.P.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit për verifikimin e disponibilitetin e barnave të depos-importuese “I.....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë:

Nga kontrolli i dokumentacionit bashkangjitur rezulton se deklarata doganore nr. 6590, datë 28/01/2022, me anë të së cilës janë bërë importi i 25 copë Nexavar, medikamente mjekësore sipas faturës Nr.8771210380 dhe autorizimi i përdorimit për të pasur të drejt të hedh në treg medikamentin është i datës 03.02.2022. Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat

janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, duke mos dhënë siguri nga kontrolli mbi disponibilitetin ose jo të barit “Nexavar” për muajin janar 2022.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:
Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;
Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” pika 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. K.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

8. Subjekti: “I.....” SHPK.

Nipti: K.....T.

Adresë Kryesore: Vaqarr Zona Kadastrale 2376, Nr.pasurie 103/17-ND dhe 103/17, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave.

Viti: 2021.

Inspektori: E.R (Përgjegjëse Grupi), K.P, B.G.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se, nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:
Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;
Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” pika 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.R, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. K.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. B.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

9. Subjekti: “C.... P....” SHPK.

Nipti: K.....U.

Adresë Kryesore: Mëzez, Rruga Pavarësia, Ndërtesa Nr.1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: I plotë me inventarizim.

Viti: 2021.

Inspektori: A.P (Përgjegjëse Grupi), K.P.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit për verifikimin e disponibilitetin e barnave të depos-importuese “C.... P....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë: Sipas Memo nr. 2167 Prot., datë 09.04.2021 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaj Mars, viti 2021”, ku Drejtoria e Rimbursimit vendos në dijeni Drejtorinë e Kontrollit, por nga e Drejtorit të Kontrollit për këto mungesat, si më poshtë, nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit:

Tabela nr. 15: “Barnat që nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit” Lekë

Kod Bari	Kodi ATC	Principi Aktiv dhe Doza	Forma	Emri Tregtar	Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim	Konsum Mes Mujor	Importuesi
433/341	A07EC02	Mesalazine 500 mg	f.c.tablet	Mesaflor	S.F Group SRL	42,217	C... P....

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Veprime të cilat janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:

Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;

Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” pika 1, 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. A.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. K.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

10. Subjekti: “D.... P....–A....” SHPK.

Nipti: K.....U.

Adresë Kryesore: Kashar-Mëzez Autostrada Tirane-Durrës, Km.3, Zona Kadastrale, Nr.pasurie 19/27/1, Tiranë.

Lloji i Kontrollit: Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave.

Viti: 2021.

Inspektori: E.H (Përgjegjëse Grupi), B.H, E.J.

Drejtor Kontrolli: Sh.S.

Drejtor i Përgjithshëm: A.Ç.

Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit për verifikimin e disponibilitetin e barnave të depos-importuese “D.... P....–A....” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si mëposhtë: Sipas Memo nr. 5650/1 Prot., datë 04.11.2021 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaj Tetor, viti 2021”, ku Drejtoria e Rimbursimit vendos në dijeni Drejtorinë e Kontrollit, por nga e Drejtorit të Kontrollit për këto mungesat, si më poshtë, nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit:

Tabela nr. 16: “Barnat që nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli për verifikimin e disponibilitetit” Lekë

Kod Bari	Kodi ATC	Principi Aktiv dhe Doza	Forma	Emri Tregtar	Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim	Konsum Mes Mujor	Importuesi
433/341	A07EC02	Mesalazine 500 mg	c.tablet	Salmimet	Bilim Ilac Sanayii Ticared	25,150	D.....P.....

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Veprime të cilat janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Nga auditimi i dosjes së kontrollit është konstatuar se nga grupi i kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore si më poshtë:
Rregullore nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”; Kreu I “Drejtor i Përgjithshëm”, Kreu XI “Drejtoria e Kontrollit - Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike”;
Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”, Kapitulli III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” pika 1, 11 dhe 12;

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjës të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/21 prot., datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6 Prot., datë 22.04.2024, nga Z. Sh.S, Z. E.J, Znj. E.H, Znj. A.P, Znj. F.A, Znj. K.P, Z. B.G, Z. D.H, Znj. B.H, Znj. I.V, Znj. B.Sh, Znj. E.M, Z. S.Ç, Inspektorët e Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike në FSDKSH, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimet e subjektit: *Në muajin Janar 2022 nuk ka pasur njoftim nga Drejtoria e Rimbursimit për mungesat e barnave; për muajit Shkurt-prill pretendohet se nuk janë kryer kontrole sepse sektori i kontrollit të depove farmaceutike është angazhuar në kontrollin e farmacive për shkak të kontrollit të një numri të lartë farmacish si pasojë e konsumit të lartë të rimbursimit nga COVID-19, gjithashtu edhe angazhimi në implementimin e sistemit E-Depo. Për muajin qershor nuk ka pasur kontrole sepse për mungesat e barnave të cilat ka dërguar Drejtoria e Rimbursimit, janë verifikuar dhe subjektet kanë dërguar e-mail justifikuese me dokumenta bashkangjitur, prandaj nuk janë kryer kontrole sipas përcaktimeve të nenit 6 të kontratës së vitit 2021. Për muajin gusht nuk janë kryer kontrole sepse ka hyrë në fuqi LBR 2021 dhe sipas nenit 6 të kontratës dypalëshe Fond-Depo Importuese, mund të kryhen kontrole vetëm pas një periudhe 60 ditore. Pretendohet se Drejtoria e Kontrollit nuk ka pasur asnjë indicie për kontroll sepse nuk ka pasur dijeni për ekzistencën e diferencave në inventar tek depot farmaceutike nga asnjë nga drejtoritë përkatëse të cilat përpunojnë të dhënat statistikore. Pretendon se bazuar në pikat e kontratës 2021, nuk mund të planifikojnë kontrole për disponibilitet barnash sepse urdhërat për mungesa barnash bëhen vetëm me indicie nga Drejtoria e Rimbursimit nëpërmjet memove. Ndërsa planifikimi mujor të kontroleve me inventar të depove farmaceutike, pretendohet se bazohen tek konsumi por që varen edhe nga*

problematika të tjera gjatë procesit të punës dhe si indicie kanë përdorur listën e propozuar për kontroll nga KLSH në kontrollin e fundit.

– Në lidhje me subjektin “M.....” Shpk, sqarohet se udhëzimi i Drejtorit të Kontrollit që barnat e reja të futura në LBR-në e vitit 2021, të hiqen nga akt rakordimi i inventarizimit sepse nuk ka informacion mbi gjendjen fillestare të periudhës së mëparshme. Në lidhje me DU7 shprehen se nuk është hartuar nga grupi i kontrollit për shkak të volumit të madh të faturave. Pretendojnë se kanë vepruar konform legjislacionit duke bërë krahasimin e hyrje/daljeve nga sistemi nëpërmjet DIAS, edhe pse nuk janë paraqitur grupit të kontrollit gjatë fazës së punës në terren dhe fazave të mëtejshme audituese, me pretendimin se nuk përbëjnë risk për rimbursimin e Fondit dhe se faturat nuk përmbajnë vetëm barna të rimbursueshme.

– Në lidhje me subjektin “F.....” SHPK, shprehet se për listën e barnave të inventarizuara janë bazuar tek konsumi 1 vjeçar sipas informacionit nga sistemi e-Depo si dhe duke u bazuar tek anekset përkatëse të subjektit, duke përzgjedhur barnat me konsumin më të lartë. Në lidhje me barnat e skaduara pretendon se kanë qenë të vendosur në një mjedis të veçantë dhe të shoqëruara me etiketën përkatëse si dhe pretendon se mbajtja e evidencave fotografike të ambienteve nuk është e përcaktuar në rregulloren dhe detyrat funksionale. Dhe nqs këto barna të skaduara nuk do të ishin marrë në konsideratë në akt rakordim do të rritej vlera e minuseve dhe jo pluseve, pa shkaktuar dëm ekonomik.

– Në lidhje me subjektin “R....F.....” Shpk, shprehet se për listën e barnave të inventarizuara janë bazuar tek konsumi 1 vjeçar sipas informacionit nga sistemi e-Depo si dhe duke u bazuar tek anekset përkatëse të subjektit, duke përzgjedhur barnat me konsumin më të lartë. Në lidhje me barnat e skaduara pretendon se kanë qenë të vendosur në një mjedis të veçantë dhe të shoqëruara me etiketën përkatëse si dhe pretendon se mbajtja e evidencave fotografike të ambienteve nuk është e përcaktuar në rregulloren dhe detyrat funksionale. Dhe nqs këto barna të skaduara nuk do të ishin marrë në konsideratë në akt rakordim do të rritej vlera e minuseve dhe jo pluseve, pa shkaktuar dëm ekonomik.

- Në lidhje me subjektin “D.... P.....-A....” Shpk, shprehet se nuk është vendosur për kontroll medikamenti “Methotrexate 2.5 mg” sepse është justifikuar nga nëpërmjet email të ardhur në fond sipas përcaktimeve të pikës 5 të nenit 6 të Kontratës me Depon. Në lidhje me mos mbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

- Në lidhje me subjektin “C....Ph.....” Shpk, shprehet se nuk është konstatuar asnjë parregullësi në dërgimin e informacionit në Fond të depos, nga kontrolli në vend i ushtruar nga grupi i inspektorëve. Gjithashtu theksohet se pas komunikimeve të rezultateve të kontrollit subjekti sqaron se diferencat në minus vijnë si rezultat i gabimeve njerëzore, ku përfshihen ngatërrimet e dozave për të njëjtin princip bari, dhënia e sasive të barnave të ndryshme nga faturat e subjekteve farmaceutike, mospërputhshmëri të sasive të barnave të ardhura nga importi ose barna të skaduara të cilat nuk janë nënshtruar procesit të asgjësimit. Pra këto parregullësi pasqyrohen në si diferenca në minus dhe nuk përbëjnë gabim në dërgim të informacionit në FOND.

- Në lidhje me subjektin “M.....” Shpk, shprehet se medikamentet “Ibrance”, konkretisht në dozat 75 mg, 700 mg dhe 125 mg, nuk janë përfshirë në urdhër kontrolli sepse janë raportuar si mungesa nga Drejtoria e Rimbursimit në tabelën nr.2, datë 593/1 prot., datë 08.02.2022. Në lidhje me mos mbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

- Në lidhje me subjektin “I.....” Shpk, shprehen se mosmbajtja e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

- Në lidhje me subjektin "I....." Shpk, shprehen se mosmbajtja e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

- Në lidhje me subjektin "C.... P....." Shpk, shprehen se medikamenti "Mesalazine 500 mg" sepse për këtë bar ka email justifikues nga M.....-ja, fotokopje është bashkangjitur këtij observacioni. Në lidhje me mos mbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

- Në lidhje me subjektin "D..... P.....-A....." Shpk, shprehen se medikamenti "Mesalazine 500 mg" sepse për këtë bar ka email justifikues nga M.....-ja, fotokopje është bashkangjitur këtij observacioni. Në lidhje me mos mbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU 9 nuk ka të bëjë me moszbatim të Rregullores Nr.3, pasi këto procesverbale mbahen vetëm për kontrollet me inventarizim.

Qëndrimi i grupit të auditimit: - Në lidhje me pjesën e parë të komenteve të bëra nga subjekti i audituar, Grupi i Auditimit pasi shqyrtoi observacionin tuaj sqaron se argumentet dhe dokumentacioni i sjellë nga ana juaj, janë të njëjta të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit dhe nuk e kundërshton problematikën e konstatuar nga grupi i auditimit, por sqaron arsyet e ndodhjes së parregullsive të konstatuara nga grupi i auditimit, kjo pjesë e observacionit nuk merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin "M....." Shpk për udhëzimin e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit për heqjen nga akt rakordimi i inventarizimit të listës me barnat e reja të futura në LBR-në e 2021, sqarojmë se lista e barnave është pjesë integrale e programit të kontrollit të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm të cilat duhet të kontrolloheshin dhe për të cilat të mbahej akt rakordimi përkatës dhe observacioni i subjektit nuk e kundërshton konstatimin, kjo pjesë e observacionit nuk pranohet. Në lidhje me pretendimet për mos hartimin e DU7 sqarojmë se janë të njëjtat sqarime pa bazë ligjore dhe dokumentacion bashkangjitur observacionit, të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, observacioni nuk pranohet. Nuk pranohet pretendimi për njohjen e transaksioneve pa administruar faturat anuluese tatimore por vetëm me kontroll nga sistemi.

- Në lidhje me observacionin për subjektin "F....." Shpk, sqarojmë se në lidhje me mënyrën e pretenduar të përzgjedhjes së barnave për inventarizim se nuk ka mbështetje nënligjore sipas përcaktimeve Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 "Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin" dhe lë hapësirë për subjektivizëm në përzgjedhje, janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit dhe nuk do të merret në konsideratë kjo pjesë e observacionit. Në lidhje me argumentet e sjella në observacion në lidhje me barnat e pretenduara të skaduara për të cilat nuk është njoftuar Drejtoria Rajonale Tatimore dhe AKBPM, për të kryer asgjësimin sipas procedurës të përcaktuar në dispozitat ligjore në fuqi, si dhe fakti që nuk ka në dosje evidenca fotografike të mjediseve të veçuara dhe të barnave të skaduara por vetëm një procesverbal me shkrim dore, kjo pjesë e observacionit do të merret pjesërisht në konsideratë, duke ju drejtuar FSDKSH me një masë organizative që nëpërmjet SKDF, të kërkojë informacion në rrugë zyrtare në DTM dhe AKBPM, për subjektin "F....." Shpk, në lidhje me nxjerrjen jashtë përdorimit të listës së pretenduar të barnave të skaduara, si dhe të marrë masat e nevojshme për të kryer menjëherë kontroll me inventarizim të plotë në depo, me qëllim saktësimin e situatës së inventarit gjendje të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së.

- Në lidhje me observacionin për subjektin "R..... F....." Shpk, sqarojmë se në lidhje me mënyrën e pretenduar të përzgjedhjes së barnave për inventarizim se nuk ka mbështetje ligjore sipas përcaktimeve Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014 "Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin" dhe lë hapësirë për subjektivizëm në përzgjedhje, janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit

të auditimit dhe nuk do të merret në konsideratë kjo pjesë e observacionit. Në lidhje me argumentet e sjella në observacion në lidhje me barnat e pretenduara të skaduara për të cilat nuk është njoftuar Drejtoria Rajonale Tatimore dhe AKBPM, për të kryer asgjësimin sipas procedurës të përcaktuar në dispozitat ligjore në fuqi, si dhe fakti që nuk kemi në dosje evidenca fotografike të mjediseve të veçuara dhe të barnave të skaduara por vetëm një procesverbal me shkrim dore, kjo pjesë e observacionit do të merret pjesërisht në konsideratë, duke ju drejtuar FSDKSH me një masë organizative që nëpërmjet SKDF, të kërkojë informacion në rrugë zyrtare në DTM dhe AKBPM, për subjektin “R.... F.....” Shpk, në lidhje me nxjerrjen jashtë përdorimit të listës së pretenduar të barnave të skaduara, si dhe të marrë masat e nevojshme për të kryer menjëherë kontroll me inventarizim të plotë në depo, me qëllim saktësimin e situatës së inventarit gjendje të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “D..... P.....-A.....” Shpk, sqarojmë se medikamenti “Methotrexate 2.5 mg”, ka pasur mungesa të vazhdueshme përgjatë disa muajve sipas shkresave të dërguara nga Drejtoria e Rimbursimit, dhe justifikimi i subjektit është formal dhe vetëm për mungesat e një muaji, janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë. Në lidhje me observacionin për mosmbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, pretendimi nuk është i mbështetur me përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit, janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “C..... P.....” Shpk, sqarojmë se diferencat në minus të evidentuara nga grupi i kontrolli në raport kontrolli përbëjnë informacion jo të saktë dhe jo të rakorduar, me informacionin e dërguar në fond dhe sipas sistemit e-depo, observacioni përmban të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “M.....” Shpk, sqarojmë se sqarojmë se medikamenti “Ibrance”, në format dozash 75 mg, 100 mg dhe 125 mg, kanë pasur mungesa të vazhdueshme përgjatë disa muajve sipas shkresave të dërguara nga Drejtoria e Rimbursimit, dhe justifikimi i subjektit është formal dhe vetëm për mungesat e një muaji, janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë. Në lidhje me observacionin për mosmbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, sqarojmë se pretendimi nuk është i mbështetur me bazë dhe përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “I.....” Shpk, për mosmbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, sqarojmë se pretendimi nuk është i mbështetur me bazë dhe përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “I.....” Shpk, për mosmbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, sqarojmë se pretendimi nuk është i mbështetur me bazë dhe përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “C.... P.....” Shpk, sqarojmë se sqarojmë se medikamenti “Mesalazine 500 mg”, ka pasur mungesa të vazhdueshme përgjatë disa muajve sipas shkresave të dërguara nga Drejtoria e Rimbursimit dhe justifikimi i subjektit është formal dhe vetëm për mungesat e një muaji dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në

konsideratë. Në lidhje me observacionin për mosmbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, pretendimi nuk është i mbështetur me bazë dhe përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

- Në lidhje me observacionin për subjektin “D..... P.....-A.....” Shpk, sqarojmë se sqarojmë se medikamenti “Mesalazine 500 mg”, ka pasur mungesa të vazhdueshme përgjatë disa muajve sipas shkresave të dërguara nga Drejtoria e Rimbursimit, dhe justifikimi i subjektit është formal dhe vetëm për mungesat e një muaji dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë. Në lidhje me observacionin për mos mbajtjen e procesverbaleve DU7, DU8, DU9, pretendimi nuk është i mbështetur me bazë dhe përcaktim ligjor eksplicit për të kundërshtuar konstatimin e grupit të auditimit dhe janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me Nr.592/26 Prot dhe datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit Nr.733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me Nr.733/6 Prot., datë 22.04.2024, nga Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtor i Përgjithshëm, ku janë shprehur objeksionet si mëposhtë:

Pretendimet e subjektit: *Shprehet se në të gjitha rastet kontrolleve në depo dhe farmaci janë zbatuar me përgjegjësi kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm, edhe në rastet me problematika siç është subjekti “M.....” Shpk, është kryer konsultimi me auditin e brendshëm përpara miratimit të raportit të kontrollit.*

Qëndrimi i grupit të auditimit: *- Në lidhje me objeksionet e dërguara nga Znj. A.Ç, Grupi i Auditimit pasi shqyrtoi observacionin tuaj sqaron se nuk janë sjellë argumente, bazë ligjore dhe dokumentacion justifikues bashkangjitur për të kundërshtuar problematikat e konstatuara nga grupi i auditimit. Në rastin konkret të Drejtorit të Përgjithshëm, fakti që firmos dhe ka të drejtën e komenteve në fazën e raportit paraprak dhe përfundimtar e bën përgjegjës, sepse rregullorja ju rezervon të drejtën e shprehjes dhe të komenteve për rezultatet e procedurës së kontrollit. Fakt ky që përbën edhe përgjegjësi funksionale të nënpunësit/titullar si person që ka detyrën dhe nënshkruan aktin administrative të organit përkatës të administratës publike sipas përcaktimeve të Kodit të Procedurave Administrative të Republikës së Shqipërisë. Observacioni nuk merret në konsideratë.*

➤ **Spektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike për vitin 2021.**

Spektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor të subjekteve farmaceutike të kontraktuara nga FSDKSH, duke u bazuar në planin vjetor dhe planet mujore të Drejtorisë së Kontrollit, si dhe sipas çështjeve specifike. Veprimtaria e Sektorit bazohet në procedurat e përcaktuara në Rregulloren nr. 3/2014, Kapitulli I “Për kontrollin në farmaci, agjenci farmaceutike me kontratë me FSDKSH”.

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtoria e Përgjithshme, për vitin 2021 nga Spektori i Kontrollit Farmaceutik janë planifikuar për kontroll 17 rajone të cilat janë realizuar në 190 subjekte me kontratë me drejtorinë rajonale, të cilat zënë mbi 50% të shpenzimeve të rimbursimit, sipas tabelës më poshtë:

Tabela nr. 17: “Kontrollet nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike”.

Nr	Farmaci/Agjenci		Nr subjekte kontrolluar	Lloji i kontrollit			Sanksionet		Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjektet e kontrolluara	Totali i subjekteve me kontrate në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRF	Farmaci / Agjenci Totali		Totali	Plot	Tematik	Dëmi Ekonomik	Kushte Penale		
1	Berat	43	14	7	7	Tematik+inventar	82,842	-	37%	33%
2	Fier	51	13	8	5	Tematik+inventar	135,007	-	33%	25%
3	Vlorë	59	10	6	4	Tematik+inventar	227,404	-	30%	17%
4	Durrës	91	16	8	8	Tematik+inventar	60,237	46,000	23%	18%
5	Kukës	12	5	3	2	Tematik+inventar	22,268	-	56%	63%
6	Pogradec	17	6	3	3	Tematik+inventar	30,499	-	45%	35%
7	Tropojë	4	2	2		Tematik+inventar	33,525	-	73%	67%
8	Kamëz Vorë	37	8	8		Tematik+inventar	95,925	-	47%	22%
9	Elbasan	86	17	14	3	Tematik+inventar	571,067	8,000	37%	20%
10	Tiranë	283	36	32	4	Tematik+inventar	769,327	-	39%	11%
11	Dibër	27	5	5	-	Tematik+inventar	194,605	-	50%	19%
12	Gjirokastrë	17	8	4	4	Tematik+inventar	261,915	-	40%	47%
13	Sarandë	13	6	3	3	Tematik+inventar	105,202	-	46%	46%
14	Korçë	43	16	11	5	Tematik+inventar	214,161	-	52%	37%
15	Tiranë		2	2		Tematik+inventar	88,653	-	Detyre Klsh	-
16	Shkodër	63	8	4	4	Tematik+inventar	139,025	-	19%	13%
17	Lezhë	34	10	5	5	Tematik+inventar	135,115	-	38%	29%
18	Lushnja	40	8	4	4	Tematik+inventar	33,787	-	29%	20%
	Total	764	190	129	61		3,200,566	54,000		

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2021, janë kryer kontrole në 17 rajone, janë kontrolluar 190 subjekte (129 të plotë dhe 61 tematik) nga 764 të tillë ose 25%, krahasuar me vitin 2020, ku janë kontrolluar 81 farmaci ose 8.9% e totalit, vërehet një rritje e ndjeshme e kontroleve të tilla dhe janë marrë masat: *Detyrim shpërbllim dëmi në vlerën 3,200,566 lekë për 129 subjekte farmaceutike dhe Kushte penale në vlerën 54,000 lekë për 3 subjekte farmaceutike.*

Gjatë kontroleve të ushtruara në subjektet farmaceutike janë konstatuar shkeljet si më poshtë:
 - Detyrim shpërbllim dëmi është vendosur 3,200,566 lekë për subjektet e kontrolluara. Nga kontrolli me inventar i ushtruar në farmaci gjatë periudhës që kjo kontratë është në fuqi, K/2019 rezultojnë diferenca në plus (gjendja fizike e barnave të listës është më e madhe se gjendja kontabël) për të cilën është rimbursuar, duke tregtuar barna me rimbursim pa dokumentacionin e plotë ligjor dhe janë rimbursuar padrejtësisht edhe për barna që janë gjendje fizike në farmaci, kjo në kundërshtim me detyrimet kontraktuale me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Për shkeljet e konstatuara janë aplikuar sanksione ligjore, ndaj subjekteve përkatëse farmaceutike si dhe janë marrë masa bazuar në nenin 22 të kontratës K/2019 dhe K/2021, ku Farmacia është e detyruar të kthejë dyfishin e shumës së konstatuar.
 - Kushtet penale janë vendosur kur janë konstatuar mangësi në plotësimin e dokumentacionit, kryesisht të librit të regjistrimit të faturave të bazave grosiste fatura të pa regjistruara brenda afateve të përcaktuara në kontratë (kur fletëdaljet janë gjendje në Farmaci, por nuk janë të regjistruara në regjister brenda kohës së 5 ditëve nga data e lëshimit, vendoset gjobë në masën 2,000 lekë për çdo faturë (fletëdalje), në total 54,000 lekë në dy raste.

Nga auditimi i informacioneve dhe të dhënave të vendosur në dispozicion nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike, është konstatuar se programet e kontrollit nuk kanë përfshirë për kontroll farmacitë me vlerat më të larta të rimbursimit për vitin 2020. Në vlerësimin e rimbursimit të përfituar në disa raste merret si referencë për t’u kryer përzgjedhja **konsumi 4 mujor në disa raste 6 mujor dhe në disa raste konsumi vjetor i kaluar, pa pasur një metodologji mbi mënyrën e kryerjes së përzgjedhjes.**

Gjithashtu konstatohet se përgjatë vitit 2021 **nuk janë realizuar kontrole në disa subjekte të cilat kanë përfituar rimbursim përgjatë vitit 2020 në baza mujore të barabartë ose më të lartë se 2 milion lekë.** Mosrealizimi i kontroleve në këto subjekte, si dhe në subjektet të cilat paraqiten në vlerat më të larta për rimbursim sipas rajoneve ku është përcaktuar kontrolli përgjatë vitit 2021, është në kundërshtim me kërkesat e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014,

Kapitulli I, pika 1 dhe 2 të cilat përcaktojnë: “Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik pranë Fondit, kontrollojnë përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor nga subjektet farmaceutike të kontraktuara nga Fondi, si më poshtë: - Kontrollin e të gjitha subjekteve farmaceutike të kontraktuara me Fondin, me vlerë mesatare rimbursimi në muaj të barabartë ose më të lartë se 2,000,000 lekë”.

Sa i përket diferencave në minus të dala nga inventarizimi i kryer nga ana e Drejtorisë së Kontrollit në FSDKSH për subjektet farmaceutike, konstatohet se vijnë si rezultat i mos tërheqjes së recetave pa rimbursim apo shitja e barnave pa faturë nga ana e farmacisë. Bazuar në rekomandimet e mëparshme të KLSH-së, nga ana e DK është njoftuar Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve me shkresat nr. 2119 Prot, datë 08.04.2021 dhe nr. 6114 Prot, datë 17.11.2021, ku janë dërguar në formë tabelare të gjitha kontrollet e ushtruara në subjektet farmaceutike me kontratë me FSDKSH për periudhat përkatëse si dhe diferencat në minus.

Nga auditimi me përzgjedhje i dosjeve të kontrollit farmaceutik me rimbursimin më të lartë, rezultoi sipas tabelës më poshtë:

Tabela nr. 18: “Rezultatet e dosjeve të përzgjedhura për kontroll të farmacive me rimbursim më të lartë” lekë

Subjekti	Rajoni	Grupi i Kontrollit	Lloji i kontrollit	Periudha	Afati	Dëm Ekonomik	Dif (-) F/2019	Dif (-) F/2021	Kusht Penale	Gjoha	Zgjidhje Kontrate
M.....	Tiranë	B.H E.M	I plotë	01/07/2019- 07/06/2021	07/06/2021- 14/06/2021	109,706	3,652,021				
B.... P.....	Tiranë	I.V Dh.G	I plotë	01/07/2019- 07/06/2021	07/06/2021- 14/06/2021	117,436	2,823,238				
G.... L.....	Tiranë	E.U F.A	I plotë	01/07/2019- 07/06/2021	07/06/2021- 14/06/2021	8,325	444,318				
G....	Elbasan	B.H E.M	I plotë	01/07/2019- 20/05/2021	20/05/2021- 01/06/2021	41,990	894,198				
J.....	Durrës	B.H E.M	I plotë	01/07/2019- 23/02/2021	23/02/2021- 02/03/2021	2,271	882,667		44,000		

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga auditimi i dosjeve të kontrollit të administruara është konstatuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme, në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014, ku citohet: *Recetat pa rimbursim që janë gjendje në farmaci/agjenci për periudhën nën kontroll, tërhiqen nga grupi i kontrollit, duke i sigluar dhe vendosur numër 1.2.3... etj, nga mbrapa. Numri total i tyre fiksohet tek (DU4). Nga këto receta nxirren sasi të barnave (konsumin) që merren për inventarizim. Sasia e barnave fiksohet (DU6) i cili firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe grupi i kontrollit. Në qoftë së farmacia/agjencia nuk disponon receta pa rimbursim, farmacia/agjencia shënon në (DU4) “Gjatë periudhës nën kontroll nuk kam receta pa rimbursim për barnat e listës së rimbursueshme.*

Nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasi të barnave nga recetat pa rimbursim. Mosevidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Një mangësi e tillë rrezikon ekzistencën e diferencave në plus në inventarizim, të cilat janë objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës, referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.M, në cilësinë e Përgjegjës të Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. I.V, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. Dh.G, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.U, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. F.A, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

-Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie farmaceutike viti 2022:

Sektori i kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor të subjekteve farmaceutike të kontraktuara nga FSDKSH, duke u bazuar në planin vjetor dhe planet mujore të Drejtorisë së Kontrollit si dhe sipas çështjeve specifike. Veprimtaria e Sektorit bazohet në procedurat e përcaktuara në Rregulloren nr. 3/2014, Kapitulli I “Për kontrollin në farmaci, agjenci farmaceutike me kontratë me FSDKSH”.

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm, për vitin 2022 nga Sektori i Kontrollit Farmaceutik janë planifikuar për kontroll 17 rajone, nga të cilat nuk janë kryer kontrole në 2 rajone, DRF Gjirokastër dhe Sarandë, si dhe është kryer kontroll në QSUT. Sektori i kontrollit të farmacive dhe agjencie farmaceutike, për periudhën Janar-Dhjetor 2022, ka ushtruar kontrole në 165 subjekte me kontratë me drejtorinë rajonale, sipas tabelës më poshtë:

Tabela: nr. 19 “Kontrollet planifikuara dhe realizuara nga SKF”

Nr	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekteve të kontrolluara			Lloji i kontrollit	Sanksionet		Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin në subjektet e kontrolluara	Totali i subjekteve me kontrate në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRF	Farmaci / Agjenci Totali	Totali	Plotë	Tematik		Dëmi ekonomik	Kushte penale		
1	Durrës	90	17	13	4	Tematik+ inventar	404,184	92,000	37%	19%
2	Kamëz Vorë	38	11	7	4	Tematik+ inventar	347,549	-	44%	29%
3	Fier	56	11	7	4	Tematik+ inventar	72,305	-	47%	20%
4	Tiranë	282	28	24	4	Tematik+ inventar	1,082,159	38,700	38%	10%
5	Berat	39	12	8	4	Tematik+ inventar	137,771	10,000	39%	31%
6	Vlorë	54	10	5	5	Tematik+ inventar	65,837	-	24%	19%
7	Elbasan	82	12	8	4	Tematik+ inventar	236,970	-	25%	15%
8	Kukës	9	5	4	1	Tematik+ inventar	16,540	-	68%	56%
9	Tropojë	4	2	2	-	Tematik+ inventar	12,677	-	78%	50%
10	Pogradec	19	4	4	-	Tematik+ inventar	30,448	14,000	56%	21%
11	Dibër	23	10	5	5	Tematik+ inventar	142,589	-	52%	43%
12	Korçë	40	11	8	3	Tematik+ inventar	139,698	-	50%	28%
13	Shkodër	62	12	8	4	Tematik+ inventar	117,615	-	30%	19%
14	Lezhë	34	10	5	5	Tematik+ inventar	55,745	-	36%	29%
15	Lushnjë	40	10	5	5	Tematik+ inventar	23,201	2,000	29%	25%
16	Gjirokastër	17	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Sarandë	13	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTALI	902	165	113	52	-	2,885,288	156,700		

Burimi i të dhënave: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit të KLSH

Për periudhën Janar – Dhjetor 2022, janë kontrolluar 165 (113 të plotë dhe 52 tematik) subjekte dhe janë marrë masat: *Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 2,885,290 lekë për 113 subjekte farmaceutike dhe Kushte penale në vlerën 156,700 lekë për 6 subjekte farmaceutike.*

Gjatë kontrolleve të ushtruara në subjektet farmaceutike janë konstatuar shkeljet si më poshtë:
 - Detyrim shpërblim dëmi është vendosur 2,885,290 lekë për subjektet kur nga kontrolli me inventar i ushtruar në farmaci gjatë periudhës që kjo kontratë është në fuqi, K/2021, rezultojnë diferenca në plus (gjendja fizike e barnave të listës është më e madhe se gjendja kontabël) për të cilën është rimbursuar, te cilat kanë bërë tregtimin e barnave me rimbursim pa

dokumentacionin e plotë ligjor, duke u rimbursuar padrejtësisht edhe për barna që janë gjendje fizike në farmaci, në kundërshtim me detyrimet kontraktuale me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për shkeljet e konstatuara janë dhe aplikuar sanksione ligjore ndaj subjekteve përkatëse farmaceutike, janë marrë masa bazuar në nenin 22 të kontratës K/2019 dhe K/2021 ku Farmacia është e detyruar të kthejë dyfishin e shumës së konstatuar.

- Gjjobat dhe kushtet penale janë vendosur kur janë konstatuar mangësi në plotësimin e dokumentacionit, kryesisht të librit të regjistrimit të faturave të bazave grosiste fatura të pa rregjistruara brenda afateve të përcaktuara në kontratë (Kur fletëdaljet janë gjendje në Farmaci, por nuk janë të regjistruara në regjister brenda kohës së 5 ditëve nga data e lëshimit, vendoset gjobë në masën 2000 lekë për çdo faturë (fletëdalje), në total 156,700 lekë.

Nga auditimi i informacioneve dhe të dhënave të vendosur në dispozicion nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjensive Farmaceutike, është konstatuar se programet e kontrollit nuk kanë përfshirë për kontroll farmacitë me vlerat më të larta të rimbursimit për vitin 2021. Në vlerësimin e rimbursimit të përfituar në disa raste merret si referencë për t'u kryer përzgjedhja **konsumi 4 mujor në disa raste 6 mujor dhe në disa raste konsumi vjetor i kaluar, pa pasur një metodologji mbi mënyrën e kryerjes së përzgjedhjes.**

Gjithashtu konstatohet se përgjatë vitit 2022 **nuk janë realizuar kontrole në disa subjekte të cilat kanë përfituar rimbursim përgjatë vitit 2021 në baza mujore të barabartë ose më të lartë se 2 milion lekë.**

Mosrealizimi i kontroleve në këto subjekte si dhe në subjektet të cilat paraqiten në vlerat më të larta për rimbursim sipas rajoneve ku është përcaktuar kontrolli përgjatë vitit 2022, nuk është në përputhje me kërkesat e Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014, Kapitulli I, pika 1 dhe 2

Sa i përket diferencave në minus të dala nga inventarizimi i kryer nga ana e Drejtorisë së Kontrollit në FSDKSH për subjektet farmaceutike, vijnë si rezultat i mos tërheqjes së recetave pa rimbursim apo shitja e barnave pa faturë nga ana e farmacisë. Bazuar në rekomandimet e mëparshme të KLSH-së, nga ana e DK është njoftuar Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve me shkresën nr. 7313 prot., datë 19.12.2022, ku janë dërguar në formë tabelare të gjitha kontrollet e ushtruara në subjektet farmaceutike me kontratë me FSDKSH për periudhat përkatëse si dhe diferencat në minus.

Nga auditimi me përzgjedhje i dosjeve të kontrollit farmaceutik me rimbursimin më të lartë, rezultoi sipas tabelës më poshtë:

Tabela nr. 20: “Rezultatet e dosjeve të përzgjedhura për kontroll të farmacive me rimbursim më të lartë” lekë

Subjekti	Rajoni	Grupi i Kontrollit	Lloji i kontrollit	Periudha	Afati	Dëm Ekonomik	Dif (-) F/2019	Dif (-) F/2021	Kushte Penale	Gjoba	Zgjidhje Kontrate
J.....	Tiranë	E.R M.K	I plotë	01/07/2019-06/04/2022	06/04/2022-20/04/2022	30,236	261,919	179,837			
N.....	Tiranë	B.H E.M	I plotë	01/07/2019-06/04/2022	06/04/2022-20/04/2022	63,694	176,425	505,630			
K....F....	Tiranë	E.H D.H E.J	I plotë	01/07/2019-06/04/2022	06/04/2022-20/04/2022	14,918	205,567	444,116			
F.....	Vlorë	B.H E.M	I plotë	01/07/2019-31/05/2022	31/05/2022-07/06/2022	23,490	1,128,777	1,889,210			
B.....	Shkodër	I.V S.C	I plotë	01/08/2021-03/11/2022	03/11/2022-11/11/2022	18,722		821,909			

Burimi: Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga grupi i auditimit janë shqyrtuar praktikat fizike të dosjeve të kontrollit dhe konkretisht janë marrë me përzgjedhje disa kode bari (kryesisht ato me vlerën më të lartë të rimbursimit), ku janë kryer verifikimet lidhur me gjendjen e inventarit në fillim, hyrjet gjatë periudhës, konsumit të barnave sipas recetave të rimbursuar dhe ato gjendje në farmaci dhe nuk kanë rezultuar diferenca ndryshe nga ato të konstatuara nga ana e inspektimit të Sektorit Farmaceutik.

Nga auditimi i dosjeve të kontrollit të administruara është konstatuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014, ku citohet: Recetat pa rimbursim që janë gjendje në farmaci/agjenci për periudhën nën kontroll, tërhiqen nga grupi i kontrollit, duke i sigluar dhe vendosur numër 1.2.3... etj, nga mbrapa. Numri total i tyre fiksohet tek (DU4). Nga këto receta nxirren sasitë e barnave (konsumin) që merren për inventarizim. Sasia e barnave fiksohet (DU6) i cili firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe grupi i kontrollit. Në qoftë së farmacia/agjencia nuk disponon receta pa rimbursim, farmacia/agjencia shënon në (DU4) “Gjatë periudhës nën kontroll nuk kam receta pa rimbursim për barnat e listës së rimbursueshme.

Nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasitë e barnave nga recetat pa rimbursim. Mos evidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Në rast se do të merrej në konsideratë efekti i këtyre daljeve do të ekzistonin diferenca në plus në inventarizim, të cilat do të ishin objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Znj. A.Ç, në cilësinë e ish Drejtorit i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. Sh.S, në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.M, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.R, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. M.K, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. B.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. E.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. E.J, në cilësinë e Përgjegjësit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. D.H, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Znj. I.V, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Z. S.Ç, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;

Nga auditimi me përzgjedhje i dosjeve të kontrollit farmaceutik me rimbursimin më të lartë në DRF Tiranë për vitet 2021 dhe 2022, rezultoi sipas tabelës më poshtë:

Tabela nr. 21: “Rezultatet e dosjeve të përzgjedhura për kontroll të farmacive me rimbursim më të lartë, DRF Tiranë”

Subjekti	Viti	Rajoni	Grupi i Kontrollit	Lloji i kontrollit	Periudha	Afati	Dëm Ekonomik	Dif (-) F/2019	Dif (-) F/2021	Kushte Penale	Gjoha	Zgjidhje Kontrate
A....	2021	Tiranë	E.I H.S	I plotë	20.05.2020- 20.05.2021	20.05.2021- 24.05.2021	33,734	332,425				
M....	2021	Tiranë	A. A.D	I plotë	10.03.2020- 18.01.2021	18.01.2021- 21.01.2021	5,348	139,428				
T....	2021	Tiranë	E.P A.K	I plotë	05.06.2019- 23.02.2021	23.02.2021- 25.02.2021	48,564	224,171				

W... P....	2022	Tiranë	K.B R.S	I plotë	15.12.2022- 20.01.2022	20.01.2022- 24.01.2022	4,238	36,590	18,528		
G.....	2022	Tiranë	H.S V.M	I plotë	22.06.2021- 09.05.2022	09.05.2022- 11.05.2022	4,452	7,655	571,021		
E...F.....	2022	Tiranë	E.I.E.H	I plotë	22.06.2021- 05.07.2022	05.07.2022- 07.07.2022	38,124	157,835	1,035,993		

Burimi i të dhënave: DRF Tiranë, përpunoi Grupi i auditimit KLSH.

Nga auditimi i dosjeve të kontrollit të administruara është konstatuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014, ku citohet: *“Recetat pa rimbursim që janë gjendje në farmaci/agjenci për periudhën nën kontroll, tërhiqen nga grupi i kontrollit, duke i sigluar dhe vendosur numër 1.2.3... etj, nga mbrapa. Numri total i tyre fiksohet tek (DU4). Nga këto receta nxirren sasitë e barnave (konsumin) që merren për inventarizim. Sasia e barnave fiksohet (DU6) i cili firmoset dhe vuloset nga drejtuesi teknik dhe grupi i kontrollit. Në qoftë se farmacia/agjencia nuk disponon receta pa rimbursim, farmacia/agjencia shënon në (DU4) “Gjatë periudhës nën kontroll nuk kam receta pa rimbursim për barnat e listës së rimbursueshme.*

Nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasitë e barnave nga recetat pa rimbursim. Mos evidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Në rast se do të merrej në konsideratë efekti i këtyre daljeve do të verifikohesh në se ekzistonin diferenca në plus në inventarizim, të cilat do të ishin objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

Personat që mbajnë përgjegjësi për veprimet dhe mosveprimet e tyre:

Z. R.S, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Znj. H.S, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Znj. E.P, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Znj. A.K, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Znj. A.L, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Z. A.D, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Z. K.B, në cilësinë e Specialistit/ Përgjegjës të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Z. V.M, në cilësinë e Specialistit/ Përgjegjës të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Z. E.I, në cilësinë e Specialistit/Përgjegjës të Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
 Znj. J.Ç, në cilësinë e Drejtorit i DRF Tiranë;
 Znj. E.K, në cilësinë e ish Drejtorit i DRF Tiranë;

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/20 Prot dhe datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6 Prot., datë 22.04.2024, nga Z. Sh.S, Znj. E.M, Znj. M.K, Z. D.H, Znj. I.V, Z. S.Ç, Znj. B.Sh, Znj. M.L, Z. E.J, Znj. E.H, Znj. A.P, Znj. F.A, Z. B.G, Znj. B.H, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimet e subjektit: - *Pretendohet se është bërë kontrolli i të gjitha farmacive me konsum mesatar mujore mbi 2 milion lekë dhe se vlerësimet mbi përzgjedhjen e subjekteve janë bërë duke u bazuar tek konsumi referencë duke qënë se mungon një metodologji fikse mbi referimin e konsumit referencë jemi munduar të marrim sa më shumë informacione mbi periudhën kur kryhet kontrolli dhe propozimet në draft rregulloren janë bërë për minimumi konsum 4 mujor. - Në lidhje me recetat pa rimbursim sqarojnë se nuk ka efekt në krijimin e plus vlerave dhe se efekti i gjetjes se këtyre recetave thjesht justifikon shitjen e barnave të rimbursueshme, por nuk*

ka ndikim financiar në lidhje me rimbursimin pasi Fondi nuk rimbursion shitjen e barnave me lek në dorë. Në momentin e inventarizimit fiksohet gjendja e barnave që janë gjendje në subjekt, e cila shërben si gjendje fillestare në momentin e inventarizimit pasardhës. Mos evidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim nuk ndikon në mbajtjen e saktë të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe nuk ka efekt pozitiv në krijimin e diferencave në plus.

Qëndrimi i grupit të auditimit: - Në lidhje me pjesën e parë të komenteve të bëra nga subjekti i audituar, Grupi i Auditimit pasi shqyrtoi observacionin Tuaj sqaron se argumentet e sjella nga ana juaj nuk e kundërshtojnë problematikën e konstatuar nga grupi i auditimit por sqaron arsyet e ndodhjes së tyre, prandaj kjo pjesë e observacionit nuk merret në konsideratë. - Sqarojmë se mosevidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Në rast se do të merrej në konsideratë efekti i këtyre daljeve do të ekzistonin diferenca në plus në inventarizim, të cilat do të ishin objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021, gjithashtu sqarojmë se janë të njëjtat argumente të dërguara në fazën e projekt raportit të auditimit, pa sjellë fakte të reja, kjo pjesë e observacionit nuk do të merret në konsideratë.

➤ **Mbi veprimtarinë e Sektorit të Kontrollit Spitalor dhe Parësor**

Spektori Spitalor

Nga auditimi, rezulton se plani vjetor 2021 është miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm me shkresën nr. 9089/3 prot., datë 31.12.2020, në total 12 kontrole në spitale nga të cilat janë realizuar vetëm 9 kontrole të plota ose 75%. Kështu, nuk janë arritur të mbulohe me kontroll të gjitha rajonet e planifikuara sipas Planit Vjetor 2021, konkretisht Drejtoria e Shërbimit Spitalor Shkodër dhe dy DSHS, Kukës dhe QSUT.

Gjatë kontrolleve grupet e kontrollit kanë konstatuar shkelje lidhur me moszbatimin e detyrave të lëna, mangësi në administrimin dhe plotësimin e dokumentacionit mjekësor, skadencia të barnave, mangësi në zbatimin e Udhëzimit nr.30, datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”. Për mangësitë e rezultuara nga kontrolli, janë rekomanduar për spitalet masat organizative, administrative (gjoba), detyrim shpërblim dëmi dhe kushte penale (shkelje e detyrimeve kontraktuale), si në vijim:

Shkeljet e konstatuara për vitin 2021 nga ana e Sektorit të Kontrollit Spitalor janë:

- Masa detyrim shpërblim dëmi në vlerën 2,076,091 lekë,
- Kushte penale në vlerën 1,095,500 lekë,
- Masa organizative 160 masa,
- Masa Disiplinore 4,
- Masa administrative 1.

Për vitin 2022, veprimtaria e sektorit është mbështetur në Planin vjetor të kontrollit, miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm me shkresën nr. 6880/3 prot., datë 31.12.2021, ku është përcaktuar emërtimi i spitaleve që kontrollohen sipas muajve dhe llojet e kontrolleve të plota ose tematike. Referuar Planit vjetor, rezulton se janë planifikuar për kontroll 16 spitale, nga të cilat 3 universitare (SU), 5 rajonale (SR) dhe 8 bashkiake (SB), si dhe janë evaduar 21 kontrole në spitale nga të cilat 3 SU; 7 SR dhe 11 SB, si dhe kontrolli i laboratorëve në 4 spitale. Sipas Rregullores pjesë e planit vjetor duhet të ishin 16 spitalet Universitare dhe Rajonale, si dhe 13 spitale bashkiake.

Pra nuk janë mbuluar me auditim gjithë spitalet në kundërshtim me kërkesat e Rregullores nr. 3/2014, Kapitulli IV, pika 4, ku citohet se: “Ky kontroll ushtrohet jo më pak se 1 (një) herë në vit në spitalet universitare dhe spitalet rajonale, dhe jo më pak se 1 herë në 2(dy) vjet në spitalet bashkiakë. Kontrolli përfshin të gjithë aktivitetin spitalor për përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, ligjore dhe nën-ligjore.”

Pjesë e planit vjetor duhet të ishin spitalet SU “Nënë Tereza”, si dhe SR Dibër, Shkodër, Durrës, Gjirokastrë, Kukës dhe Elbasan.

Gjithashtu, në planin vjetor, nuk ishin planifikuar, por që janë realizuar kontrollet në spitalet bashkiake Has, Krujë, Kavajë, si dhe Laboratorët (Berat, Shkodër, Lezhë dhe SU “Shefqet Ndroqi”), ku me miratim të Drejtorit të Përgjithshëm, është kryer vetëm ndryshimi “hequr nga plani i kontrollit Spitali Sarandë dhe është shtuar Spitali Kavajë dhe Krujë”. Ndryshimet në planin e kontroleve të pa miratuara nga Drejtoria e Përgjithshme, janë në kundërshtim me kërkesat e Rregullores nr. 3/2014, kapitulli IV, pika 5 ku citohet se: *Plani vjetor mund të ndryshojë me propozim të argumentuar nga Drejtoria e Drejtorisë me miratim të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit.*

Shkeljet e konstatuara për vitin 2022 janë:

- Masa detyrim shpërblim dëmi në vlerën 1,334,899 lekë;
- Kushte penale në vlerën 495,000 lekë;
- Masa organizative 204 masa;
- Masa Disiplinore 15;
- Masa administrative 3 paga.

Për më tepër trajtuar në pikën II.2, Drejtoria e Shërbimit Spitalor Universitar, duke qenë se nga kjo Drejtoria realizohet një pjesë e konsiderueshme e rimbursimit , konkretisht për vitin 2021 rreth 27% dhe për vitin 2022 rreth 28%.

Spektori i Kontrollit Parësor

Detyrat e SKP janë përcaktuar në Rregulloren nr. 2, datë 26.07.2020 “Mbi organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës në FSDKSH”, Kapitulli XI “Spektori i Kontrollit Parësor” si dhe Rregulloren nr. 3/2014, Kapitulli II, ku janë përcaktuar detyrat bazë, ku në lidhje me rimbursimin mund të përmendim:

- Kontrollon planifikimin, dhe zbatueshmërinë e planit të rimbursimit.
- Kontrollon aktivitetin e të gjithë mjekeve të QSH te cilët kanë vlerën e recetave të rimbursuara me të lartë se 1,000,000 lekë në muaj.

Viti 2021

Për vitin 2021, FSDKSH, ka lidhur kontrata me 407 Qendra Shëndetësore, 1518 MPF dhe 335 MS, 6 Qendra Specialitetesh dhe 49 Spitale (Universitare, Rajonal, Bashkiak, Privat).

Me shkresën nr. 9089/3, datë 31.12.2020 është miratuar nga Drejtoria e Përgjithshme “Plani vjetor i punës” në të cilin janë parashikuar kontrolle në subjektet e mësipërme të kontraktuara me Fondin, të cilat janë objekt kontrolli i kësaj drejtorie nga Spektori i Kontrollit Parësor dhe Spektori Spitalor.

Për vitin 2021 nga Spektori i Kontrollit Parësor janë planifikuar për kontroll dhe realizuar kontrollet në rajonet si më poshtë vijon:

Tabela nr. 22: “Planifikimi dhe realizimi i kontroleve nga Spektori i Kontrollit Parësor”

Numri	Drejtoritë Rajonale të Fondit	Planifikuar	Realizuar
1	Kamëz Vore	Po	Po
2	Durrës	Po	Po
3	Berat	Po	Po
4	Gjirokastrë	Po	Po
5	Pogradec	Po	Po
6	Elbasan	Po	Po
7	Tiranë	Po	Po
8	Kukës	Po	Jo
9	Lushnje	Jo	Po
10	Korçë	Po	Po
11	Fier	Po	Po
12	Dibër	Po	Po
13	Lezhë	Po	Jo
14	Vlorë	Po	Po
15	Shkodër	Po	Po

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Nga Sektori i Kontrollit Parësor, për vitin 2021, nga 15 DRF të planifikuara për kontroll janë realizuar 13 ose 87 %, konkretisht nuk janë kontrolluar qendrat shëndetësore dhe mjekët me kontratë me Drejtoritë Rajonale të Fondit Lezhë dhe Kukës.

Tabela nr. 23: “Kontrollet në qendrat shëndetësore sipas secilit rajon të ushtruara nga SKP”

Nr	Rajoni	Periudha		QSH	Drejtor	MPF	Gj	K.P	D.E	Dëm Ekonomik	Kusht penal	Gjoha
1	K.Vora	13/01/2021	29/01/2021	5	5	21	12		8	46,300		38,000
2	Durrës	01/02/2021	19/02/2021	13	13	29	6		18	73,232		19,000
3	Berat	22/02/2021	13/03/2021	12	12	25	6	2	14	68,952	10,000	18,000
4	Gjirokastrë	16/03/2021	02/04/2021	10	10	19	7		3	13,918		21,000
5	Pogradec	12/04/2021	23/04/2021	5	5	14	7		4	17,024		22,000
6	Elbasan	04/05/2021	25/05/2021	16	16	28	9		10	44,959		29,000
7	Tirana	07/06/2021	02/07/2021	10	10	40	15		22	117,165		47,000
8	Lushnje	26/07/2021	30/07/2021	4	4	10	4	1	4	23,155	5,000	13,000
9	Korçë	13/09/2021	01/10/2021	11	11	25	7		15	61,749		21,000
10	Fier	04/10/2021	22/10/2021	12	12	27	5		13	63,834		15,000
11	Dibër	02/11/2021	12/11/2021	10	10	14	7		10	66,858		21,000
12	Vlorë	22/11/2021	10/12/2021	8	8	25	9		11	51,789		29,000
13	Shkodër	13/12/2021	24/12/2021	6	6	20	5		11	107,712		17,000
				122	122	297	99	3	143	756,647	15,000	310,000

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Konstatohet se përqindja e qendrave shëndetësore dhe mjekëve të kontrolluar në raport me totalin për vitin 2021, paraqitet si në vijim:

- niveli më i ulët i QSH të kontrolluara paraqitet në Shkodër me 18% dhe niveli më i lartë në Kamëz-Vorë dhe Pogradec me 63%.
- niveli më i ulët i mjekëve të kontrolluara paraqitet në Durrës me 18% dhe niveli më i lartë në Berat me 40%.

Nga auditimi u konstatua se nga SKP nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 60 mjekë, të cilat kanë realizuar vlerë mesatare rimbursimi mbi 1 milion lekë në muaj, në kundërshtim me përcaktimin në Rregulloren nr. 3/2014, Kapitulli II, pika 3/VI ku citohet se: *Grupi i Kontrollit ushtron kontrollin duke u bazuar në detyrimet e përcaktuara në kontratën mes DRF-Qendër Shëndetësore... Kontrollon aktivitetin e të gjithë mjekëve të QSH të cilët kanë vlerën e recetave të rimbursuara më të lartë se 1.000.000 lekë në muaj.*

Peshën specifike e zë shërbimi parësor Tiranë, ka rezultuar se në total janë 79 mjekë të cilat kanë realizuar mbi 1 milion lekë rimbursim, janë kontrolluar 37 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 42 mjekë, ose 46 % e tyre.

Nga auditimi i dokumentacionit mbi kontrollin e QSH u konstatua se :

Për kontrollin e Qendrës shëndetësore nr. 4, Rajoni Shkodër

-periudha e kontrollit përfshin deri ditën e kontrollit, që është data 24.12.2021, ndërkohë vlera e rimbursimit është llogaritur për periudhën deri në 31.10.2021.

-rimbursimi 10-mujor i mjekes A.K është paraqitur në vlerë më të lartë se rimbursimi vjetor, nxjerrë nga testimet e grupit të auditimit sipas raportit 49, shpenzimet e mjekëve sipas barnave të rimbursuara, duke ndikuar në përzgjedhje. Nga ana tjetër nëse vlera e rimbursimit do të përlllogaritej vjetore (deri në ditën e kontrollit) do të duhej të kontrollohej edhe mjeku M.H, me rimbursim më të lartë se mjeku A.K.

Qendra Shëndetësore Nr. 2, Rajoni Durrës

Me shkresën nr. 606 prot., datë 01.02.2021 është planifikuar për kontroll QSH nr. 2 Durrës.

Periudhë kontrolli: shtator 2019 – ditën e kontrollit

Afat kontrolli: 01.02.2021- 05.02.2021

Grupi kontrollit: z. B.H (përgjegjës grupi), znj. L.Xh, znj. M.H.

Sipas dokumentacionit bashkëlidhur janë planifikuar për kontroll mjekët N.A, E.Sh, T.D, D.P, M.N, si mjekët për rimbursimin me vlerën më të lartë për periudhën 01.01.2020-31.12.2020, konkretisht:

Tabela nr. 24: “Planifikimi për kontroll i mjekëve me rimbursimin më të lartë”

Emri i mjekut	Rimbursimi 01.01.2020-31.12.2020
N.A	6,954,233
E.Sh	6,833,331
T.D	5,861,553
D.P	5,413,578
M.N	5,204,234

Për sa më sipër në kontroll janë përfshirë mjekët me rimbursimin më të lartë. Në dosje gjendjen dokumentacionet përkatëse në lidhje me proces verbalet, akt verifikimet, raporti, vendimi.

Viti 2022

Për vitin 2022, FSDKSH, ka lidhur kontratë me 407 Qendra Shëndetësore; 1,518 MPF dhe 335 MS; 6 Qendra Specialitetesh dhe 49 Spitale (Universitare, Rajonal, Bashkiak, Privat), të cilat janë objekt i kontrollit nga Drejtoria e Kontrollit dhe sipas sektorëve përkatës.

Për realizimin e veprimtarisë së vitit 2022 për Drejtorinë e Kontrollit është miratuar Plani Vjetor i Punës nga Drejtori i Përgjithshëm me nr. 6880/3, datë 31.12.2021.

Sipas të dhënave të Drejtorisë së Kontrollit, gjatë vitit 2022 nga ky sektor janë kontrolluar 334 mjekë nga 1,243 që kanë lidhur kontratë me FSDKSH, ose 27% e tyre 37 QSH, nga 352 që kanë lidhur kontratë me FSDKSH, ose 37% e tyre.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detajuara mbi kontrollet në qendrat shëndetësore sipas secilit rajon të ushtruara nga SKP:

Tabela nr. 25: Kontrollet në qendrat shëndetësore sipas secilit rajon të ushtruara nga SKP

Nr.	DRSKSH	Total QSH	Total mjekë	Subjektet e kontrolluara		Lloji i kontrollit	Sanksionet		
				Q.SH	Mjekë		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha
1	Lezha	21	81	10	26	I plotë	47,581	20,000	20,000
2	Kamëz-Vora	8	63	5	23	I plotë	91,338		12,000
3	Berat	26	62	13	24	I plotë	15,569		28,000
4	Durrës	33	165	14	34	I plotë	39,892		24,000
5	Elbasan	47	146	11	28	I plotë	57,264		15,000
6	Gjirokastrë	31	54	9	22	I plotë	19,856		6,000
7	Sarandë	13	28	4	9	I plotë	21,564		11,000
8	Korçë	31	70	11	29	I plotë	56,131		21,000
9	Tiranë	27	258	10	40	I plotë	100,950		29,000
10	MS Kardiologë	10	12	10	12	Tematik		18,000	
11	Fier	28	101	12	26	I plotë	15,766		15,000
12	Kukës	19	30	5	11	I plotë	14,410		10,000
13	Tropojë	8	8	2	4	I plotë	7,288		3,000
14	Vlorë	17	70	10	26	I plotë	32,508		18,000
15	Shkodër	33	95	5	20	I plotë	48,370		9,000
	Totali	352	1,243	131	334		568,487	38,000	221,000

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Konstatohet se përqindja e qendrave shëndetësore dhe mjekëve të kontrolluar në raport me totalin për vitin 2021, paraqitet si në vijim:

- niveli më i ulët i QSH të kontrolluara paraqitet në Shkodër me 15% dhe niveli më i lartë në Kamëz-Vorë me 63%.

- niveli më i ulët i mjekëve të kontrolluara paraqitet në Tiranë me 19% dhe niveli më i lartë në Tropojë me 50%.

Nga auditimi u konstatua se nga SKP nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 38 mjek, të cilat kanë realizuar vlerë mesatare rimbursimi mbi 1 milion lekë në muaj, në kundërshtim me përcaktimin në Rregulloren nr. 3/2014, Kapitulli II, pika 3/VI.

Peshën specifike e zë shërbimi parësor Tiranë, ka rezultuar se në total janë 67 mjek të cilat kanë realizuar mbi 1 milion lekë rimbursim, janë kontrolluar 33 mjek dhe nuk është ushtruar kontroll për 34 mjek, ose rreth 50% e tyre.

Problematikat kryesore nisur nga kontrollet e kryera në qendra shëndetësore nga grupet e kontrollit konsistojnë në:

-kufizime të listës së barnave të rimbursuara, protokollet e përdorimit të barnave dhe aktet e Fondit për mirë administrimin e shpenzimeve të rimbursimit për mjekimin e të sëmurëve, administrimi i kartelave të pacientëve.

-mos plotësimin saktë me të gjithë elementët të recetës elektronike.

Nga auditimi mbi QSH u konstatua:

Qendra shëndetësore Nr. 3, Rajoni Korçë

Me shkresën nr. 3979 prot., datë 08.06.2022 është planifikuar për kontroll QSH nr. 2 Korçë.

Periudhë kontrolli: tetor 2021-deri ditën e kontrollit

Afat kontrolli: 27.06.2022-01.07.2022

Grupi kontrollit: znj. E.K (përgjegjës grupi), z. F.D, z. K.M.

Sipas dokumentacionit bashkëlidhur janë planifikuar për kontroll mjekët A.M, Y.A, E.B, Xh.F, E.X, si mjekët për rimbursimin me vlerën më të lartë për periudhën 01.01.2022-30.04.2022, konkretisht:

Tabela nr. 26 “Planifikimi për kontroll i mjekëve me rimbursimin më të lartë”

Emri i mjekut	Rimbursimi 01.01.2022-30.04.2022
A.M	4,200,333
Y.A	3,332,463
E.B	3,240,441
Xh.F	2,908,755
E.X	2,691,505

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Duke qenë se periudha e kontrollit përfshin periudhën nga tetor 2021, vlera e rimbursimit duhet të ishte llogaritur që nga kjo datë dhe jo nga 01.01.2022, duke qenë se një përlllogaritje e saktë mund të ndikoj në përzgjedhjen e mjekëve për rimbursim. Në dosje gjendjen dokumentacionet përkatëse në lidhje me proces verbalet, akt verifikimet, raporti, vendimi.

QSH Berat

QSH nr. 2

Me shkresën nr. 1269 prot., datë 25.02.2022 është planifikuar për kontroll QSH nr. 2 Berat.

Periudhë kontrolli: mars 2021-deri ditën e kontrollit

Afat kontrolli: 03.03.2022-08.03.2022

Grupi kontrollit: znj. E.K (përgjegjës grupi), z. F.D, z. K.M.

Sipas dokumentacionit bashkëlidhur janë planifikuar për kontroll mjekët B.A, B.M, A.P, L.M, si mjekët për rimbursimin me vlerën më të lartë për vitin 2021, konkretisht:

Tabela nr. 27 “Planifikimi për kontroll i mjekëve me rimbursimin më të lartë”

Emri i mjekut	Rimbursimi 01.01.2021-31.12.2021
B.A	9,807,861
B.M	5,798,208
A.P.	4,882,612
L.M.	4,729,791

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Sipas raportit 49 evidentohet se rezultojnë mjekët me rimbursimin më të lartë. Në dosje gjenden dokumentacionet përkatëse në lidhje me proces verbalet, akt verifikimet, raportit, vendimi.

QSH nr. 3

Me shkresën nr. 1270 prot., datë 25.02.2022 është planifikuar për kontroll QSH nr. 3 Berat.

Periudhë kontrolli: mars 2021-deri ditën e kontrollit

Afat kontrolli: 28.02.2022-02.03.2022

Grupi kontrollit: znj. E.K (përgjegjës grupi), z. F.D, z. K.M.

Sipas dokumentacionit bashkëlidhur janë planifikuar për kontroll mjekët S.C, S.B dhe E.B, me vlerë rimbursimi:

Tabela nr. 28 “Planifikimi për kontroll i mjekëve me rimbursimin më të lartë”

Emri i mjekut	Rimbursimi 01.01.2021-31.12.2021
S.C	19,056,745
S.B	9,325,227
E.B	7,732,359

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Sipas raportit 49 evidentohet se rezultojnë mjekët me rimbursimin më të lartë. Në dosje gjenden dokumentacionet përkatëse në lidhje me proces verbalet, akt verifikimet, raportit, vendimi.

Nga auditimi rezulton se:

- nga grupi i kontrollit nuk është realizuar asnjë kontroll me cikël të mbyllur mjek-pacient-farmacit, duke qenë se nuk është mbajtur asnjë procesverbal me të siguruarin ose familjar të tij, në kundërshtim me Udhëzimin nr.1, datë 17.01.2020 “Mbi supervizimin dhe kontrollin e QSH të kontraktuara me Fondin”, kapitulli III, pika 8 ku citohet se: *“Procesverbali i kontrollit me cikël të mbyllur është një dokument që shërben për verifikimin e vizitës mjekësore, marrjen e trajtimit me barna nga pacienti. Ai nënshkruhet nga specialistët e DRF, pacienti ose familjari i tij dhe sipas rastit mjekët, farmacistët etj...Elementët e procesverbalit dhe mënyra e plotësimit të tij paraqiten në Shtojcën nr.12 “Procesverbali me të siguruarin”.*

- vlerësimi i cilësisë së kontrollit nuk mban nr. protokollit dhe datë, sipas Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 (DU 14), si dhe nuk është në përputhje me nenin 13 të Normave Teknike Profesionale për Arkivat, i cili përcakton shprehimisht: *“Dokumentet e brendshme, si: vendimet, urdhrat, udhëzimet, materialet e mbledhjeve të forumeve të subjektit shtetëror e jo shtetëror, studimet, planet e programet e punës, raportet, relacionet, informacionet, bilancet etj. kanë të gjithë elementët e dokumenteve që dalin, ...”*

- në Rregulloren nr. 3/2014, në Kapitullin II “Sektori i Kontrollit Parësor”, nuk janë përcaktuar afte mbi kohën e hartimit të Projekt Raportit, afatin e mbajtjes nga subjekti i kontrolluar, afatin mbi hartimin e Raportit Përfundimtar të kontrollit, por vetëm në pikën 11 është cilësuar se: *“Grupi i kontrollit gjatë ushtrimit të kontrollit duhet të mbajë akt verifikimin e kontrollit i cili do të trajtojë të gjitha pikat e programit të kontrollit (DU 5), dhe procesverbalin për konstatimin e shkeljeve (DU 4). Subjektet e kontrolluara kanë të drejtën e observacioneve brenda 3 ditëve nga marrja e Akt verifikimit dhe brenda 5 ditëve nga marrja e procesverbalit”,* afat i cili nuk është i verifikueshëm, për shkak se nuk ka një dokument kthyes nga subjekti.

Grupi i auditimit ka kryer testimet sipas të dhënave të administruara nga FSDKSH, duke qenë se ka gjykuar risk si rrjedhojë e analizave jo të detajuara të strukturave kontrolluese të FSDKSH dhe nga testimet që ka kryer mbi to ka evidentuar:

- Mjekët me rimbursimin më të lartë për çdo DRF;
- Peshën e vlerës së rimbursimit për çdo mjek, brenda çdo qendre shëndetësore;
- Farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave me rimbursim;
- Peshën e recetave me rimbursim të ekzekutuara në çdo farmaci lëshuar nga secili mjek;

Në vijim janë paraqitur të dhënat e DRF-ve me buxhet më të lartë të rimbursimit për periudhën objekt auditimi, përpunuar dhe analizuar nga grupi i auditimit.

Tiranë 2021–2022

Tabela nr. 29: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
I.J	48,109,502	249,634,277	19%
A.B	34,509,306	103,793,530	33%
N.B	30,456,796	153,411,715	20%
A.Sh	26,773,223	249,634,277	11%
L.Z	24,333,989	287,359,993	8%
Total	164,182,816		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 30: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
I.J	67,152,552	278,455,294	24%
N.B	31,185,238	163,457,573	19%
A.B	29,727,092	92,938,739	32%
A.Sh	27,830,510	278,455,294	10%
L.Z	22,050,443	284,757,151	8%
Total	177,945,835		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 31: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021²”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
M.....	158,200,111	6%
B.... P....	107,708,295	4%
S.P..... 2	59,577,130	2%
G....&L....	58,282,302	2%
J.....	56,691,470	2%
Totali i recetave të ekzekutuara	2,645,392,726	16%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 32: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
M....	123,648,379	5%
B.... P....	82,727,017	3%
S.P..... 2	41,048,472	2%
J.....	39,938,748	2%
N.....	39,351,232	1%
Totali i recetave të ekzekutuara	2,641,110,773	13%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 33: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
I... J....	48,109,502	2%	B.... P.... M.....	69% 29%
A.... B....	34,509,306	1%	M.....	95%
N.... B....	30,456,796	1%	I...B.... 07 L.....	16% 14%
A....Sh....	26,773,223	1%	B.... P.... M.....	42% 25%
L....Z....	24,333,989	1%	O..... F..... 22	36%
Totali i rimbursimit	2,645,392,726	6%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 34: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

² Në aneks gjenden të trajtuara 20 farmacitë me vlerë rimbursimi më të lartë, për DRF e trajtuar në material.

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
I.J	67,152,552	3%	B....P.... M.....	57% 42%
N.B	31,185,238	1%	J..... L.....	15% 13%
A.B	29,727,092	1%	M.....	85%
A.Sh	27,830,510	1%	B..... P.... M.....	44% 23%
L.Z	22,050,443	1%	O..... F..... 22	41%
Totali i rimbursimit	2,641,110,773	7%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër, për vitin 2021, konstatohet se 5 mjekë nga 258, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 164,18 mijë lekë, nga 2,645,393 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Tiranë, ose 6.2%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë M..... dhe B.... P....., që janë 2 farmacitë me vlerat më të larta të recetave të ekzekutuara me rimbursim, konkretisht 98% e vlerës së recetave të mjekut I.J dhe 95% e vlerës së recetave të mjekut A.B.

Për vitin 2022, konstatohet se 5 mjekë nga 258, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 177,946 mijë lekë, nga 2,641,111 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Tiranë, ose 7%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë M..... dhe B.... P....., që janë 2 farmacitë me vlerat më të larta të recetave të ekzekutuara me rimbursim, konkretisht 99% e vlerës së recetave të mjekut I.J, 85% e vlerës së recetave të mjekut A.B dhe 67% të recetave të mjekut A.Sh.

Durrës 2021-2022

Tabela nr. 35: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
M.L	18,834,230	67,843,705	(Spitali Durrës) 28%
Xh.Xh	14,555,434	67,843,705	(Spitali Durrës) 21%
A.K	14,065,561	67,843,705	(Spitali Durrës) 21%
N.P	13,453,656	31,575,634	36%
A.B	10,835,770	67,843,705	(Spitali Durrës) 16%
Total	71,744,651		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 36: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
Xh.Xh	18,024,015	57,974,332	31%
A.B	15,798,205	57,974,332	27%
N.P	14,405,730	40,037,368	36%
M.L	13,101,181	57,974,332	23%
H.M	10,839,457	33,622,914	32%
Total	72,168,588		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 37: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
Farmaci Spitali Durrës	67,843,705	13%
J.....	28,545,901	5%
T.....	20,937,416	4%
A.... Sh.....	18,914,907	4%
L....	14,131,528	3%
Totali i recetave të ekzekutuara	528,647,801	29%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 38: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
Farmaci Spitali Durrës	57,974,331	11%
J.....	32,178,630	6%
T.....	21,833,228	4%
A..... Sh.....	19,171,395	4%
L.....	15,393,130	3%
Totali i recetave të ekzekutuara	538,546,901	27%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 39: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
M.L	18,834,230	4%	Farmaci Sp. Durrës	100%
Xh.Xh	14,555,434	3%	Farmaci Sp. Durrës	100%
A.K	14,065,561	2%	Farmaci Sp. Durrës	100%
N.P	13,453,656	3%	N.... J.....	42% 39%
A.B	10,835,770	2%	Farmaci Sp. Durrës	100%
Totali i rimbursimit	528,647,801	14%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 40: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
Xh.Xh	18,024,015	3	Farmaci Sp. Durrës	100%
A.B	15,798,205	3	Farmaci Sp. Durrës	100%
N.P	14,405,730	3	N.... J.....	47% 36%
M.L	13,101,181	2	Farmaci Sp. Durrës	100%
H.M	10,839,457	2	J.... Ç....	32%
Totali i rimbursimit	538,546,901	13%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër konstatohet se për vitin 2021, 5 mjekë nga 165, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 71,745 mijë lekë, nga 528,648 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Durrës, ose 13.5%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Durrës duke qenë se 4 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë 39% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku N.P janë ekzekutuar në farmacinë J...., farmacia e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim.

Për vitin 2022, konstatohet se 5 mjekë nga 165, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 72,169 mijë lekë, nga 538,547 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Durrës, ose 13.4%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Durrës duke qenë se 3 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë 36% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku N.P janë ekzekutuar në farmacinë J...., farmacia e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim.

Elbasan 2021-2022

Tabela nr. 41: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
E.H	23,662,492	48,433,144	49%
F.I	10,567,068	74,098,760	14%
L.V	9,475,392	48,433,144	20%
T.E	8,707,212	74,098,760	12%
Sh.H	8,498,725	56,448,313	15%
Total	60,910,889		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 42: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
L.V	17,636,387	55,384,969	32%
E.H	13,812,811	55,384,969	25%
H.B	10,652,761	55,384,969	19%
J.K	9,892,108	50,653,717	18%
E.Gj	9,329,008	11,260,484	12%
Total	61,323,075		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 43: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
Farmacia Spitali Elbasan	48,433,144	8%
G....	25,654,647	4%
E.....	23,773,873	4%
B....P.... nr.1	19,665,693	3%
A....	19,467,834	3%
Totali i recetave të ekzekutuara	642,269,902	

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 44: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
Farmaci Spitali Elbasan	55,384,969	8%
G.....	26,902,261	4%
E.....	23,944,492	4%
B.... P.... nr.1	21,370,328	3%
A.....	21,021,701	3%
Totali i recetave të ekzekutuara	662,882,922	22%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 45: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
E.H	23,662,492	4%	Farmaci Spitali Elbasan	100%
F.I	10,567,068	2%	E.... + E.....	17%
L.V	9,475,392	1%	Farmaci Spitali Elbasan	100%
T.E	8,707,212	1%	A.....	36%
Sh.H	8,498,725	1%	E.....	35%
Totali i rimbursimit	642,269,902	9%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 46: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
L.V	17,636,387	3%	Farmaci Spitali Elbasan	100%
E.H	13,812,811	2%	Farmaci Spitali Elbasan	100%
H.B	10,652,761	2%	Farmaci Spitali Elbasan	100%
J.K	9,892,108	1%	Erion	17%
E.Gj	9,329,008	1%	Elisa+	40%
Totali i rimbursimit	662,882,922			

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër, për vitin 2022 konstatohet se 5 mjekë nga 146, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 60,911 mijë lekë, nga 642,270 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Elbasan, ose 9.5%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Elbasan duke qenë se 2 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë

36% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku T.E janë ekzekutuar në farmacinë A...., 1 nga 5 farmacitë e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim. Për vitin 2022, konstatohet se 5 mjekë nga 146, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 61,323 mijë lekë, nga 662,883 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Elbasan, ose 9.5%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Elbasan duke qenë se 3 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë 40% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku E.Gj janë ekzekutuar në farmacinë E....+, 1 nga 5 farmacitë e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim.

Fier 2021-2022

Tabela nr. 47: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
Sh.S	24,669,173	55,073,531	45%
A.K	13,621,031	59,623,666	23%
T.M	13,496,685	59,623,666	23%
M.A	12,859,124	55,073,531	23%
E.T	11,648,905	55,073,531	21%
Total	76,294,918		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 48: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
Sh.S	21,841,997	48,202,658	45%
T.M	12,731,731	62,375,951	20%
F.Sh	10,958,018	13,737,485	74%
M.A	10,422,206	48,202,658	22%
Sh.H	10,352,944	62,375,951	16%
Totali	66,306,897		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 49: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
Farmaci Spitali Fier	55,073,531	12%
V.....	29,545,541	7%
K.....	26,329,227	6%
L.....	21,860,758	5%
J.....	19,239,998	4%
Totali i recetave të ekzekutuara	452,191,601	34%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 50: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
Farmaci Spitali Fier	48,202,658	10%
K.....	28,239,696	6%
V.....	28,143,433	6%
L.....	23,192,988	5%
B.....	22,328,581	5%
Totali i recetave të ekzekutuara	474,840,793	32%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 51: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë, 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
Sh.S	24,669,173	5%	Farmaci Spitali Fier	100%
A.K	13,621,031	3%	J..... Fier I M.....	14% 11%
T.M	13,496,685	3%	K.....	39%
M.A	12,859,124	3%	Farmaci Spitali Fier	100%
E.T	11,648,905	3%	Farmaci Spitali Fier	100%
Totali i rimbursimit	452,191,601	17%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 52: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë, 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
Sh.S	21,841,997	5%	Farmacitë Spitali Fier	100%
T.M	12,731,731	3%	K.....	32%
F.Sh	10,958,018	2%	J.... Fier A..... 1	20% 15%
M.A	10,422,206	2%	Farmacitë Spitali Fier	100%
Sh.H	10,352,944	2%	K.....	28%
Totali i rimbursimit	474,840,793	14%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër, për vitin 2021 konstatohet se 5 mjekë nga 101, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 76,295 mijë lekë, nga 452,192 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Fier, ose 16.8%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Fier duke qenë se 3 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë 39% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku T.M janë ekzekutuar në farmacinë K.... dhe 14 e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku A.K janë ekzekutuar në farmacinë J...., 1 nga 5 farmacitë e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim.

Për vitin 2022, konstatohet se 5 mjekë nga 101, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 66,307 mijë lekë, nga 474,841 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Fier, ose 14%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë e spitalit Fier duke qenë se 2 nga 5 mjekët e lartpërmendur janë Mjekë Spitali. Ndërkohë 32% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku T.M dhe 28% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku Sh.H janë ekzekutuar në farmacinë K...., 1 nga 5 farmacitë e rrjetit të hapur me vlerën më të lartë të recetave të ekzekutuara me rimbursim.

Shkodër 2021-2022

Tabela nr. 53: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
Xh.G	21,613,785	21,613,785	100% (1 mjek në QSH)
H.B	13,712,850	13,712,850	100% (1 mjek në QSH)
K.Q	13,527,967	13,527,967	100% (Spitali Shkodër)
A.K	13,493,751	13,493,751	100% (1 mjek në QSH)
D.G	13,379,630	13,379,630	100% (Spitali Shkodër)
Total	75,727,983		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 54: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
Xh.G	21,824,325	61,751,030	32%
A.K	15,920,254	16,179,263	91%
V.D	14,231,818	61,751,030	23%
E.Z	13,474,455	61,751,030	20%
M.H	12,556,982	56,323,563	19%
Total	78,007,833		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 55: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
Farmacitë Sp.Shkodër	43,201,097	7%
T....& K....	27,590,447	5%
P.....	26,716,091	5%
B.....	25,642,408	4%
J.....	21,219,414	4%
Totali i recetave të ekzekutuara	582,292,803	25

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 56: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
Farmaci Spitali Shkodër	34,877,158	6%
B....	27,794,398	5%
T.... & K....	27,018,533	5%
P.....	25,674,713	4%
J.....	20,876,002	4%
Totali i recetave të ekzekutuara	579,758,261	23%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 57: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
Kh.G	21,613,785	4%	B.... P.....	29% 17%
H.B	13,712,850	2%	D... H.... J....	25% 27%
K.Q	13,527,967	2%	Farmaci Spitali Shkodër	100%
A.K	13,493,751	2%	A..... Farmaci D.... H.... Farmaci H....	45% 25% 21%
Dh.G	13,379,630	2%	Farmaci Spitali Shkoder	100%
Totali i rimbursimit	582,292,803	12%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 58: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
Kh.G	21,824,325	4%	B.... P.....	28% 16%
A.K	15,920,254	3%	A.... Farmaci D....H.... Farmaci H....	43% 26% 20%
V.D	14,231,818	2%	P.....	66%
E.Z	13,474,455	2%	S.....	29%
M.H	12,556,982	2%	B.... B....	53%
Totali i rimbursimit		13%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër, për vitin 2021, konstatohet se 5 mjekë nga 95, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 75,728 mijë lekë, nga 582,293 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Shkodër, ose 13%. Këto receta, përveç farmacisë së spitalit, janë ekzekutuar në masë të konsiderueshme në farmacitë T....&K...., P....., B.... dhe J.....

Për vitin 2022 konstatohet se 5 mjekë nga 95, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 78,008 mijë lekë, nga 579,758 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Shkodër, ose 13.5%. Këto receta, përveç farmacisë së spitalit, janë ekzekutuar në masë të konsiderueshme në farmacitë T....&K...., P....., B.... dhe J..... Konkretisht 66% e vlerës së recetave të dhëna nga mjeku V.D janë ekzekutuar në farmacinë P.....

Korçë 2021-2022

Tabela nr. 59: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2021	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
E.K	15,792,140	52,310,727	26%
J.Z	13,854,672	23,509,775	59%
I.G	13,108,868	48,787,908	27%
E.K	12,560,763	48,787,908	22%
E.C	12,446,804	52,310,727	24%
Total	67,763,247		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 60: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursimit 2022	Buxheti i QSH ku operon MPF	% e buxhetit të MPF në raport me buxhetin e QSH
S.P	21,030,329	6,511,274	31%
E.B	17,163,955	58,109,988	27%
M.Z	17,124,010	37,854,544	37%
E.K	15,016,657	52,831,530	24%
M.K	13,917,030	14,172,303	90%
Total	84,251,982		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 61: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2021	% mbi totalin
S.... II	39,874,055	8
B....+	31,219,024	6
Farmaci Sp.Korce	30,360,426	6
H.....	29,522,122	6
M.... Q.....	25,837,334	5
Totali i recetave të ekzekutuara	490,549,542	31%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 62: “5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Farmacia	Vlera e recetave të ekzekutuara 2022	% mbi totalin
S.... II	40,938,427	8
B....+	34,854,289	7
Farmaci Spitali Korce	32,861,860	7
M.... Q....	28,503,347	6
E.... M.....	27,568,649	5
Totali i recetave të ekzekutuara	504,166,157	33%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 63: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2021”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2021	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
E.K	15,792,140	3%	P....P.... K.... K.... L.... H....	21% 17% 12%
J.Z	13,854,672	3%	F.... V....	81%
I.G	13,108,868	3%	M.... Q....	69%
E.K	12,560,763	3%	M....Q.... B....+	67% 12%
E.C	12,446,804	3%	M.... Korce	53%
Totali i rimbursimit	490,549,542	15%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 64: “5 mjekët me rimbursimin më të lartë dhe % e recetave të ekzekutuara në 5 farmacitë me ekzekutimin më të lartë të recetave të rimbursuara 2022”

Emër Mjeku	Vlera e rimbursuar 2022	% mbi totalin	Farmacitë ku janë ekzekutuar recetat	Pesha që zënë në raport me totalin e recetave të dhëna me rimbursim
S.P	21,030,329	4%	A....K.... S.... II	26% 17%
E.B	17,163,955	3%	S....V.... S....II	14% 12%
M.Z	17,124,010	3%	S.... II	72%
E.K	15,016,657	3%	P.... P....	20%
M.K	13,917,030	3%	B....+	54%
Totali i rimbursimit	504,166,157	16%		

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për sa më sipër, për vitin 2021, konstatohet se 5 mjekë nga 70, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 67,763 mijë lekë, nga 490,550 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF

Korçë, ose 13.8%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë M.Q, që është 1 nga 5 farmacitë me vlerat më të larta të recetave të ekzekutuara me rimbursim, konkretisht 69% e vlerës së recetave të mjekut I.G dhe 67% e vlerës së recetave të mjekut E.K. Për vitin 2022 konstatohet se 5 mjekë nga 70, kanë dhënë receta me rimbursim në vlerën 84,252 mijë lekë, nga 490,550 mijë lekë, që është buxheti total i rimbursuar për DRF Korçë, ose 17%. Këto receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në farmacinë S....II dhe B....+, që janë 2 farmacitë me vlerat më të larta të recetave të ekzekutuara me rimbursim. Konkretisht 72% e vlerës së recetave të mjekut M.Z është ekzekutuar në farmacinë S....II dhe 54% e vlerës së recetave të mjekut M.K është ekzekutuar në farmacinë B....+.

- Nga procedurat analitike të përpunimit të të dhënave të paraqitura pranë grupit të auditimit, me qëllim gjurmimin e përfitimeve të rimbursimit janë konstatuar raste në të cilat MPF ka përqindjen më të lartë të referimeve për rimbursim të recetave me farmaci të rrjetit të hapura të caktuara, duke krijuar mundësinë e tejkalimit të kontrolleve nëpërmjet bashkëveprimit³. Në lidhje me ekzekutimin e recetave është konstatuar se receta në masë të konsiderueshme janë ekzekutuar në 1-2 farmaci, duke krijuar risk për lidhjen mjek-farmacistë në ekzekutimin e recetave të rimbursuara, nisur dhe nga fakti i problematikave të konstatuara në këtë drejtim.

Duke marr në konsideratë faktin që nga ana e FSDKSH-së nuk janë bërë këto testime dhe analiza, paraqitet risk i për mundësinë e përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë dhe keqpërdorimit të fondeve publike.

Kjo lidhje e ngushtë midis recetave me rimbursim të lëshuara nga mjekët dhe farmacive ku janë ekzekutuar konstatohet jo vetëm në top 5 mjekët e DRF dhe farmacive përkatëse por edhe në mjekë të tjerë, në DRF të ndryshme, si në vijim:

Tabela nr. 65: “Ekzekutimi i recetave në masë, në 1-2 farmaci, viti 2021”

DRF	Mjeku	Vlera totale e rimbursuara	Farmacia ku është ekzekutuar vlera më e lartë e recetave	% e ekzekutimit të recetave në këtë farmaci kundrejt totalit
Berat	M.K	8,702,078	L.....	83%
Berat	L.K	6,768,783	N....F....	89%
Dibër	Sh.C	13,521,180	N.....	95%
Gjirokastrë	S.Sh	7,663,727	L.... M.....	91%
Gjirokastrë	M.B	5,008,149	L....M.....	88%
Kamëz Vorë	P.M	8,082,519	C.....	94%
Kamëz Vorë	E.D	7,719,117	M....Kamëz	87%
Kamëz Vorë	E.P	6,706,522	M.....	90%
Kamëz Vorë	F.H	6,657,601	Xh....	85%
Kamëz Vorë	M.Sh	6,022,589	M.....	93%
Elbasan	I.D	7,837,688	G.....	96%
Elbasan	D.M	7,354,299	A.....	99%
Fier	D.Y	7,703,497	B.....	85%
Fier	A.M	6,559,634	V.....	93%
Fier	E.M	6,373,847	M....	96%
Fier	Xh.K	6,147,160	A.....	82%
Fier	J.G	5,795,375	B.....	93%
Korçë	J.Z	13,854,672	F.... V.....	81%
Korçë	I.M	12,226,197	Nr.... Kolonjë	85%
Korçë	S.L	8,077,658	A.... B.....	81%
Korçë	E.R	6,488,670	L.... C.....	99%
Tiranë	A.B	34,509,306	M.....	95%
Tiranë	E.N	27,169,837	F.... P.....	94%
Tiranë	V.S	22,770,850	M.....	95%
Tiranë	E.D	16,223,051	J.....	85%
Tiranë	H.Z	15,575,595	M.....	95%
Tiranë	S.C	14,252,287	J.....	85%
Tiranë	M.C	11,293,580	M.....	98%
Tiranë	M.H	11,066,916	M.....	80%

³ Marr në shqyrtim vetëm rastet ku vlera e recetave të ekzekutuara në një farmaci zënë mbi 80% të totalit të vlerës së recetave me rimbursim të secilit mjek dhe mjekët me vlerë totale rimbursimi mbi 5,000,000 lekë.
- Rastet 50-80% konstatohen në masë të konsiderueshme në gdo DRF.

Tiranë	L.H	10,383,506	M.....	99%
--------	-----	------------	--------	-----

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Tabela nr. 66: “Ekzekutimi i recetave në masë, në 1-2 farmaci, viti 2022”

DRF	Mjeku	Vlera totale e rimbursuara	Farmacia ku është ekzekutuar vlera më e lartë e recetave	% e ekzekutimit të recetave në këtë farmaci kundrejt totalit
Berat	M.K	10,506,909	L.....	80%
Dibër	Sh.C	14,211,144	N.....	95%
Elbasan	ID	8,126,289	G.....	94%
Elbasan	D.M	6,948,753	A....	99%
Elbasan	G.A	5,111,627	Farmacia Sh....	85%
Fier	E.G	8,800,164	A.....	81%
Fier	S.A	8,779,536	V.....	89%
Fier	E.S	8,139,616	A....	84%
Fier	A.M	6,064,361	V.....	93%
Fier	E.M	5,989,829	M.....	95%
Fier	M.P	5,716,768	V.....	88%
Fier	J.G	5,708,382	B.....	96%
Kamëz Vorë	E.D	10,163,624	M....Kamëz	87%
Kamëz Vorë	N.C	8,647,935	L.....	83%
Kamëz Vorë	P.M	8,152,710	C.....	91%
Kamëz Vorë	F.H	7,226,191	Xh.....	82%
Kamëz Vorë	E.P	6,763,091	M.....	92%
Kamëz Vorë	M.Sh	6,303,021	M.....	95%
Kamëz Vorë	R.M	6,295,168	Zh.....	91%
Kamez Vorë	B.L	5,002,676	A.....	91%
Korcë	J.Z	12,559,809	F....V....	82%
Korcë	E.K	11,067,248	M..... Q....	84%
Korcë	O.K	10,665,691	N.... Kolonjë	84%
Korcë	E.R	7,998,345	L.... C.....	98%
Pogradec	D.B	7,912,920	I....K.....	82%
Shkodër	M.H	7,370,029	P.....	80%
Vlorë	G.B	5,489,789	Xh.....	87%
Tiranë	A.B	29,727,092	M.....	85%
Tiranë	E.N	26,151,359	F.... P....	94%
Tiranë	E.D	20,408,794	J....	87%
Tiranë	V.S	18,891,258	M.....	80%
Tiranë	H.Z	17,560,265	M.....	86%
Tiranë	M.C	11,110,429	M.....	88%
Tiranë	M.H	10,596,903	M.....	85%
Tiranë	M.B	8,906,810	R.... Farmaci	84%
Tiranë	J.V	8,034,833	R....1	85%
Tiranë	L.H	7,156,040	M.....	97%

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Nga auditimi u konstatua se:

- Një nga pikat e programit të kontrollit është “verifikimi i akt-negocimeve me mjekët e përgjithshëm dhe të familjes të kontraktuar në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit sipas aneksit D/1 të kontratës së Qendrës Shëndetësore 2021, 2022. Sipas dokumentacionit bashkëlidhur nga ana e grupit të kontrollit është shprehur se: “...janë bërë akt negociimet në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit...duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie, të firmosura nga të dy palët sipas aneksit D/1”.

Pika 11, neni 18 e kontratës tek “Detyrimet e DRF” citon “Negocion planin e rimbursimit me QSH, sipas kërkesave të përcaktuara në Aneksin D dhe D/1, i cili firmoset nga të dy palët”.

Konkretisht aneksi D dhe D/1 i kontratës me Qendrën Shëndetësore Nr. 1 Tiranë, me nr. 1532/1 prot., datë 31.12.2020 është firmosur nga Drejtori i QSH dhe Drejtori i DRF, por konstatohet se këto 2 anekse janë bosh, të paplotësuara, pa asnjë të dhënë. Për sa më sipër mungon gjurma e evidencave dhe kontrollit mbi plotësimin e kriterëve të drejta në shpërndarjen e buxhetit të rimbursimit, në kundërshtim me nenin 18, pika 11, të kontratës nr. 1532/1 prot., datë 31.12.2020.

Kjo ka sjellë që dhe shpërndarja e buxhetit të rimbursimit sipas mjekëve brenda një qendre shëndetësore nuk është bërë në proporcion të drejtë. Fakt ky i mbështetur edhe nga supervizimet e kryera nga DRF Tiranë në QSH, ku problematika dhe mangësi janë konstatuar në zbatimin e detyrimeve kontraktuale nga ana e QSH, lidhur me dokumentacionin ekonomik-

financiar që mban qendra shëndetësore, mangësi në regjistrimin e banorëve dhe ngarkesës së mjekut, mangësi në zbatimin e buxhetit, mangësi nga mjekët në respektimin e protokolleve për mjekimin me rimbursim, probleme të plotësisht të recetës me elementët e domosdoshëm, tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit, mosrealizim i indikatorëve bonus etj, për të cilat janë lënë masa: dëm ekonomik, kushte penale dhe gjoba.

➤ **Drejtoria Rajonale Tiranë.**

Nga ana e Drejtorit të DRF Tiranë dhe Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH janë miratuar planet vjetore të punës për periudhën objekt auditimi: konkretisht me shkresën nr. 1531 prot., datë 31.12.2020 është miratuar plani i punës për vitin 2021. Me shkresën nr. 2109/6 prot., datë 31.12.2021 është miratuar plani i punës për vitin 2022. Planit i punës përfshin detyrat kryesore, veprimet për realizimin, personat përgjegjës, afatin kohor, rezultatin e pritshëm dhe mënyrën e raportimit për të gjithë sektorët e DRF.

Nga auditimi u konstatua se:

- për gjithë periudhën e auditimit janë realizuar vetëm 2 kontrole me cikël të mbyllur në DRF Tiranë, për arsye trajtim ankese dhe jo me përzgjedhje apo vlerësim risku vet nga kjo strukturë me qëllim kontrollin dhe parandalimin e shkeljeve në procesin e rimbursimit.

- për periudhën Janar-Maj 2021 nuk janë realizuar kontrole tematike tek mjekët me rimbursim të lartë dhe mjekët me tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit, veprime në kundërshtim me Udhëzimin nr. 1, datë 17.01.2020 “Mbi supervizimin dhe kontrollin e QSH të kontraktuara me Fondin” Kapitulli IV, pika 1, ku cilësohet: “Me qëllim kontrollin dhe parandalimin e shkeljeve të ligjshmërisë në skemën e sigurimeve të kujdesit shëndetësor, drejtoritë rajonale dhe degët organizojnë kontrole tematike.” dhe pika 4, ku cilësohet: “Pjesë e kontrollit tematik është edhe kontrolli me cikël të mbyllur”.

Mosmarja e masave në kohë me kontrole rrit riskun për problematika të ndryshme në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor parësor dhe për rritjen e shpenzimeve të rimbursimit të shoqëruar me mungesë menaxhimi.

-Në supervizimet e plota të realizuara në QSH, në trajtimin e zbatimit të detyrave të lëna nga supervizimi i mëparshëm, evidentohet se supervizorët shprehen me një fjali që detyra është realizuar plotësisht apo është realizuar pjesërisht duke mos dhënë evidenca, fakte lidhur me dokumentacionin apo periudhën që kanë verifikuar me qëllim argumentimin se si është arritur në konkluzionin mbi realizimin ose jo të detyrave përkatëse.

Grupi i auditimit kontrolloi me zgjedhje supervizimet e kryera në Shërbimin Onkologjik në Banesë (SOB), për periudhën objekt auditimi, ku u konstatua si në vijim:

Supervizim tematik i ushtruar në QSH SOB Tiranë

Njoftim fillimi kontrolli: nr. 76 prot., datë 14.01.2021

Program kontrolli: nr. 76/1 prot., datë 14.01.2021

Periudha e supervizimit: Janar 2020-Dhjetor 2020

Afati i kontrollit: 25.01.2021-29.01.2021

Grupi kontrollit: Y.V (përgjegjës), G.K (mjek), Xh.D, M.D (Ekonomist).

Drejtimet kryesore: Verifikimi i zbatimit të rekomandimeve, kontrolli mjekësor, kontrolli ekonomik financiar.

Mangësitë e konstatuara nga grupi i supervizimit:

- shkelje kontrate QSH/2020, neni 8 “Detyrimet e mjekut” pika 4: Të hap kartelë për të sëmurët kronikë dhe ta plotësojë me gjithë treguesit e domosdoshëm. Çdo vizitë të pasqyrohet me të dhënat përkatëse në kartele.

Mangësi e konstatuar për 3 mjekë: A.B, V.S, L.H.

Vendosur masa administrative kusht penal.

-shkelje kontrate QSH/2020, neni 9, pika 5 që citon: Të plotësojë receta për çdo diagnozë, duke vendosur kodin e diagnozës dhe të përshkruajë aq barna sa duhen për trajtimin e të sëmurit në

afate, sipas ecurisë së gjendjes së të sëmurit...Pra nuk janë zbatuar me korrektësi protokollet e përdorimit të barnave për mjekimin me rimbursim të të sëmurëve.

Vendosur masa administrative gjobë: A.B dhe M.C.

Supervizim i plotë ushtruar në QSH SOB Tiranë

Njoftim fillimi kontrolli: nr. 170 prot., datë 31.01.2022

Program kontrolli: nr. 170/1 prot., datë 31.01.2022

Periudha e supervizimit: Shkurt 2021-Janar 2022

Afati i kontrollit: 16.02.2022-29.01.2022 (lapsusi përfundimi i afatit të kontrollit pasi data e përfundimit duhej 29.02.2022).

Grupi kontrollit: Y.V (përgjegjës), S.K (Mjek), V.H, M.D.

Drejtimet kryesore: Verifikimi i zbatimit të rekomandimeve, kontrolli mjekësor, kontrolli ekonomik financiar.

Mangësitë e konstatuara nga grupi i supervizimit:

-shkelje kontrate QSH/2020, neni 8 “Detyrimet e mjekut” pika 4: Të hap kartelë për të sëmurët kronikë dhe ta plotësojë me gjithë treguesit e domosdoshëm. Çdo vizitë të pasqyrohet me të dhënat përkatëse në kartele.

Mangësi e konstatuar për 3 mjekë: A.B, V.S, M.C.

Vendosur masa administrative kusht penal.

-shkelje kontrate QSH/2020, neni 9, pika 5 që citon: Të plotësojë receta për çdo diagnozë, duke vendosur kodin e diagnozës dhe të përshkruajë aq barna sa duhen për trajtimin e të sëmurit në afate, sipas ecurisë së gjendjes së të sëmurit...Pra nuk janë zbatuar me korrektësi protokollet e përdorimit të barnave për mjekimin me rimbursim të të sëmurëve.

Vendosur masa administrative gjobë: A.B.

Në referencë të kontrolleve të mësipërme të realizuara nga DRF Tirana, nga kryerja e testeve të auditimit për këtë QSH kanë rezultuar në mënyrë të konsiderueshme receta të gjeneruara në datën e vdekjes së pacientit nga mjekët përkatës. Në gjykimin e grupit të auditimit këto receta duhet të ishin objekt kontrolli i detajuar gjatë supervizimeve.

Për problematikat e mësipërme, ngarkohen me përgjegjësi: Drejtorët e Qendrave Shëndetësore, sipas përcaktimeve në kontratat e tyre përkatëse; Drejtorët e DRF-ve me strukturat përkatëse, Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH me strukturën e saj dhe Drejtori i Përgjithshëm, sipas përcaktimeve në Rregulloren për funksionimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/22, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr.733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga z. Sh.S, Drejtor i Drejtorisë së Kontrollit dhe z. B.H, Përgjegjësi i Sektorit të Kontrollit Parësor, janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: ...-Në lidhje me konstatimin tuaj për mosrealizimin e planit vjetor 2021, ju sqaroj se, në planin vjetor ishte planifikuar të kontrollohej rajoni Kukës. Nga analiza e 6-mujorit të parë të vitit 2021, rezultoi se dega Lushnjë kishte tejkalim plani të rimbursimit dhe u zëvendësua me rajonin Kukës i cili rezultonte brenda planit. Përsa i përket rajonit Lezhë nuk ka qenë i planifikuar për kontroll në vitin 2021. Nga 13 Drejtori dhe 4 Degë kanë kontrolluar 11 Drejtori dhe 2 Degë. Nga Sektori i Kontrollit Parësor janë ushtruar kontrole në gati 93% e rimbursimit të vitit 2021 duke lenë pa kontrolluar vetëm 7% të rimbursimit total. -Në lidhje me mos-kontrollin e mjekëve me rimbursim mbi 1,000,000 lekë sqarojmë se si pasojë e covid-19, e cila i shtriu efektet në vitin 2021 dhe 2022 si dhe pasojë e mungesa në personelin e sektorit (-2 specialistë) mundësia e kontrolleve të shpeshta nëpër QSH ishte e kufizuar.

Për vitin 2023 nga sektori i Kontrollit Parësor u kontrolluan të gjithë mjekët me rimbursim mbi 1,000,000 lekë si dhe është bërë planifikimi për vitin 2024.

-Në lidhje me konstatimin tuaj për kontrollin në QSH nr. 4 Shkodër, sqarojmë së: të dhënat e përdorura nga sektori i kontrollit merren për të gjithë rajonin i cili në rastin konkret është përgatitur në muajin nëntor për tu kryer në muajin dhjetor 2021. Pra nuk mund të merren të dhëna për periudhën “deri ditën e kontrollit”.

Qëndrimi i grupit të auditimit: *Në lidhje me pretendimin se rajoni Lezhë nuk ka qenë i planifikuar në planin vjetor, nga dokumentacioni i administruar rezulton se rajoni Lezhë është planifikuar për kontroll në muajin tetor 2021. Gjithashtu për rajonin Kukës pretendohet se është zëvendësuar me rajonin Lushnje, ndërkohë që të dyja këto subjekte kanë qenë të planifikuara për kontroll sipas planit vjetor. Ky konstatim dhe sqarim është pjesë edhe i auditimit të zhvilluar nga KLSH, objekt auditimi periudha 01.01.2021-31.12.2021.*

Në lidhje me observimin mbi mungesën e kontrolleve të mjekëve me rimbursim mbi 1,000,000 lekë nuk observohet gjetja nga ana juaj, vetëm sqarohet si mungesë e stafit dhe kushteve të covid-19. Në lidhje me konstatimin mbi kontrollin e QSH nr. 4 Shkodër, sqarojmë se pavarësisht se informacioni është përgatitur në muajin nëntor 2021 sërish rimbursimi 10-mujor i mjekes A.K nuk rezulton i saktë, duke qenë se kjo periudhë 10-mujore është paraqitur në vlerë më të lartë se rimbursimi vjetor i saj. Për sa më sipër ky observacion nuk merret në konsideratë.

2.3.2.Vlerësimi i përputhshmërisë së aktivitetit të Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike (DIAS) zbatimin e skemës së sigurimit për hartimin dhe zbatimin e listës së barnave.

Në zbatim të këtij drejtimi të programit të auditimit, u shqyrtua dokumentacioni si më poshtë:

- Raporte në nivel recete të rimbursuar nga sistemi E-Rx;
- Raporte gjendje dhe qarkullimi të barnave nga sistemi E-depo;
- Raporte mbi të siguruarit dhe pacientët e regjistruar nga sistemi AHIS;
- Urdhër pagesa me përzgjedhje të vlerës së miratuar për rimbursim në Drejtori Rajonale të Fondit, konkretisht, DRF Tirana dhe DSHSU;
- Plane pune, programe dhe raporte e evidenca të realizimit për kontrollet e realizuara;
- Dosjet e kontrollit në sektorin e kujdesit parësor;
- Të dhëna në lidhje me gjendjen e inventarit, hyrjet, daljet sipas periudhave të përcaktuara për LBR të ndryshuar përgjatë periudhës objekt auditimi;
- Dokumentacioni shoqërues i lidhjes së kontratave me depot dhe subjektet farmaceutike me përzgjedhje sipas rastit;
- Fatura, listë tregues analitik, listë tregues të përmbledhur, procesverbale, akt rakordime dhe dokumentacion bashkëshoqërues bankar të urdhër xhirimeve;
- Analiza e veprimtarisë sipas frekuencës së kryerjes së tyre në lidhje me sektorët e rimbursimit dhe kujdesit parësor e spitalor;
- Analiza vjetore për periudhën objekt auditimi për çështjet objekt auditimi;
- Urdhra inspektimi evidenca shoqëruese mbi rezultatet, etj.
- Raporte nga sistemi E-Rx, konkretisht raporti 49, në nivel recete të detajuar të lëshuar për periudhën objekt auditimi me të dhëna për llojin e barit për rimbursim, emër mjeku, numri i pacientit, kodi i barit, qendra shëndetësore, vlera e rimbursuar, etj.
- Akses në sistemet kryesore të FSDKSH që përfshijnë AHIS (regjistri elektronik i të siguruarve), e-depo (sistemi për deklarimin e gjendjes në çelje të LBR, hyrjet nga importi apo blerjet e brendshme si dhe shitjet drejt farmacive), e-Rx (sistemi i gjenerimit dhe rimbursimit të recetës elektronike).
- Protokolli i rimbursimit të barnave sipas kufizimeve të vendosura nga FSDKSH.

- Kërkesat dhe miratimet e ndryshimit të buxhetit të rimbursimit përgjatë periudhës objekt auditimi si dhe shpërndarja e rezervës së planifikuar të rimbursimit.
- Rregullore e funksionimit të sistemit elektronik të rimbursimit (E-RX këtu e në vazhdim),
- Listat e barnave të rimbursueshme për periudhën objekt auditimi sipas miratimit dhe indeksimit përkatës, etj

Mbi bazën e shqyrtimit të dokumentacionit të sipërcituar dhe shpjegimeve të dhëna nga zyrtarët e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për zbatimin e kuadrit rregullator në fuqi është konstatuar se:

I. Mbi përdorimin e sistemeve informatike për kryerjen e procesit të rimbursimit dhe ndërveprimin ndërmjet tyre.

Nga auditimi evidentohet se FSDKSH për procesin e rimbursimit përdor sistemet informatike, konkretisht sistemin AHIS (regjistri elektronik i të siguruarave) dhe sistemin e-Rx (për menaxhimin e recetës elektronike). Për qëllime të auditimit janë marrë të dhëna dhe raporte të gjeneruara nga subjekti, si dhe konfirmime nga palë të treta që integrohen me këto sisteme që përfshijnë regjistrin e shtetasve shqiptarë të administruar nga Drejtoria e Përgjithshme e Gjendjes Civile (DPGJC).

Pas testimeve të kontrolleve mbi sistemet që aktualisht FSDKSH ka në përdorim dhe me anë të të cilit realizon procesin e rimbursimit **janë konstatuar mangësi që lidhen me ekzistencën e risqeve që kanë cënuar mbarëvajtjen e procesit të rimbursimit**. Për këtë arsye, gjatë auditimit janë marrë edhe konfirmime nga DPGJC të mbërritura zyrtarisht në KLSH me shkresën nr. 1120/1 prot., datë 28.12.2023.

Këto mangësi të konstatuara mbi rimbursimin e barnave kanë rezultuar në sistemet e kontrollit, integrimin e sistemeve dhe kryerjen e rimbursimit, të cilat janë paraqitur si në vijim:

Pas testimeve të kontrolleve mbi sistemet që aktualisht FSDKSH ka në përdorim dhe me anë të të cilit realizon procesin e rimbursimit janë konstatuar mangësi që lidhen me ekzistencën e risqeve që kanë cënuar mbarëvajtjen e procesit të rimbursimit. Për këtë arsye, gjatë auditimit janë marrë edhe konfirmime nga DPGJC të mbërritura zyrtarisht në KLSH me shkresën nr. 1120/1 prot., datë 28.12.2023.

Këto mangësi të konstatuara mbi rimbursimin e barnave kanë rezultuar në sistemet e kontrollit, integrimin e sistemeve dhe kryerjen e rimbursimit, të cilat janë paraqitur si në vijim:

I.1. Sistemi i regjistrit elektronik të siguruarave (AHIS) ka filluar aktivitetin në vitin 2009 dhe është një nga sistemet kryesore të FSDKSH nga i cili marrin të dhëna dhe sistemet e tjera të FSDKSH. Ky sistem funksionon në Qendra Shëndetësore dhe FSDKSH dhe shërben për regjistrimin e popullsisë pranë çdo mjeku të QSH, si dhe duhet të realizojë nxjerrjen e raporteve përkatëse. Në total numri i personave të regjistruar në sistem është 4,301,225 persona (pacientë të regjistruar), ndërkohë që sipas të dhënave zyrtare të INSTAT, popullsia mesatare për vitin 2021 është 2,811,666 banorë, ndërsa në vitin 2022 popullsia mesatare është 2,777,689 banorë⁴. Pra, popullsia aktuale vjetore është përkatësisht 65.4 % dhe 64.6 % për vitet 2021 dhe 2022. Të dhënat për këta persona kanë filluar të popullohen që në vitin 2009-2010 kur ky sistem ka filluar funksionalitetin dhe përfshijnë fusha si numri i identifikimit (NID), emri, atësia, mbiemri, datëlindja, gjinia, mjeku, QSH dhe kod pacienti. Nga viti 2010 deri në vitin 2014 të dhënat e personave janë populluar manualisht nga mjeku i familjes. Ndërsa që prej vitit 2015 për të gjithë personat që regjistrohen për herë të parë te mjeku i familjes të dhënat si Numri i identifikimit, Emri, Atësia, Mbiemri, Datëlindja, Gjinia, merren në mënyrë automatike nga

⁴ <https://www.instat.gov.al/al/temat/treguesit-demografik%C3%AB-dhe-social%C3%AB/popullsia/#tab3>

sistemi i DPGJC, pasi nga kjo është bërë i mundur ndërveprimi me regjistrin e gjendjes civile DPGJC. Sistemi funksionon online dhe hedhja e të dhënave realizohet nga mjeku i familjes dhe pediatri, të cilët bëjnë regjistrimin e popullsisë që mbulojnë. Aktualisht ky sistem hostohet në data-center-in qeveritar pranë AKSHI-t.

Sistemi i regjistrimit të të siguruarve është aktualisht sistemi bazë i të gjithë sistemit shëndetësor parësor në vend. Mbi këtë sistem mbështeten dhe ndërveprojnë:

- sistemi kombëtar i recetës elektronike me rimbursim (e-Rx) i cili operon si në sistemin shëndetësor parësor dhe në atë spitalor;
- sistemi kombëtar i referimeve dhe ekzaminimeve (eReferimi) i cili gjithashtu operon në sistemin shëndetësor parësor dhe në atë spitalor;
- sistemi regjistri elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes (eVizita) i cili operon në sistemin shëndetësor.

Gjithashtu mbi këtë sistem mbështeten e-shërbimet:

- karta e shëndetit;
- lista e sëmundjeve kronike;
- regjistri i individit pranë mjekut të familjes;
- aplikim për ndryshimin e mjekut të familjes.

AHIS ndërvepron me sisteme të tjera :

- DPGJC (merr të dhëna biometrike të banorëve, si NID, emër, mbiemër, atësia, datëlindja, gjinia, adresa);
- DPT (merr të dhëna mbi kategoritë, i punësuar, i papunë);
- ISSH (mbi kategorinë e punësimit);
- eVizita (NID, mjeku, kategoria, statusin kronik ose jo të pacientit);
- eRM (NID, mjeku)

AHIS jep të dhëna:

eRx (kategoritë, NID, kodet e mjekut që bën identifikimin e mjekut)

eReferimi (të dhënat e mjekut, kodi i mjekut, NID)

Mbi këtë sistem janë kryer disa përmirësime si: ndërveprimet me databazat shtetërore të cilat kanë pasur si qëllim mbështetjen e proceseve në zhvillim të Fondit, si dhe plotësimin e nevojave në rritje për e-shërbime.

Sistemi shfaq një sërë problematikash të cilat vështirësojnë ndjeshëm punën e përdoruesve me sistemin duke ulur performancën e tyre në punë e si rrjedhojë edhe nivelin e shërbimit ndaj pacientit. Gjithashtu këto probleme riskojnë saktësinë dhe përmbajtjen e informacionit që regjistron e mban sistemi, aksesueshmërinë e tij e për rrjedhojë përdorueshmërinë e këtij informacioni nga strukturat shëndetësore.

Më konkretisht, nga sistemi AHIS (regjistri elektronik i të siguruarve), nga merr të dhënat në lidhje me përfitueshmërinë ose jo të rimbursimit sipas kategorisë së përfituesit sistemi i recetës elektronike, bazuar edhe në auditimin e sistemeve të teknologjisë së informacionit të zhvilluar nga KLSH, konstatohen një numër i madh përfituesish si dhe nuk është realizuar integrimi i plotë i tij me regjistrin e gjendjes civile. Kjo praktikë, nga pikëpamja e sistemeve të kontrollit krijon mundësinë e përvetësimit të përfitimit të rimbursimit të pacientëve të cilët mund të kenë ndërruar jetë në rastet e bashkëpunimit ndërmjet farmacisë dhe MPF. Për këto arsye përgjatë fazës së auditimit në terren janë kërkuar të dhëna në lidhje me ID të pacientëve për ta lidhur me kodin e pacientit dhe në vijim të kryqëzohet kjo ID me regjistrin e personave të cilat kanë ndërruar jetë. Këto janë analizuar vetëm për një pjesë të pacientëve përfitues të rimbursimit për periudhën objekt auditimi, pasi nga ana e FSDKSH si administratore de jure dhe AKSHI si

administratore de facto e sistemeve⁵, raportet e kërkuar sipas kod pacienti dhe ID nuk u vendosën në dispozicion të grupit të auditimit, me argumentin se janë të dhëna personale, sipas komunikimit me email të datës 13.11.2023 të Drejtorit TIK, përfaqësues i AKSHI-t pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Grupit të auditimit iu dha akses në sistemin AHIS dhe u bënë përpjekje që të nxirren nga databaza e sistemit të dhënat e banorëve me NID-e jo të sakta, si dhe të dhënat e banorëve të cilët kanë ndërruar jetë, por që janë akoma në sistemin AHIS si pacientë ekzistues. **Një gjë e tillë rezultoi e pamundur pasi, sistemi nuk mundëson gjenerimin e raporteve të tilla dhe, në këto kushte fenomene të tilla mund të verifikohen vetëm në mënyrë të njëpasnjëshme, duke e bërë sistemin jo efektiv dhe duke kufizuar aksesin për auditim në këtë drejtim.**

Si pasojë e raporteve të marra nga e-Rx, janë identifikuar në total 360,042 pacientë përfitues të rimbursimit për vitin 2022 dhe 334,907 pacientë përfitues për vitin 2021 (pa përfshirë DRF Lezhë, për të cilën informacioni i dërguar nga FSDKSH përfshin përfitues me fusha emër mbiemër dhe jo kod pacienti). Megjithëse nga ana e grupit të auditimit është kërkuar që raporti i recetave analitike të përfshijë fushën NID, nga FSDKSH së bashku me AKSHI-n nuk është vendosur në dispozicion informacioni i kërkuar, sipas komunikimit me email të datës 13.11.2023, 06.12.2023 dhe komunikimet e tjera me email deri në përfundim të fazës së auditimit në terren.

Për këto arsye, grupi i auditimit drejtoi procedurat audituese drejt kryerjes së testeve alternative duke qenë se në disa raste kodi i pacientit është i njëjtë me NID e pacientit dhe që përfshin për vitin 2022 në total 21,090 pacientë nga 360,042 dhe për vitin 2021 në total 13,885 pacientë nga 334,907 pacientë. Për pjesën tjetër, për të cilën nuk kemi pasur akses në NID, grupi i auditimit përpunoi të dhënat dhe dërgoi kërkesë për informacion për NID bazuar në kodin e pacientit për 381,872 raste për t'u nxjerrë nga sistemi AHIS nga FSDKSH (që përfshijnë pacientët pa përsëritje për vitet 2021 dhe 2022 së bashku). Deri në hartimin e akt konstatimit, megjithë kërkesat e vazhduara për informacion, këto evidenca nuk janë dërguar nga ana e AKSHI-t dhe FSDKSH-së⁶. Nga testimi i të dhënave në dispozicion deri në këtë fazë është konstatuar për sistemin AHIS:

- Sistemi nuk ruan historik për lëvizjen e mjekëve nga një qendër në tjetrën, lëvizjen e banorëve, mbulimin e popullatës nga mjekët dhe për kartat e shëndetit;
- Sistemi nuk gjeneron raporte dhe nuk të jep mundësinë për gjenerimin e statistikave për mbulimin e banorëve, kartat e shëndetit etj;
- Ndërfaqja e administratorit ka shumë pak funksionalitete dhe nuk jep mundësi për verifikime mbi userat, banorët etj, apo gjenerim informacioni mbi strukturat shëndetësore apo userat;
- Sistemi nuk jep mundësi për pastrimin apo saktësimin e të dhënave të banorëve të regjistruar gabim nga mjekët e familjes;
- Sa herë që çelet apo ndryshon një përdorues, duhet të ndërhyhet në databazë për sistemimin e tij, pasi përdoruesit nuk i shtohen automatikisht të gjitha funksionalitetet.

⁵ Ligji nr. 10383 datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë, i ndryshuar;

VKM nr. 553 datë 15.07.2020 “Për miratimin e listës së infrastrukturave kritike të informacionit dhe të listës së infrastrukturave të rëndësishme të informacionit”, i ndryshuar;

Sistemet si AHIS, E-RX dhe E-Depo, pjesë e shtojcës 1 janë kategorizuar si infrastruktura kritike të informacionit, ku operatori administrues është FSDKSH.

Marrëveshje shërbimi nr. 30/23 datë 25.06.2019 “Për ofrimin e hapësirës fizike në datacenter-in qeveritar rack hapësira Unë rack”

Marrëveshje bashkëpunimi nr. 1782/4 datë 07.10.2019, Marrëveshje bashkëpunimi nr. 122/1 datë 13.01.2017

⁶ Komunikimi me anë të postës elektronike, nga ku i është kërkuar subjektit për vënien në dispozicion të informacionit, data 13.11.2023, 06.12.2023 dhe komunikimet në vijim deri në përfundim të fazës së auditimit në terren.

- Sistemi nuk të mundëson regjistrimin e numrit të identifikimit (NID) për përdoruesit dhe marrjes së informacionit mbi ta në mënyrë automatike nëpërmjet webservice me DPGJC;
- Menaxhimi i përdoruesve kur mjekët lëvizin nga një QSH në tjetrën, sjell komplikime në punën e qendrave shëndetësore, pasi shpesh është i vështirë sistemimi i banorëve që mjeku ka mbuluar në QSH e mëparshme;
- Procesi i transferimit të banorëve është i pamënaxheshëm edhe në rastet kur kryhen transferime të gabuara;
- Shtimi i funksionaliteteve mbi këtë sistem nuk është shoqëruar me zhvillime të mirëfillta të sistemit në funksion të këtyre shërbimeve. Në shumicën e rasteve suporti për zgjidhjen e problematikave kryhet duke ndërhyrë në databazë;
- Drejtoria e IT-së në FSDKSH nuk ka akses të plotë për administrimin e të gjithë sistemit;
- Certifikata e sigurisë https kur e akseson sistemin është e skaduar;
- Për pacientit e rinj kur regjistrohen nga 2016, në fushën e kodit të pacientit popullohet NID i pacientit, ndërsa për pacientët ekzistues është përdorur një kod numerik për pacientët, pra popullimi ose inputi i të dhënave ndër vite në këto fusha ka ndryshuar;
- Të dhënat popullohen nga mjekët e familjes por vetëm për pacientët e rinj, ndërsa për pacientët ekzistues nuk përditësohen të dhënat për NID dhe kod pacientit. Mjeku i familjes duke qenë pika e parë e kontaktit në shumtën e rasteve është në rolin e operatorit që hedh të dhëna duke zbehur rolin e mjekut, pra të diagnostikojë sëmundjen;
- Roli lëshues libeze i është dhënë si funksion mjekut të familjes;
- Procesi i transferimit të pacientëve ndërmjet mjekëve të familjes, kur një mjek largohet ose kur vjen një mjek i ri është shumë i vështirë;
- janë identifikuar raste ku për të njëjtin kod pacientit ekzistojnë të regjistruar më shumë se një individ referuar fushave të tjera që ndryshojnë si NID apo emri apo mjeku. Një situatë e tillë krijon mundësinë e problemeve në rimbursim pasi nuk identifikohet referuar kodit të pacientit se cili nga personat ka përfituar rimbursimin sipas të dhënave të vendosura në dispozicion.
- ekzistojnë kode pacientësh në sistem me anomali të tipit (0; 123456789; o11111111o; 0.501350549; 30.32162601; 1522; 4029, etj) të cilët nuk janë sipas formatit standard të përcaktuar në bazën rregullatore mbi të cilën funksionon ky sistem.
- ekzistojnë raste ku kodi i pacientit megjithëse është sipas formatit të NID (shkronjë, 8 numra, shkronjë), nuk është i njëjtë me NID të individit. Për më tepër, ky kod pacientit sipas formatit të NID ka rezultuar në AHIS me më shumë se një pacient të regjistruar.
- ekzistojnë raste ku fusha e kodit të pacientit është bosh në AHIS, e pa populluar në sistem.
- ekzistojnë raste ku, megjithëse individit ka ndërruar jetë, (referuar të dhënave të marra nga DPGJC) rezulton i regjistruar në sistem. Kjo është identifikuar si dobësi e sistemit të kontrollit dhe krijon kushtet për gjenerimin e recetave për këta individë dhe përfitimin e rimbursimit.

Më poshtë pasqyrohet, pamje nga sistemi AHIS mbi problematikat e lartpërmendura:

Foto nr 1: “Problematika të ndryshme në regjistrimin e nr. të identifikimit dhe kodit të pacientit”

Personat

Nr Identifikimi	Emri	Atësia	Mbledhri	Datëlindja	Gjinia	Mjeku	Qsh	Kod pacienti
2					M		Kozare	
NR C	V				M	0 -		
K					M	0 -		
					M	0 -		
	ZH	V	SH		F	0 -		
	F		C		F	A G		
O	F		C		M	0 -		
	A		C		F	0 -		
T	L	H	D		M	G E		
B	H		K		F	0 -		
H	A		F		M	0 -		
F	E	SH	K		F	0 -		
F	B	SH	K		F	0 -		
C	G	M	V		F			
E	N	H	C		M	K C		
H	P	E	K		M	E C		
E	V	A	C		M	D C	Velabisht	
Z	X	H	K		M	0 -		
E	E		C		M	S E		

Burimi: FSDKSH, sistemi AHIS

Këto konstatime janë në kundërshtim me pikat 2-8 të VKM-së nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, pika 2-14 Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022”.

Këto problematika të identifikuar në sistemin AHIS mbarten në procesin e rimbursimit, si pasojë e ndërveprimit me sistemin e-Rx gjatë procesit të gjenerimit të recetës për përfituesit e fondeve buxhetore për rimbursimin. Grupi i auditimit ka realizuar disa teste mbi bashkëveprimin e sistemeve AHIS, e-Rx dhe DPGJC për kontrollin parandalues të sistemit e-Rx gjatë gjenerimit të recetës elektronike, si dokumentacion justifikues mbi të cilin bëhet rimbursimi i barnave, referuar rregullores nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”.

I.2. Sistemi i recetës elektronike (e-Rx) ka filluar funksionimin që në vitin 2015. Sistemi i recetës elektronike përdoret nga FSDKSH dhe drejtoritë rajonale (DRF) dhe shërben për të bërë regjistrimin online të recetave elektronike nga mjekët dhe farmacistët. Që prej datës 01.11.2018 ky sistem është shtrirë në të gjithë sistemin parësor, spitalor dhe farmaceutike (*me përjashtim të IEVP*). Sistemi funksionon online dhe aktualisht ky sistem hostohet në datacenterin qeveritar pranë AKSHI-t. Qëllimi i realizimit të sistemit të recetës elektronike është për t’i bërë shërbimet shëndetësore sa më transparente dhe për të mundësuar një kontroll më të mirë në drejtim të disbursimit të barnave të rimbursueshme për kategori specifike të përcaktuara në legjislacionin në fuqi. Receta elektronike u lejon ofruesve të kujdesit shëndetësor të gjenerojnë dhe transmetojnë recetën në mënyrë elektronike me farmacistë që kanë kontratë me FSDKSH. Për qëllime të auditimit janë përpunuar të dhëna të ndryshme të vendosura në dispozicion në formën e raporteve të nxjerra nga sistemi dhe baza kryesore e të dhënave mbi të cilën janë formuluar konstatimet përfshijnë raportin 49 (recetat e detajuara në nivel medikamenti të rimbursuar sipas Drejtorive Rajonale Tatimore me fushat kryesore: recetë ID, kod pacienti, kod bari, sasi, vlerë rimbursimi, vlerë pacienti, kategori pacienti, emër mjeku, farmaci, qendër shëndetësore etj.). Në lidhje me të dhënat e vëna në dispozicion për sa i përket raporteve të ekstraktuara nga specialistët e DIAS nga sistemi e-Rx, të dhëna të cilat subjekti i audituar është shprehur se janë të plota, të sakta dhe të pa modifikuara. Mbi këto të dhëna të vendosura në dispozicion janë identifikuar problematikat paraqiten si në vijim:

- Janë evidentuar raste në të cilat numri i recetës (recetë ID) nuk është unik, pra me të njëjtin numër recete rezultojnë të ekzekutuara dy raste të ndryshëm për pacientë të ndryshëm ose jo, lëshuar nga i njëjti MPF ose jo, gjë e cila vendos në diskutim integritetin e të dhënave

elektronike të paraqitura sipas raportit 49 të recetave të detajuara në nivel medikamenti. Për qartësimin e këtyre rasteve, nga grupi i auditimit, në DRF Tiranë janë kontrolluar recetat në format të printuar sipas listë-treguesve analitikë sipas kërkesës për pagesë të farmacive nga ku ka rezultuar që informacioni i përcjellë në format elektronik për numrin e recetës ka katër shifrat e fundit 0000, ndërkohë që ky numër është konstatuar që katër shifrat e fundit janë të ndryshme për çdo recetë. **Për këtë arsye, recetë ID e ofruar sipas formatit elektronik nga FSDKSH nuk është unike dhe nuk mundëson kryerjen e testit për ekzistencën e dublikimeve për recetën, pavarësisht se në format të printuar ky numër është i ndryshëm.** Si rrjedhojë bazuar në evidencat në dispozicion, nuk mund të jepet siguri në lidhje me mundësinë e ekzistencës së recetave të dublikuara në rast të ekzistencës së rasteve me të njëjtin numër identifikimi të recetës së njëjtë. Tabela e mëposhtme ilustron disa raste të konstatuara kur recetë ID është e njëjtë për receta të lëshuara në qendra shëndetësore të ndryshme me vlera rimbursimi të ndryshme.

Tabela nr. 67: “Recetë ID është e njëjtë, për receta të lëshuara në qendra shëndetësore të ndryshme” *lekë*

Rec. ID	Qendra shëndetësore	Vlera e rimbursimit
220110131308530000	QSH Nr. 3 Berat	1,215
	Sinje	234
220112093751480000	Berat, Otlak	2,690
	QSH Nr. 2 Berat	470
210917120822670000	Tiranë => Poliklinika 9	3,179
	Tiranë => Shkozë	637
211102140656440000	Tiranë => Poliklinika 1	1,422
	Tiranë => Poliklinika 10	1,142
211104090352440000	Qendra Shëndetësore Nr. 8 – Tiranë	476
	Tirane => Poliklinika 1	803
220104120803530000	Durrës => Ishëm	719
	Durrës => QSH Nr. 2 Durrës	1,771
220105112030380000	Krujë => K. Thumanë	1,052
	Krujë => QSH Krujë	1,018
220105112212520000	Durrës => QSH Nr. 3 Durrës	881
	Durrës => QSH Nr. 7 Durrës	412
220102191519430000	QSH Nr. 1 Shkodër	735.6
	Vau-Dejës	1073.4
220104101645410000	QSH Nr. 3 Shkodër	315
	QSH Nr. 4 Shkodër	550.8

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

-Nga përpunimi i të dhënave, ka rezultuar se kodi i pacientit i ekstraktuar nga sistemi AHIS nuk është unik dhe në fushat e paraqitura në raportin 49 asnjë prej këtyre fushave nuk përmban të dhëna unike, duke e bërë të pamundur kryqëzimin e të dhënave me elementë të tjerë, në kundërshtim me pikat 2-8 të VKM-së nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, pika 2-14 Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022”.

Foto nr. 2: “Pacient me nr. identifikimi të ndryshëm por me kod pacienti të njëjtë 11111111”

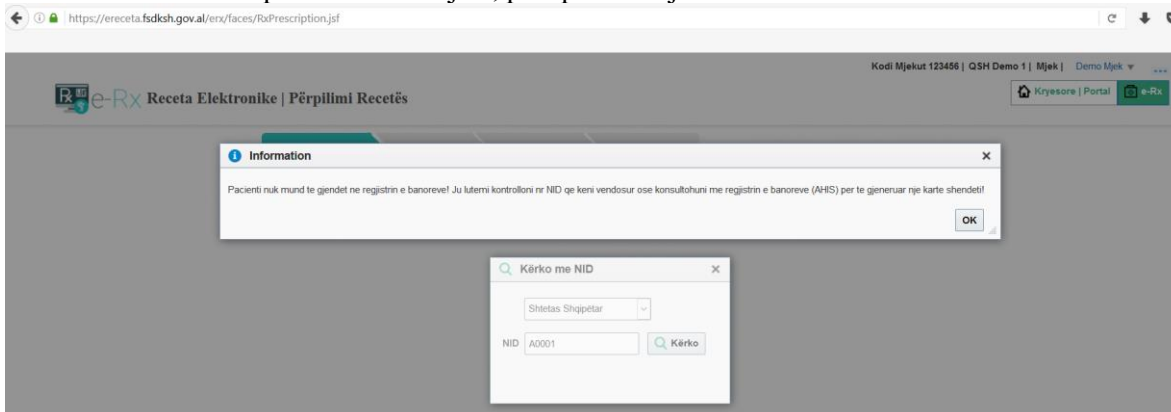
Nr Identifikimi	Emri	Atësia	Mbiemri	Datëlindja	Gjinia	Mjeku	Qsh	Kod pacienti
X	K	V	A	F	M	R	QSh Nr.2 Vlore	1111111111
X	C	M	D	D	F	F	QSh Nr.2 Vlore	1111111111
X	W	N	L	T	M	L	QSh Rreshen	1111111111
X	B	E	N	V	M	E		1111111111
X	H	D	Z	T	F	M		1111111111
X	C	K	H	H	M	M		1111111111
X	V	A	B	B	F	V		1111111111
X	F	B	A	K	M	L	QSh Rreshen	1111111111
X	D	K	K	F	F	A		1111111111
X	R	S	L	D	F	R	QSh Nr.2 Vlore	1111111111
X	Tr	E	V	A	F	L	Dropull i Siperm	1111111111
X	V	E	A	F	F	N		1111111111
X	M	C	H	S	M	E		1111111111
X	J	A	F	Z	F	A	QSh Nr.2 Lushnje	1111111111
X	B	A	F	M	M	S		1111111111

Burimi: FSDKSH, sistemi AHIS

Mbi procesin e identifikimit të pacientit, u konstatua se:

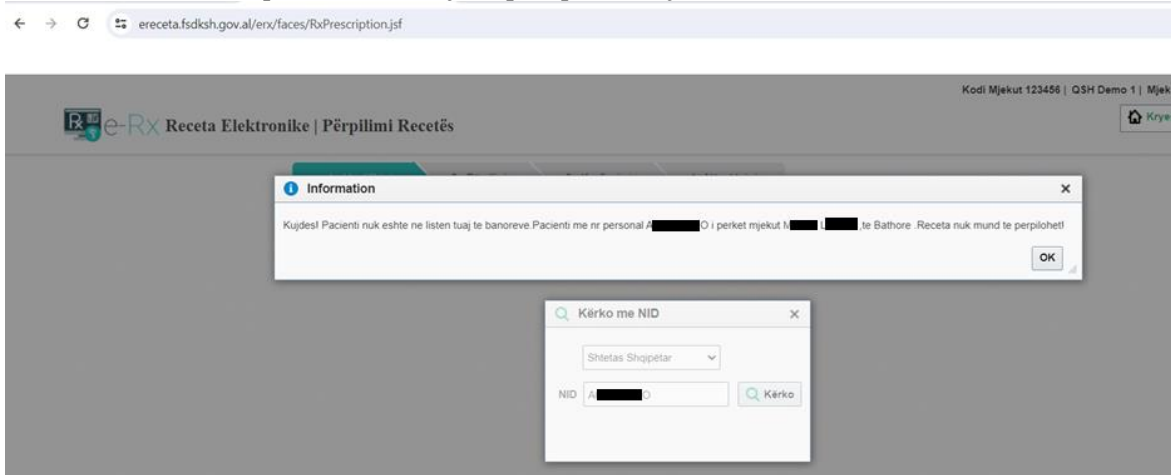
- sistemi nuk proceson recetë për ID që nuk është sipas formatit standard të DPGJC;
- sistemi nuk parandalon procesimin e recetës elektronike për individë të cilat kanë ndërruar jetë, duke bërë njohjen e ID-së dhe referimin në akses të kufizuar tek mjeku përkatës;
- sistemi nuk nxjerr mesazh informues nëse ID-ja e futur nuk është fshirë nga sistemi AHIS ose që nuk ekziston në databazën e DPGJC, prej së cilës konstatohet se sistemi e-Rx nuk bashkëvepron në kohë reale me sistemin e DPGJC-së dhe krijon kushtet për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetave për personat që nuk ekzistojnë;

Foto nr. 3: “Pacientë që kanë ndërruar jetë, por që rezultojnë aktiv në sistemin AHIS dhe e-Rx”



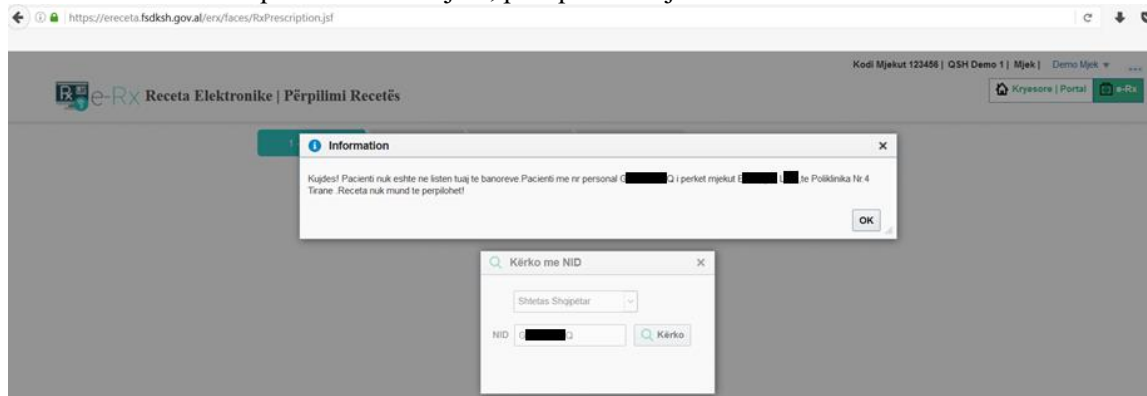
Burimi: FSDKSH, sistemi e-Rx

Foto nr. 4: “Pacientë që kanë ndërruar jetë, por që rezultojnë aktiv në sistemin AHIS dhe e-Rx”



Burimi: FSDKSH, sistemi e-Rx

Foto nr. 5: “Pacientë që kanë ndërruar jetë, por që rezultojnë aktiv në sistemin AHIS dhe e-Rx”



Burimi: FSDKSH, sistemi e-Rx

I.3. Mbi procedurat e auditimit të kryera pas identifikimit të dobësive të kontrollit të brendshëm në sistemet informatike

Nga auditimi mbi sistemet informatike mbi të cilat mbështetet procesi i rimbursimit u identifikuan mangësi të cilat përfshinin gjenerimin e recetave për raste individë të cilët kanë të dhëna të pa plota dhe të pasakta në sistemin elektronik të të siguarve AHIS. Mangësitë e identifikuar në regjistrin elektronik të të siguarve krijojnë kushte që këto mangësi të mbarten edhe në sistemin e gjenerimit dhe ekzekutimit të recetës elektronike. Në këto kushte, nga ana e KLSH është kërkuar informacion në Drejtorinë e Përgjithshme të Gjendjes Civile në lidhje me shtetasit që kanë ndërruar jetë brenda një intervali kohor të përcaktuar me qëllim kryqëzimin e këtyre të dhënave me ato që janë të pasqyruara në sistemin AHIS dhe në vijim për procesin e rimbursimit. Ky informacion është përcjellë nga DPGJC në format elektronik dhe me shkresë zyrtare duke pasur si bazë kryesore të ndërveprimit fushën e ID (numrit të identifikimit) të shtetasit shqiptar. Nga FSDKSH është kërkuar gjenerimi i raportit të recetave duke përfshirë këtë fushë me qëllim kryqëzimin e të dhënave dhe nuk është vendosur në dispozicion të grupit të auditimit informacioni i kërkuar, sipas emaileve të datës 13.11.2023, 06.12.2023 si dhe komunikimeve në vijim deri në përfundim të fazës së auditimit në terren. Të dhënat në lidhje me përfituesin e rimbursimit janë vendosur në nivel detajimi me kod pacienti, duke e bërë të pamundur krahasimin e të dhënave. Vetëm për një pjesë të të dhënave, kod pacienti rezulton i njëjti me ID e shtetasit shqiptar. Në këto kushte, testimi i të dhënave është përqendruar në këto evidenca të kufizuara në dispozicion si dhe të dhëna të shkarkuara manualisht nga sistemi AHIS me bazë rrishtu. Konkretisht:

I.3.1. Si pasojë e kufizimit të aksesit në informacion, në të gjithë DRF-të, janë testuar pacientët të cilët kanë përfituar rimbursin dhe kodi i pacientit ka rezultuar i njëjtë me numrin e identifikimit NID, konkretisht, për vitin 2021, janë testuar 13,885 pacientë nga 334,907 pacientë, ose 4.1% e pacientëve të cilët kanë përfituar rimbursim, ndërsa për vitin 2022 në total janë testuar 21,090 pacientë nga 360,042, ose 5.8% e pacientëve të cilët kanë përfituar rimbursim. Për periudhën objekt auditimi janë konstatuar 61 raste, ku pacientë që kanë ndërruar jetë (sipas informacionit të përcjellë nga DPGJC), rezultojnë përfitues të rimbursimit pasi kanë ndërruar jetë, duke përfshirë mjekë që plotësojnë receta dhe farmaci që ekzekutojnë këto receta megjithëse personat kanë ndërruar jetë. Tabela në vijim paraqet 17 raste, për vitin 2022, ku ekzekutimi i recetës është kryer pas datës kur pacienti ka nderuar jetë.

Tabela nr. 68: “Raste të ekzekutimit të recetës, pas datës kur pacienti ka nderuar jetë, 2022”

ID	Data e vdekjes (Nga DPGJC)	Data e ekzekutimit te recetës (Nga e-rx)	Mjeku	Farmacia	Vlera e rimbursimit	DRF
F.....H	05.08.2022	07.08.2022	M.K	L.....	1,975	Berat
L.....R	03.07.2022	04.07.2022	K.G	T.....	3,653	Berat
E.....T	04.07.2022	12.07.2022	R.C	J.....	13,398	Durrës
L.....O	08.12.2022	10.12.2022	D.B	C.....	5,480	Elbasan
E.....N	22.04.2022	25.04.2022	Sh.S	O.....Farmaci	899	Korçë
		27.04.2022	Sh.S	E.....M.....	467	Korçë
F.....V	20.05.2022	23.05.2022	A.A	F..... V.....	8,460	Korçë
F.....Ë	23.02.2022	24.02.2022	Sh.S	O.....Farmaci	2,589	Korçë
F.....B	20.05.2022	23.05.2022	Sh.S	E.....M.....	182	Korçë
G.....N	23.01.2022	26.01.2022	Sh.S	O.....Farmaci	1,186	Korçë
G.....R	09.08.2022	10.08.2022	Sh.S	E.....M.....	184	Korçë
H.....K	28.06.2022	29.06.2022	Sh.S	E.....M.....	99	Korçë
		30.06.2022	Sh.S	O.....Farmaci	2,557	Korçë
F.....T	23.12.2022	24.12.2022	I.D	L.....	3,058	Kukës
G.....J	14.11.2022	21.11.2022	H.P	Xh.....	11,690	Shkodër
F.....P	01.02.2022	27.05.2022	A.Gj	L.....	14,809	Tiranë
		28.03.2022	A.Gj	L.....	14,991	Tiranë

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Për vitin 2021, nga testet e kryera konstatohen raste të rimbursimit të padrejtë pasi personat kanë ndërruar jetë sipas informacionit të përcjellë nga DPGJC. Tabela në vijim paraqet 14 raste, për vitin 2022, ku ekzekutimi i recetës është kryer pas datës kur pacienti ka ndërruar jetë.

Tabela nr. 69: “Raste të ekzekutimit të recetës, pas datës kur pacienti ka nderuar jetë, 2021”

ID	Data e vdekjes (Nga DPGJC)	Data e ekzekutimit te recetës (Nga e-rx)	Mjeku	Farmacia	Vlera e rimbursimit	DRF
E.....R	29.10.2021	25.11.2021	M.Dh	E.....F....	8,596	Tirana
H.....T	27.09.2021	11.10.2021	V.S	M.....	19,031	Tirana
C.....D	18.11.2021	23.11.2021	A.Xh	Xh....Sh....	10,860	Vlorë
D.....I	11.10.2021	15.10.2021	L.LI	V.....B.....	8,292	Elbasan
G.....P	17.03.2021	18.03.2021	G.Sh	Farm.Spitalore Elbasan	33,739	Elbasan
G.....O	08.03.2021	11.03.2021	I.D	G.....	4,295	Elbasan
G.....R	26.08.2021	27.08.2021	F.N	T.....	5,548	Berat
E.....B	09.04.2021	10.04.2021	E.M	T.....A.....	4,052	Fier
E.....D	31.03.2021	01.04.2021	E.H	Zh.....C.....	860	Gjirokastrë
G.....M	06.06.2021	08.06.2021	P.M	C.....	10,283	Kamzë
E.....G	03.03.2021	05.03.2021	Sh.S	H.....	2,086	Korçë
				O.....Farmaci	713	Korçë
G.....R	18.08.2021	20.08.2021	Sh.S	E.....M.....	250	Korçë
E.....H	14.09.2021	15.09.2021	A.I	Nr.....	4,146	Vlorë

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Shtirja e këtyre problematikave rrezikon të jetë më e lartë në rast të të dhënave të plota referuar edhe shkallës së përhapjes së anomalive në sistem në DRF të ndryshme.

Gjithashtu, nga testimi i të dhënave janë konstatuar edhe raste të pacientëve të cilët kanë përfituar rimbursim në të njëjtën datë me datë në të cilën kanë ndërruar jetë, por nuk janë marrë në konsideratë për efekt të raportimit, ku në disa raste konstatohet edhe lëshimi i shumë recetave brenda një kohe të shkurtër përpara se pacientët të ndërrojnë jetë.

I.3.2. Pavarësisht aksesit të kufizuar në informacion, nga grupi i auditimit janë detajuar procedura thelbësore shtesë auditimi bazuar në aksesin manual në sisteme dhe kryqëzimin e të dhënave. Konkretisht, për mjekë të caktuar të cilat kanë rezultuar në gjeneruesit më të lartë të rimbursimit sipas rajoneve përfaqësuese dhe kritereve të tjera të riskut nga ana jonë, kemi kryer shkarkimin manual të të gjithë pacientëve të këtyre mjekëve sistemit AHIS. Nga ana tjetër janë analizuar recetat e përmbledhura sipas çdo pacienti për të cilët këto mjekë i kanë lëshuar referuar sistemit të recetës elektronike e-Rx. Në vijim janë kryqëzuar të dhënat e pacientëve përfitues të rimbursimit me pacientët në përgjegjësi të mjekut sipas sistemit AHIS, nga ku ka rezultuar që një pjesë e pacientëve përfitues nuk janë pjesë e mjekut që ka gjeneruar recetën.

Kjo mund të ekzistojë për arsye se pacientët e ndryshojnë mjekun të paktën një herë në vit sipas kërkesës së tyre kur kjo miratohet, si dhe ekziston risku që këta pacientë të jenë regjistruar vetëm për të përfituar rimbursimin dhe më pas nuk gjenden më në regjistrin e të siguruarve AHIS. Nga ana tjetër, për këto mjek janë krahasuar ID të përfituesve me ID të pacientëve që kanë ndërruar jetë sipas informacionit të përcjellë nga DPGJC nga ku kanë rezultuar 30 raste të cilat janë evidentuar gjenerimi dhe ekzekutimi i recetave për pacientë të cilët kanë ndërruar jetë, gjë që na përcjell në konkluzionin e përfitimit të padrejtë të rimbursimit. Këto raste duke paraqitur dhe farmacitë në të cilat është ekzekutuar receta paraqiten si më poshtë:

Tabela nr. 70: “Raste të ekzekutimit të recetës, pas datës kur pacienti ka nderuar jetë”

ID	Data e vdekjes (Nga DPGJC)	Data e ekzekutimit të recetës (Nga e-rx)	Mjeku	Farmacia	Vlera e rimbursimit	DRF
F.....S	19.07.2021	13.09.2021	A.Gj	L.....	1,665.60	Tiranë
C.....L	13.04.2019	18.01.2021	I.J	B...P....	4,146.60	Tiranë
		16.03.2021	I.J	B...P....	6,224.70	Tiranë
		18.03.2021	I.J	B...P....	1,352.50	Tiranë
		12.05.2021	I.J	M.....	4,388.40	Tiranë
		15.05.2021	I.J	B...P....	1,352.50	Tiranë
		08.07.2021	I.J	B...P....	2,831.40	Tiranë
		08.07.2021	I.J	M.....	4,388	Tiranë
		07.09.2021	I.J	M.....	4,310.40	Tiranë
		03.11.2021	I.J	B...P....	5,314.80	Tiranë
		30.12.2021	I.J	M.....	1,791.60	Tiranë
		28.01.2022	I.J	B...P....	4,006.70	Tiranë
		28.01.2022	I.J	M.....	1,492.20	Tiranë
		24.02.2022	I.J	B...P....	4,310	Tiranë
		04.03.2022	I.J	M.....	1,111.60	Tiranë
F.....N	06.01.2022	08.01.2022	I.J	B...P....	986.4	Tiranë
E.....K	05.08.2022	06.08.2022	E.Sh	J....Gj.....	13,019.70	Gjirokastrë
F.....Ë	20.01.2022	22.01.2022	E.Sh	K....Xh.....	13,139.70	Gjirokastrë
F.....E	23.09.2022	24.09.2022	E.Sh	J....Gj.....	8,490.90	Gjirokastrë
D.....K	04.04.2022	26.05.2022	S.A	V...F....	7,608.60	Vlorë
G.....K	21.01.2022	22.01.2022	N.B	A.....	13,604.10	Tiranë
F.....L	14.04.2022	22.04.2022	N.B	J.....	15,336.40	Tiranë
C.....U	02.12.2022	04.12.2022	N.B	L....07	16,583.40	Tiranë
E.....P	04.02.2022	05.02.2022	N.C	H.....	7,112.20	Tiranë
D.....Ë	19.03.2021	23.03.2021	N.P	N.....	2,920.80	Durrës
F.....C	02.11.2021	22.11.2021	N.P	J.....	14,007.40	Durrës
E.....R	09.12.2021	11.12.2021	N.P	N.....	6,277.30	Durrës
		14.12.2021	N.P	N.....	763.3	Durrës
D.....G	14.11.2021	30.11.2021	N.P	J.....	346.2	Durrës
E.....C	28.01.2022	29.01.2022	N.P	J.....	5,049	Durrës

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Pavarësisht testeve të kryera, testimet e kryera nga grupi i auditimit janë të kufizuara për shkak të kufizimit në të dhëna (mungesës së NID për të identifikuar dhe lidhur kodin e pacientit me NID).

Problematikat e mësipërme janë në kundërshtim me përcaktimet e bëra në aktet ligjore për rimbursimin dhe përfshijnë si më poshtë:

VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr.1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”.

-Pika I.3 “Përdoruesit e sistemit, siç janë të përcaktuar në rregulloren e recetës elektronike janë: a) mjekët që pjesë të kontratës së tyre kanë përshkrimin e recetës me rimbursim...; b)farmacitë me kontratë me fondin për rimbursimin e barnave..... c)Drejtorja e Përgjithshme, Drejtoritë Rajonale dhe agjencitë me anë të punonjësve që janë përgjegjës për ...kontrollin e procesit të rimbursimit...

-Pika II.1 “Rregullat bazë të recetës elektronike”, “Receta Elektronike me rimbursim do të gjenerohet për pacientët të cilët janë në regjistrin e të siguruarve që Fondi disponon, si dhe të ketë jo më pak se një kategori përfitimi të vlefshme në momentin e gjenerimit të recetës elektronike”.

-Pika II.3 “Rregullat bazë të recetës elektronike”, “Receta elektronike me rimbursim do të gjenerohet nga mjeku përkatës I familjes I cili mbulon me shërbim shëndetësor dhe ka të regjistruar në regjistrin e elektronik të të siguruarve këtë pacient”.

-Pika III.1 Mjeku i përgjithshëm i familjes mbasi kryen vizitën e pacientit dhe përcakton diagnozën do të fillojë procesin e regjistrimit të recetës elektronike në sistem....

-Pika II.3 Evidentimi i pacientëve nis nëpërmjet vendosjes së numrit personal të identifikimit NID. Kryhet marrja e të dhënave nëpërmjet ndërveprimit me sistemin e DPGJC, në këtë mënyrë do të ngarkohen automatikisht nga regjistri i gjendjes civile...

Pika II.4 Sistemi ndërvepron me regjistrin elektronik të të siguruarve që disponon fondi nga ku ngarkohen të dhëna si...

Pika IV.B.1 Pacienti me dokumentin e identifikimit dhe kodin identifikues të recetës i drejtohet farmacistë.

Pika IV.B.2 Pas hyrjes në sistem, farmacisti identifikon në sistem pacientin duke vendosur NID e pacientit dhe më pas plotëson kodin identifikues të recetës dhe në sistem i shfaqet receta elektronike sipas përshkrimit të mjekut....

Udhëzimin nr. 17 datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”,

Pika 5 “Regjistri i siguruarve dhe veprimet e personave të autorizuar në të monitorohet nga Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit; pika 7 “Në rastet kur informacioni për kategoritë e personave nuk aksesohet online sipas tabelës nr.2, regjistrimi i tyre do të bëhet nga mjeku i familjes pranë të cilit është regjistruar personi; Pika 9 Mjeku i familjes kujdeset të verifikojë në regjistrin elektronik të personave të tij saktësinë e të dhënave të personit dhe të bëjë përditësimet ose plotësimet e nevojshme në se ka mospërputhje ose mangësi;

Pika 11 Regjistrimi i kategorive të të siguruarve për të cilat fondi operon me listat e paraqitura nga institucionet përgjegjëse do të bëhet pranë zyrave të fondit sipas kushteve të parashikuara me marrëveshje me këto institucione.

Ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” ku citohet: *Neni 27* “Të gjithë personat e përmendur në nenin 5 të këtij ligji janë të detyruar të regjistrohen te Fondi.....Të gjithë personat e regjistruar kanë një numër të sigurimit shëndetësor të detyrueshëm dhe një dokument që vërteton regjistrimin e tyre në Fond e që identifikon personin e siguar.”;

Neni 28 “Identifikimi i personave të siguar bëhet nëpërmjet dokumentit të identifikimit të sigurimit shëndetësor, të lëshuar nga Fondi.”;

Neni 29 “1. Fondi paguan dhënësit e shërbimeve shëndetësore vetëm për shërbimet e ofruara ndaj personave të siguar dhe në bazë të termave e të kushteve të përcaktuara në kontratat përkatëse.”;

Neni 30 “4. Fondi ka të drejtë dhe detyrë të verifikojë çdo pagesë të dhënë në përputhje me termat dhe kushtet e kontratave dhe të refuzojë çdo kërkesë për pagesë në rastet e parashikuara në rregulloret financiare, të miratuara nga këshilli administrativ.”;

Neni 31 “1. Fondi ka të drejtë dhe detyrë të verifikojë vërtetësinë dhe rregullsinë e çdo kërkesë për pagesë të dhënës të shërbimit shëndetësor, përpara se të kryejë pagesën.”;

VKM nr. 307 datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, i ndryshuar.

5. Qendrat shëndetësore janë përgjegjëse për regjistrimin e të dhënave të popullsisë së regjistruar pranë mjekëve të familjes.

6. Të dhënat nga institucionet përgjegjëse, sipas pikave 4 dhe 5 të këtij vendimi, i jepen Fondit në mënyrë elektronike jo më pak se 2 (dy) herë në vit, brenda muajit janar dhe qershor të çdo viti.

8. Identifikimi i personave të siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrimit elektronik të të siguruarve të fondit ose portalit e-Albania.

10. Karta e shëndetit është personale dhe e patjetërsueshme. Ajo përmban numrin e identitetit të personit, i cili është edhe numri i sigurimit shëndetësor të detyruar.

Kontratat “Për financimin e qendrave shëndetësore” sipas periudhës objekt auditimi, neni 7 “Sistemet e informacionit dhe statistikat”,

1. QSH, është përgjegjëse për zbatimin e sistemeve informatike për shërbimin shëndetësor parësor, për regjistrimin e formularëve të vizitës dhe procedurave mjekësore, plotësimin dhe raportimin e të gjitha formateve të printuara dhe elektronike që lidhen me të ; c. Formulari “Çregjistrim i personit të vdekur” Aneksi N;

2.QSH, detyrohet t’i paraqesë DRF në mënyrë të saktë dhe në afatin e duhur të dhënave statistikore dhe të dhënave elektronike, sipas anekseve bashkëngjitur kësaj kontrate.

4. QSH është përgjegjëse për menaxhimin dhe mirëmbajtjen e sistemit të “Regjistrimit elektronik të banorëve me banim të përhershëm”, për çdo MPF, si dhe raportimin te DRF në mënyrë të saktë dhe në afatin e duhur të formateve të printuara dhe elektronike nga ky sistem.

Neni 10 “Detyrime të MPE të kontraktuar nga QSH” “Të mbajnë “Regjistrimin elektronik të banorëve” për të gjithë banorët, që mbulojnë me shërbim shëndetësor dhe të pasqyrojnë çdo muaj ndryshimet.

II. Mbi problematikat e tjera të procesit të rimbursimit sipas kuadrit rregullator në fuqi

II.1. Mbi mungesën e konsumit për disa barna në listën e barnave të rimbursueshme për periudhën objekt auditimi.

Nga auditimi konstatohet se në listën e barnave të rimbursuara për vitin 2021 dhe 2022 janë të miratuar për rimbursim rreth 155 barna në formën e alternativës së parë dhe në disa raste të vetme. Nga raporti i konsumit të barnave, që tregtohen në farmacitë e spitalit dhe kryesisht QSUT konstatohet se paraqiten me konsum rreth 121 barna, sipas raportit analitik të rimbursimit për periudhën 01.08.2021–31.12.2022. Në këtë mënyrë, një pjesë e konsiderueshme e barnave, megjithëse janë të pranishme në listë nuk përshkruhen dhe nuk paraqesin konsum për periudhën objekt auditimi, çka e bën të domosdoshme hartimin dhe përditësimin e listës së barnave të rimbursueshme. Lista e këtyre barnave paraqitet në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 71: “Barna të rimbursueshme, pa konsum”

Kod bar	Kodi ATC	Principi Aktiv dhe Doza
457/41	B03XA03	Methoxy Polyethylene Glycol - epoetin beta 120mcg/0.3 ml
123/237	H01AC01	Somatropine 5 mg (15 Nj.N)
123/93	H01AC01	Somatropine 5 mg (15 Nj.N)
770/237	H01AC01	Somatropin 10 mg
770/93	H01AC01	Somatropin 10 mg
779/457	H05BX02	Paricalcitol 5 mcg/ml – 1 ml
486/307	J05AB14	Valganciclovir Hydrochloride 450 mg
486/41	J05AB14	Valganciclovir Hydrochloride 450 mg
576/307	J05AF07	Tenofovir 245 mg
708/307	L01AX03	Temozolomide 250 mg
577/110	L01BC06	Capecitabine 150 mg
577/235	L01BC06	Capecitabine 150 mg
578/235	L01BC06	Capecitabine 500 mg
578/110	L01BC06	Capecitabine 500 mg
487/447	L01XX28	Imatinib 100 mg
487/110	L01XX28	Imatinib 100 mg
641/458	L04AA18	Everolimus 10 mg
641/92	L04AA18	Everolimus 10 mg
584/92	L04AA27	Fingolimod 0.5 mg
662/96	L04AB01	Etanercept 25 mg
663/237a	L04AB01	Etanercept 50 mg
663/96a	L04AB01	Etanercept 50 mg

663/96	L04AB01	Etanercept 50 mg
664/237a	L04AB04	Adalimumab 40mg
452/191a	L04AD02	Tacrolimus 0.5 mg
453/191a	L04AD02	Tacrolimus 1 mg
727/430	N04BC07	Apomorphine Hydrochloride 5 mg/ml
762/163	V03AC03	Deferasirox 90 mg
418/92	V03AC03	Deferasirox 250 mg
716/311	V03AC03	Deferasirox 125 mg
716/412	V03AC03	Deferasirox 125 mg
717/311	V03AC03	Deferasirox 500 mg
717/412	V03AC03	Deferasirox 500 mg
605/311	V03AE02	Sevelamer Carbonate 800mg

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

II. 2. Mbi diferencat në barnat spitalor midis konsumit të rimbursuar dhe hyrjeve të depove në farmacinë e QSUT.

Nga auditimi rezultoi se një pjesë e konsiderueshme e rimbursimit, rreth 27% për vitin 2021 dhe rreth 28% për vitin 2022, realizohet nga **Drejtoria e Shërbimit Spitalor Universitar** për barnat që tregtohen në farmacitë e spitaleve, dhe konkretisht farmacinë e QSUT. Procesi i rimbursimit përfshin pranimin e dokumentacionit të dorëzuar nga QSUT në lidhje me listë-treguesit analitikë, listë-treguesit e përmbledhur, procesverbalet dhe akt rakordimet, faturat e hyrjeve të barnave etj. Pas verifikimit për pagesë, nga ana e DSHSU kryhet pagesa drejt depove farmaceutike të cila kanë furnizuar farmacinë e spitalit QSUT për pjesën e periudhës që është rimbursuar sipas recetave të ekzekutuara. Nga ana tjetër, daljet e depove, të cilat janë hyrje për farmacinë e QSUT deklarohen në sistemin e-depo. Në zbatim të kontratës tre palëshe ndërmjet DSHSU, depove farmaceutike dhe farmacisë së QSUT, farmacia e spitalit dërgon gjithashtu inventarin në fund të periudhës vjetore si dhe në çdo rast që ka ndryshim të LBR. **Të dhënat mbi faturimin, rimbursimin, sasinë e gjendjeve janë objekt rakordimi referuar kontratës tre palëshe dhe nga auditimi konstatohet se ky proces rakordimi nuk është realizuar nga DSHSU përgjatë periudhës objekt auditimi**, në kundërshtim me përcaktimet e bëra në nenin 16 të kontratës ku përcaktohet: *“DSHSU/DRF, QSU/Spitali (Farmacia) dhe Importuesi bien dakord, të bëjnë çdo 3 muaj rakordimin, ndërmjet pagesave/likuidimeve të kryera nga DSHSU/DRF, konsumit të barnave të importuesit në bazë të listë treguesit të recetave me rimbursim, faturave dalje të Importuesit farmaceutik si dhe stokut në farmacinë e spitalit...”*. Në mungesë të këtyre rakordimeve, nga grupi i auditimit u detajuan procedura shtesë thelbësore ku u administruan evidencat e mëposhtme:

- raporti i konsumit të barnave për periudhën 01.08.2021 – 21.12.2022 (periudha e LBR 2021) për farmacinë e QSUT në nivel analitik nga sistemi e-Rx;
- gjendja e inventarit të deklaruar nga QSUT në DSHSU në datat 01.08.2021 dhe në 31.12.2022 sipas përcaktimeve të kontratës tre palëshe;
- raportet e daljeve të barnave nga depot farmaceutike drejt QSUT sipas formatit nga sistemi e-depo nëpërmjet të cilit bëhen të gjitha regjistrimet e depove për gjendjen, hyrjet, daljet (në total 17 depo të vendosura në dispozicion nga FSDKSH të cilat kanë bërë shitje drejt QSUT). Nga përpunimi i këtyre të dhënave ka rezultuar se për 7 kode barnash, sasia e pretenduar për rimbursim, e cila është procesuar në vijim edhe për pagesë nga ana e DSHSU, është më e madhe se sasia që është bërë hyrje në farmacinë e QSUT nga këto depo, duke marrë në konsideratë edhe gjendjet në fillim dhe në fund të periudhës. Këto diferenca nga të dhënat e paraqitura nga sistemet mbi të cilat funksionojnë marrëdhëniet tre palëshe sipas kontratave specifike nuk janë identifikuar në kohë nga ana e DSHSU dhe as nga strukturat e kontrollit të FSDKSH. Lista e barnave për të cilat është evidentuar kjo problematikë dhe sasi të përkatëse paraqiten në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 72 “Barna, të cilët paraqesin sasi të pretenduar për rimbursim më të madhe se sasia që është bërë hyrje në farmacinë e QSUT nga depot”.

Kod bar	Inventari i deklaruar nga QSUT 02.08.2021	Hyrjet nga Depo	Daljet nga konsumi	Gjendja sipas evidencave 31.12.2022	Inventari i deklaruar nga QSUT 31.12.2022	Diferenca	Depo farmaceutike
633/96	0	352	136	216	16	200	P.....
684/237	0	259	132	127	0	127	D.... P....
504/246	0	370	283	87	97	-10	L... P....
779/107	0	5100	5736	-636	114	-750	A.....
707/325	0	4690	4730	-40	0	-40	M.... P....
578/307	55	0	52252	-52197	3	-52194	
586/41	24	0	1264	-1240	8	-1232	
664/181	49	0	145	-96	0	-96	
726/430	0	1698	1677	21	43	-22	M.... P....

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Këto diferenca nga të dhënat e paraqitura nga sistemet mbi të cilat funksionojnë marrëdhëniet tre palëshe sipas kontratave specifike nuk janë identifikuar në kohë nga ana e DSHSU dhe as nga strukturat e kontrollit të FSDKSH.

II.3. Mbi aplikimet me vonesë të ndryshimit të çmimeve të barnave në sistemin e-rx për ekzekutimin e recetave

Nga auditimi është konstatuar se nga ana e FSDKSH janë ndryshuar çmimet e barnave për rrjetin spitalor për farmacinë e QSUT, të cilat janë pasqyruar në DSHSU me shkresën nr. 749/2 prot., datë 03.02.2022. Këto ndryshime janë kryer në zbatim të përcaktimeve të VKM nr. 489, datë 30.07.2021, pika 8 ku përcaktohet se: “Nëse gjatë periudhës, kur ky vendim është në fuqi, ulen çmimet për barnat e paregjistruara të listës ose barnat, alternativë e vetme, që tregtohen në farmacitë e spitalit dhe në farmacitë e rrjetit të hapur, FSDKSH, me njoftim të AKBPM, reflekton uljen e çmimit të barit në listë”.

Nga testimi i të dhënave të raportin 49 mbi recetat e ekzekutuara në nivel analitik, rezulton se ndryshimi i çmimeve në sistem është kryer me rreth 2 muaj vonesë duke sjellë që gjatë kësaj periudhe të gjenerohen dhe ekzekutohen receta të ndryshme për barnat objekt ndryshimi me çmim të pa ndryshuar. Lista e barnave për të cilët ka ndryshuar çmimi dhe çmimet e aplikuar sipas recetave të ndryshme në sistemin e-Rx paraqiten në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 73: “Barna, ndryshimi i çmimeve të së cilave është kryer me vonesë gjatë procesit të pasqyrimin të efektit të ndryshimit të çmimeve”.

Recetë ID	Vlera	Kod bari	Çmimi i aplikuar
220204101345850000	22,561	594/194	11,280.62
220204101542760000	55,495	595/194	13,873.64
220202112139081000	112,642	602/92	37,547.47
220204085441620000	76,178	606/92	76,177.63
220204090316570000	76,178	606/92	76,177.63
220204085815381000	80,845	608/118	80,845.07
220204103459770000	284,824	703/92	4,747.07
220204124138520000	284,824	703/92	4,747.07
220204095002800000	411,325	710/96	19,586.89
220203093535490000	411,325	710/96	19,586.89
220204101347580000	411,325	710/96	19,586.89
220204102449650000	822,649	710/96	19,586.89
220204105025510000	411,325	710/96	19,586.89
220204100831680000	411,325	710/96	19,586.89
220204134529530000	411,325	715/96	19,586.89
220204131559521000	411,325	715/96	19,586.89
220204130555580000	411,325	715/96	19,586.89

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

II. 4. Mbi gjenerimin e më shumë se tre barnave për recetë për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe ato pensionistë.

Nga auditimi konstatohet se për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe kategorinë pensionistë, janë gjeneruar dhe ekzekutuar më shumë se tre barna për recetë, në kundërshtim me përcaktimet e bëra në VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr.1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx” ku përcaktohet se “Pika II.9 “Në recetat me rimbursim të pjesshëm dhe ato të kategorisë “pensionist” do të lejohen deri në 3 barna për recetë”. Ky konstatim është evidentuar në Drejtorinë Rajonale të Fondit Tiranë në një përhapje të gjerë ku raste përfaqësuese për efekte dokumentimi paraqiten në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 74: “Gjenerimi i më shumë se tre barnave për recetë për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe ato pensionistë”.

Rec ID	Kod pacienti	Kategoria	Sasi barnash për recetë
211228100254410000	3501853600	Pensionist pa afat	5
211230110627401000	E.....D	Pensionist pa afat	4
211230111232390000	3500058079	Pensionist pa afat	5
211230111445390000	3500058079	Pensionist pa afat	4
220104085905430000	E.....N	Pensionist pa afat	5
220104092115420000	3500060282	Pensionist pa afat	4
220104092424440000	3501864765	Pensionist pa afat	5
220104103659450000	3502127572	Pensionist pa afat	4
220104110714381000	D.....D	Pensionist pa afat	4
220104111132440000	3502659686	Pensionist pa afat	4
220104112553480000	3500159483	Pensionist pa afat	6
220104113245520000	3500603377	Pensionist pa afat	6
220104113830560000	3502129963	Pensionist pa afat	6
220104114321530000	1707531165	Pensionist pa afat	6
220104114844410000	3500027756	Pensionist pa afat	6
220105100734570000	3502006865	Pensionist pa afat	5
220105112728430000	2027289576	Pensionist pa afat	6
220105113741531000	3500126028	Pensionist pa afat	5
220105114104380000	3501626876	Pensionist pa afat	4

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

II. 5. Mbi gjenerimin e recetave për të njëjtin pacient nga më shumë se një mjek dhe/ose në DRF të ndryshme përgjatë periudhës objekt auditimi

Nga auditimi janë konstatuar raste kur për të njëjtin pacient ekzistojnë receta nga më shumë se një mjek dhe qendër shëndetësore përkatëse, duke vendosur në dyshim procesin e rimbursimit të këtyre recetave dhe ekzistencën e pacientit referuar regjistrin elektronik të të siguarve. Këto konstatime janë në kundërshtim me përcaktimet e bëra në VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr. 1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx” ku përcaktohet se Pika II.3 “Rregullat bazë të recetës elektronike”, “Receta elektronike me rimbursim do të gjenerohet nga mjeku përkatës i familjes i cili mbulon me shërbim shëndetësor dhe ka të regjistruar në regjistrin e elektronik të të siguarve këtë pacient”. Këto raste janë të përhapura përgjatë të gjithë periudhës objekt auditimi. Për efekt dokumentimi në tabelën e mëposhtme janë paraqitur disa raste përfaqësuese të cilat pasqyrojnë problematikën e evidentuar:

Tabela nr. 75: “Mbi gjenerimin e recetave për të njëjtin pacient nga më shumë se një mjek dhe/ose në DRF të ndryshme përgjatë periudhës objekt auditimi”.

Kod Pacienti	Mjeku	Vlera e rimbursuara	DRF
206501148	A.M	259	DRF Berat
	A.F	1,088	DRF Berat
	B.M	522	DRF Berat
	L.M	1,037	DRF Berat

206502855	A.M	2,894	DRF Berat
	A.F	6,869	DRF Berat
	B.M	3,156	DRF Berat
	L.M	1,888	DRF Berat
513797313	A.B	985.8	DRF Korçë
	A.H	2501.7	DRF Korçë
	A.M	3387.6	DRF Korçë
1855020391	A.I	3254.4	DRF Vlorë
	E.LI	2445.6	DRF Vlorë
	S.A	1614	DRF Vlorë
	V.D	1222.8	DRF Vlorë
710251749	D.G	1119.79	DRF Tirana
	G.L	1119.79	DRF Tirana
	J.H	8946.5	DRF Tirana
	S.D	1055.86	DRF Tirana
917122051	A.M	2344.2	DRF Tirana
	G.C	3168.3	DRF Tirana
	S.M	4688.4	DRF Tirana
1613009364	D.G	2927.4	DRF Tirana
	G.L	2927.4	DRF Tirana
	J.H	20806.8	DRF Tirana
	S.D	4283.1	DRF Tirana
3500001560	L.Z	636.6	DRF Tirana
	N.B	3191.4	DRF Tirana
	O.T	281.1	DRF Tirana

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

II. 6. Mbi gjenerimin dhe ekzekutimin e recetave me barna pa përfunduar periudha e mjekimit të recetës së mëparshme.

Nga auditimi mbi kohëzgjatjen e mjekimit duke pasur në konsideratë periudhën e mjekimit, datën e fillimit të mjekimit dhe datën e përfundimit **u konstatua se në disa raste me përzgjedhje nga mjekët gjenerohen recetat me të njëjtin medikament pa përfunduar periudha e vlefshmërisë së recetës paraardhëse**. Këto konstatime janë në kundërshtim me parashikime e bëra në VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr.1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx” ku përcaktohet se “Pika II.12 Mjeku nuk duhet të lëshojë recetë me rimbursim për të njëjtën diagnozë pa mbaruar periudha e trajtimit të recetës së mëparshme për këtë diagnozë”. Raste përfaqësuese nga të dhënat e testuara duke paraqitur kodin e pacientit, numrin e identifikimit të recetës elektronike dhe datat për të cilat ka ndodhur dublikimi i mjekimit sipas medikamentit të përshkruara janë të paraqitura në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 76: “Gjenerimi dhe ekzekutimi i recetave me barna pa përfunduar periudha e mjekimit të recetës së mëparshme”

Kod pacienti	Recetë ID	Data e ekzekutimit	Data e fillimit të mjekimit	Data e mbarimit të mjekimit	Kod bari
EU00369397	220524122447490000	24.05.2022	24.05.2022	22.08.2022	470/41
EU00369397	220726125455490000	26.07.2022	26.07.2022	24.09.2022	470/41
710239885	220214113055550000	14.02.2022	14.02.2022	20.02.2022	589/194
710239885	220207095058550000	07.02.2022	07.02.2022	09.03.2022	589/194
710351431	220329125254370000	29.03.2022	29.03.2022	28.04.2022	670/404
710351431	220406125259370000	06.04.2022	06.04.2022	13.04.2022	670/404
710542745	220126095208640000	26.01.2022	26.01.2022	10.02.2022	592/166
710542745	220105133618640000	05.01.2022	05.01.2022	04.02.2022	592/166
832101200	220603094309600000	03.06.2022	03.06.2022	03.07.2022	236/347
832101200	220610141509600000	10.06.2022	10.06.2022	17.06.2022	236/347
H.....V	220922142249710000	22.09.2022	22.09.2022	29.09.2022	236/105
H.....V	220922110741710000	22.09.2022	22.09.2022	29.09.2022	236/105
710210323	221124082519650000	24.11.2022	24.11.2022	30.11.2022	589/194
710210323	221117134735650000	17.11.2022	17.11.2022	17.12.2022	589/194

Burimi: Të dhëna nga FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Problematikat e mësipërme, duke filluar nga problematikat e sektorit të kujdesit spitalor e parësor, janë tregues se procesit të rimbursimit i ka munguar kontrolli i plotë nga strukturat drejtuese të FSDKSH, duke ngarkuar me përgjegjësi:

-Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH-së;

-Mjekët, Farmacitë, Drejtorët e Qendrave Shëndetësore, sipas përcaktimeve në kontratat e tyre përkatëse;

-Drejtorët e DRF-ve me strukturat përkatëse, Drejtorët e Drejtorive të FSDKSH: Drejtoria e Rimbursimit, Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistikore, Drejtoria e Kontrollit, Drejtoria e Kujdesit Parësor, me strukturat e tyre përkatëse, sipas përcaktimeve në Rregulloren Për Funksionimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;

-Agjencinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit (AKSHI) sipas marrëveshjeve përkatëse për mirëmbajtjen e sistemeve.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/26, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit Nr.733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga Znj. A.Ç, ish Drejtori i Përgjithshëm i FSKDSH-së, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: *-Në lidhje me sistemin AHIS: ky sistem hostohet në data-centerin qeveritar pranë AKSH-it. Për problematikat që ky sistem paraqiste, fondi me shkresën nr. 3765 prot., datë 14.07.2021 i ka kërkuar AKSH-it nevojën për përmirësim e sistemit të Regjistrimit elektronik të banorëve duke listuar edhe mangësitë në këtë sistem*

-Në lidhje me sistemin eRx- ka ndërveprim të plotë përmes platformës qeveritare të ndërveprimit me: regjistrin kombëtar të gjendjes civile, regjistrin e të siguruarve në FSDKSH për kategorinë e pacientit, sistemin informatik të regjistrimit të kontrollit të barnave AKBPM për të dhënat e barnave të recetave me rimbursim, regjistrin kombëtar të QKB për të dhënat e farmacive dhe portalin qeveritar e-albania për shfletimin e historikut të recetave nga shtetasit (kontrata nr. 3497 prot., datë 21.05.2021 “Mirëmbajtja e sistemit e-receta, pika 6.1 “Përshkrimi i Përgjithshëm i sistemit të recetës elektronike”. Në këtë sistem logohet me NID të pacientit dhe në ndërveprim me Regjistrin Kombëtar të Gjendjes Civile merren të dhënat anagrafike të pacientit. Nga AHIS merret vetëm kategoria e pacientit. Problematika tek AHIS nuk ndikon në saktësinë dhe transparencën e rimbursimit të barit.

-Në lidhje me sistemin eRx për rrjetin spitalor për barnat e QSUT, si pasojë e efekteve të ndryshme të cilat janë pasqyruar në DSHSU, saktësojmë se: në FSDKSH në datën 02.02.2022 ka mbërritur shkresa e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore protokolluar në fond me nr. 749 prot., datë 02.02.2022, Drejtoria e Rimbursimit në Fond, bazuar në VKM nr. 489, datë 30.07.2021, me shkresën nr. 749/1 prot., datë 03.03.2022, njofton AKBPM për reflektimin e çmimit. Me shkresën nr. 749/3, datë 03.02.2022 njoftohet Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistikore për njoftimin e kompanisë për reflektimin në sistemin eRx të çmimeve të ulura. Të gjitha njoftimet janë bërë njëkohësisht.

-Vendimi i Këshillit Administrativ nr. 124 datë 05.03.2014 “Për miratimin e statutit të fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, në nenin 14 “Drejtoritë Rajonale të Fondit” citon...” Drejtoritë Rajonale të Fondit zbatojnë dhe kontrollojnë veprimtarinë e Fondit në hapësirën e tyre administrative në nivel qarku”. Kontratat “Për rimbursimin e recetës elektronike” lidhen ndërmjet Drejtorisë Rajonale dhe Farmacive/agjensive farmaceutike. Kontrata “Për financimin e Qendrës Shëndetësore” lidhen ndërmjet Drejtorisë Rajonale dhe Drejtoritë të Qendrës Shëndetësore. Drejtoritë Rajonale monitorojnë dhe kontrollojnë të gjithë aktivitetin e dhënësve të shërbimit të kontraktuar, farmaci, agjensi farmaceutike, qendër shëndetësore dhe spitali rajonal. Kontrolli në qendrat shëndetësore realizohet bazuar në udhëzimin e Drejtorit të Përgjithshëm nr. 1 datë 7.01.2020

“Mbi supervizimin dhe kontrollin e qendrave shëndetësore të kontraktuara me fondin. Drejtoritë Rajonale të fondit janë persona juridik dhe auditohen çdo vit nga strukturat e auditit të brendshëm në Fond.

Qëndrimi i grupit të auditimit: *Grupi i auditimit pas shqyrtimit të observacionit arsyeton se pretendimet e paraqitura nuk kundërshtojnë konstatimet. Pavarësisht shkresës së dërguar AKSHI-t, edhe për periudhën objekt auditimi sistemi AHIS rezultoi me problematika të shumta të cilat janë trajtuar në raportin e auditimit. Në lidhje me sistemin e-Rx, grupi i auditimit, në prezencë gjatë fazës së auditimit në terren, edhe në prezencën e Drejtorit të DIAS, ka kryer testim me NID të personave që kanë ndërruar jetë dhe në qoftë se do të ndodhte ndërveprimi në kohë reale i këtij sistemi me sistemin e DPGJC, atëherë duhet të shfaqte mesazhin që ky NID nuk ekziston apo është i pasaktë apo një mesazh që konfirmon një komunikim me sistemin e RKGJC.*

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/24, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga Znj. D.Ç, Drejtor i DIAS, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: *-Në lidhje me konstatimin se sistemi AHIS nuk ruan historikun e lëvizjes së mjekëve nga 1 qendër në tjetrën, ju bëjmë me dije se nga ana jonë kodet e pacientëve janë hedhur manualisht nga përdoruesit e sistemit, mjekët dhe/ose punonjës të FSDKSH, për këtë arsye mund të kenë qenë përsëritës, jo uniform ose bosh. Por theksojmë se identifikimi i pacientit në sistemin e recetës elektronike realizohet nëpërmjet NID-it të tij (e dhënë unike) dhe jo nëpërmjet kodit të pacientit, si rrjedhojë e ndërveprimit të këtij sistemi me sistemin DPGJC, si dhe ndërveprimit me AHIS për të dhënat e këtij pacienti.*

-Në lidhje me konstatimin se ekzistojnë raste në të cilat numri recetës (recetë ID) nuk është unik...kjo ka ardhur si pasojë e gjenerimit të informacionit në format excel. Nga ana jonë ju kemi përcjellë informacionin edhe në formatin e lejuar pdf, ku dhe keni konstatuar së receta ID është unike. Ky informacion është lehtësisht i verifikueshëm nëpërmjet userave që jua vënë në dispozicion.

-në lidhje me konstatimet mbi procesin e identifikimit të pacientit ku u konstatua se sistemi nuk parandalon procesimin e recetës elektronike për individë të cilët kanë ndërruar jetë...sqarojmë dhe njëherë se ndërveprimi i sistemit të recetës elektronike (eRx) me regjistrin elektronik të Gjendjes Civile realizohet në kohë reale nëpërmjet Platformës Qeveritare të Ndërveprimit, duke konsumuar transaksionin TRA_GETPERSONALDATA, i cili merr si parametër hyrës NID e pacientit dhe kthen në përgjigje të dhënat anagrafike të pacientit, në ato raste kur pacienti gjendet në këtë regjistër, pra nuk rezultoi i ç’regjistruar nga Regjistri Elektronik i Gjendjes Civile. Kontrolli në kohë reale me DPGJC, realizohet nëpërmjet Platformës Qeveritare të Ndërveprimit, që realizohet si në procesin e përshkrimit të recetës elektronike nga mjeku, ashtu dhe në procesin e ekzekutimit të recetës në farmaci. Në qoftë se nga ndërveprimi në kohë reale me sistemin e DPGJC, nuk kthehen në të dhëna, nuk vijohet me procesin e përshkrimit apo të ekzekutimit të recetës. Bashkëlidhur gjeni screenshot që vërtetojnë ndërveprimin e DPGJC me eRx gjatë gjenerimit dhe ekzekutimit të një recete, si dhe ndërveprimin e AHIS me DPGJC.

-Në lidhje me mangësitë në gjenerimin e recetave për raste/individë të cilët kanë të dhëna të paplota dhe të pasakta në AHIS, sqarojmë njësoj si në akt-konstatim. Në rastin e pacientit me NID C.....L, i cili ka ndërruar jetë në 13.04.2014 dhe figuron i ç’regjistruar në 16.04.2019, ky pacient nuk ka recetë të përshkruar apo të ekzekutuar më vonë se data e ç’regjistrimit të tij nga Regjistri i Gjendjes Civile. Bashkëlidhur gjendet raporti i recetave të lëshuara për këtë pacient që nga fillimi i implementimit të sistemit të recetës elektronike. Gjithashtu nga verifikimet tona kuptojmë që data e vdekjes së personave në projekt raport nuk përkon me datën

e ç' regjistrimit në regjistrin kombëtar të gjendjes civile, si dhe me datën kur kjo e dhënë është ekspozuar në Platformën Qeveritare të Ndërveprimit me sistemi e recetës elektronike. Pra nuk është çenuar siguria e sistemit. FSDKSH ka kërkuar bashkëpunimin e Drejtorisë së Gjendjes Civile dhe AKSHI-t për zhvillimin e ndërveprimeve sipas komunikimeve dhe shkresës bashkëlidhur.

-Në lidhje me konstatimin se janë gjeneruar dhe ekzekutuar më shumë se 3 barna për recetë...sqarojmë se kufizimi për përshkrimin e maksimumit për 3 barna në një recetë, është vetëm për kategoritë e pacientëve që janë me rimbursim të pjesshëm. Kategoria “pensionist pa afat” është kategori me rimbursim të plotë dhe si e tillë kjo kategori nuk ka kufizime të numrit të barnave të përshkruar në recetë.

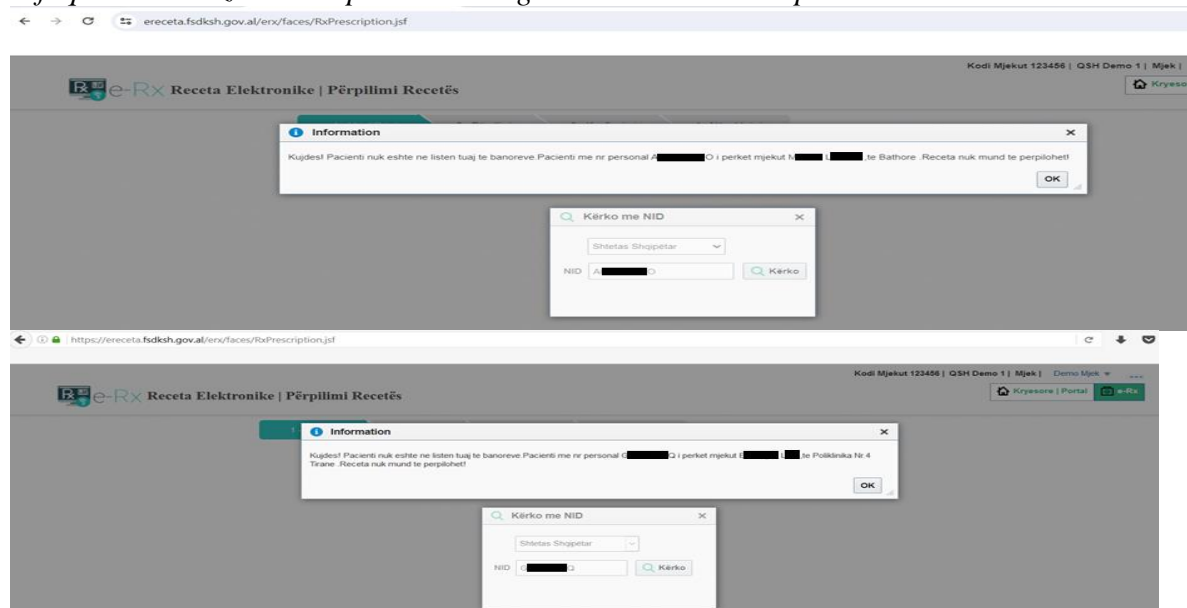
Në bazë të udhëzimit nr. 3 datë 10.02.2017 “Për regjistrimin elektronik të të siguarve pranë mjekut të përgjithshëm dhe të familjes”, paragrafi 1, pika 6, banorët kanë të drejtë të ndryshojnë Mjekun e Përgjithshëm dhe të Familjes, jo më shumë se njëherë në vit, nga momenti i regjistrimit pranë mjekut të zgjedhur. Përjashtimit ndryshohet vetëm kur ka shkaqe madhore. Gjithashtu, lëshimi i recetave nga mjekë të ndryshëm mund të vijë edhe si rrjedhojë:

*Mjeku aktual i pacientit mund të jetë zëvendësuar me një mjek tjetër nga Drejtori i QSH, për arsye se mjeku mund të ketë marr lejen e zakonshme, raport mjekësor ose motivacione të tjera.

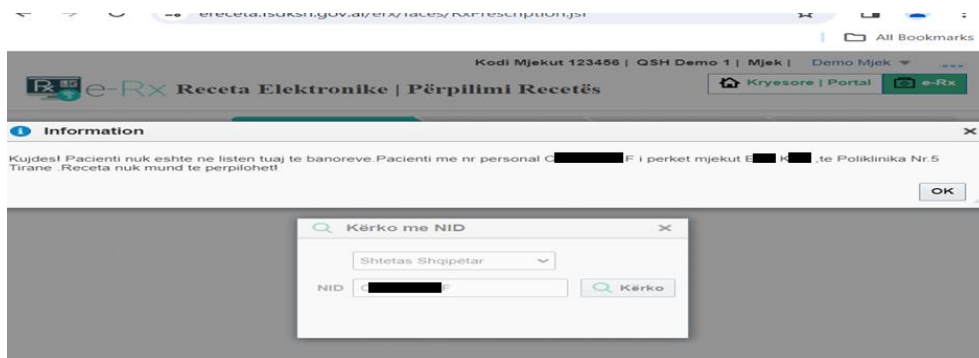
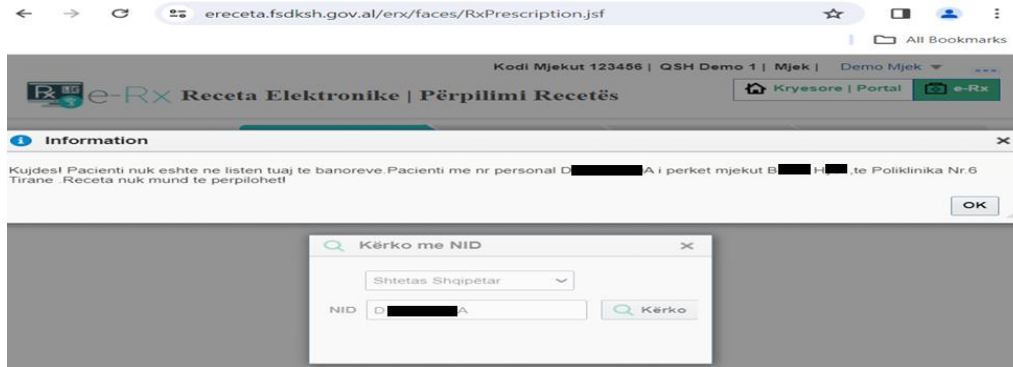
*Mjeku aktual është larguar nga pozicioni i punës dhe pacienti i ka kaluar provizorisht ose përfundimisht mjekut tjetër.

Edhe për rastet kur pacienti trajtohet për barnat spitalor, mund të gjenerohen receta për këtë pacient edhe nga mjekët e spitalit. Për rastet kur pacienti trajtohet me kujdes paliativ, në disa rajone recetat trajtohen edhe nga mjekët e kujdesit paliativ.

Oëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit pasi shqyrtoi observacionin sqaron se konstatimet dhe problematikat e trajtuara i përkasin funksionimit të sistemeve për periudhën objekt auditimi (2021-2022). Në lidhje me sistemin e-Rx që ndërvepron në kohë reale me regjistrin kombëtar të gjendjes civile nëpërmjet platformës qeveritare të ndërveprimit, për të verifikuar nëse NID-et janë të regjistruar dhe merren të dhënat anagrafike të pacientit. Gjatë fazës së auditimit në terren edhe në prezencën e Drejtorit të DIAS në sistemin e-Rx janë zhvilluar teste me NID të personave që kanë ndërruar jetë dhe në qoftë se do të ndodhte ndërveprimi në kohë reale i këtij sistemi me sistemin e DPGJC, atëherë duhet të shfaqte mesazhin që ky NID nuk ekziston apo është i pasaktë apo një mesazh që konfirmon një komunikim me sistemin e RKGJC. Në fakt ajo që ndodhte ishte se për këtë kategori thjesht shfaqeshin mesazhet si në printscreen nga sistemi e-Rx si më poshtë:



*Pacienti ka ndërruar jetë, pra nuk ekziston në sistemin RKGJC, por është akoma i regjistruar në sistemin AHIS dhe masazhi që del është “Kujdes! Pacienti nuk është të listën tuaj të banorëve. Pacienti me nr. personal “*****” i përket mjekut “*****”, në x QSH. Receta nuk mund të përpilohet””. Dhe në qoftë se do të komunikonte me sistemin RKGJC, duhet të nxirrte mesazh “Pacienti nuk ekziston në RKGJC apo një mesazh tjetër që të vërtetojë komunikimin përkatës me sistemin”, çka nënkupton që sistemi e-Rx nuk e konfirmoi nga sistemi RKGJC por thjesht ndërveproi me AHIS, ashtu sikurse është trajtuar edhe në akt-konstatimin e mbajtur.



*Raste kur pacientet nuk gjenden as në sistemin AHIS dhe as në sistemin e DPGJC por në sistemin e-Rx shfaqet ky mesazh!?

Në lidhje me rastin me NID-in C.....L, pavarësisht se janë disa raste të trajtuara në aktin e mbajtur, sqarojmë se, sipas të dhënave të vendosura në dispozicion të grupit të auditimit nga DPGJC, qytetari i ndjerë ka ndërruar jetë më datë 13.04.2019 dhe nga sistemi DPGJC është çregjistruar me datë 16.04.2019 ndërsa ekzekutimet e recetave kanë filluar përkatësisht në datat (18.01.2021, 16.03.2021, 18.03.2021, 12.05.2021, 15.05.2021, 08.07.2021, 08.07.2021, 07.09.2021, 03.11.2021, 30.12.2021, 28.01.2022, 28.01.2022, 24.02.2022, 04.03.2022). Më poshtë do gjeni printscreen nga sistemi AHIS, ku ka rezultuar se, sipas këtij sistemi, kodi i pacientit 3500033072 i përket vetëm 1 individ, me numër identifikimi si në foto.

Nr Identifikimi	Emri	Atësia	Mbiemri	Datëlindja	Gjinia	Mjeku	Qsh	Kod pacienti
X [redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	M	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Në lidhje me ekzekutimin e më shumë se 3 barnave, grupi i auditimit i qëndron konstatimit se për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe kategorinë pensionistë, janë gjeneruar dhe ekzekutuar më shumë se tre barna për recetë, në kundërshtim me përcaktimet e bëra në VKA nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr.1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”. Për sa i përket konstatimit se për të njëjtin pacient ekzistojnë receta të lëshuara nga disa mjekë, sqarojmë se në raport janë trajtuar raste, ku për 1 pacient recetat rezultojnë të lëshuara nga më shumë se 3 mjek të ndryshëm.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/23, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt

Raportin e Auditimit nr.733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 87/3, datë 22.04.2024, nga Z. R.M, Drejtor i Drejtorisë së Shërbimeve Spitalore Universitare, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: ...Ju sqarojmë se data e ndërveprimit të hyrjes së sistemit E-Depo në farmacinë e QSUNT është data 06.01.2022 dhe po në këtë datë daljet e bëra nga Importuesit Farmaceutik në E-Depo për farmacinë e QSUNT, janë pranuar nga Farmacia e QSUNT, nga sistemi eRx. Ky proces para datës 06.01.2022 bëhej manualisht nga ana e farmacisë së QSUNT, duke bërë hyrje në sistemin eRx të faturës së importuesit. Para datës 06.01.2022, pavarësisht nëse Importuesit farmaceutik bënte dalje në sistemin E-Depo, farmacia QSUNT e kryente këtë hyrje manualisht, duke mos patur mundësi të realizimit të këtij procesi pasi nuk ishte vënë akoma në funksion ndërveprimi E-Depo me eRx për farmacinë e QSUNT.

Ju kërkua elektronikisht nga ana jonë Drejtorit të DIAS, datën e hyrjes në fuqi të sistemit E-Depo në farmacinë QSUNT, dhe sërish u kthye si përgjigje data 06.01.2022.

Gjithashtu ju sqarojmë se neni 12 është detyrim i importuesit në lidhje me dorëzimin e të dhënave në FSDKSH (kontrolli i fondit).

Detyrime e Fondit/DSHSU/DRF sipas nenit 16, të kontratës 3 palëshe, pika 2 DSHSU/DRF është e detyruar të pranojë dokumentacionin e dorëzuar në QSU/Spitali (Farmacia).

- a) Recetat me rimbursim sipas programit eRx
- b) Listë treguesit e recetave me rimbursim
- c) Kopjet e faturave të daljeve të importuesit për muajin.

DSHSU në zbatim të kontratës pranon dokumentacionin si më sipër.

Oëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit pas shqyrtimit të observacionit, ashtu si në projekt raport sqaron se emaili i referuar nga ana juaj (dërguar nga DIAS për DSHSU) ka përmbajtjen “nëpërmjet këtij emaili kërkohet t’ju bëjmë me dije se prej ditës së sotme, farmacia e QSUT do të bëjë pranimin/daljen online të faturave hyrëse dhe dalëse, nga dhe kundrejt depove farmaceutike nëpërmjet sistemit të recetës elektronike...”. Pra ky email i referohet sistemit e-Rx dhe jo sistemit e-depo, ku deklarohen daljet e depove të cilat janë hyrje për farmacinë e QSUNT. Gjithashtu, në nenin 12 “Mospranimi i dokumentacionit”, të kontratës trepalëshe, është përcaktuar që “Fletë daljet (faturat e shitjeve) e importuesit nuk do të merren në konsideratë për efekt kontrolli me inventar në rastet kur: ...d) nuk janë deklaruar në sistemin e-Depo”, çka vendos në dyshim si janë pranuar këto fatura, ndërkohë që nuk kanë kaluar në sistemin e-Depo dhe për aq kohë sa raporti i analizuar nga ana jonë i marrë nga sistemi e-Depo nuk i përfshin këto fatura. Kjo në referencë edhe të parashikimeve të nenit 5, pika 4 shkronja c) ku parashikohet që “Importuesi është i detyruar të mbajë në rregull dhe në mënyrë lehtësisht të verifikueshme dokumentacionin që lidhet me barnat objekt i kësaj kontrate si më poshtë: Fletëdalja e importuesit duhet të jetë kompjuterike sipas kërkesave të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (në vijim “MSHMS”) dhe programit të Fondit e shoqëruar me faturën tatimore sipas kërkesave të Ministrisë së Financave dhe Ekonomisë (në vijim “MFE”) ose fletëdalje tip të miratuara nga MFE që plotësojnë kërkesat e MSHMS.” dhe përcaktimeve të nenit 13 “Administrimi i barnave nga QSU/Spitali (Farmacia)” pika 3 ku përcaktohet që “QSU/Spitali (Farmacia) i bën hyrje barnat objekt i kësaj kontrate, në bazë të fletë daljeve të Importuesve, të cilat përveç detyrimit sipas pikës 3, shkronja “c”, të nenit 3, “Detyrimet e importuesit farmaceutik”, të plotësojnë dhe kushtet e mëposhtme:

- a. të kenë vulën e Importuesit;
- b. të kenë firmën e dhënësit;
- c. të kenë emrin e marrësit (QSU/Spital Farmacia);”

Për këtë arsye nuk argumentohet në observacionin tuaj si është bërë pranimi i faturave të shitjes (që duhet të jenë fletë dalje të depove) dhe është marrë në konsideratë si hyrje për farmacinë ndërkohë që nuk kanë plotësuar kushtin që të jenë të shoqëruara me fletë dalje nga sistemi Informatik e-depo për aq kohë sa pretendohet që nuk janë deklaruar si të tilla në sistem

dhe nuk ka gjurmë të këtyre fletë daljeve, ndaj observacioni merret në konsideratë pjesërisht dhe do të trajtohet në këtë material auditimi.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit dhe për pjesën e trajtuar në lidhje me Drejtorinë e Kujdesit Parësor, nga subjekti i audituar është paraqitur observacioni me nr. 592/19, datë 19.04.2024 “Observacioni mbi Projekt Raportin e Auditimit nr. 733/5, datë 20.03.2024”, protokolluar në KLSH me nr. 733/6, datë 22.04.2024, nga Znj. M.M, Z. L.H dhe Znj. M.M, ku janë shprehur objeksionet si më poshtë:

Pretendimi i subjektit: ...Në lidhje me konstatimet në pikën 2.3.2: Sipas Rregullores “Për organizimin, funksionimin dhe Përshkrimet e Punës”, Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor bën vlerësimin, përmirësimin dhe zhvillimin e skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor, lidhur me shërbimet shëndetësore të ofruara në kujdesin parësor dhe spitalor. Kontrolli i shërbimeve shëndetësore të financuara nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor (spitalet, QSH dhe subjektet farmaceutike), nuk është detyrë e kësaj drejtorie.

Inspektimi ka të bëjë me monitorimin dhe vëzhgimin e funksionimit të proceseve teknike të aktivitetit të ofruesve të shërbimit shëndetësor të kontraktuara nga Fondi si dhe strukturave vartëse Drejtorive Rajonale/Degëve/DSHU. Inspektimi ka të bëjë me mbledhjen, raportimin, analizimin dhe vlerësimin e aspekteve teknike për të përmirësuar performancën dhe për të reduktuar efektet negative.

Në lidhje me konstatimet në pikën 2.3.5: Drejtoritë Rajonale, Degët e Fondit, Drejtoria e Administrimit të Paketave Shëndetësore dhe Ekzaminimeve Terciale duhet të analizojnë për çdo 2 mujor treguesit e rimbursimit dhe të sëmundshmërisë, për çdo mjek dhe për çdo qendër shëndetësore/spital. Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor në përfundim të analizës së treguesve të rimbursimit dhe sëmundshmërisë, nxjerr ofruesit me tejkallim të planit të negociuar dhe ia dërgon Drejtorisë së Kontrollit, DRF-ve dhe MSHMS.

Sipas kontratës së financimit QSH/DRF 2021-2022, neni 9, pika 16 thuhet: Drejtori i QSH negocion me MPF e kontraktuar në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit dhe projeksionin e kontrollit mjekësor bazë. Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit për diagnozë si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie, i cili firmoset nga të dyja palët sipas aneksit D/1, dhe pika 17: Drejtori përgjigjet për çdo tejkallim të pa-argumentuar të planit të rimbursimit të negociuar, për çdo mos-realizim të pa-argumentuar të projeksionit të kontrollit mjekësor bazë si dhe të realizimit të pa-argumentuar të standardeve të performancës dhe cilësisë. Neni 18, pika 4 përcakton: Drejtori duhet të bëjë supervizimin periodik të QSH...dhe pika 5: Drejtori pas çdo kontrolli, përpilon një raport standard që përmban pasqyrimin e situatës së konstatuar.

Sipas Udhëzimit të buxhetit “Për zbatimin e buxhetit të fondit për vitin 2021-2022” monitorimi i treguesve të rimbursimit, të sëmundshmërisë në nivel qendër shëndetësore dhe mjeku spitali, si dhe të konsumit të barnave e të tjerë tregues të rimbursimit, bazuar në recetat e ekzekutuara, do të ndiqet sipas planit, nga njësitë shpenzuese (sektori i shërbimit parësor e spitalor dhe sektori i rimbursimit).

Drejtoritë/Degët, do të njoftohen nga DIAS nëpërmjet informacionit të marr nga e-RX, në baza 10 ditore, për vlerën e recetave të ekzekutuara për çdo qendër shëndetësore, mjek të përgjithshëm dhe të familjes, mjek spitali. Njësitë shpenzuese bazuar në këtë informacion do të përlllogarisin për çdo qendër shëndetësore dhe mjek të përgjithshëm të familjes si dhe mjek spitali buxhetin mujor të mbetur. Njësitë shpenzuese duhet të njoftojnë në baza mujore ofruesit e shërbimeve deri në nivel mjeku për shpenzimet e rimbursimit. Për ofruesit të cilët rezultojnë në periudha 2-mujore, me tejkallim të planit të negociuar të rimbursimit, DRF/Dega/DSHSU duhet të marrin masa për të përforcuar monitorimet dhe kontrollet dhe të njoftojnë në Fond.

Drejtoritë/Degët, do të realizojnë kontrole në ofruesit e shërbimit me bazë risku si dhe me cikël të mbyllur lidhur me recetat e lëshuara dhe të ekzekutuara.

Qëndrimi i grupit të auditimit: *Në lidhje me observacionin mbi pikën 2.3.1 grupi i auditimit është shprehur se në planin vjetor të miratuar të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH, për këtë drejtori, nuk janë përcaktuar spitalet që do të kontrollohen, por pa e lënë përgjegjësi të Drejtorisë suaj. Në lidhje me pjesën tjetër të observacionit, mbi konstatimin e analizave të përgjithshme dhe jo të detajuara grupi i auditimit sqaron se analizat kanë nevojë për konstatime më të thelluara që të lënë gjurmë auditimi mbi problematikat e nxjerra nga analizat e Drejtorisë suaj. Në lidhje me pjesën e kontratave parashikimi mbi sanksionet e tejkalimeve të planit të rimbursimit janë vetëm në kontratat e vitit 2022, pra jo në kontratat e vitit 2021. Në lidhje me pjesën e problematikave të konstatuara për procesin e rimbursimit me testimet e nxjerra nga sistemi, observacioni merret pjesërisht në konsideratë, pasi duke vlerësuar gjithë problematikat e nxjerra nga auditimi, këto të fundit janë tregues se këtij procesi i ka munguar monitorimi nga të gjitha strukturat e FSDKSH-së, po kështu dhe bashkëpunimi i drejtorive brenda Fondit me qëllim vlerësimin e risqeve dhe marrjen e masave të nevojshme për përmirësimin e punës.*

2.3.2 Vlerësimi i përputhshmërisë së aktivitetit të Drejtorisë Juridike në lidhje me procesin e rimbursimit.

Gjatë periudhës objekt auditimi, 2021-2022, Drejtoria Juridike/Sektori i Përfaqësimit Ligjor ka marr pjesë në të gjitha seancat gjyqësore të zhvilluara në proceset gjyqësore me subjektet si më poshtë vijon:

- 1) Fondi është në proces gjyqësor në çështjet administrative me objekt “shfuqizim vendimi” me paditës depo importuese M..... (kusht penal i vendosur nga Fondi në vlerën 500,000 për mungesë bari Duadopa, sipas kontratës së nënshkruar). Gjykata Administrative e Shkallës së parë Tiranë ka vendosur rrëzimin e padisë së M..... Subjekti ka paraqitur ankim i cili është në Gjykatën e Apelit Administrativ.
- 2) Fondi është në proces gjyqësor në çështje administrative me objekt “shfuqizim vendimi” me paditës depo importuese L..... (kusht penal i vendosur nga Fondi në vlerën 1,000,000 lekë për mungesë bari Ranozoline). Gjykata administrative e Shkallës së Parë Tiranë ka vendosur rrëzimin e padisë. Subjekti ka paraqitur ankim i cili është në Gjykatën e Apelit Administrativ.
- 3) Fondi është në proces gjyqësor me paditës depon importuese “C.... P.....” me objekt “shfuqizim vendimi” (kusht penal në vlerën 500,000 i vendosur nga Fondi për mungesë bari Nifedipine Retard). Gjykata administrative e Shkallës së Parë Tiranë ka vendosur rrëzimin e padisë. Subjekti ka paraqitur ankim i cili është në Gjykatën e Apelit Administrativ.
- 4) Fondi është në proces gjyqësor me çështje administrative me paditës depo importuese “E....” me objekt “shfuqizim akti”. Gjykata ka vendosur pranimin e padisë. Kundër këtij vendimi është paraqitur ankim në Gjykatën e Apelit Administrativ.

2.3.3 Vlerësimi i përputhshmërisë së aktivitetit të Drejtorisë së Rimbursimit në lidhje me zbatimin e skemës së sigurimit për hartimin e listës së barnave, hartimin e kontratave.

Drejtorja e Rimbursimit, pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (në vijim, Fondi) ka si mision të saj in përmirësimin dhe zhvillimin e skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor, lidhur me listën e barnave të rimbursuara, listën e pajisjeve mjekësore të rimbursuara si dhe marrëdhëniet kontraktuale me subjektet farmaceutike.

Nga verifikimi i realizimit të analizave të shpenzimeve të rimbursimit, nga Drejtoria e Rimbursimit rezultoi se:

Për vitin 2021, Sektori i Monitorimit dhe Analizës së Rimbursimit ka bërë përpunimin e të dhënave të ardhura nga Drejtoria e Informatikës dhe Analizës Statistike (DIAS) si dhe ka bërë analiza 2 mujore mbi treguesit e rimbursimit. Rezulton se, të gjitha analizat 2 mujore, përveç 2 mujorit Korrik-Gusht, janë në tejkallim të afatit të përcaktuar në pikën nr.2 dhe nr. 3 Kreu IX, të Udhëzimit nr. 2, datë 09.01.2019 “Për analizën e shpenzimeve të Rimbursimit të barnave dhe pajisjeve mjekësore në strukturat e Fondit”.

Për vitin 2022, analizat e rimbursimit janë përgatitur çdo 2 mujor, brenda afatit të përcaktuar në Udhëzimit nr.2, datë 09.01.2019. Në lidhje me analizën e rimbursimit dhe konsumit të barnave, rezulton se Drejtoria e Rimbursimit i ka hartuar në përputhje me pikën 7 të Kreut IX të Udhëzimit nr. 2, datë 09.01.2019. Konstatohet se analiza e 6-mujorit të parë, të vitit 2022, nuk është paraqitur të Drejtori i Përgjithshëm, jo në përputhje me pikën 4, të Kreut IX të Udhëzimit nr. 2, datë 09.01.2019.

Referuar analizës së rimbursimit realizuar Sektori i Monitorimit dhe Analizës së Rimbursimit, konstatohet se për vitin 2022, shpenzimet e rimbursimit, përfshirë kategorinë Covid, janë realizuar në vlerën 11,497 milion lekë, me tejkallim të planit për vlerën 147 milion lekë. Në krahasim me vitin 2021, shpenzimet e rimbursimit janë realizuar më shumë për vlerën 436 milion lekë.

Tabela nr. 77: Rimbursim,numri i recetave dhe vlera mesatare e recetave të rimbursuara, 2021-2022

Drejtoritë Rajonale të Fondit	Plani (000/lekë), 2022	Rimbursim (000/lekë), 2022	Rimbursim (000/lekë) 2021	Receta, viti 2022	Receta, viti 2021	Vlera mesatare receta 2022	Vlera mesatare, receta 2021
Berat	322,000	329,790	314,477	157,021	153,568	2,100	2,048
Dibër	246,000	247,022	241,237	155,918	152,682	1,584	1,580
Durrës	620,000	634,594	622,269	317,689	315,224	1,998	1,974
Elbasan	658,000	663,415	642,955	322,533	317,057	2,057	2,028
Fier	463,000	476,223	452,994	246,648	236,503	1,931	1,915
Gjirokastrë	156,000	158,038	155,293	74,310	73,928	2,217	2,101
Korçë	508,000	505,158	491,386	344,452	401,216	1,467	1,225
Kukës	111,000	110,646	108,245	48,852	48,046	2,265	2,253
Lezhë	390,000	396,756	393,290	166,471	162,526	2,383	2,420
Shkodër	582,000	581,828	582,760	296,408	296,191	1,963	1,968
Tiranë	2,670,000	2,641,838	2,646,196	1,038,811	1,023,107	2,543	2,586
Vlorë	362,000	373,648	355,367	176,779	172,060	2,114	2,065
Sarandë	97,000	98,015	101,783	54,774	57,656	1,789	1,765
Tropojë	41,000	41,279	41,232	17,317	17,377	2,384	2,373
Kamëz Vorë	394,000	401,608	392,826	193,043	188,945	2,080	2,079
Lushnjë	382,000	383,470	402,995	143,178	141,762	2,678	2,843
Pogradec	167,000	173,073	165,330	120,272	115,050	1,439	1,437
QSUT	3,180,771	3,280,487	2,950,545	28,319	25,563	115,840	115,423
TOTAL	11,349,771	11,496,887	11,061,181	3,902,795	3,898,461	2,946	2,837

Burimi: FSDKSH

Për vitin 2022, me tejkallimin më të lartë të planit të rimbursimit paraqitet: DSHSU dhe Drejtoritë Rajonale, Pogradec, Fier, Vlorë, etj.

Për vitin 2022, janë rimbursuar 3,902,796 receta, ose 4,334 receta më shumë se viti 2021. Në lidhje me numrin e recetave të rimbursuar konstatohet se, DSHSU ka rimbursuara 2,756 receta më shumë se një vit më parë, DRF Pogradec 5,222 receta më shumë, DRF Fier 10,145 receta më shumë, DRF Vlorë 4,719 receta më shumë se viti i mëparshëm, etj.

Vlera mesatare e recetave të rimbursuara për vitin 2022 është 2,946 lekë ose 109 lekë më shumë se viti i mëparshëm.

Analiza e konsumit të barnave

Analiza e konsumit të barnave të rimbursuara përgatitet së bashku me analizën e rimbursimit të barnave prej Drejtorisë së Rimbursimit. Nga kjo analizë rezulton se konsumi i barnave sipas grupit ATC (Anatomik Terapeutik Kimik), ka pasur pothuajse të njëjtën strukturë konsumi si në vitin 2021, ku përqindjen më të lartë të rimbursimit e kanë pasur sërisht barnat e grupeve si më poshtë:

Grupi C “Sistemi Cardiovascular ka zënë 24% të shpenzimeve totale të rimbursimit me një konsum për vitin 2022 në vlerën 2,765 milion lekë, ose 175 milion lekë më shumë se viti 2021. Konsumi i lartë i barnave të kësaj kategorie lidhet me rritjen e sëmundjeve kardiovaskulare.

Grupi L “Barnat antineoplazike dhe imunosupresoret”, zë 23.6% të shpenzimeve totale të rimbursimit, me një konsum për vitin 2022, në vlerën 2,716 milion lekë, ose 297 milion lekë më shumë se konsumi vjetor i vitit 2021. Ky grup barnash ka konsum të lartë, pasi në të bëjnë pjesë një pjesë e madhe e barnave spitalore, me impakt të lartë financiar .

Grupi A “Trakti digjektiv dhe metabolizmi”, zë 20.3% të shpenzimeve totale të rimbursimit, me një konsum për vitin 2022, në vlerën 2,338 milion lekë, ose 330 milion lekë më shumë se konsumi vjetor i vitit 2021. Në këtë grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2021 ka qenë në barnat e nëngrupit të Antidiabetikëve, të cilët zënë 96,6% të shpenzimeve të gjithë grupit A dhe rreth 19,2% të shpenzimeve totale të rimbursimit, krahasuar me 18.5% në vitin 2021. Rritja e shpenzimeve të rimbursimit ka ardhur si rezultat i rritjes së konsumit të grupit të insulinave.

Tabela nr. 78: “Shpenzimeve e rimbursimit të barnave sipas grupeve ATC për vitet 2022-2021” mijë lekë

Grupi	Grupet Anatomike	Rimbursim në vlerë, 2022	% ndaj total 22	Rimbursim në vlerë, 2021	% ndaj total 21
C	Sistemi kardiovaskular	2,765,265	24.10%	2,590,007	23.50%
L	Barnat antineoplazike dhe imunosupresoret	2,715,706	23.60%	2,419,122	21.90%
A	Trakti degjektiv dhe metabolizmi	2,337,700	20.30%	2,207,771	19.90%
B	Gjaku dhe organet e hemopojezes	916,978	8.00%	988,264	8.90%
R	Sistemi Respirator	853,454	7.40%	861,706	7.80%
N	Sistemi Nervor	714,352	6.20%	779,642	7.10%
S	Organet e shqisave	373,269	3.20%	349,100	3.20%
V	Të ndryshme	240,506	2.10%	334,337	3.00%
H	Preparatet hormonale sistemike	235,637	2.00%	230,005	2.10%
M	Sistemi Muskolo skeletik	171,435	1.50%	189,277	1.70%
J	Antiinfektivët e përgjithshëm	110,190	1.00%	49,617	0.50%
G	Sistemi urogenital dhe hormonet seksuale	58,010	0.50%	58,631	0.50%
D	Dermatologjikët	4,332	0.00%	3,673	0.00%
P	Barnat Aniparazitarë	53	0.00%	88	0.00%

Burimi i të dhënave: FSDKSH, përpunuar nga grupi i auditimit

Nga analiza e konsumit të pajisjeve mjekësore (fishave të diabetit), rezulton se për vitin 2022, numri i pacientëve me diabet të grup-moshës 0-25 vjeç është 623 pacientë, ose 47 pacientë më shumë se viti i mëparshëm, ndërsa konsumi i fishave të planifikuara për këtë kategori ka qenë 533,606 fisha ose 8.9 milion lekë, nga 840,960 fisha të planifikuara. Edhe pse numri i pacientëve me diabet është rritur, numri i fishave të konsumuara dhe shpenzimet e rimbursimit kanë qenë më të ulëta se plani i rimbursimit të pajisjeve mjekësore. Në planin e rimbursimit për një pacient është supozuar se 1 pacienti i nevojiten 4 fisha diabeti në ditë apo 1,460 fisha në vit, bazuar në studimet e Shërbimit të Endokrinologjisë në QSUT, të dhjetorit të vitit 2017. Analiza vjetore e rimbursimit dhe konsumit të pajisjeve mjekësore për vitin 2022, nuk paraqet analizë të thelluar mbi këtë situatë, por vetëm paraqet të dhënat respektive për dy vitet, e cila nuk është në përputhje me pikën 5, të kreut III, të kapitullit VI të Rregullores nr.2/2020, ku përcaktohet se një nga detyrat funksionale të Drejtorisë së Rimbursimit është: “Analizimi i konsumit të barnave, veçanërisht konsumin e barnave të rimbursueshme që tregtohen në farmacitë e spitalore, në bazë të evidencave të konsumit të përpunuara nga DIAS”.

Disponibiliteti i barnave të rimbursuara.

Sektorit të Listës së Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, pranë Drejtorisë së Rimbursimit në Fond ka kryer verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursueshme në tregun farmaceutik, në zbatim të Rregullores Funktionale të Fondit dhe bazuar në Udhëzimin nr. 16, datë 13.12.2019 “Për realizimin e monitorimit dhe verifikimit të disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik”.

Çdo muaj Drejtoria e Rimbursimit ka kryer verifikimin e disponibilitetit të barnave dhe ka paraqitur informacion mbi: Barnat, që mungojnë në farmacitë e spitaleve, sipas njoftimeve të tyre; Barnat, që mungojnë në farmacitë e rrjetit të hapur, raportuar nëpërmjet akt-konstatimeve të mbajtura nga verifikimet e bëra në farmacitë e përzgjedhura; Lajmërimet, vetë deklaratimet, lajmërimet paraprake, nga importuesit farmaceutikë të kontraktuar me Fondin.

Nga auditimi i procesit të “Verifikimit të disponibilitetit të barnave të rimbursuara dhe pajisjeve mjekësore”, rezultoi se:

Procesi i verifikimit dhe përzgjedhjes së farmacive kufizon procesin e verifikimit në rang vendi. Pika 5 e Udhëzimit nr.16/2019, sipas së cilës: “Konstatimi i disponibilitetit të barnave të rimbursuara, alternativa të para dhe alternativa të vetme, të LBR në fuqi, të kryhet në farmaci me kontratë me DRF Tiranë...procesi i verifikimit në jo më pak se 10 farmaci”, e kufizon procesin e verifikimit në rang vendi.

Kriteret e përzgjedhjes së farmacive për verifikim nuk parashikohen në Udhëzimin nr. 16/2019. Akt konstatimet e procesit të verifikimit, rezultojnë të plotësuara nga vetë deklaratimet e administratorit apo drejtuesit teknik të farmacive, parashikuar kjo dhe në paragrafin 3, të formatit të Akt konstatimit, bashkëlidhur Udhëzimit nr.16/2019.

Pika IV e formatit të urdhrat për ngritjen e grupit të punës për verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursueshme (pjesë e Udhëzimit nr.16/2019 “dokumenti nr.1”) përcakton si nja nga detyrat verifikimin e zbatimit të çmimeve të shitjes së barnave me shumicë dhe me pakicë, në farmacitë e kontraktuara, por Udhëzimi nr.16/2019 nuk ka specifikime mbi metodat/teknikat që duhet të ndiqen nga specialistët për verifikimin e çmimeve. Memot “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik” nuk paraqesin asnjë të dhënë në lidhje me çmimet.

Në lidhje me procesin e verifikimit të disponibilitetit të barnave, nga grupi i auditimit u evidentuan mungesat e paraqitura nga verifikimet e Drejtorisë së Rimbursimit sipas tri burimeve: nga akt konstatimet e specialistëve të Sektorit të Listës së Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore; nga njoftimet e bëra prej spitaleve dhe farmacive të tyre dhe nga vetë deklarimi i importuesve, ku rezultoi se pavarësisht burimit të deklarimit të këtyre mungesave gjatë gjithë vitit, ka pasur barna, pjesë të LBR, të cilat kanë munguar, ku përmendim: Clarithromycine 250 mg; Duphalac; Cellcept 250 mg, etj.

Në lidhje me barnat, për të cilat Fondi është njoftuar nga vetë subjektet importuese për mungesat e tyre, nga grupi i auditimit u verifikua sa është konsumi i tyre, bazuar në të dhënat e konsumit, që përgatiten nga Drejtoria e Rimbursimit.

Tabela nr. 79: “Të dhënat në lidhje me rimbursimin e barnave të deklaruara si mungesë nga importuesit për vitin 2022”

Klasa	Grupi	Emri Tregtar	Firma	Sasia	Rimbursim	Receta	Pacientë ⁷ erx	Mungesa ⁸
L	Imunosupresivet	Cellcept	R....	30	1,077	1	1	11
A	Laksativet	Duphalac	M....	8,839	3,612,654	4,088	758	6
J	Antibakterialet sistematik	Klacid	M....	69	44,908	69	66	5
L	Antineoplaziket	Fludara Oral	G.....	862	1,441,329	37	21	5
L	Barna ne terapine endokrine	Zytiga	J.....	9,480	28,326,623	71	34	4

⁷ Pacientë, që rimbursohen më anë të recetave elektronike. Vetëm pacientët e kategorisë IEVP nuk kanë receta elektronike.

⁸ Herë deklarimi mungesë, nga vetedeklarimi i importuesve (Sipas Analizave mujore të disponibilitetit të barnave)

A	Antidiareiket, antiinflamatorët dhe antiseptiket intestinal	Mesaflor	S.....	9,230	186,650	34	19	2
A	Antidiabetiket	Agnis Plus	F.....	4,950	275,486	150	13	2
J	Antibakterialet sistemik	Fromilid	K....	239	3,780	12	12	2
A	Antidiabetiket	Insuman Rapid Solostar	S....	326,886	163,412,280	53,378	10,380	1
A	Antidiabetiket	Galvus Met	N.....	1,770	154,582	43	18	1
B	Antikoagulantet	Ëarfarin 1mg	B.....	35,597	437,122	625	229	1
C	Kalciblokuesit	Pronipin	P.....	1,905,303	5,534,096	26,113	5,983	1
C	Kalciblokuesit	Nifelat R	R.....	724,245	2,104,316	9,388	3,335	1
C	Barnat vepruese ne sistemin renin – angiotensin	Tritace	S.....	398,389	4,796,531	8,272	1,915	1
C	Barnat vepruese ne sistemin renin – angiotensin	Tritace	S.....	98,425	1,225,104	1,925	430	1
C	Reduktuesit e lipideve ne gjak	Lipantor	S.....	896,160	12,934,219	17,425	4,576	1
L	Barna ne terapine endokrine	Pegasys	R....	708	3,516,368	153	32	1
L	Imunosupresivet	Actemra	R....	736	15,039,051	99	20	1
N	Psikoleptiket	Haloperidol	P.....	187,564	37,458,584	16,720	3,432	1
N	Psikoleptiket	Haldol Depo	K....	28,468	7,990,068	9,657	2,169	1
N	Psikoanaleptiket	Fevarin	M....	688,109	19,087,187	14,883	2,917	1
R	Preparatet nazale	Resata	R.....	5,140	3,589,278	3,022	2,064	1
R	Antiasmatiket	Fluticapen	E.....	3,441	3,617,799	2,090	701	1
R	Antihistaminiket sistemike	Denerel	M....	51,899	199,895	773	196	1
S	Barnat ophthalmike	Acetozolami de	R.....	20,482	501,943	402	103	1
G	Urologjiket	Tansulosina Reliva	P.....	1,110,099	7,847,191	21,270	7,419	1

Burimi i të dhënave: FSDKSH, Përpunuar nga Grupi i Auditimit

Barnat e vetë deklaruara si mungesë, nga vetë shoqëritë importuese kanë ndikuar dhe në konsumin e tyre vjetor, ku krahasuar me një vit më parë rezultoi se diferencat në konsumin e tyre paraqiten si më poshtë:

Tabela nr. 80: “Krahasimi i konsumit të barnave të vetëdeklaruara, që mungojnë nga importuesit për vitet 2021-2022 ”

Emri Tregtar	Diferenca (2022-2021)		
	Sasia	Rimbursim(lekë)	Receta
Cellcept	-19,340	-697,626	-82
Duphalac	1,337	1,671,903	550
Klacid	-87	-56,752	-84
Fludara Oral	-2,893	-4,808,769	-95
Zytiga	-41,520	-123,377,098	-296
Mesaflor	-138,675	-3,191,230	-659
Agnis Plus	-2,580	-190,183	-60
Fromilid	-236	-3,555	-16
Insuman Rapid Solostar	-27,687	-14,316,330	-7,367
Ëarfarin 1mg	-11,468	-143,213	-193
Pronipin	-141,445	-360,341	-1,813
Nifelat R	215,280	637,159	2,579
Tritace	108,903	2,018,883	2,073
Tritace	16,391	311,197	291
Lipantor	16,740	222,240	-35
Pegasys	-924	-4,689,172	-233
Actemra	-192	-4,060,256	-21
Haloperidol	4,052	788,174	-116
Haldol Depo	-6,632	-2,010,174	-2,510
Fevarin	40,864	1,076,481	-1
Resata	-5,751	-4,232,066	-3,460
Denerel	-6,738	-27,434	-116
Galvus Met	-1,740	-212,616	-35
Tansulosina Reliva	-85,689	-626,072	-2,310
Fluticapen	-890	-948,593	-620
Acetozolamide	15,082	368,293	286
Totali	-75,838	-156,857,151	-14,343

Burimi i të dhënave: FSDKSH, përpunuar nga grupi i auditimit

Mungesat e këtyre barnave, kanë ndikuar në sasinë e konsumuar të tyre, numrin e recetave të rimbursuara dhe shumën e rimbursimit, dhe si rrjedhojë mund të sjellin ndikim në shëndetin e popullatës. Nga tabela më sipër vihet re se sasia e konsumuar e barnave të evidentuara me mungesë disponibiliteti është ulur me 75,838 njësi, shuma e rimbursuar është ulur me 156,857,151 lekë dhe numri i recetave me 14,343 receta. Peshën më të madhe në uljen e shumës së rimbursuar e ka pasur bari “Zytiga” me 123,377,098 lekë, i cili është raportuar si mungesë në mars të vitit 2022 dhe sipas deklaratimit të firmës, në lidhje me këtë bar është tërhequr licenca. 296 pacientë më pak kanë konsumuar këtë bar të rimbursuar. Mungesat e evidentuara në barna,

bazuar në vetë deklaratimet e importuesve, sipas grupeve anatomike janë: 5 raste grupi “A”; 1 rast grupi “B”; 5 raste grupi “C”; 1 rast grupi “G”; 2 raste grupi “J”; 5 raste grupit “L”; 3 raste grupit “N”; 3 raste grupit “R” dhe 1 rast grupit “S”. Sipas analizës vjetore të rimbursimit dhe konsumit të barnave rezultojnë se pesha specifike, që zënë në rimbursim këto grupe barnash është e lartë, konkretisht barnat e grupit ‘A’, zënë në total 20.3% të rimbursimit për vitin 2022; barnat e grupit “C” me 24.1% të rimbursimit dhe barnat e grupit “L” me 23.6% të vlerës totale të rimbursimit. (Referuar të dhënave të paraqitura në tabelën nr. 4.2.7 “% e shpenzimeve të rimbursimit të barnave ndaj totalit, sipas grupeve ATC për vitin 2022”). Kjo tregon, që mungesa e disponibilitetit të këtyre barnave ka ndikuar tek një numër i konsiderueshëm pacientësh.

Për verifikimin e disponibilitetit të barnave alternativë e parë dhe e vetme në treg, nga grupi i auditimit u evidentuan barnat e raportuara si mungesë nga ana e importuesve farmaceutikë, në zbatim të pikës 3, të nenit 6, të kontratës 2021 mes tyre dhe Fondit, ku përcaktohet: “Në rast se, Importuesi, konstaton ose parashikon mungesa të barit për periudha dhe sasi më të mëdha se një muaj, është i detyruar të lajmërojë paraprakisht Fondin, në adresën.... Lajmërimi të shoqërohet me argumente dhe dokumente justifikues për vonesën e pritur”. Arsytet e mungesave të tyre rezultuan kryesisht për shkak të prodhuesve, vonesave në transport dhe prodhim apo dhe ç’regjistrime të barnave. Për disa barna njoftimi ishte bërë, që prej fundit të vitit 2021 dhe në fillim të vitit 2022, gjë e cila nuk është reflektuar në LBR. Nga auditimi rezultoi se dhe pse prej importuesve janë dhënë arsyetime, kjo nuk i ka dhënë zgjidhje mungesës së disponibilitetit të barnave.

Gjithashtu, në mungesën e barnave alternativë e vetëm “Haloperidol 50 mg-1 ml” dhe “Phenil Keton Urea 500g” ka ndikuar edhe pezullimi i kontratave më datën 14.10.2021, konkretisht për subjektin “E...” të cilit më pas i është rilidhur kontrata në datën 23.03.2022 dhe subjektin “F... N... A....”, të cilit i është rilidhur kontrata më 13.10.2022. Nga ana e Fondit nuk janë masa për të ndaluar mungesën e disponibilitetit të barnave, alternativë e parë dhe e vetme e LBR.

Mbi hartimi e draft kontratave për subjektet farmaceutike (farmaci, agjenci, depot importuese dhe shpërndarëse, kontratat trepalëshe).

Drejtori i Përgjithshëm ka nxjerrë Urdhrin nr. 18, datë 23.03.2021, me nr. 1823 prot., “Për ngritjen e grupit të punës për hartimin e draft kontratave me subjektet farmaceutike, për vitin 2021”, të përbërë nga 11 anëtarë. Kontratat janë miratuar me vendimin e KA-së nr. 13, datë 19.07.2021 “Për miratimin e kontratave me subjektet farmaceutike”. Bazuar në këtë vendim kanë dalë Udhëzimi nr. 3 dhe nr. 4, datë 23 dhe 27.07.2021 mbi lidhjen e kontratës me farmacitë, agjencitë farmaceutike, depot importuese dhe shpërndarëse për vitin 2021.

Në pikën 6 dhe 8 të Udhëzimit nr. 4, datë 27.07.2021 (nr. 4007 prot.) “Për lidhjen e kontratave me importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik”, përcaktohen dokumentet që duhet të dorëzohen importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik për të rilidhur apo lidhur kontratat me FSDKSH.

Konstatohet se për të vërtetuar n.q.s. subjekti, administratori dhe ortakët e tij janë në hetim nga prokuroria është vendosur si kriter vetëm vërtetimi i lëshuar nga prokuroria pranë gjykatës së shkallë së parë. Ndërkohë, që FSDKSH nuk ka marrë në konsideratë ndryshimet të ndodhura në sistemin gjyqësor, më datën 25 Nëntor 2019 për krijimin e Strukturës së Posaçme Kundër Korrupsionit dhe Krimin të Organizuar (SPAK), për të shtuar vërtetimin dhe nga kjo strukturë. Mos vendosja e kriterit për dorëzimin e vërtetimit të lëshuar edhe nga SPAK, në se subjekti, administratori dhe ortakët e tij janë në hetim, rrit riskun e lidhjes së kontratave me subjekte të cilët mund të jenë subjekte hetimi nga kjo strukturë dhe pse mund të mos jenë në hetim nga prokuroria pranë gjykatës së shkallës së parë.

Mbi lidhjen e kontratave me depot farmaceutike

Drejtori i Përgjithshëm ka nxjerr Urdhrin nr. 33, datë 02.08.2021 (nr. 4069 prot., datë) “Për ngritjen e komisionit për lidhjen e kontratave me Importuesit dhe Shpërndarësit Farmaceutik” për vitin 2021, i përbëhet nga 5 anëtarë, i cili është ngarkuar për shqyrtimin e kërkesave dhe verifikimin e dokumentacionit të paraqitur nga Importuesit dhe Shpërndarësit Farmaceutik për lidhjen e kontratës sipas kriterëve të përcaktuara. Për vitin 2021 janë lidhur 50 kontrata me depot nga të cilat, 40 kontrata janë lidhur me importues dhe 10 kontrata janë lidhur me shpërndarës farmaceutik. Ndërsa për vitin 2022 janë lidhur 2 kontrata me shpërndarës farmaceutikë.

Nga auditimi i dokumenteve të dorëzuara nga depot farmaceutike për lidhjet e kontratave rezulton si në vijim:

- Në praktikën e shpërndarësit farmaceutik “**K....**”, u konstatua se dokumentacioni është administruar nga Fondi më datën 11.08.2021, jashtë afatit të përcaktuar në pikën 6 të Udhëzimit nr. 4, datë 27.07.2021, ku citohet se: *“Importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik të cilët janë të kontraktuar deri në ditën e hyrjes në fuqi të listës së barnave të rimbursuara, 2021, për të rilidhur kontratë duhet të dorëzojnë dokumentacionin pranë Fond-it brenda 10 ditëve nga data e hyrjes në fuqi të LBR 2021”*. Pavarësisht që dokumentet janë administruar më datë 11.08.2021, vërtetimi i gjendjes gjyqësore (Dëshmia e Penalitetit) për administratorin i përket datës 13.08.2021, ndërsa vërtetimi i gjendjes gjyqësore së drejtueses teknike i përket datës 13.09.2021.

- Në praktikën e importuesit “**T....**”, u konstatua se dokumentacioni është administruar nga Fondi më datën 12.08.2021, jashtë afatit kohor. Rezulton se vërtetimet e Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë i përkasin datës 16.08.2021. Vërtetimi i gjendjes gjyqësore i përket datës 17.08.2021. Autorizimi për importimin dhe distribuimin nga kompania “**L...S...d....**” është i datës 26.08.2021. Ndërsa të gjithë dokumentet e tjerat janë dorëzuar pas datës 17.08.2021.

- Importuesi “**R...P....**” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 11.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, jashtë afatit kohor. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4356/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin. Por rezulton se vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë mban datën 31.08.2021. Referuar aneksit nr. 1/7 të kontratës nr. 4356/2, datë 23.08.2021, FSDKSH i ka njohur “**R... P....**” të drejtën për të tregtuar barin “**Bisoprolol 5 mg**” dhe “**Bisoprolol 10 mg**”, të kompanisë “**U.... L.... L...- Angli**”. Nga auditimi rezulton se autorizimi nga “**U.... L.... L....**”, për depon “**R...P....**” është dhënë pas lidhjes së kontratës me FSDKSH, pasi ky autorizimin mban datën 31.08.2021.

- Importuesi “**R...&S....**” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 11.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, jashtë afatit kohor. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4355/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin. Rezulton se vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë mban datën 31.08.2021. Referuar aneksit nr. 1/2 të kontratës nr. 4355/2, datë 23.08.2021, FSDKSH i ka njohur “**R...&S....**” të drejtën për të tregtuar barin “**Bisoprolol 5 mg**” dhe “**Bisoprolol 10 mg**”, të kompanisë “**U....L....L...- A.**”. Nga auditimi rezulton se autorizimi nga “**U.... L.... L....**”, për depon “**R...&S....**” është dhënë pas lidhjes së kontratës me FSDKSH, pasi ky autorizimin mban datën 31.08.2021.

- Importuesi “**T...F....**” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4322/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin, ndërsa kontrata është lidhur më datën 23.08.2021. Nga auditimi rezulton se vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë për subjektin i përket datës 31.08.2021, ndërsa vërtetimi i përkthimit të autorizimit për import i përket datës 11.08.2021.

- Importuesi “P....O....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Por nga auditimi rezulton se vërtetimet nga Prokuroria pranë gjykatës së Shkallës së Parë për subjektin, drejtuesin teknik dhe ortakët i përkasin datës 11.08.2021, ndërsa vërtetimet e përkthimeve për autorizimet e import i përkasin datës 13.08.2021.

- Importuesi “P....L....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4322/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin, ndërsa kontrata është lidhur më datën 23.08.2021. Nga auditimi rezulton se vërtetimi i Gjykatës dhe vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë rezulton i datës 31.08.2021, ndërsa vërtetimi i gjendjes gjyqësore rezulton i datës 01.09.2021.

- Importuesi “I....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Nga auditimi rezulton se vërtetimet e gjendjes gjyqësore (Dëshmitë e Penalitetit) për administratorin dhe drejtuesin teknik mbajnë datën 11.08.2021.

- Importuesi “G.....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Nga auditimi rezulton se vërtetimi i Gjykatës dhe vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë i përkasin datës 11.08.2021, vërtetimi i gjendjes gjyqësore për administratorin mban datën 11.08.2021, ndërsa vërtetimi i gjendjes gjyqësore për drejtuesin teknik mban datën 12.08.2021.

- Importuesi “F....T....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 09.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Nga auditimi rezulton se vërtetimi i gjendjes gjyqësore mban 19.08.2021, ndërsa vërtetimet e përkthimeve për autorizimet e import i përkasin datës 18.08.2021.

- Importuesi “F.....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 09.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4302/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin, ndërsa kontrata është lidhur më datën 23.08.2021. Nga auditimi rezulton se vërtetimet e Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë i përkasin datës 30.08.2021.

- Importuesi “C.....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 09.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Sipas Akt verifikimit të komisionit, nr. 4295/1, datë 20.08.2021, importuesi ka dorëzuar të gjithë dokumentacionin, ndërsa kontrata është lidhur më datën 24.08.2021. Nga auditimi rezulton se të gjitha vërtetimet e përkthimeve për autorizimet e import i përkasin datës 23.08.2023.

- Importuesi “A.....” ka dorëzuar pranë FSDKSH më datën 10.08.2021, dokumentacionin për lidhjen e kontratës, brenda afateve kohore. Por nga auditimi rezulton se vërtetimi i gjendjes gjyqësore për administratorin dhe drejtuesin teknik si dhe vërtetimi i përkthimit të autorizimit për import mbajnë datën 11.08.2023.

- Nga auditimi i praktikës së lidhjes për herë të parë të kontratës me shpërndarësin “M..... C.....” rezulton se aksionaret nuk kanë dorëzuar vërtetim nga prokuroria pranë gjykatës së shkallë së parë për të vërtetuar që nuk janë në hetim nga prokuroria.

Në lidhje me problematikat e mësipërme ngarkohet me përgjegjësi Komisioni për lidhjen e kontratave me Importuesit dhe Shpërndarësit Farmaceutik, për vitin 2021, i përbërë nga znj. D.G, znj. I.A, z. L.Ç, znj. Z.M dhe znj. V.Ç.

Në lidhje me **depot farmaceutike**, nga auditimi rezulton se FSDKSH, më datën 14.10.2021, bazuar në indicie të marrë në portale mediatike ku Policia e Shtetit në bashkëpunim me Prokurorinë e Rrethit Gjyqësor Tiranë, ka vijuar procedimin penal ndaj administratorëve të subjekteve të disa depove dhe subjekteve farmaceutik, ka pezulluar marrëdhëniet kontraktuale

me importuesin “F.... N....” dhe “E....”. Konstatohet se gjatë vitit 2022, janë rilidhur kontratat me këto 2 subjekte. Për subjektin “E....”, kontrata është rilidhur më datën 23.03.2021, pas vendimit nr.704 (80-2022-727), datë 16.03.2022, të marrë nga Gjykata Administrative e Shkallës së Parë, Tiranë, për shfuqizimin e shkresë nr. 5504, datë 13.10.2021 që pezullonte kontratën nr. 4240/2, datë 23.08.2021.

Ndërsa për subjektin “F.... N.... A....”, kontrata është rilidhur më datën 13.10.2022, pas vendimit nr. 1735, datë 13.10.2022 të Gjykatës së Rrethit Gjyqësor, Tiranë, për pushimin e hetimeve në ngarkim të shtetasit S.T, i dyshuar për veprën penale të “Tregtimi i mallrave që janë kontrabandë” dhe “Prodhim dhe tregtim i barnave dhe pajisjeve mjekësore të falsifikuara ose të rrezikshme për shëndetin.

Mbi dorëzimin e raporteve përmbledhëse të sistemit e-depo nga depot farmaceutike në FSDKSH

Në kontratat e lidhura “Për qarkullimin e barnave të Rimbursueshme” midis depove importues dhe depot shpërndarëse me Fondi, citohet se depot duhet të dorëzojnë çdo muaj raportet përmbledhëse të sistemit e-Depo (sipas formatit të përcaktuar). Nisur nga ky përcaktim u përzgjodhën për auditimit raportet e muajit Qershor dhe Nëntor 2022.

Për muajin Qershor 2022, rezulton se depo “D... F....”, “M... S...” dhe “T... M... P....” nuk kanë dorëzuar raportin përmbledhës të sistemit e-Depo, në kundërshtim me nenin 8 të kontratës, ku citohet se: *“Brenda datës 10 të çdo muaji Shpërndarësi/Importuesi do të sjellë zyrtarisht në FOND raportin përmbledhës të muajit paraardhës sipas formatit përmbledhës të sistemit e-Depo”*. Ndërsa depot “A.... F....”, “E....”, “F....”, “E....”, “T....”, “F....f....”, “B.... P.... Fier”, “R.... F....”, “R...&S...F....”, “C... P....”, “X.... F....”, “F....”, “B.... P....”, “A....”, “T.... F....” “I....”, “G....”, “P.... o....” kanë dorëzuar raportin përmbledhës të sistemit e-depo, jashtë afatit të përcaktuar, në kundërshtim me nenin 8 të Kontratës.

Për muajin Nëntor 2022, depot “X... F....” dhe “T... m...” nuk kanë dorëzuar raportin përmbledhës të sistemit e-Depo, në kundërshtim me nenin 8 të kontratës. Rezulton se depot “T....”, “D... P....”, “E.... F....”, “G....”, “C.... A....”, “C....P....”, “I....”, “T.... f....”, “A....”, “P....”, “R...&S...F....”, “R.... F....”, “A.....”, “I.....”, “P.... o....” kanë dorëzuar raportin përmbledhës të sistemit e-depo, jashtë afatit të përcaktuar, në kundërshtim me nenin 8 të Kontratës.

Mbi listën e barnave të rimbursueshme.

Nga ana e grupit të auditimit nga analiza e LBR-së është konstatuar se për disa barna me gramatur të ndryshëm por me princip aktiv, doza, forma dhe emër tregtar të njëjtë, kanë çmime të pa ndryshueshme (të barabartë), si dhe disa barna me gramatura më të mëdha vihet re se kanë çmime më të ulta se barnat me gramaturë më të vogël, duke paraqitur risk për mënyrën e përcaktimit të çmimit të barnave të rimbursueshme nga Komisioni i Çmimit të Barnave. Tabela në vijim paraqet disa raste:

Tabela nr. 81: “Barna me gramatur të ndryshëm por me princip aktiv, doza, forma dhe emër tregtar të njëjtë që kanë çmime të pa ndryshueshme”

Kod Bari	Principi Aktiv dhe Doza	Forma	Emri Tregtar	Çmimi Referencë	Çmimi i Pacientit	Rimbursimi
710/96	Palbociclib 125 mg	Capsul	Ibrance	19,586.89	0.00	19,586.89
714/96	Palbociclib 75 mg	Capsul	Ibrance	19,586.89	0.00	19,586.89
715/96	Palbociclib 100 mg	Capsul	Ibrance	19,586.89	0.00	19,586.89
529/92	Vildagliptin+Metformine 50mg + 500mg	f.c.tabl.	Galvus Met	105.74	21.15	84.59
530/92	Vildagliptin+Metformine 50mg + 850mg	f.c.tabl.	Galvus Met	81.96	31.04	50.92
464/405	Warfarine Sodium 1 mg	Tablet	Warfarin 1mg	12.37	1.85	10.52
535/405	Warfarine Sodium 5 mg	Tablet	Warfarin 5mg	8.89	1.33	7.56
693/118	Rivaroxaban 10 mg	f.c.tabl.	Xarelto	292.17	43.82	248.35

695/118	Rivaroxaban 20 mg	f.c.tabl.	Xarelto	276.39	41.46	234.93
50/105	Cyanocobalamin 100 mcg/ml	tret.per inj.	Vitamine B12	66.96	3.35	63.61
51/105	Cyanocobalamin 500 mcg/ml	tret.per inj.	Vitamine B12	66.96	3.35	63.61
558/398	Ranolazine 375 mg	prlg.tab.	Ranexa	112.43	56.21	56.22
683/398	Ranolazine 750 mg	prlg.tab.	Ranexa	112.43	56.21	56.22
352/55	Metoprolol 50mg	f.c.tabl.	Presolol	3.36	1.01	2.35
353/55	Metoprolol 100mg	f.c.tabl.	Presolol	2.75	0.83	1.92
360/385	Clarithromycine 250 mg	f.c.tabl.	Cleron 250	33.94	23.60	10.34
361/385	Clarithromycine 500 mg	f.c.tabl.	Cleron 500	33.94	13.26	20.68
186/105	Gentamicin 40 mg - 2 ml	tret.per inj.	Gentamycine	25.44	8.90	16.54
187/105	Gentamicin 80 mg - 2 ml	tret.per inj.	Gentamycine	24.11	8.67	15.44

Burimi: FSDKSH, përpunuar nga audituesit e KLSH

Nga FSDKSH nuk argumentohen ndryshimet dhe problematikat e konstatuara më sipër pavarësisht se LBR është miratuar më parë në Këshillin Administrativ të FSDKSH me vendimin e KA nr.12, datë 19.07.2021.

2.3.5 Mbi veprimtarinë e Drejtorisë së Kujdesit Parësor dhe Spitalor

Drejtoria e Kujdesit Parësor Spitalor është strukturë pranë Fondit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor e cila përbëhet nga 4 sektorë: Sektori i Monitorimit të Shërbimit Parësor; Sektori i Monitorimit të Indikatorëve dhe Kontrollit Mjekësor Bazë; Sektori i Monitorimit të Shërbimit Spitalor; Sektori i Monitorimit dhe Kostifikimit të Shërbimit Spitalor. Në rregulloren nr.2, datë 06.07.2020 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet punës në Drejtorinë e të FSDKSH”, në lidhje me DKPS përcaktohet se: “Objekti i punës i DKPS është zbatimi i skemës së sigurimit shëndetësor në përputhje me aktet ligjore dhe nënligjore në fuqi, për hartimin e kontratave të shërbimit parësor dhe spitalor, ndjekjen e treguesve të rimbursimit e sëmundshmërisë, të indikatorëve të aktivitetit dhe kontrollit mjekësor bazë dhe të paketave të shërbimeve shëndetësore spitalore të financuara nga Fondi”.

Viti 2021

Për përgatitjen e draft kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor për vitin 2021, nga ish Drejtori i Përgjithshëm i Fondit është ngritur grupi i punës me Urdhër nr. 496, datë 02.11.2020 “Për ngritjen e grupit të punës për hartimin e draft kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor për vitin 2021” (protokolluar me nr.7854 prot., datë 02.11.2020), i cili me shkresën nr. 7854/2 prot., datë 14.12.2020 ka përgatitur një relacion mbi hartimin e Draft-Kontratave me dhënësit e shërbimit shëndetësor Parësor dhe Spitalor për Vitin 2021 drejtuar Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit. Në bazë të relacionit të grupit të punës dhe me propozim të Drejtorit të Përgjithshëm, Këshilli Administrativ me Vendim nr. 26, datë 30.12.2020, ka miratuar Kontratat me Dhënësit e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor dhe Spitalor për vitin 2021.

Grupi i punës për vitin 2021 është ngritur me Urdhrin nr. 46, datë 01.11.2021, për hartimin e Draft Kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor 2022 dhe për miratimin e kontratave është marrë Vendimi nr. 27, datë 30.12.2021.

Nga auditimi i kontratave rezulton se:

Në kontratat me spitalet 2021, në Aneksin nr. 6, të kontratës mes DSHSU/DRF dhe Spitaleve 2021 (Kontratën “Për lëshimin e recetës me rimbursim nga mjeku specialist për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit”), nuk është parashikuar si detyrim kontraktual për mjekun specialist që të respektojë planin e negociuar të shpenzimeve të rimbursimit, si dhe nuk është parashikuar asnjë sanksion në rastet kur këta mjekë specialistë me kontratë tejkalojnë shpenzimet e rimbursimit në mënyrë të përsëritur dhe të paargumentuar. Ndërsa në kontratën e vitit 2022 është parashikuar ky detyrim kontraktual për mjekun.

Nga grupi i auditimit është konstatuar se në planin vjetor të vitit 2021 të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH, për këtë drejtori, përcaktohet se do të kryen kontrole në spitale publike dhe jopublike, por pa papërcaktuar se cilat janë spitalet që do të kontrollohen.

Gjatë vitit 2021 DKPS ka ushtruar 5 inspektime, bazuar në Urdhrat e Inspektimit të dala nga Drejtori i Përgjithshëm sa më poshtë:

-Urdhër Inspektimi nr. 1 prot., datë 05.02.2021, për inspektimin në DR FSDKSH Tiranë, Kamëz-Vorë.

-Urdhër Inspektimi nr. 2 prot., datë 21.05.2021, për inspektimin në DSHSU Tiranë dhe spitale universitare me përzgjedhje në lidhje me monitorimin e shpenzimeve të rimbursimit...,

-Urdhër Inspektimi nr. 3 prot., datë 07.09.2021.

-Urdhër Inspektimi nr. 4 prot., datë 07.09.2021, për inspektimin në DR FSDKSH Shkodër dhe Lezhë.

-Urdhër Inspektimi nr. 5 prot., datë 26.10.2021, për inspektimin në DR FSDKSH Durrës dhe Fier në lidhje me monitorimin e shpenzimeve të rimbursimit...,

Tabela nr. 82: “Afatet e inspektimit në ditë punë sipas urdhrave përkatës të inspektimit për vitin 2021”

Nr.	Urdhri i inspektimit(afati i inspektimit)
1	Nr. 1 datë 05.02.2021 (08.02.2021-21.02.2021)
2	Nr. 2 datë 21.05.2021 (24.05.2021-31.05.2021)
3	Nr. 3 datë 07.09.2021
4	Nr. 4 datë 07.09.2021 (13.09.2021-22.09.2021)
5	Nr. 5 datë 26.10.2021 (27.10.2021-04.11.2021)
Totali	

Burimi i të dhënave: FSDKSH; Përpunuar nga grupi i auditimit

2022

Nga grupi i auditimit, u bë verifikimi i hartimit dhe miratimit të planeve mujore, nga titullari i institucionit nga ku rezultoi se plani vjetor i punës për vitin 2022 është miratuar nga Drejtoresha e Përgjithshme, më datë 29.12.2021. Plani i punës vjetor përmban detyrat e pritshme për realizim përgjatë vitit 2022 dhe përcakton për secilën prej tyre: veprimet për realizimin e tyre, personat përgjegjës, afatin kohor, rezultatit e pritshëm dhe mënyrën e raportimit, në përputhje me detyrat kryesore të kësaj drejtorie, të përcaktuara në pikën III, të Kapitullit VI, të Rregullores nr. 2, të miratuar me Urdhrin nr. 277, datë 06.07.2020 të Drejtorit të Përgjithshëm “Për organizimin/funksionimin dhe përshkrimet e punës në Drejtorinë e Përgjithshme të FSDKSH”.

-Nga verifikimi i planeve mujore të punës rezultoi se, realizimi i inspektimeve nga DKPS është planifikuar në 8 muaj, por urdhrat përkatës të inspektimit nuk përkojnë me muajt në të cilët është planifikuar kjo detyrë, konkretisht në muajin shkurt të vitit 2022 në planin mujor të punës nuk planifikohet inspektim, por me anë të Urdhrit të inspektimit nr. 54, datë 18.02.2022 ka nisur inspektimi në DRF Fier, Lushnjë, Berat dhe Vlorë, ky inspektim është përfshirë në planin e muajit mars 2022, gjithashtu në tetor 2022 është planifikuar të realizohet inspektim, por nuk është realizuar.

Me Urdhrin e titullarit të FSDKSH nr. 276, datë 07.09.2022 është ngritur grupi i punës për hartimin e draft kontratave dhe gjatë muajit dhjetor 2022 nga Fondi janë lidhur kontratat me ofruesit e shërbimit spitalor e parësor, brenda afateve të përcaktuara në planin vjetor të punës të kësaj drejtorie. Të gjitha kontratat e lidhura nga Fondi janë me afat 1 vjeçar dhe kanë qenë në vijimësi me subjektet përkatëse.

Gjatë vitit 2022 nga Drejtori i Përgjithshëm i Fondit janë nxjerrë 8 urdhra inspektimesh, të cilat kanë mbuluar me inspektim 20 subjekte nga ku, 12 DRF; Drejtorinë e Shërbimeve Spitalore Universitare (DSHSU) Tiranë, spitalin Universitar Shefqet Ndroqi; spitalin Rajonal Berat si dhe disa qendra shëndetësore.

Tabela nr. 83: “Afatet e inspektimit në ditë punë sipas urdhrave përkatës të inspektimit për vitin 2022”

Nr.	Urdhri i inspektimit (afati i inspektimit)
1	nr.54, datë 18.02.2022(21.02-04.03.22)
2	nr.144, datë 06.05.2022 (09.05-20.05.22)

3	nr.195, datë 10.06.2022 (13.06-29.06.22)
4	nr.232; datë 06.07.2022(12.07-20.07.22)
5	nr.233; datë 06.07.2022(12.07-20.07.22)
6	nr.278, datë 08.09.2022 (12.09-16.09.22)
7	nr.279, datë 08.09.2022 (14.09-23.09.22)
8	nr.384, datë 21.11.2022 (21.11-25.11.22)
9	Nr.408, datë 02.12.2022 (05.12.-07.12.22)
Totali	

Burimi i të dhënave: FSDKSH; Përpunuar nga grupi i auditimit

Nga verifikimi i procesit të inspektimit të realizuar nga DKPS u verifikuan të gjithë dosjet e inspektiveve të kryera gjatë vitit 2022, nga ku rezultoi se:

Të gjithë urdhrat e inspektimit janë në përputhje me kërkesat e përcaktuara në Udhëzimin nr.20, datë 24.12.2019 “*Mbi Metodikën e inspektimit, monitorimit dhe funksionimit të ofruesve të shërbimit shëndetësor parësor dhe spitalor të kontraktuar nga FSDKSH*”. Konkretisht në to përcaktohet subjekti/et që do të inspektohen, tematikat e inspektimit, grupi i punës së inspektimit (mbi 2 anëtarë), afati i inspektimit dhe mënyra e raportimit.

Dosjet përmbajnë dokumentacionet e kërkuara në Udhëzimin nr. 20/2019, afatet e inspektimit janë respektuar dhe forma e raportimit tek titullari, në të gjitha rastet është siç kërkohet në urdhrat e inspektimit.

Nga dokumentacioni i shqyrtuar mbi inspektimet e kryera, ka rezultuar se për periudhën objekt auditimi:

-Kjo strukturë nuk ka qenë plotësisht efektive në mbulimin me inspektime të spitaleve publike dhe jo publike të cilat ofrojnë paketat shëndetësore sipas kontratave të lidhura me FSDKSH pavarësisht se rëndësisë dhe riskut të lartë duke qenë një fushë ku shpenzimet janë të konsiderueshme dhe nuk ka asnjë gjetje në lidhje me menaxhimin financiar.

-Rekomandimet e lëna nuk janë të qarta të detajuara dhe me afate të përcaktuara.

-Nga inspektimi i kryer edhe në rastet ku nuk ka gjetje, janë lënë rekomandime të cilat konsistojnë më shumë mbi detyrat funksionale të gjithsecilit se sa në përmirësimin e punës, në kundërshtim me Udhëzimin nr. 20, datë 24.12.2019 mbi “*Metodikën e inspektimit, monitorimit dhe funksionimit të ofruesve të shërbimit shëndetësor parësor dhe spitalor të kontraktuar nga FSDKSH*”, kapitulli 6.

Analiza e Treguesve të rimbursimit dhe sëmundshmërisë.

Për periudhën objekt auditimi:

DKSP sipas Udhëzimit nr. 1, datë 09.01.2019 të FSDKSH analizon për çdo dy mujour treguesit e rimbursimit dhe të sëmundshmërisë, për çdo mjek dhe qendër shëndetësore/spital.

Nga grupi i auditimit u bë verifikimi i analizave të kryera nga ana e DKPS dhe formateve të tyre rezultoi se:

-Janë kryer analizat 2 mujore, analiza 6 mujore dhe analiza vjetore për rimbursimin dhe sëmundshmërisë për sektorin shëndetësor parësor dhe për barnat që ofrohen në farmacitë e spitaleve.

-Nga verifikimi i respektimit të afateve për realizimin e analizave të rimbursimit rezultoi se, analizat e rimbursimit (2/6 mujore dhe ajo vjetore) janë dërguar tek Drejtori i Përgjithshëm, brenda afatit të përcaktuar në pikën 9, të kapitullit III, të Udhëzimit nr. 1/2019, ku përcaktohet se: “*Konkluzionet me shkrim të analizës së rimbursimit për të gjithë vendin, të raportohen pranë Drejtorit të Përgjithshëm, brenda 10 ditëve pune nga ardhja e analizës së fundit nga DRF/DAPSHET/DEGWVE. Nga DRF/DAPSHET/Degët analiza e rimbursimit duhet të dërgohet në Excel, pranë DKPS brenda datës 20 të muajit pasardhës 2 mujor*”.

-Analizat janë jo të thelluara dhe të detajuara. Paraqiten të përgjithshme, që nuk ofrojnë bazë të plotë analizues të ndryshimeve që impaktojnë shpenzimet e rimbursimit.

IV. REKOMANDIME

A. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI

1. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi konstatohet se, FSDKSH, nuk ka një dispozitë rregullatore mbi periodicitetin dhe kohën e hartimit të Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR), indeksimin e saj, kjo pasi rezulton se, në disa raste nuk hartohet për vitin buxhetor, ose hartohet me vonesa të theksuara e me proces të tejzgjatur deri në 7 muaj, nuk shoqërohet me raport të hollësishëm financiar, duke e lënë këtë proces të rëndësishëm me impakt të madh financiar, ndjeshmëri të lartë publike në gjykime subjektive në mungesë të kriterëve rregullative, gjë e cila e ka ekspozuar Fond-in dhe buxhetin e shtetit drejt një risku të lartë të shpenzimeve fondeve publike.

Konstatohet se, mungesa e hartimit të LBR në vitin 2022, ka sjellë për pasojë mungesën e përfshirjes së alternativave të reja të periudhës me çmime më të ulëta, me efekte financiare në buxhetin e FSDKSH. Kështu, referuar regjistrimit të barnave nga Komisioni i Çmimit të Barnave pranë MSHMS, por dhe të dhënave të Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore (AKBMP), konstatohen se janë pjesë e LBR 5 kode bari (Rivaroxaban, Ramipril, Fenofibrate, Finasteride dhe Leflunomide), të cilat kanë qenë alternativa të para dhe të vetme, por me formëdoza të ndryshme, ndërkohë që janë futur alternativa tregtare më të lira me çmimin CIF 2022 kundrejt çmimit të alternativës ekzistuese në LBR 2021, të cilat automatikisht në hartimin e LBR do të dilnin alternativë e parë me kosto më të ulur.

Në bazë të konsumit të këtyre barnave, duke i përlllogaritur me diferencat e çmimeve me alternativat e reja, minimalisht buxhetit të FSDKSH në nxjerrjen e LBR 2022 do t'i ishin kursyer 939,384 Euro, ose 114,323 mijë lekë.

Veç kësaj, mungesa e hartimit të LBR në vitin 2022, ka sjellë për pasojë mungesën rishikimit të 146 alternativave të rezultuara pa konsum në vitin 2021, ose 12.2% numrit në total prej 1191 alternativave të saj, si rezultat i mos përfshirjes së barnave të reja në LBR e duke mos i shërbyer pacientëve me barin e nevojshëm, që do të ndikonte në përmirësimin e cilësisë së jetës e rritjen e jetëgjatësisë së tyre.

FSDKSH nuk ka hartuar një Rregullore në lidhje me Funkcionimin e Komisionit Teknik të Barnave të Rimbursueshme, duke përcaktuar hapat që do të ndiqen në lidhje me këtë proces, detyrat, përgjegjësitë, afatet, si dhe strukturat e zyrtarët që përfshihen në këtë proces.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.1, faqe 13-18 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

2.1.Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH, të inicoje hartimin e një dispozite rregullatore për Funkcionimin e Komisionit Teknik të Listës së Barnave të Rimbursueshme, kushtëzuar dhe me ndryshimet në mjedisin aktual që vepron institucioni, duke përfshirë faza, afate dhe struktura të harmonizuara që të përgatitin LBR të përvitshme dhe që merr në konsideratë faktorët mbi të cilët ajo hartohet.

Brenda vitit 2024

B. MASA ORGANIZATIVE

1. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi konstatohet se, për vitin 2022 në pagesat e kryera për rimbursimin është respektuar kufiri i miratuar, i tavanit buxhetor, por kanë vijuar detyrimet e mbartura nga vitet e kaluara, të cilat kanë qenë planifikuar të likuidohen në vitin pasardhës. Kjo, pasi nga auditimi i buxhetit të rimbursimit të barnave për të dyja vitet objekt auditimi, konstatohet se janë krijuar detyrime të prapambetura në rreth 1,029 milion lekë në vitin 2021

dhe rreth 727 milion lekë në vitin 2022, duke tejkeluar kufijtë e përcaktuar në ligjet e buxhetit të vitit specifik mbi tavanin e barnave të rimbursueshme, kryesisht në DRF Tiranë dhe DSHSU. Për sa më sipër, tejkalimi i buxhetit të barnave të rimbursueshme është në kundërshtim me përcaktimet e bëra në ligjin nr. 115/2021, datë 15.11.2021 “Për buxhetin e vitit 2022”, të ndryshuar dhe në ligjin nr. 137/2020, datë 16.11.2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, i ndryshuar, pasi në këto akte është përcaktuar dhënia e buxhetit të rimbursimit përgjatë vitit, si dhe shlyerja e detyrimeve të akumuluar nga vitet e kaluara.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.2, faqe 18-25 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

1.1. Rekomandimi: Nga Drejtori i Përgjithshëm me strukturat përkatëse në FSDKSH të analizohen dhe përcaktohen përgjegjësitë për tejkalimet e buxhetit për rimbursimin e barnave në nivel drejtorie rajonale të fondit, qendre shëndetësore dhe mjek familjeje, si dhe të përcaktohen mekanizma monitorimi dhe kontrolli të brendshëm, me qëllim mbajtjen nën kontroll të buxhetit të rimbursimit.

Në vijimësi

2. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i veprimtarisë së Sektorit të Kontrollit të Depove në FSDKSH rezultoi se:

- Për vitin 2021 është bërë planifikimi i kontrolleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrolle me inventar, duke e lënë evazive me kriterin e përgjithshëm “Kontroll i plotë me inventarizim mbi zbatimin e detyrimeve kontraktuale me depon importuese/shpërndarëse, në depot importuese/shpërndarëse me kontratë me Fond-in”, “Kontrolli tematik mbi zbatimin e detyrimeve kontraktuale me depot farmaceutike me kontratë me Fond-in” ose “Kontrolle mbi qarkullimin e disa barnave të reja, barnave të shtrenjta dhe barnave me rimbursim të lartë në farmacitë e Spitaleve Rajonale”, duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë periudhës kohore mujore. Veprimtaria e Sektorit të Kontrollit të Depove është pjesë e Planit të Punës miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm me nr. 6880/3 prot., datë 31.12.2021. Nga auditimi i planeve mujore të punës, u konstatua se është bërë planifikimi i kontrolleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrolle me inventar, duke e lënë evazive dhe me kriteret e përgjithshme: “Kontroll për disponibilitetin e barnave të LBR sipas shkresës së Drejtorisë së Rimbursimit për vitin 2021” ose “Kontroll me inventar në depo importuese për LBR sipas kontratës 2021”, duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë periudhës kohore mujore.

Situatë e cila në gjykimin tonë si auditues të jashtëm, sjellë risk për shmangien e përgjegjësive dhe vështirësi në vlerësimin e nivelit të realizimit të detyrave mbi baza objektive, në rastet e mosrealizimit të kontrolleve në subjekte. Veprime këto në kundërshtim me Rregulloren nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit” dhe Rregulloren nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin” Kapitulli III, pika I.

- Nga përpunimi i të dhënave të kontrolleve për vitin 2021, rezultoi se nuk ka një shpërndarje uniforme të kontrolleve përgjatë vitit, konkretisht për periudhën kohore janar-prill, qershor dhe gusht nuk ka pasur kontrolle të cilat përbëjnë 50% të periudhës vjetore të punës së sektorit. Kurse nga përpunimi i të dhënave të kontrolleve për vitin 2022, rezultoi se nga nuk ka një shpërndarje uniforme të kontrolleve përgjatë vitit, konkretisht për në muajt janar, mars, qershor, korrik dhe gusht nuk ka pasur kontrolle të cilat përbëjnë 42% të periudhës vjetore të punës së sektorit. Fakt ky që tregon ineficencën e sektorit të kontrollit të depove farmaceutike. Konkretisht për vitin 2021 nga kryer 29 kontrolle, nga të cilat për disponibilitetin/tematik të barnave të listës së rimbursueshme në 16 depo farmaceutike dhe 13 kontrolle me inventarizim të plotë në farmacitë e spitalit për barnat e shtrenjta, nga ku konstatohet se kontrollet me inventarizim të plotë janë fokusuar në farmacitë e spitaleve dhe jo në depo importuese shpërndarëse. Ndërkohë që nga të dhënat e administruara nga Drejtorja e Rimbursimit, rezultoi

se gjatë vitit 2021, ka njoftuar me Memo çdo muaj Drejtorinë e Kontrollit, në lidhje me disponibilitetin e barnave në treg dhe mungesat sipas rastit. Si përfundim, nga auditimi konstatohet se nuk është kryer asnjë kontroll me inventarizim në depot farmaceutike edhe pse nëpërmjet raportit të KLSH-së të vitit 2021, është konstatuar se nuk është ushtruar kontroll në depo farmaceutike mbi sasi të barnave në mbyllje dhe në hapje të periudhës së LBR-së sipas indeksimit, ku ka patur diferenca inventari në shtesë në shumën 52 milion lekë dhe në minus në shumën 207.6 milion lekë, me pasojë efekte negative në administrimin e fondeve nën skemën e kujdesit shëndetësor përsa i përket barnave të rimbursueshme. Nga sa më sipër grupi i audituesve të KLSH, konstaton se ky sektor ka patur një nivel të ulët të realizimit të kontrolleve dhe muajve inekzistentë të aktivitetit, duke mos plotësuar detyrat funksionale që i ngarkohen sipas Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

- Nga Sistemi Informatik i FSDKSH-së, janë administruar deklaratimet e depove për gjendjen e mbartur në 31.07.2021, për t'u krahasuar me inventarin fizik të datës 01.08.2021, që përkon me LBR-në e re, ku nga përpunimi i të dhënave konstatohet se për të njëjtin bar të rimbursueshëm ekzistojnë diferenca negative apo pozitive, në sasi dhe në vlerë, në total 27,071,672 lekë diferencat në plus dhe (- 6,681,391,763 lekë) diferencat në minus. Këto diferenca ekzistojnë për shkak të mosrakordimit, duke krahasuar gjendjen kontabël të datës 31.07.2021 me gjendjen fizike të datës 01.08.2021. Këto diferenca të konstatuara duhet të shërbenin si indicie që Drejtoria e Kontrollit të ushtronte inspektimet/kontrolle për verifikimin e tyre dhe aplikimin e masave për deklarim të pasaktë apo penaltete deri në zgjidhjen e kontratave sipas parashikimeve të pikës 1 të nenit 16 dhe pikës 6 të nenit 20 të Kontratave Tip të lidhura mes Depove dhe FSDKSH-së.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

2.1. Rekomandimi: Nga Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH dhe Drejtori i Drejtorisë së Kontrollit të marren masa me qëllim, hartimin e saktë dhe të plotë të planit vjetor dhe planeve mujore, duke specifikuar numrin e subjekteve që do të kontrollohen, mbi bazë risku, të plota me inventarizim/disponibilitetin e barnave, në importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik që kanë kontratë me fondin, të evidentuar nga auditimi me diferenca.

Nga Drejtori i Përgjithshëm me strukturat përkatëse në FOND, të merren masa për saktësimin dhe rregullimin në sistemin informatik e-Depo të inventarëve të hedhura në mënyrë të gabuar, si dhe të kryejë veprimet vijuese ligjore për diferencat e rezultuara.

Në vijimësi

3. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të raport-kontrolleve tematike mbi disponibilitetin e barnave kanë rezultuar problematikat si më poshtë:

- Për Depon “D.. P...-Al” SHPK, sipas Memos “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursueshme në tregun farmaceutik, muaji Mars, viti 2022” nr. 1681/1 prot., datë 05.04.2022, të Drejtorisë së Rimbursimit drejtuar Drejtorisë së Kontrollit, ku janë konstatuar mungesa të barit “Methotrexate 2.5 mg” në farmacitë e rrjetit të hapur, por nga ana e Drejtorit të Kontrollit nuk është përfshirë për verifikimin e disponibilitetit e tij.

- Për Depon “M...” SHPK, ka rezultuar se sipas Memos nr. 593/1 prot., datë 08.02.2022 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaji Janar, viti 2022”, të Drejtorisë së Rimbursimit drejtuar Drejtorinë e Kontrollit, ku janë konstatuar mungesa të barit “Ibranace” në dozat 75mg, 100mg dhe 150 mg në farmacitë e rrjetit të hapur, por nga ana e Drejtorit të Kontrollit nuk është përfshirë për verifikimin e disponibilitetit e tij.

- Për Depon “C...P...” SHPK, ka rezultuar se sipas Memos nr. 2167 prot., datë 09.04.2021 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaji Mars, viti 2021”, të Drejtorisë së Rimbursimit drejtuar Drejtorisë së Kontrollit, ku janë.

konstatuar mungesa të barit “Mesalazine 500 mg” në farmacitë e rrjetit të hapur, por nga ana e Drejtorit të Kontrollit nuk është përfshirë për verifikimin e disponibilitetin e tij.

- Për Depon “D... P...-Al” SHPK, ka rezultuar se sipas Memos nr. 5650/1 prot., datë 04.11.2021 “Mbi monitorimin dhe verifikimin e disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun farmaceutik, muaji Tetor, viti 2021”, të Drejtorisë së Rimbursimit drejtuar Drejtorisë së Kontrollit, ku janë konstatuar mungesa të barit “Mesalazine 500 mg” në farmacitë e rrjetit të hapur, por nga ana e Drejtorit të Kontrollit nuk është përfshirë për verifikimin e disponibilitetin e tij.

Këto mos veprime janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit. shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

3.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH-së të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mangësitë e konstatuara në raport kontrollet tematike mbi disponibilitetin e barnave, si dhe të ushtrojë kontrole tematike për këtë qëllim në Depot Farmaceutike që janë konstatuar mungesa sipas shkresave të Drejtorisë së Rimbursimit, konkretisht: “D... P...-Al” SHPK – “Methotrexate 2.5 mg” dhe “Mesalazine 500 mg”, “M...” SHPK - “Ibranace 75 mg, 100 mg, 150 mg”, “C...P...” SHPK - “Mesalazine 500 mg”.

Menjëherë

4. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim në depot importuese dhe shpërndarëse të subjektit “F...” SHPK kanë rezultuar problematikat:

- Nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë lista e barnave prej 16 medikamenteve, në sasinë 4,619 copë me vlerë 4,995,274 lekë, të cilat subjekti pretendon se u ka kaluar afati i skadencës edhe mbi 1 vit, duke mbajtur vetëm një proces-verbal nr. 2/1, datë 07.12.2022, me shkrim dore, i pa shoqëruar me evidenca fotografike të mjedisit të veçuar dhe të barnave me mbishkrimin të skaduara. Pra, nuk është kryer procedura e rregullt për nxjerrjen jashtë përdorimit të tyre, pasi nuk është njoftuar Drejtoria Rajonale Tatimore përkatëse nën juridiksionin të cilës i përket, si dhe nuk është marrë miratim nga AKBPM. Veprimet dhe mosveprimet e mësipërme janë në kundërshtim me përcaktimet e Udhëzimit nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 58, pika 2; Udhëzimit nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi te ardhurat”, i ndryshuar, pika 3.6, germa “s”, si dhe Kontrata F2021, neni 13, duk sjellë risk në gjendjen e saktë reale inventariale të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së, si dhe në nivelin e rimbursimit të përfituar nga Depo Importuese “F...”. Gjithashtu, ekziston risku i rifutjes në qarkullim të barnave të skaduara me qëllim përfitimin e rimbursimit, me pasoja në shëndetin e pacientëve.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

4.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mangësitë e konstatuara në procedurat e nxjerrjes jashtë përdorimit të ilaçeve të skaduara. Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike, të kërkojë informacion në rrugë zyrtare në DTM dhe AKBPM, për subjektin “F...” SHPK, në lidhje me nxjerrjen jashtë përdorimit të listës së pretenduar të barnave të skaduara, si dhe të marrë masat e nevojshme për të kryer menjëherë kontroll me inventarizim të plotë në depo, me qëllim saktësimin e situatës së inventarit gjendje të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së.

Menjëherë

5. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim në depot importuese dhe shpërndarëse të subjektit “R... F...” SHPK, kanë rezultuar problematikat:

- Nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë lista e barnave prej 18 medikamente, në sasinë 12,178 copë, me vlerë 41,999,556 lekë, të cilat pretendon se u ka kaluar afati i skadencës edhe mbi 1 vit, për të cilat është mbajtur vetëm një proces-verbal nr. 2/1, datë 21.12.2022, me shkrim dore, i pa shoqëruar më evidenca fotografike të mjedisit të veçuar dhe të barnave me mbishkrimin të skaduara, për të cilat nuk është kryer procedura e rregullt për nxjerrjen jashtë përdorimit të tyre, duke mos njoftuar Drejtorin Rajonale Tatimore përkatëse nën juridiksionin të cilës i përket si dhe duke mos marrë miratim nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësorë, sipas përcaktimeve të legjislacionit në fuqi për procedurën në lidhje me mallrat e skaduara konkretisht: Udhëzimi nr. 6, datë 30.01.2015 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, neni 58, pika 2, Udhëzimi nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar, pika 3.6, germa S, si dhe Kontrata F2021, neni 1, duke sjellë risk në gjendjen e saktë reale inventariale të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së dhe në nivelin e rimbursimit të përfituar nga Depos-Importuese “R...F...”. Gjithashtu, ekziston risku i rifutjes në qarkullim të barnave të skaduara me qëllim përfitimin e rimbursimit, me pasoja në shëndetin e pacientëve.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

5.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mangësitë e konstatuara në procedurat e nxjerrjes jashtë përdorimit të ilaçeve të skaduara. Sektori i Kontrollit të Depove Farmaceutike, të kërkojë informacion në rrugë zyrtare në DTM dhe AKBPM, për subjektin “R... F...” SHPK, në lidhje me nxjerrjen jashtë përdorimit të listës së pretenduar të barnave të skaduara, si dhe të marrë masat e nevojshme për të kryer menjëherë kontroll me inventarizim të plotë në depo, me qëllim saktësimin e situatës së inventarit gjendje të barnave të rimbursueshme sipas LBR-së.

Menjëherë

6. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim në depot importuese dhe shpërndarëse, kanë rezultuar problematikat:

- Sipas Programit të Kontrollit nr. 7063/1 prot., datë 07.12.2022, rezulton se janë përzgjedhur vetëm 11 barna nga 53 barna të miratuara sipas Anekseve nr. 1/1, 1/2, 1/3, 1/4 dhe 1/5 të kontratës të lidhur midis subjektit “F...” SHPK dhe FSDKSH-së. Nga sa më sipër, rezulton një përzgjedhje e pa analizuar, jo përfaqësuese dhe me një mbulim të vogël, afërsisht 21% të totalit të barnave të rimbursueshme, për të cilat është lidhura kontrata. Këto veprime janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

- Sipas Programit të Kontrollit nr. 7348 prot., datë 21.12.2022, konkretisht sipas listës bashkangjitur të barnave për inventarizim, rezulton se janë përzgjedhur vetëm 55 barna nga 146 barna të miratuara sipas anekseve nr. 1/1-1/17 të kontratës të lidhur midis subjektit “R... F...” SHPK dhe FSDKSH-së. Nga sa më sipër rrjedh se, kemi të bëjmë me një përzgjedhje të pa analizuar, jo përfaqësuese dhe me një mbulim të vogël, afërsisht 37.7% të totalit të barnave të rimbursueshme për të cilat është lidhura kontrata, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikën 1 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

6.1. Rekomandimi: FSDKSH nëpërmjet Drejtorisë së Kontrollit në bashkëpunim me Drejtorinë Juridike, të marrë masat e nevojshme me qëllim hartimin dhe miratimin e një metodologjie për të përcaktuar dhe standardizuar procedurat e përzgjedhjes së barnave për kontroll me inventarizim.

Brenda muajit shtator 2024

7. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit dhe të dhënave të vendosura në dispozicion nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike, është konstatuar se programet e kontrollit nuk kanë përfshirë për kontroll farmacitë me vlerat më të larta të rimbursimit për vitin 2020 dhe 2021. Në vlerësimin e rimbursimit të përfituar në disa raste merret si referencë për t'u kryer përzgjedhja konsumi 4 mujor, në disa raste 6 mujor dhe në disa raste konsumi vjetor i kaluar, pa pasur një metodologji mbi mënyrën e kryerjes së përzgjedhjes.

Gjithashtu, konstatohet se përgjatë vitit 2021 dhe 2022, nuk janë realizuar kontrole në disa subjekte të cilat kanë përfituar rimbursim përgjatë vitit 2020 dhe 2021, në baza mujore të barabartë ose më të lartë se 2 milion lekë. Mos realizimi i kontroleve në këto subjekte si dhe në subjektet të cilat paraqiten në vlerat më të larta për rimbursim sipas rajoneve ku është përcaktuar kontrolli përgjatë vitit 2021 dhe 2022, nuk është në përputhje me kërkesat e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014, Kapitulli I, pika 1 dhe 2.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

7.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mungesën e kontroleve në farmacitë që kanë përfituar rimbursim mbi 2 milion lekë në muaj, si dhe nëpërmjet Drejtorisë së Kontrollit në bashkëpunim me Drejtorinë Juridike të marrë masa me qëllim hartimin dhe miratimin e një metodologjie për të përcaktuar dhe standardizuar procedurat e përzgjedhjes së subjekteve për kontroll, duke u bazuar tek konsumi referencë i përcaktuar.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

8. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi u konstatua se nga Sektori i Kontrollit Parësor, për periudhën objekt auditimi:

- Nuk është ushtruar kontroll i detyruar për mjekë të cilët kanë realizuar vlerë mesatare rimbursimi mbi 1 milionë lekë në muaj, konkretisht: Për vitin 2021 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 60 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë ku nga 79 mjekë të cilat kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 37 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 42 mjekë, ose 53% e tyre.

Për vitin 2022 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 38 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë, ku nga 67 mjekë të cilët kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 33 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 34 mjekë, ose rreth 51% e tyre.

Këto veprime janë në kundërshtim me përcaktimet e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 "Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara nga Fondi", Kapitulli II, pika 3/VI.

- Nuk është realizuar asnjë kontroll me cikël të mbyllur mjek-pacient-farmacitë, në kundërshtim me Udhëzimin nr. 1, datë 17.01.2020 "Mbi supervizimin dhe kontrollin e QSH të kontraktuara me Fondin", kapitulli III, pika 8, duke rritur riskun.

- Nuk janë bërë analiza dhe kontrole të detajuara për rastet në të cilat MPF ka përqindjen më të lartë të referimeve për rimbursim të recetave në farmaci të rrjetit të hapur, çka ka sjellë që një numër i konsiderueshëm recetash janë ekzekutuar në 1-2 farmaci, duke krijuar risk për lidhjen mjek-farmacitë në ekzekutimin e recetave të rimbursuara.

Mungesa e analizave dhe kontroleve me cikël të mbyllur, rrit riskun e mundësisë së përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë dhe keqpërdorimit të fondeve publike.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

8.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mungesën e kontrolleve për mjekët me rimbursim mbi 1 milion lekë në muaj, si dhe të mungesës së kontrolleve me cikël të mbyllur.

Drejtorja e Kontrollit në FSDKSH, si dhe Sektorët e Kontrollit në DRF të marrin masa për kryerjen e analizave të detajuara, planifikimin dhe kryerjen e kontrolleve të gjithë mjekët me qëllim monitorimin e plotë të procesit të rimbursimit dhe uljen e riskut të përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë duke përdorur edhe kontrollet me cikël të mbyllur sipas rastit.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

9. Gjetje nga auditimi: Sipas raporteve të supervizimit dhe kontrollit të Qendrave Shëndetësore, grupet e kontrollit të DRF Tiranë kanë konstatuar se janë bërë akt negociimet në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit, duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie, të firmosura nga të dy palët sipas aneksit D/1”.

Ndërsa nga auditimi konstatohet se anekset D dhe D/1 i kontratës nr. 1532/1 prot., datë 31.12.2020 “Për financimin e Qendrës Shëndetësore nr. 1, Tiranë, për vitin 2021”, janë firmosur nga Drejtori i Qendrës Shëndetësore dhe Drejtori i DRF Tiranë, por pa asnjë evidencë mbështetëse mbi procesin e negociimit për shpërndarjen e buxhetit, veprim ky në kundërshtim me nenin 18, pikën 11 të kontratës. Këto veprime kanë mundësuar negociimin e buxhetit për mjekë me të njëjtën ngarkesë pacientësh me vlera shumëfish më të larta brenda të njëjtës qendër shëndetësore. Këto konstatime janë të shtrira në të gjitha Drejtoritë Rajonale të Fondit, gjë që dëshmon për shpërndarje jo të drejtë të buxhetit të rimbursimit dhe jo në përputhje me ngarkesën e mjekut sipas banorëve në përgjegjësi, historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

9.1. Rekomandimi: FSDKSH në bashkëpunim me DRF të marrin masa për kryerjen e një procesi sa më transparent në lidhje me negociimin e planit të rimbursimit, me qëllim shpërndarjen e tij sipas kriterëve të drejta dhe në përputhje me ngarkesën e mjekut sipas banorëve në përgjegjësi, historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve, duke argumentuar në secilin rast çdo ndryshim të lidhur me këto kriterë.

Në vijimësi

10. Gjetje nga auditimi: Nga analiza e të dhënave dhe kontrolleve të parashikuara në kuadrin legjislativ që rregullon procedurën e rimbursimit, konstatohet se kategoria e të sëmurëve kronikë është e përcaktuar në tabelën nr. 2 të Udhëzimit nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të sigurve në skemën e sigurimit shëndetësor” të ndryshuar, si kategoria “Persona me sëmundje kronike sipas përcaktimeve të Ministrisë së Shëndetësisë”. Në pikat 2, 7 dhe 8 të këtij udhëzimi përcaktohet që “Regjistri i të sigurve përmban të dhëna lidhur me kategorinë e personit të siguruar ekonomikisht aktiv, jo aktiv ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit sipas tabelën nr. 1 dhe nr. 2 bashkëlidhur këtij udhëzimi”, “Në rastet kur informacioni për kategoritë e personave nuk aksesohet on-line, sipas tabelës nr. 2, regjistrimi i tyre do të bëhet nga mjeku i familjes pranë të cilit është regjistruar personi”, Mjeku i familjes bën regjistrimin e kategorisë dhe plotësimin e afatit duke u mbështetur në dokumentacionin dhe afatet e përcaktuara në tabelën nr. 2”.

Referuar tabelës 2 të këtij udhëzimi, dokumentacioni i vlefshmërisë për regjistrimin në kategorinë e të sëmurëve kronikë është “Përgjigja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën kronike” dhe afati i vlefshmërisë është përcaktuar pa afat. Kategoritë e sigurimit të

personave janë përcaktuar në nenin 5 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe përfshijë personat ekonomikisht aktive, persona ekonomikisht jo aktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga buxheti i shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj, si dhe personat që bashkohen vullnetarisht në skemën e detyrueshme. Kategoria e të sëmurëve kronikë nuk përfshihet në asnjë nga përcaktimet e kategorive të bëra në ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011 dhe përfitimi i rimbursimit të kësaj kategorie është jashtë kontrollit mbi përputhshmërinë ligjore të plotësimit të kriterëve për përfitim të shërbimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor. Kjo pasi, në nenin 12 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar është përcaktuar *“Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor ndaj personave të pasiguruar, me përjashtim të rasteve të mëposhtme: a) shërbimi i urgjencës mjekësore; b) shërbimi/përfitimi i paketës së kontrolleve periodike parandaluese në popullatë, sipas përcaktimeve të bëra me vendim të Këshillit të Ministrave; c) vizita te mjeku i familjes”*.

Për këto arsye, konstatohet se përfitimi i rimbursimit nga kjo kategori kryhet vetëm bazuar në llojin e sëmundjes që ka personi që përfiton shërbim e që nga viti në vit shpenzimet e rimbursimit për këtë kategori paraqiten me rritje të konsiderueshme.

Gjithashtu, lista e sëmundjeve kronike, për të cilat përfitohet rimbursim nga kategoria e të sëmurëve kronikë është e përcaktuar me urdhër nr. 37, datë 25.01.2017 “Për miratimin e listës së sëmundjeve kronike” të Ministrit të Shëndetësisë, në të cilën është përcaktuar bashkëlidhur kodi i diagnozës dhe diagnoza përkatëse. Ky urdhër ka dalë në bazë të VKM nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, i ndryshuar, ku në pikën 3 është përcaktuar *“Përjashtimin nga pagesat e drejtpërdrejta për alternativat e para të listës së barnave të rimbursueshme për personat që bëjnë pjesë në kategoritë e parashikuara në pikat 1 dhe 2 të këtij vendimi për trajtimin e sëmundjeve kronike sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë”*. Vetë kjo VKM ka dalë në zbatim të nenit 11 të ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, ku përcaktohet *“Këshilli i Ministrave në bazë të politikave sociale të qeverisë mund të përjashtojë nga pagesat e drejtpërdrejta kategori të veçanta të individëve duke u bazuar në aftësinë e tyre për të paguar”*.

Për këto arsye, konstatohet se përfitimi i rimbursimit nga kjo kategori kryhet vetëm bazuar në llojin e sëmundjes që ka personi që përfiton shërbim dhe jo në bazë të kriterit të kontributit në skemën e detyrueshme apo kontributin e buxhetit për persona ekonomikisht aktivë apo ato me sigurim vullnetar.

Për këtë arsye, baza ligjore qartësisht ka përcaktuar përjashtimin nga njëra prej kategorive të përcaktuara me ligj dhe jo shtimin e kategorive në bazë të karakteristikave të tjera që nuk lidhen me faktin e qenies kontribues ose jo për qëllime të përfitimit të rimbursimit.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

10.1. Rekomandimi: Nga ana e FSDKSH të verifikohet zbatimi i plotë i kriterëve të rimbursimit të barnave për përfituesit jo kontribues, e posaçërisht për kategorinë “të sëmurë kronikë”, nëse i përmbushin kushtet e të qenit kontribues ose kategori të përfshira në ligje specifike përfitues jo kontribues, sipas përcaktimeve të funksionimit të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, me qëllim disiplinimin e financimeve për rimbursimin e barnave.

Në vijimësi

11. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi Sistemin i Regjistrimit Elektronik të të Siguruarve (AHIS) u konstatua se:

- Sistemi nuk ruan historik për lëvizjen e mjekëve nga një qendër në tjetrën, lëvizjen e banorëve, mbulimin e popullatës nga mjekët dhe për kartat e shëndetit;
 - Sistemi nuk jep mundësi për pastrimin apo saktësimin e të dhënave të banorëve të regjistruar gabim nga mjekët e familjes;
 - Sa herë që çelet apo ndryshon një përdorues, duhet të ndërhyhet në databazë për sistemimin e tij, pasi përdoruesit nuk i shtohen automatikisht të gjitha funksionalitetet;
 - Sistemi nuk mundëson regjistrimin e numrit personal të identifikimit (NID) për përdoruesit dhe marrjes së informacionit mbi ta në mënyrë automatike nëpërmjet web-service me Drejtorinë e Përgjithshme të Gjendjes Civile (DPGJ);
 - Menaxhimi i përdoruesve kur mjekët lëvizin nga një QSH në tjetrën, sjell komplikime në punën e qendrave shëndetësore, pasi shpesh është i vështirë sistemimi i banorëve që mjeku ka mbuluar në QSH e mëparshme;
 - Procesi i transferimit të banorëve është i pa menaxhueshëm edhe në rastet kur kryhen transferime të gabuara;
 - Drejtoria e IT-së në FSDKSH nuk ka akses të plotë për administrimin e të gjithë sistemit;
 - Për pacientët e rinj kur regjistrohen, në fushën e kodit të pacientit popullohet NID i pacientit, ndërsa për pacientët ekzistues është përdorur një kod numerik, pra popullimi ose inputi i të dhënave ndër vite në këto fusha ka ndryshuar;
 - Të dhënat popullohen nga mjekët e familjes, por vetëm për pacientët e rinj, ndërsa për pacientët ekzistues nuk përditësohen të dhënat;
 - Janë identifikuar raste, ku për të njëjtin kod pacienti ekzistojnë të regjistruar më shumë se një individ, referuar fushave të tjera që ndryshojnë si NID apo emri apo mjeku. Një situatë e tillë krijon mundësinë e problemeve në rimbursim, pasi nuk identifikohet referuar kodit të pacientit se cili nga personat ka përfituar rimbursimin, sipas të dhënave të vendosura në dispozicion.
 - Ekzistojnë kode pacientësh në sistem me anomali të tipit (0; 123456789; o11111111o; 0.501350549; 30.32162601; 1522; 4029 etj.) të cilët nuk janë sipas formatit standard të përcaktuar në bazën rregullatore mbi të cilën funksionon ky sistem;
 - Ekzistojnë raste ku kodi i pacientit megjithëse është sipas formatit të NID (shkronjë, 8 numra, shkronjë), nuk është i njëjtë me NID të individit. Për më tepër, ky kod pacienti sipas formatit të NID ka rezultuar në AHIS me më shumë se një pacient të regjistruar;
 - Ekzistojnë raste ku fusha e kodit të pacientit është bosh në AHIS, e pa populluar në sistem;
 - Ekzistojnë raste ku, megjithëse individit ka ndërruar jetë, (referuar të dhënave të marra nga DPGJC) rezulton i regjistruar në sistem. Kjo është identifikuar si dobësi e sistemit të kontrollit dhe krijon kushtet për gjenerimin e recetave për këta individë dhe përfitimin e rimbursimit;
- Këto konstatime janë në kundërshtim me pikat 2-8 të VKM-së nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, pika 2-14 Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022”. Për shkak të problematikave të identifikuar dhe mungesës së implementimit të kontrolleve në sistem, ekziston risku i përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

11.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mangësitë e evidentuara të funksionimit të Sistemit të Regjistrimit Elektronik të Siguarve, si dhe të merren masa për implementimin e kontrolleve me qëllim saktësimin e të dhënave me fusha të munguara, të dubluara apo të pacientëve të cilët nuk ekzistojnë në regjistrin e banorëve nëpërmjet ndërveprimit me sistemet e tjera qeveritare.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

12. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi sistemin e recetës elektronike eRx u konstatua se:

- Ekzistojnë raste në të cilat numri i recetës (recetë ID) nuk është unik, pra me të njëjtin numër recete rezultojnë të ekzekutuara dy raste të ndryshëm për pacientë të ndryshëm ose jo, lëshuar nga i njëjti MPF ose jo, gjë e cila vë në diskutim integritetin e të dhënave elektronike të paraqitura sipas raportit 49 të recetave të detajuara në nivel medikamenti. Në DRF Tiranë janë kontrolluar recetat në format të printuar sipas listë treguesve analitikë dhe kërkesës për pagesë të farmacive, nga ku ka rezultuar që informacioni i përcjellë në format elektronik për numrin e recetës ka katër shifrat e fundit 0000, ndërkohë që ky numër është konstatuar që katër shifrat e fundit janë të ndryshme për çdo recetë. Për këtë arsye, recetë ID e ofruar sipas formatit elektronik nga FSDKSH nuk është unike dhe nuk mundëson kryerjen e testit për ekzistencën e dublikimeve për recetën, pavarësisht se në format të printuar ky numër është i ndryshëm.

- Nga përpunimi i të dhënave, ka rezultuar se kodi i pacientit i ekstraktuar nga sistemi AHIS nuk është unik dhe në fushat e paraqitura në raportin 49 asnjë prej këtyre fushave nuk përmban të dhëna unike, duke e bërë të pamundur kryqëzimin e të dhënave me elementë të tjerë, në kundërshtim me

pikat 2-8 të VKM-së nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, pika 2-14 Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022”. Për shkak të problematikave të identifikuar dhe mungesës së implementimit të kontrolleve në sistem, ekziston risku i përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë.

Mbi procesin e identifikimit të pacientit, u konstatua se:

- Sistemi nuk proceson recetë për ID që nuk është sipas formatit standard të DPGJC;
- Sistemi nuk parandalon procesimin e recetës elektronike për individë të cilat kanë ndërruar jetë, duke bërë njohjen e ID-së dhe referimin në akses të kufizuar tek mjeku përkatës;
- Sistemi nuk nxjerr mesazh informues nëse ID-ja e futur nuk është fshirë nga sistemi AHIS ose që nuk ekziston në databazën e DPGJC, prej së cilës konstatohet se sistemi eRx nuk bashkëvepron në kohë reale me sistemin e DPGJC-së dhe krijon kushtet për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetave për personat që nuk ekzistojnë.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

12.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH me strukturat përkatëse, të marrë masa që të kryhet integrimi në kohë reale dhe implementimi i kontrolleve parandaluese në e-Rx për shmangien e mundësisë së procesimit të recetave për pacientë që duhet të jenë ç’regjistruar nga sistemi i banorëve.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

13. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi sistemet informatike mbi të cilat mbështetet procesi i rimbursimit u identifikuan mangësi të cilat përfshijnë gjenerimin e recetave për raste individë të cilët kanë të dhëna të pa plota dhe të pasakta në sistemin elektronik të të siguruarve AHIS. Mangësitë e identifikuar në regjistrin elektronik të të siguruarve krijojnë kushte që këto mangësi të mbarten edhe në sistemin e gjenerimit dhe ekzekutimit të recetës elektronike.

Nga ana e KLSH është kërkuar informacion në lidhje me shtetasit që kanë ndërruar jetë brenda një intervali kohor të përcaktuar, me qëllim kryqëzimin e këtyre të dhënave me ato që janë të pasqyruara në sistemin AHIS dhe në vijim për procesin e rimbursimit. Ky informacion është përcjellë nga DPGJC në format elektronik dhe me shkresë zyrtare, duke pasur si bazë kryesore të ndërveprimit fushën e ID (numrit të identifikimit) të shtetasit shqiptar. Nga FSDKSH është kërkuar gjenerimi i raportit të recetave duke përfshirë numrin personal të identifikimit, me qëllim kryqëzimin e të dhënave, por nuk është vendosur në dispozicion të grupit të auditimit informacioni i kërkuar. Të dhënat në lidhje me përfituesin e rimbursimit janë vendosur në nivel detajimi me “kod patienti”, duke e bërë të pamundur krahasimin e të dhënave.

- Pavarësisht aksesit të kufizuar në informacion, nga grupi i auditimit janë detajuar procedura thelbësore shtesë auditimi bazuar në aksesin manual në sisteme dhe kryqëzimin e të dhënave. Konkretisht, për mjekë të caktuar të cilat kanë rezultuar në gjeneruesit më të lartë të rimbursimit sipas rajoneve përfaqësuese të fondit dhe kritereve të tjera të vlerësuara të riskut, është kryer shkarkimi manual i të dhënave të të gjithë pacientëve të këtyre mjekëve sipas sistemit AHIS (me qëllim marrjen e numrit të identifikimit personal dhe kryqëzimin me regjistrin e shtetasve që kanë ndërruar jetë). Gjithashtu janë analizuar recetat e përmbledhura sipas “kod pacientit” për të cilët këto mjekë kanë lëshuar recetë, referuar sistemit të recetës elektronike e-Rx. Në vijim janë kryqëzuar të dhënat e pacientëve përfitues të rimbursimit me pacientët në përgjegjësi të mjekut sipas sistemit AHIS, nga ku ka rezultuar që një pjesë e pacientëve përfitues nuk rezultojnë në mbulim të mjekut që ka gjeneruar recetën. Kjo mund të ekzistojë për arsye se pacientët e ndryshojnë mjekun të paktën një herë në vit sipas kërkesës së tyre kur kjo miratohet pavarësisht se, ekziston edhe risku që këta pacientë të jenë regjistruar vetëm për të përfituar rimbursimin dhe më pas nuk gjenden më në regjistrin e të siguruarve AHIS.

Pavarësisht këtyre kufizimeve, u kryen teste alternative auditimi mbi një pjesë prej përfituesve të rimbursimit për të cilët, në evidencat e paraqitura nga FSDKSH rezultojnë se kodi i pacientit është i njëjtë me numrin unik të identifikimit personal (ID), konkretisht:

Për vitin 2021 në total për 13,885 pacientë nga 334,907 pacientë që identifikohen, ose 4.2% pacientë dhe për vitin 2022 në total janë testuar 21,090 pacientë nga 360,042 pacientë, ose 5.9% dhe (si pasojë e kufizimit të aksesit në informacion nga FSDKSH për numrin personal të identifikimit). Në këto kushte, testimi i të dhënave është përqendruar në këto evidenca të kufizuara në dispozicion, si dhe të dhëna të shkarkuara manualisht nga sistemi AHIS me bazë risku.

Nga auditimi janë konstatuar 24 raste për vitin 2021, në vlerën 150,518 dhe 36 raste për vitin 2022, në vlerën 221,843 lekë, në të cilat identifikohen pacientë që kanë ndërruar jetë (sipas informacionit të përcjellë nga DPGJC) të cilët rezultojnë përfitues të rimbursimit pasi kanë ndërruar jetë, duke përfshirë mjekë që plotësojnë receta dhe farmaci që ekzekutojnë këto receta. Testimi është kryer duke përfshirë të gjitha DRF-të që kanë rezultuar me raste për t’u verifikuar, nga ku janë konstatuar gjenerim dhe rimbursim i padrejtë për periudhën objekt auditimi në total 61 raste, në vlerën 372,361 lekë.

Shtirja e këtyre problematikave do të ishte më e lartë në rast të të dhënave të plota referuar edhe shkallës së përhapjes së anomalive në sistem në DRF të ndryshme. Gjithashtu, nga testimi i të dhënave janë konstatuar edhe raste të cilat kanë përfituar rimbursim në të njëjtën ditë me ditën në të cilën pacientët kanë ndërruar jetë, të cilat nuk janë marrë në konsideratë për efekt të raportimit nga ana jonë, por ka dhe raste ku konstatohet lëshimi i shumë recetave brenda një kohe të shkurtër përpara se pacientët të ndërrojnë jetë.

Veprimet e mësipërme janë në kundërshtim me nenin 27, 28, 29, 30, 31 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, pikat 5, 6, 8, 10, të VKM-së nr. 307,2 datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, e ndryshuar, pikat I.3, II.1, II.3, III.1, II.3, II.4, IV.B.1, IV.B.2, të VKA-së nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr.1 datë 12.12.2019 mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, pikat 5, 7, 9, 11 të udhëzimit nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe neni 7, pika 1, 2, 4, e neni 10 të kontratës “Për financimin e qendrave shëndetësore”.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

13.1. Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH me strukturat kontrolluese, të marrë masa për kryerjen e kontrolleve për rastet e identifikuar dhe të gjitha rastet e tjera të mundshme për tu verifikuar nga sistemi me rimbursim të padrejtë në DRF, QSH, mjekë dhe farmacitë

përkatëse, si dhe të konkludohet me përgjegjësitë përkatëse.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

14. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi procesin e Rimbursimit dhe respektimit të kriterëve të përcaktuara në bazën rregullatorë që përcakton funksionimin e tij, u konstatua se në listën e barnave të rimbursuara për rrjetin spitalor për vitin 2021 dhe 2022 janë të miratuar për rimbursim rreth 155 barna në formën e alternativës së parë dhe në disa raste të vetme. Nga raporti i konsumit të barnave për ato që tregtohen në farmacitë e spitalit dhe kryesisht QSUT konstatohet se paraqiten me konsum rreth 123 barna, sipas raportit analitik të rimbursimit për periudhën 01.08.2021-31.12.2022. Pra, në listën e barnave spitalore, janë 32 barna të cilat megjithëse janë në LBR nuk janë konsumuar përgjatë periudhës objekt auditimi, si pasojë e mungesës së përditësimit të LBR, duke ndikuar dhe në kufizimin e barnave që kanë nevojë pacientët.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

14.1. Rekomandimi: FSDKSH të kryejë analizat e nevojshme që të azhurnojë listën e LBR për rrjetin spitalor në veçanti, në mënyrë që të përmbushë nevojën e popullatës për barna dhe të reflektojë alternative të reja të aplikueshme në mjedisin aktual të trajtimit të sëmundjeve.

Në vijimësi

15. Gjetje nga auditimi: Në zbatim të kontratës tre palëshe ndërmjet DSHSU, depove farmaceutike dhe farmacisë së QSUT, farmacia e spitalit dërgon në DSHSU inventarin në fund të periudhës vjetore, si dhe në çdo rast që ka ndryshim të LBR. Të dhënat mbi faturimin, rimbursimin, sasinë e gjendjeve janë objekt rakordimi referuar kontratës tre palëshe, por nga auditimi konstatohet se ky proces nuk është realizuar nga DSHSU përgjatë periudhës objekt auditimi, në kundërshtim me përcaktimet e nenit 16 të kontratës. Në mungesë të këtyre rakordimeve, nga grupi i auditimit u detajuan procedura shtesë thelbësore, ku nga përpunimi i të dhënave ka rezultuar se për 7 kode barnash, sasia e pretenduar për rimbursim, e cila është procesuar në vijim edhe për pagesë nga ana e DSHSU, është më e madhe se sasia që është bërë hyrje në farmacinë e QSUT nga këto depo, duke marrë në konsideratë edhe gjendjet në fillim dhe në fund të periudhës. Këto diferenca nga të dhënat e paraqitura nga sistemet mbi të cilat funksionojnë marrëdhëniet tre palëshe sipas kontratave specifike nuk janë identifikuar në kohë nga ana e DSHSU dhe as nga strukturat e kontrollit të FSDKSH.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

15.1. Rekomandimi: FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mungesën e rakordimit të evidentuar nga auditimi, të ushtrohet kontroll në subjektet e përfshira në diferencat e identifikuar për të cilat ka konsum barnash, si dhe të implementohen procedura kontrolli nëpërmjet sistemeve në përdorim e-depo dhe e-Rx, duke kryqëzuar të dhënat e marra në raporte të ndryshme të gjeneruara prej tyre.

Nga DSHSU të kryhen procedurat rakorduese me importuesit dhe shpërndarësit farmaceutikë në frekuencën e përcaktuar në kontratën ndërmjet palëve, me qëllim identifikimin dhe trajtimin në kohë të diferencave të mundshme në qarkullimin e barnave në rrjetin spitalor.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

16. Gjetje nga auditimi: Nga ana e FSDKSH, me shkresën nr. 749/2 prot., datë 03.02.2022, për disa barna janë ndryshuar çmimet në ulje si pasojë e kursit të këmbimit ose ndryshimit të çmimit të origjinës, për rrjetin spitalor për farmacinë e QSUT, në përputhje me pikën 8 të VKM nr. 489, datë 30.07.2021. Nga testimi i të dhënave të raportit 49 mbi recetat e ekzekutuara në nivel analitik, rezulton se ndryshimi i çmimeve në sistem është kryer me rreth 2 muaj vonesë, duke sjellë që gjatë kësaj periudhe të gjenerohen dhe ekzekutohen receta të ndryshme për barnat objekt ndryshimi me çmim të pa ndryshuar.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

16.1. Rekomandimi: FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për vonesat në dërgimin e ndryshimeve në ulje të çmimeve të barnave, si dhe të merren masa për reflektimin në kohë të ndryshimit të çmimeve të barnave, në mënyrë që të shmangen efektet negative në shpenzimet e rimbursimit.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

17. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i recetave elektronike për kategoritë me rimbursim të pjesshëm dhe pensionistë, është konstatuar se janë gjeneruar dhe ekzekutuar më shumë se tre barna për recetë, në kundërshtim me përcaktimet e bëra në VKA nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr. 1, datë 12.12.2019 “Mbi procedurat e përshekrim, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, pika II.9. Ky konstatim është evidentuar në Drejtorinë Rajonale të Fondit Tiranë në një përhapje të gjerë. Gjithashtu janë konstatuar raste kur për të njëjtin pacient ekzistojnë receta nga më shumë se dy mjek dhe qendër shëndetësore përkatëse, duke vendosur në dyshim procesin e rimbursimit të këtyre recetave dhe ekzistencën e pacientit, referuar regjistrin elektronik të të siguruarve. Këto konstatime janë në kundërshtim me përcaktimet e bëra në VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr. 1, datë 12.12.2019 “Mbi procedurat e përshekrim, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, pika II.3.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

17.1. Rekomandimi: FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për të gjitha rastet e recetave me më shumë se tre barna për recetë, si dhe për recetat nga më shumë se një mjek, si dhe të verifikohen rastet e mësipërme dhe të parashikohen implementimi i ndryshimeve në sistemin e-Rx në mënyrë që të sigurohet përputhja me kriteret e parashikuara në rregulloren e rimbursimit.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

18. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi kohëzgjatjen e mjekimit, duke pasur në konsideratë periudhën nga data e fillimit të mjekimit deri në datën e përfundimit janë konstatuar receta me të njëjtin medikament pa përfunduar periudha e vlefshmërisë së recetës paraardhëse sipas Aneksit nr. 14, veprime në kundërshtim me përcaktimet e VKA nr. 34 datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr. 1, datë 12.12.2019 “Mbi procedurat e përshekrim, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx” pika II.12.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

18.1. Rekomandimi: FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për të gjitha rastet e lëshimit të dy recetave brenda periudhës së mjekimit, të merren masa për kryerjen e kontrolleve të detajuara.

Brenda muajit shtator 2024 dhe në vijimësi

19. Gjetje nga auditimi: Në pikën 6 dhe 8 të Udhëzimit nr. 4, datë 27.07.2021 (nr. 4007 prot., datë 27.07.2021) “Për lidhjen e kontratave me importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik”, përcaktohen dokumentet që duhet të dorëzojnë depot farmaceutike për të lidhur ose rilidhur kontratë me FSDKSH për qarkullimin e barnave që rimbursohen. Konstatohet se për të vërtetuar n.q.s. subjekti, administratori dhe ortakët e tij janë në hetim nga prokuroria është vendosur si kriter vetëm vërtetimi i lëshuar nga prokuroria pranë gjykatës së shkallë së parë. Ndërkohë, pas ndryshimeve të ndodhura në sistemin gjyqësor, më datën 25 Nëntor 2019 është krijuar edhe Struktura e Posaçme Kundër Korrupsionit dhe Krimin të Organizuar (SPAK), e cila heton korrupsionin dhe krimin e organizuar në nivelet më të larta të qeverisë dhe shoqërisë në Shqipëri. Mos vendosja e kriterit për dorëzimin e vërtetimit të lëshuar edhe nga SPAK, n.q.s. subjekti, administratori dhe ortakët e tij janë në hetim, rrit riskun e lidhjes së kontratave me

subjekte të cilët mund të jenë në hetim nga kjo strukturë dhe pse mund të mos jenë në hetim nga prokuroria pranë gjykatës së shkallës së parë.

Nga auditimi i lidhjes së kontratave me depot importuese dhe shpërndarësit farmaceutik, për qarkullimin e barnave që rimbursohen, rezulton se subjektet “K...”, “T...”, “R... P...”, “R.&S...” kanë dorëzuar të gjithë dokumentacionin e kërkuar, jashtë afatit të përcaktuar në pikën 6 të Udhëzimit nr. 4, datë 27.07.2021. Ndërsa subjektet “T... F...”, “P... O...”, “P... LTD”, “L...”, “G...”, “F... t...”, “F...”, “C...” dhe “A...”, pavarësisht se sipas datës të protokollit, kanë dorëzuar dokumentet për lidhjen e kontratave brenda afatit (10.08.2021), disa dokumenteve si vërtetimi i gjendjes dhe/ose vërtetimi i Prokurorisë pranë gjykatës së Shkallës së Parë dhe/ose vërtetimi i përkthimit të autorizimit, rezultojnë të mbajnë data më të vonshme se data 10.08.2021.

Për subjektin “M... C...”, i cili ka lidhur kontratë për herë të parë me Fondin rezulton se, aksionarët nuk kanë dorëzuar vërtetim nga prokuroria pranë gjykatës së shkallës së parë për të vërtetuar se nuk janë në hetim.

Referuar aneksit nr. 1/2 të kontratës nr. 4355/2 prot., datë 23.08.2021 dhe aneksit nr. 1/7 të kontratës nr. 4356/2 prot., datë 23.08.2021, rezulton se FSDKSH, subjekteve “R...&S...” dhe “R... P...”, u ka njohur të drejtën për të tregtuar barin “Bisoprolol 5 mg” dhe “Bisoprolol 10 mg”, të kompanisë “Un... L... LTD- A...”, përpara marrjes së rinovimit të autorizimit, pasi autorizimin për këto 2 subjekte është dhënë nga kompania 8 ditë pas lidhjes së kontratës.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

19.1. Rekomandimi: Grupi i punës për hartimin e draft kontratave për subjektet farmaceutike dhe Këshilli Administrativ i FSDKSH, të marrin masa për vendosjen si kriter kur për lidhjen e kontratave për qarkullimin e barnave që rimbursohen, edhe vërtetimin e lëshuar nga Struktura e Posaçme Kundër Korrupsionit dhe Krimin të Organizuar nëse subjekti, administratori dhe ortakët janë në hetim nga kjo strukturë, me qëllim uljen e riskut të lidhjes së kontratës me subjektet të cilët janë nën hetim.

-Komisioni për lidhjen e kontratave me importuesit dhe shpërndarësit farmaceutik, të marrë masa për zbatimin e afateve të administrimit të dokumenteve dhe të rilidhë kontratat vetëm pasi nga subjektet të jenë dorëzuar të gjithë dokumentet e kërkuara në kuadrin ligjor dhe nënligjor përkatës.

Në vijimësi

20. Gjetje nga auditimi: Nga verifikimi i disponibilitetit të barnave alternativë e parë dhe e vetme në treg, kanë rezultuar barnat e raportuara si mungesë nga ana e importuesve farmaceutikë. Për disa barna njoftimi ishte bërë, që prej fundit të vitit 2021 dhe në fillim të vitit 2022, gjë e cila nuk është reflektuar në LBR.

Nga auditimi rezultoi se dhe pse prej importuesve janë dhënë arsye të arsyeshme, kjo nuk i ka dhënë zgjidhje mungesës së disponibilitetit të barnave. Mungesat e këtyre barnave, kanë ndikuar në sasinë e konsumuar të tyre, numrin e recetave të rimbursuara dhe shumën e rimbursimit. Sasia e konsumuar e barnave të evidentuara me mungesë disponibiliteti është ulur me 75,838 njësi, vlera e rimbursuar është ulur me 156,857,151 lekë dhe numri i recetave me 14,343 receta. Peshën më të madhe në uljen e shumës së rimbursuar e ka pasur bari “Zytiga” me 123,377,098 lekë, i cili është raportuar si mungesë në mars të vitit 2022 dhe sipas deklaratimit të firmës, në lidhje me këtë bar është tërhequr licenca. Janë 296 pacientë më pak që kanë konsumuar këtë bar të rimbursuar. Mungesat e evidentuara në barna, bazuar në vetë deklaratimet e importuesve, sipas grupeve anatomike rezultojnë 5 raste grupi “A”; 1 rast grupi “B”; 5 raste grupi “C”; 1 rast grupi “G”; 2 raste grupi “J”; 5 raste grupit “L”; 3 raste grupit “N”; 3 raste grupit “R” dhe 1 rast grupit “S”, duke ndikuar tek një numër i konsiderueshëm pacientësh.

Gjithashtu, në mungesën e barnave alternativë e vetme “Haloperidol 50 mg-1 ml” dhe “Phenil Keton Urea 500g” ka ndikuar edhe pezullimi i kontratave më datën 14.10.2021, konkretisht

për subjektin “E...”, të cilit më pas i është rilidhur kontrata në datën 23.03.2022 dhe subjektin “F...N...A...”, të cilit i është rilidhur kontrata më 13.10.2022. Nga ana e Fondit nuk janë marrë masa për të ndaluar mungesën e disponibilitetit të barnave, alternativë e parë dhe e vetme e LBR.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

20.1. Rekomandimi: Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencinë e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, të marrin masa për të shmangur problematikat, që lidhen me disponibilitetin e barnave alternativë e parë dhe e vetme, me qëllim mbulimin e popullsisë në çdo kohë me barna, në funksion të shëndetit të pacientëve.

Në vijimësi

21. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi mbi veprimtarinë e Drejtorisë së Kujdesit Parësor dhe Spitalor konstatohet se:

- Analizat e rimbursimit nuk janë të thelluara dhe të detajuara në nivel mjeku, janë të përgjithshme, që nuk ofrojnë bazë të plotë analizuere të ndryshimeve që impaktojnë shpenzimet e rimbursimit.

- Në raportet e inspektimit, rekomandimet në përgjithësi, nuk janë të qarta, të detajuara dhe me afate të përcaktuara. Nga inspektimet e kryera edhe në rastet kur nuk ka gjetje, janë lënë rekomandime, të cilat konsistojnë më shumë mbi detyrat funksionale të gjithsecilit se sa në përmirësimin e punës, në kundërshtim me Udhëzimin nr. 20, datë 24.12.2019 mbi “Metodikën e inspektimit, monitorimit dhe funksionimit të ofruesve të shërbimit shëndetësor parësor dhe spitalor të kontraktuar nga FSDKSH”, kapitulli 6, pika 3.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

21.1. Rekomandimi: Drejtoria e Kujdesit Parësor dhe Spitalor të marrë masa për përmirësimin e punës me qëllim rritjen e cilësisë së analizave të rimbursimit dhe të inspektimeve duke zbatuar me përpikmëri kërkesat dhe procedurat e përcaktuara në udhëzimin e inspektimit.

Në vijimësi

22. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim për vitet 2021 dhe 2022, në subjektet “M...”, “B...P...”, “G... L...”, “G...”, “J...”, “J...’s”, “N...”, “K...F...”, “F...”, “B...”, “A...”, “M...”, “T...”, “W... P...”, “G...” dhe “E... F...”, nga SKF dhe DRF Tiranë, kanë rezultuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014. Konkretisht, nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasi të barnave nga recetat pa rimbursim. Mungesa e evidentimit të daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Mos marrja në konsideratë e efektit të këtyre daljeve, sjell pasojë në mungesën e evidentimit të diferencave në plus në inventarizim, të cilat janë objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës, referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

22.1. Rekomandimi: FSDKSH të analizojë dhe të nxjerrë përgjegjësitë për mungesën e evidentimit të recetave pa rimbursim gjatë kontrolleve, si dhe në bashkëpunim me DRF Tiranë për subjektet “M...”, “B...P...”, “G... L...”, “G...”, “J...”, “J...’s”, “N...”, “K...F...”, “F...”, “B...”, “A...”, “M...”, “T...”, “W... P...”, “G...” dhe “E... F...”, referuar mangësive dhe parregullsive në procedurën e kontrollit, të kryejë rikontroll me qëllim saktësimin e gjendjes inventariale të subjekteve.

Brenda muajit shtator 2024

C. MASA SHPËRBLIM DËMI

Bazuar në ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, neni 15 “Të drejtat dhe detyrat e KLSH-së”, gërma (b) dhe (c), si dhe mbështetur në ligjin nr. 44/2015, datë 30.04.2015 “Kodi i Proceduarave Administrative në Republikën e Shqipërisë”, nenet 98-102, nga Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH, në bashkëpunim me Nëpunësin Zbatues, me qëllim kërkimin për shpërblimin e dëmit, të nxirren aktet administrative përkatëse dhe të kërkohet në rrugë ligjore, duke ndjekur të gjitha procedurat e nevojshme administrative dhe shkallët e gjykimit, me qëllim shpërblimin e dëmit në vlerën 372,361 lekë, si më poshtë:

1. Gjetje nga auditimi: Nga analizat e detajuara në nivel recete ka rezultuar që në disa raste data e ekzekutimit të recetës është pas datës që pacienti ka ndërruar jetë, duke sjellë përfitim të padrejtë të rimbursimit, gjithsej në 61 raste, në vlerën 372,361 lekë. Konkretisht: gjenerim dhe rimbursim i padrejtë në 24 raste për vitin 2021, në vlerën 150,518 lekë dhe 36 raste për vitin 2022, në vlerën 221,843 lekë (*sipas aneksit nr.13 bashkëlidhur Raportit Përfundimtar të Auditimit*)

Veprime e mësipërme janë në kundërshtim me nenin 27, 28, 29, 30, 31 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, pikat 5, 6, 8, 10, të VKM-së nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga siguri i detyrueshëm shëndetësor”, e ndryshuar, pikat I.3, II.1, II.3, III.1, II.3, II.4, IV.B.1, IV.B.2, të VKA-së nr. 34, datë 12.12.2019 “Për miratimin e rregullores nr. 1 datë 12.12.2019 “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, pikat 5, 7, 9, 11, të udhëzimit nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, si dhe me nenin 7, pika 1, 2, 4 e nenin 10 të kontratës “Për financimin e qendrave shëndetësore”.

(*Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit*)

1.1 Rekomandimi: Nga ana e FSDKSH të merren masa për arkëtimin e vlerës 372,361 lekë, për rastet e identifikuar me rimbursim të padrejtë nga mjekë dhe farmacitë përkatëse.

Menjëherë

D. MASA PËR ELIMINIMIN E EFEKTEVE FINANCIARE NEGATIVE TË KONSTATUARA NË ADMINISTRIMIN E FONDEVE PUBLIKE DHE PËR MENAXHIMIN ME EKONOMICITET, EFICENCË DHE EFEKTIVITET TË FONDEVE PUBLIKE, TË ARDHURA TË MUNGUARA

1. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi konstatohet se, FSDKSH në vitin 2022 nuk ka hartuar LBR të re, proces i cili do të sillte efekte pozitive në buxhetin e FSDKSH, pasi do të përfshiheshin alternativa te reja të regjistruara me çmime më të ulura. Kështu, referuar regjistrimit të barnave nga Komisioni i Çmimit të Barnave pranë MSHMS, por dhe të dhënave të AKBMP, konstatohen 5 kode bari, të cilat kanë qenë alternativa të para dhe të vetme, por me formëdoza të ndryshme, ku janë futur alternativa tregtare më të lira me çmimin CIF 2022 kundrejt çmimit të alternativës ekzistuese në LBR 2021, të cilat automatikisht në hartimin e LBR do të dilnin alternativë e parë me kosto më të ulur, konkretisht për barnat: Rivaroxaban 10 mg, 15 mg dhe 20 mg (emri tregtar xarelto); Ramipril 5 mg dhe 10 mg (emri tregtar tricate); Fenofibrate 160 mg (emri tregtar lipanthy); Finasteride 5 mg (emri tregtar finasterid pharmas) dhe Leflunomide 20 mg (emri tregtar avara).

Referuar konsumit të këtyre barnave dhe duke i përllogaritur me diferencat e çmimeve me alternativat e reja, minimalisht buxhetit të FSDKSH në nxjerrjen e LBR 2022 do t'i ishte kursyer e përdorur me ekonomikitet shuma prej 939,384 Euro, ose 114,323 mijë lekë. Nëse FSDKSH do të kishte hartuar e miratuar një listë të re atëherë do të duhej të rishikoheshin edhe alternativat e rezultuara pa konsum në vitin 2021, gjithsej 146 alternativa, ose 12.2% e LBR, duke sjellë përfshirjen e barnave të reja në LBR mbase dhe me kosto më të ulët, por dhe duke i shërbyer pacientëve me barin e nevojshëm, që do të ndikonte në përmirësimin e cilësisë së jetës e rritjen e jetëgjatësisë së tyre, duke plotësuar dhe një nga kriteret e paketave shëndetësore, atë mjekësore. *(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.1, faqe 13-18 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*

1.1. Rekomandimi: Nga ana e FSDKSH, të merren masa për hartimin dhe miratimin e përvitshëm të LBR, duke treguar kujdesin e duhur në përfshirjen e barnave të reja dhe heqjen nga lista të barnave pa konsum, me qëllim përdorimin me efektivitet të fondeve buxhetore, por dhe duke i shërbyer pacientëve me barin e nevojshëm, e duke plotësuar në këtë mënyrë dhe një nga kriteret e paketave shëndetësore, atë mjekësore.

Në vijimësi

2. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi konstatohet se, në përcaktimin e çmimit të barit “Januvia” janë shkaktuar efekte financiare negative në buxhetin e institucionit. Nga analizimi i LBR pas indeksimit të çmimeve, e cila ka hyrë në fuqi me 01.05.2022, rezulton se për barin “Januvia” me kod 767/259, indeksimi i çmimit është bërë në bazë të deklarimeve pas datës 31 tetor 2021, referuar shkresës së MSHMS nr. 363/3, datë 10.02.2023 dhe mbledhjes së Komisionit të Çmimit të Barnave të datës 10.02.2022, ku çmimi CIF i barit ka ndryshuar nga 22.97 euro në 24 euro, me një diferencë prej 1.03 euro/box, ose 125.351 lekë/box (1.03 x 127.7 kursi i këmbimit i përdorur për indeksimin e LBR).

Referuar konsumit të barit për periudhën 01.05.2022 deri më 31.12.2022, gjithsej për 72,324 tableta, ose 2583 box, janë shpenzuar më tepër 323,782 lekë nga buxheti i rimbursimit të barnave, veprime në kundërshtim me VKM nr. 645, datë 01.10.2014 “Për ngritjen dhe mënyrën e funksionimit të komisionit të çmimit të barnave”, i ndryshuar, pika 3.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.1, faqe 13-18 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

2.1. Rekomandimi: Drejtoria e Rimbursimit në FSDKSH, në bashkëpunim me Komisionin e Listës së Barnave të Rimbursueshme, të tregojnë kujdesin e duhur për aplikimin në kohë të çmimeve të barnave gjatë hartimit të LBR.

Në vijimësi

E. MASA ADMINISTRATIVE:

1. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të Depos-Importuese “M...” SHPK, kanë rezultuar problematikat trajtuar si më poshtë:

- Sipas programit të kontrollit nr. 3186/2 prot., datë 26.05.2022, është përcaktuar periudha, afati, drejtimet e kontrollit, si dhe bashkangjitur programit është lista e 246 barnave të rimbursueshme për inventarizim. Është bërë shtesa e programit të kontrollit nr. 3186/5 prot., datë 03.06.2022, ku është shtuar afati i kontrollit dhe bashkangjitur shtesës së programit është bërë ndryshimi i listës së barnave të rimbursueshme për inventarizim nga 246 në 842 barna. Nëpërmjet Memo-s nr. 3186/9 prot., datë 26.07.2022, nga Përgjegjësi i Sektorit të Kontrollit të Depove, është kërkuar mendim mbi mënyrën se si do të veprohet për inventarizimin e barnave të reja që kanë hyrë në LBR-në e vitit 2021, më datë 01.08.2021. Nëpërmjet Memo-s nr. 3186/10 prot., datë 26.07.2022, kthim përgjigje mbi Memo-n nr. 3186/9 prot., datë 26.07.2022, Drejtori i Drejtorisë së Kontrollit shprehet se për listën e barnave të cilat kanë hyrë në LBR-në

e vitit 2021, të hiqen nga Akt-rakordimi i inventarizimit. Për sa më sipër, konstatohet se ky fakt ka të bëjë me veprime jashtë kompetencës së Drejtorit të Kontrollit, në kundërshtim me përcaktimet e Kreut XI të Rregullores nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përkrahjet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, miratuar me Urdhrin nr. 277, datë 06.07.2020 të Drejtorit të Përgjithshëm, sepse lista e barnave për inventarizim është pjesë integrale e programit të kontrollit dhe nuk mund të ndryshohet pa miratimin e Drejtorit të Përgjithshëm.

- Nuk është hartuar dhe mbajtur procesverbali DU7, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me FONDIN”.

- Nga auditimi i raportit të kontrollit të plotë me inventar në subjektin “M...” SHPK, konstaton se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë transaksionet e 71 faturave, në vlerë totale 3,732,066 lekë, të cilat pretendohen nga ana e subjektit, se janë të anuluar, por për të cilat nuk janë vendosur në dispozicion faturat anuluese tatimore sipas dispozitave të legjislacionit fiskal në fuqi, konkretisht neni 115 “Ruajtja e dokumenteve tatimore”, neni 116 “Afati dhe mënyra e ruajtjes së informacionit” të ligjit nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar; neni 20 “Shpenzime të njohura” të ligjit nr. 8438, datë 28.12.1998 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar; neni 46 “Dokumentimi dhe mbajtja e të dhënave tatimore për tatimpaguesit, subjekt i TVSH-së ose i tatim-fitimit”; neni 48 “Mbajtja dhe ruajtja e dokumenteve të të dhënave tatimore” të ligjit nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Nga sa më sipër rrjedh se në Depon Importuese “M...” SHPK, rezulton diferenca në plus (gjendja fizike e barnave të listës është më e madhe se gjendja kontabël) në vlerën 3,732,066 lekë, për të cilën duhet vendosur masa administrative në vlerën 7,464,132 lekë (3,732,066 lekë x 2), sipas përcaktimeve të nenit 16 të Kontratës “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Importuesit Farmaceutik M... SHPK”.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

1.1 Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH me strukturat kontrolluese, referuar mangësive dhe parregullsive në procedurën e kontrollit për Depon Importuese “M...” SHPK, vlerësuar me rimbursim të padrejtë, të kryejë rikontroll, me qëllim arkëtimin e detyrimit të munguar në buxhetin e shtetit, të evidentuara paraprakisht për masën administrative në vlerën prej 7,464,132 lekë.

Menjëherë

2. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim dhe për disponibilitetin e barnave në depot importuese dhe shpërndarëse, kanë rezultuar problematikat:

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos-importuese “R... F...” SHPK, kanë rezultuar se sipas Raport Kontrollit datë 06.01.2023, janë konstatuar diferenca në minus në vlerën 120,558.61 lekë për periudhën 01.05.2022-21.12.2022, por nga grupi i kontrollit nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal” të kontratës së lidhur me Depon Importuese “R... F...”, për të penalizuar me kusht penal 200,000 lekë për dërgim në FOND të informacionit jo të saktë.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të depos-importuese “C... P...” SHPK, kanë rezultuar se sipas Raport Kontrollit nr. 6713/5 prot., datë 07.12.2022, janë konstatuar diferenca në minus në vlerën 118,306.75 lekë për periudhën 01.08.2021-30.04.2022 dhe 1,018,947.55 lekë për periudhën 01.05.2022-16.11.2022, por nga grupi i kontrollit nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal”

të kontratës së lidhur me Depon Importuese “C... P...”, për të penalizuar me kusht penal 200,000 lekë për dërgim në FOND të informacionit jo të saktë.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

2.1 Rekomandimi: Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH të vendosë dhe kërkojë arkëtimin e penaltetit prej 200,000 lekë për Depot Farmaceutike “C... P...” SHPK dhe 200,000 lekë “R...F...” SHPK, pasi nga kontrolli i plotë me inventarizim kanë rezultuar diferenca në minus. - FSDKSH të njoftojë Drejtorinë e Përgjithshme të Tatimeve, në lidhje me diferencat në minus që kanë rezultuar në Depot Farmaceutike “C... P...” SHPK dhe “R...F...” SHPK, që kanë kontratë me FSDKSH, të cilat kanë kaluar kontroll të plotë me inventarizim.

Menjëherë

F. MASA DISIPLINORE:

F.1. PËR PUNONJËSIT NË MARRËDHENIE PUNE

Mbështetur në nenin 15, të ligjit nr.154/2014 “Për organizmin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, gërmat “b”, “c” dhe “ç”; nenin 37 të ligjit nr. 7961, datë 12.07.1995 “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, si dhe në Rregulloren nr. 1 “Mbi funksionimin e FSDKSH”, miratuar me Urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm nr. 277, datë 06.07.2020, Kreu XV “Shkeljet dhe masat disiplinore dhe procedimi disiplinor”, kërkojmë të fillojnë procedurat për dhënien e masave disiplinore:

I. “Largim nga puna”, për:

1. Znj. D...Ç..., me detyrë Drejtor i Drejtorisë së Informatikës dhe Analizës, pasi:

Nga auditimi mbi sistemin AHIS u konstatua se:

- Sistemi nuk ruan historik për lëvizjen e mjekëve nga një qendër në tjetrën, lëvizjen e banorëve, mbulimin e popullatës nga mjekët dhe për kartat e shëndetit;
- Sistemi nuk jep mundësi për pastrimin apo saktësimin e të dhënave të banorëve të regjistruar gabim nga mjekët e familjes;
- Sa herë që çelet apo ndryshon një përdorues, duhet të ndërhyhet në databazë për sistemimin e tij, pasi përdoruesit nuk i shtohen automatikisht të gjitha funksionalitetet.
- Sistemi nuk të mundëson regjistrimin e numrit të identifikimit (NID) për përdoruesit dhe marrjes së informacionit mbi ta në mënyrë automatike nëpërmjet ëeb-service me DPGJC;
- Menaxhimi i përdoruesve kur mjekët lëvizin nga një QSH në tjetrën, sjell komplikime në punën e qendrave shëndetësore, pasi shpesh është i vështirë sistemimi i banorëve që mjeku ka mbuluar në QSH e mëparshme;
- Procesi i transferimit të banorëve është i pamënaxhueshëm edhe në rastet kur kryhen transferime të gabuara;
- Drejtoria e IT-së në FSDKSH nuk ka akses të plotë për administrimin e të gjithë sistemit;
- Për pacientit e rinj kur regjistrohen, në fushën e kodit të pacientit popullohet NID i pacientit, ndërsa për pacientët ekzistues është përdorur një kod numerik për pacientët, pra popullimi ose inputi i të dhënave ndër vite në këto fusha ka ndryshuar;
- Të dhënat popullohen nga mjekët e familjes por vetëm për pacientët e rinj, ndërsa për pacientët ekzistues nuk përditësohen të dhënat.
- Janë identifikuar raste ku për të njëjtin kod pacienti ekzistojnë të regjistruar më shumë se një individ referuar fushave të tjera që ndryshojnë si NID apo emri apo mjeku. Një situatë e tillë krijon mundësinë e problemeve në rimbursim pasi nuk identifikohet referuar kodit të pacientit se cili nga personat ka përfituar rimbursimin sipas të dhënave të vendosura në dispozicion.

-Ekzistojnë kode pacientësh në sistem me anomali të tipit (0; 123456789; o11111111o; 0.501350549; 30.32162601; 1522; 4029, etj) të cilët nuk janë sipas formatit standard të përcaktuar në bazën rregullatorë mbi të cilën funksionon ky sistem.

-Ekzistojnë raste ku kodi i pacientit megjithëse është sipas formatit të NID (shkronjë, 8 numra, shkronjë), nuk është i njëjtë me NID të individit. Për më tepër, ky kod pacienti sipas formatit të NID ka rezultuar në AHIS me më shumë se një pacient të regjistruar.

-Ekzistojnë raste ku fusha e kodit të pacientit është bosh në AHIS, e pa populluar në sistem.

-Ekzistojnë raste ku, megjithëse individit ka ndërruar jetë, (referuar të dhënave të marra nga DPGJC) rezulton i regjistruar në sistem. Kjo është identifikuar si dobësi e sistemit të kontrollit dhe krijon kushtet për gjenerimin e recetave për këta individë dhe përfitimin e rimbursimit.

Këto konstatime janë në kundërshtim me bazën ligjore të përcaktuar në VKM nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguarve në skemën e sigurimit shëndetësor” si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022”.

Nga auditimi mbi sistemin e recetës elektronike e-Rx u konstatua se:

-Ekzistojnë raste në të cilat numri i recetës (recetë ID) nuk është unik, pra me të njëjtin numër recete rezultojnë të ekzekutuara dy raste të ndryshëm për pacientë të ndryshëm ose jo, lëshuar nga i njëjti MPF ose jo, gjë e cila vendos në diskutim integritetin e të dhënave elektronike të paraqitura sipas raportit 49 të recetave të detajuara në nivel medikamenti. Në DRF Tiranë janë kontrolluar recetat në format të printuar sipas listë treguesve analitikë dhe kërkesës për pagesë të farmacive nga ku ka rezultuar që informacioni i përcjellë në format elektronik për numrin e recetës ka katër shifrat e fundit 0000, ndërkohë që ky numër është konstatuar që katër shifrat e fundit janë të ndryshme për çdo recetë. Për këtë arsye, recetë ID e ofruar sipas formatit elektronik nga FSDKSH nuk është unike dhe nuk mundëson kryerjen e testit për ekzistencën e dublikimeve për recetën, pavarësisht se në format të printuar ky numër është i ndryshëm.

-Nga përpunimi i të dhënave, ka rezultuar se kodi i pacientit i ekstraktuar nga sistemi AHIS nuk është unik dhe në fushat e paraqitura në raportin 49 asnjë prej këtyre fushave nuk përmban të dhëna unike, duke e bërë të pamundur kryqëzimin e të dhënave me elementë të tjerë, në kundërshtim me bazën ligjore të përcaktuar në VKM nr. 307, datë 21.05.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, Udhëzimi nr. 17, datë 23.12.2019 “Për identifikimin e të siguarve në skemën e sigurimit shëndetësor” si dhe kontratën tip “Për financimin e qendrave shëndetësore për vitet 2021-2022” .

Mbi procesin e identifikimit të pacientit, u konstatua se:

-sistemi nuk proceson recetë për ID që nuk është sipas formatit standard të DPGJC;

-sistemi nuk parandalon procesimin e recetës elektronike për individë të cilat kanë ndërruar jetë, duke bërë njohjen e ID-së dhe referimin në akses të kufizuar tek mjeku përkatës;

-sistemi nuk nxjerr mesazh informues nëse ID-ja e futur nuk është fshirë nga sistemi AHIS ose që nuk ekziston në databazën e DPGJC, prej së cilës konstatohet se sistemi eRx nuk bashkëvepron në kohë reale me sistemin e DPGJC-së dhe krijon kushtet për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetave për personat që nuk ekzistojnë.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

2. Z. Sh... S..., në cilësinë e Drejtorit të Drejtorisë së Kontrollit pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, pasi:

- Nga auditimi i planeve mujore të punës të Sektori të Kontrollit të Depove Farmaceutike për periudhën 2021-2022, u konstatua se është bërë planifikimi i kontroleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrole me inventar, duke e lënë evazive me kriter të përgjithshëm përzgjedhjen, duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë periudhave kohore mujore. Situata e cila sjellë risk për shmangien e përgjegjësi dhe vështirësi në vlerësimin e

nivelit të realizimit të detyrave mbi baza objektive, në rastet e mosrealizimit të kontrolleve në subjekte dhe është në kundërshtim me Rregulloren nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit” dhe Rregullore nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin” Kapitulli III pika I.

- Për vitin 2021 nga SKDF nuk është kryer asnjë kontroll me inventarizim në depot farmaceutike, edhe pse ekzistojnë diferenca pozitive në vlerën (27,071,672 lekë) dhe diferenca negative në vlerën (- 6,681,391,763 lekë), nga mosrakordimit i gjendjes kontabël të datës 31.07.2021 me gjendjen fizike të datës 01.08.2021, të cilat duhet të shërbenin si indicie që Drejtoria e Kontrollit të ushtronte inspektimet/kontrolle për verifikimin e tyre dhe aplikimin e masave për deklarim të pasaktë apo penalitete deri në zgjidhjen e kontratave sipas parashikimeve të pikës 1 të nenit 16 dhe pikës 6 të nenit 20 të Kontratave Tip të lidhura mes Depove dhe FSDKSH-së, veprime në kundërshtim me Rregullore nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të Depos-Importuese “M...” SHPK, rezulton se nga ana e Drejtorit të Kontrollit është udhëzuar grupi i kontrollit që për barnat e reja që kanë hyrë në LBR-në e vitit 2021, të hiqen nga Akt-Rakordimi i inventarizimi, në kundërshtim me përcaktimet e Kreut XI të Rregullores nr. 2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, miratuar me Urdhrin nr. 277, datë 06.07.2020 të Drejtorit të Përgjithshëm, sepse lista e barnave për inventarizim është pjesë integrale e programit të kontrollit dhe nuk mund të ndryshohet pa miratimin e Drejtorit të Përgjithshëm.

- Nga auditimi i dosjeve të kontrollit në depot farmaceutike janë konstatuar problematika të paraqitura sipas këtij RPA dhe nga kontrolli i lëvizjes së dokumentacionit të kontrollit sipas hallkave nga grupi i kontrollit tek Drejtori i Përgjithshëm, nuk janë bërë komente dhe shënime për parregullsitë në procedurën dhe rezultatet e kontrollit, atribut që ju jepet nga Rregullorja nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III, fakt ky që i ngarkon me përgjegjësi funksionale të nëpunësit/titullar si person që ka detyrën dhe nënshkruan aktin administrative të organit përkatës të administratës publike sipas përcaktimeve të Kodit të Procedurave Administrative të Republikës së Shqipërisë.

- Nga Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, nuk janë hartuar programe kontrolli tematik mbi disponibilitetin e barnave, për Depot Farmaceutike që janë konstatuar mungesa sipas shkresave të Drejtorisë së Rimbursimit, konkretisht “D...P...-A1” SHPK – “Methotrexate 2.5 mg” dhe “Mesalazine 500 mg”, “M...” SHPK - “Ibranace 75mg, 100mg, 150 mg”, “C...P...” SHPK - “Mesalazine 500 mg”, veprime në kundërshtim me Rregulloren nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III.

- Nga auditimi i dosjeve të kontrollit janë konstatuar se nga grupet e kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të Depos-Importuese “M...” SHPK, rezulton se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë transaksionet e 71 faturave në vlerë totale 3,732,066 lekë, të cilat pretendohen nga ana e subjektit, se janë të anuluar por për të cilat nuk janë vendosur në dispozicion faturat anuluese tatimore sipas dispozitave të legjislacionit fiskal në fuqi, konkretisht neni 115 dhe

neni 116 i ligjit nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 20 i Ligjit Nr.8438, datë 28.12.1998 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar, neni 46 dhe neni 48 i ligjit nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Nga sa më sipër rrjedh se në Depon Importuese “M...” SHPK, rezulton diferenca në plus në vlerën 3,732,066 lekë, për të cilën duhet vendosur masa administrative në vlerën 7,464,132 lekë, sipas përcaktimeve të nenit 16 të Kontratës “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet FSDKSH dhe Importuesit Farmaceutik M... SHPK”.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim dhe për disponibilitetin e barnave në depot “R... F...” SHPK dhe “C...P...” SHPK, kanë rezultuar diferenca në minus të cilat përbëjnë raportim jo të saktë i të dhënave në Fond, për të cilat nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal” të kontratës së lidhur me depot importuese, për të penalizuar me kusht penal 200,000 lekë.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim për vitet 2021 dhe 2022, në subjektet “M...”, “B...P...”, “G... L...”, “G...”, “J...”, “J...!s”, “N...”, “K...F...”, “F...”, “B...”, “A...”, “M...”, “T...”, “W... P...”, “G...” dhe “E... F...”, nga SKF dhe DRF Tiranë, kanë rezultuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014. Konkretisht nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasi të barnave nga recetat pa rimbursim. Mos evidentimi i daljeve nga recetat pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Në rast se do të merrej në konsideratë efekti i këtyre daljeve do të ekzistonin diferenca në plus në inventarizim, të cilat do të ishin objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

- Nga auditimi i informacioneve dhe të dhënave të vendosur në dispozicion nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike, është konstatuar se programet e kontrollit nuk kanë përfshirë për kontroll farmacitë me vlerat më të larta të rimbursimit për vitin 2020 dhe 2021. Në vlerësimin e rimbursimit të përfituar në disa raste merret si referencë për t’u kryer përzgjedhja konsumi 4 mujor në disa raste 6 mujor dhe në disa raste konsumi vjetor i kaluar, pa pasur një metodologji mbi mënyrën e kryerjes së përzgjedhjes. Gjithashtu konstatohet se përgjatë vitit 2021 dhe 2022, nuk janë realizuar kontrole në disa subjekte të cilat kanë përfituar rimbursim përgjatë vitit 2020 dhe 2021, në baza mujore të barabartë ose më të lartë se 2 milion lekë. Mosrealizimi i kontrolleve në këto subjekte si dhe në subjektet të cilat paraqiten në vlerat më të larta për rimbursim sipas rajoneve ku është përcaktuar kontrolli përgjatë vitit 2021 dhe 2022, nuk është në përputhje me kërkesat e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014, Kapitulli I, pika 1 dhe 2.

- Nuk është ushtruar kontroll i detyruar për mjekë të cilët kanë realizuar vlerë mesatare rimbursimi mbi 1 milionë lekë në muaj, konkretisht:

- Për vitin 2021 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 60 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë ku nga 79 mjekë të cilat kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 37 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 42 mjekë, ose 53% e tyre.

- Për vitin 2022 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 38 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë ku nga 67 mjekë të cilët kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 33 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 34 mjekë, ose rreth 51% e tyre.

Këto veprime rezultojnë në kundërshtim me përcaktimet e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar nga Fondi”, Kapitulli II, pika 3/VI.

- Nuk është realizuar asnjë kontroll me cikël të mbyllur mjek-pacient-farmacit, në kundërshtim me Udhëzimin nr. 1, datë 17.01.2020 “Mbi supervizionin dhe kontrollin e QSH të kontraktuara me Fondin”, kapitulli III, pika 8.

- Nuk janë bërë analiza dhe kontrole të detajuara për rastet në të cilat MPF ka përqindjen më të lartë të referimeve për rimbursim të recetave me farmaci të rrejtë të hapura të caktuara. Një numër i konsiderueshëm recetash janë ekzekutuar në 1-2 farmaci, duke krijuar risk për lidhjen mjek-farmacistë në ekzekutimin e recetave të rimbursuara. Mungesa e analizave dhe kontroleve me cikël të mbyllur rrit riskun e mundësisë së përfitimit të rimbursimit në mënyrë të padrejtë.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

II. “Vërejtje me paralajmërim për pushim nga puna”, për punonjësit e mëposhtëm:

1. Z. E... J..., me detyrë Përgjegjës i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, pasi:

- Nga auditimi i planeve mujore të punës të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike për periudhën 2021-2022, u konstatua se është bërë planifikimi i kontroleve për disponibilitetin e barnave dhe kontrole me inventar, duke e lënë evazive me kriter të përgjithshëm përzgjedhjen, duke mos përfshirë planifikim konkret të subjekteve për kontroll përgjatë periudhave kohore mujore. Situata e cila sjellë risk për shmangien e përgjegjësive dhe vështirësi në vlerësimin e nivelit të realizimit të detyrave mbi baza objektive, në rastet e mosrealizimit të kontroleve në subjekte dhe është në kundërshtim me Rregulloren nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit” dhe Rregullore nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin” Kapitulli III pika I.

- Për vitin 2021 nga SKDF nuk është kryer asnjë kontroll me inventarizim në depot farmaceutike, edhe pse ekzistojnë diferenca pozitive në vlerën (27,071,672 lekë) dhe diferenca negative në vlerën (- 6,681,391,763 lekë), nga mosrakordimi i gjendjes kontabël të datës 31.07.2021 me gjendjen fizike të datës 01.08.2021, të cilat duhet të shërbenin si indicie që Drejtoria e Kontrollit të ushtronte inspektimet/kontrolle për verifikimin e tyre dhe aplikimin e masave për deklarim të pasaktë apo penalitete deri në zgjidhjen e kontratave sipas parashikimeve të pikës 1 të nenit 16 dhe pikës 6 të nenit 20 të Kontratave Tip të lidhura mes Depove dhe FSDKSH-së, veprime në kundërshtim me Rregullore nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raportit kontrollit të plotë me inventarizim të Depos-Importuese “M...” Shpk, rezulton se nga ana e Drejtorit të Kontrollit është udhëzuar grupi i kontrollit që për barnat e reja që kanë hyrë në LBR-në e vitit 2021, të hiqen nga Akt-Rakordimi i inventarizimi, në kundërshtim me përcaktimet e Kreut XI të Rregullores Nr.2 “Për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit”, miratuar me Urdhrin Nr.277 datë 06.07.2020 të Drejtorit të Përgjithshëm, sepse lista e barnave për inventarizim është pjesë integrale e programit të kontrollit dhe nuk mund të ndryshohet pa miratimin e Drejtorit të Përgjithshëm.

- Nga auditimi i dosjeve të kontrollit në depot farmaceutike janë konstatuar problematika të paraqitura sipas këtij RPA dhe nga kontrolli i lëvizjes së dokumentacionit të kontrollit sipas hallkave nga grupi i kontrollit tek Drejtori i Përgjithshëm, nuk janë bërë komente dhe shënime për parregullësitë në procedurën dhe rezultatet e kontrollit, atribut që ju jepet nga Rregullorja nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III, fakt ky që i ngarkon me përgjegjësi funksionale të nënpunësit/titullar si person që ka detyrën dhe nënshkruan aktin administrative të organit

përkatës të administratës publike sipas përcaktimeve të Kodit të Proçedurave Administrative të Republikës së Shqipërisë.

- Nga Drejtoria e Kontrollit në FSDKSH, nuk janë hartuar programe kontrolli tematik mbi disponibilitetin e barnave, për Depot Farmaceutike që janë konstatuar mungesa sipas shkresave të Drejtorisë së Rimbursimit, konkretisht “D... P...-Al” SHPK – “Methotrexate 2.5 mg” dhe “Mesalazine 500 mg”, “M...” SHPK - “Ibranace 75mg, 100mg, 150 mg”, “C... P...” SHPK - “Mesalazine 500 mg”, veprime në kundërshtim me Rregulloren nr.3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin”, Kapitulli III.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

III. “Vërejte”, për punonjësit e mëposhtëm:

1. **Znj. E... R...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
2. **Znj. E... H...**, me detyrë Specialisti i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
3. **Znj. A... P...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
4. **Znj. F... A...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
5. **Znj. K... P...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
6. **Z. B... G...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
7. **Z. D...H...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
8. **Znj. B... H...**, në cilësinë e Specialistit të Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
9. **Znj. I...V...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
10. **Znj. B... S...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
11. **Z. S... Ç...** me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
12. **Znj. E...M...**, me detyrë Përgjegjës i Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
13. **Znj. E... U...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Depove Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
14. **Znj. M...L...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
15. **Znj. M... K...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
16. **Znj. D... G...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor;
17. **Z. R...S...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
18. **Znj. H... S...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
19. **Znj. E... P...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
20. **Znj. A... K...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
21. **Znj. A...L...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
22. **Z. A... D...**, me detyrë Specialist i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;

23. Z. K...B..., me detyrë Specialist/ Përgjegjës i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë;
24. Z. E... I..., me detyrë Specialist/Përgjegjës i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë,
pasi:

- Nga auditimi i dosjeve të kontrollit janë konstatuar se nga grupet e kontrollit nuk janë mbajtur procesverbalet DU 7, DU 8 dhe DU 9, veprime të cilat janë në kundërshtim me pikat 11 dhe 12 të Kapitullit III të “Për kontrollin në depot farmaceutike të barnave të kontraktuara nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” të Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me fondin”

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjes së raport kontrollit të plotë me inventarizim të Depos-Importuese “M...” SHPK, rezulton se nga ana e grupit të kontrollit janë marrë në konsideratë transaksionet e 71 faturave në vlerë totale 3,732,066 lekë, të cilat pretendohen nga ana e subjektit, se janë të anuluar por për të cilat nuk janë vendosur në dispozicion faturat anuluese tatimore sipas dispozitave të legjislacionit fiskal në fuqi, konkretisht neni 115 dhe neni 116 i ligjit nr. 92/2014 “Për tatimin mbi vlerën e shtuar në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 20 i Ligjit Nr.8438, datë 28.12.1998 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar, neni 46 dhe neni 48 i ligjit nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Nga sa më sipër rrjedh se në Depon Importuese “M...” SHPK, rezulton diferenca në plus në vlerën 3,732,066 lekë, për të cilën duhet vendosur masa administrative në vlerën 7,464,132 lekë, sipas përcaktimeve të nenit 16 të Kontratës “Për qarkullimin e barnave të listës së barnave që rimbursohen nga importuesit farmaceutik” nëpërmjet FSDKSH dhe Importuesit Farmaceutik M... SHPK”.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim dhe për disponibilitetin e barnave në depot “R...F...” SHPK dhe “C... P...” SHPK, kanë rezultuar diferenca në minus të cilat përbëjnë raportim jo të saktë i të dhënave në Fond, për të cilat nuk është vepruar konform përcaktimeve të pikës 4 të nenit 16 “Kushti Penal” të kontratës së lidhur me depot importuese, për të penalizuar me kusht penal 200,000 lekë.

- Nga auditimi i dokumentacionit të dosjeve të raport kontrolleve të plota me inventarizim për vitet 2021 dhe 2022, në subjektet “M...”, “B... P...”, “G... L...”, “G...”, “J...”, “J...!s”, “N...”, “K...F...”, “F...”, “B...”, “A...”, “M...”, “T...”, “W... P...”, “G...” dhe “E... F...”, nga SKF dhe DRF Tiranë, kanë rezultuar se nuk është bërë tërheqja e recetave pa rimbursim për barnat e rimbursueshme në kundërshtim me pikën 12, Kapitulli 1, të Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014. Konkretisht nga grupet e kontrollit nuk është plotësuar pika 18 e DU4 dhe DU6, duke mos reflektuar sasinë e barnave nga receta pa rimbursim. Mos evidentimi i daljeve nga receta pa rimbursim, nuk reflekton saktë gjendjen e mbartur të barnave të përzgjedhura për inventarizim dhe rrjedhimisht krahasimin e tyre me gjendjen fizike të konstatuar nga ana e grupit të inspektimit. Në rast se do të merrej në konsideratë efekti i këtyre daljeve do të ekzistonin diferenca në plus në inventarizim, të cilat do të ishin objekt penaliteti deri në zgjidhjen e kontratës referuar parashikimeve të kontratës F2020 dhe F2021.

- Nga auditimi i informacioneve dhe të dhënave të vendosur në dispozicion nga Sektori i Kontrollit të Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike, është konstatuar se programet e kontrollit nuk kanë përfshirë për kontroll farmacitë me vlerat më të larta të rimbursimit për vitin 2020 dhe 2021. Në vlerësimin e rimbursimit të përfituar në disa raste merret si referencë për t’u kryer përzgjedhja konsumi 4 mujor në disa raste 6 mujor dhe në disa raste konsumi vjetor i kaluar, pa pasur një metodologji mbi mënyrën e kryerjes së përzgjedhjes. Gjithashtu konstatohet se përgjatë vitit 2021 dhe 2022, nuk janë realizuar kontrole në disa subjekte të cilat kanë përfituar rimbursim përgjatë vitit 2020 dhe 2021, në baza mujore të barabartë ose më të lartë se 2 milion lekë. Mosrealizimi i kontrolleve në këto subjekte si dhe në subjektet të cilat paraqiten në vlerat më të larta për rimbursim sipas rajoneve ku është përcaktuar kontrolli përgjatë vitit 2021 dhe

2022, nuk është në përputhje me kërkesat e Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014, Kapitulli I, pika 1 dhe 2.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

25. Z. B... H..., me detyrë Përgjegjës i Sektorit të Kontrollit Parësor, pasi:

- Nuk është ushtruar kontroll i detyruar për mjekë të cilët kanë realizuar vlerë mesatare rimbursimi mbi 1 milionë lekë në muaj, konkretisht:

- Për vitin 2021 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 60 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë ku nga 79 mjekë të cilat kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 37 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 42 mjekë, ose 53% e tyre.

- Për vitin 2022 nuk është ushtruar kontroll i detyruar për 38 mjekë. Peshën më të madhe e zë shërbimi parësor Tiranë ku nga 67 mjekë të cilët kanë realizuar mbi 1 milionë lekë rimbursim, janë kontrolluar 33 mjekë dhe nuk është ushtruar kontroll për 34 mjekë, ose rreth 51% e tyre.

Këto veprime rezultojnë në kundërshtim me përcaktimet e Rregullores nr. 3, datë 22.10.2014 “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara nga Fondi”, Kapitulli II, pika 3/VI.

- Nuk është realizuar asnjë kontroll me cikël të mbyllur mjek-pacient-farmacit, në kundërshtim me Udhëzimin nr. 1, datë 17.01.2020 “Mbi supervizimin dhe kontrollin e QSH të kontraktuara me Fondin”, kapitulli III, pika 8.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2.3, faqe 25-110 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

F.2. PËR PUNONJËSIT E LARGUAR

Për ish punonjësit e mëposhtëm nuk rekomandojmë masa disiplinore edhe pse shkeljet e natyrës administrative të konstatuara, pavarësisht se ekzistojnë, nuk mund të ezaurohen si të tilla, pasi personat e sipërpërmendur nuk janë në marrëdhënie pune me këtë institucion dhe nuk ka adresim institucional për dhënien e zbatimit të tyre. Nga ana jonë në bazë të shkeljeve të konstatuara masa disiplinore do të ishte përkatësisht:

I. “Largim nga puna”, për:

1. Znj. A... Ç..., me detyrë ish Drejtor i Përgjithshëm,

2. Znj. D...G..., me detyrë ish Drejtor i Drejtorisë së Rimbursimit.

II. “Vërejtje”, për:

1. Znj. E...K..., me detyrë ish Drejtor i Drejtorisë Rajonale të FSDKSH- së, Tiranë.

2. Znj. J... Ç..., me detyrë ish Drejtor i Drejtorisë Rajonale të FSDKSH- së, Tiranë,

3. Z. V... M..., me detyrë ish Specialist/ Përgjegjës i Sektorit të Rimbursimit pranë DRF Tiranë.

Për sa më sipër paraqitet ky Raport Auditimi.

KONTROLLI I LARTË I SHTETIT