



Republika e Kosovës  
Republika Kosova  
Republic of Kosovo



Zyra Kombëtare e Auditimit  
Nacionalna Kancelarija Revizije  
National Audit Office

## **RAPORTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**

### **Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike**

**Prishtinë, gusht 2023**

Zyra Kombëtare e Auditimit e Republikës së Kosovës është institucioni më i lartë i kontrollit ekonomik e financiar dhe për punën e vet i jep llogari Kuvendit të Republikës së Kosovës.

Misioni ynë është që përmes auditimeve cilësore të fuqizojmë llogaridhënien në administratën publike për përdorimin efektiv, efikas dhe ekonomik të burimeve kombëtare. Raportet e Zyrës Kombëtare të Auditimit promovojnë drejtpërsëdrejti llogaridhënien e institucioneve publike duke ofruar bazë të qëndrueshme për të kërkuar llogari nga menaxherët e çdo organizate të audituar. Në këtë mënyrë, ne rrisim besimin në shpenzimin e fondeve publike dhe luajmë një rol aktiv në sigurimin e interesit të taksapaguesve dhe të palëve tjera të interesit në rritjen e përgjegjësisë publike.

Ky auditim është kryer në përputhje me Standardet Ndërkombëtare të Institucioneve Supreme të Auditimit (SNISA 3000<sup>1</sup>) si dhe me praktikat e mira evropiane.

Auditimet e performancës të ndërmarra nga Zyra Kombëtare e Auditimit janë shqyrtime objektive dhe të besueshme që vlerësojnë nëse veprimet qeveritare, sistemet, operacionet, programet, aktivitetet ose organizatat veprojnë në përputhje me parimet e ekonomisë<sup>2</sup>, efikasitetit<sup>3</sup> dhe efektivitetit<sup>4</sup> dhe nëse ka vend për përmirësim.

Auditorja e Përgjithshme ka vendosur në lidhje me përmbajtjen e raportit të auditimit të performancës “Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike”, në konsultim me Ndhmës Auditoren e Përgjithshme, Myrvete Gashi, e cila e ka mbikëqyrur auditimin.

Ekipi që realizoi këtë raport:

Fatlinda Ramosaj, Drejtor i Departamentit të Auditimit të Prokurimit

Donjetë Dreshaj, Udhëheqëse e Ekipit

Lirak Mulliqi, Anëtar i Ekipit

Mimozë Selimi, Anëtare e Ekipit

ZYRA KOMBËTARE E AUDITIMIT – Adresa:Rr. Ahmet Krasniqi nr. 210, Lagjja Arbëria, Prishtinë 10000, Kosovë  
Tel: +383(0) 38 60 60 04/1011  
<http://zka-rks.org>

---

<sup>1</sup> Standardet dhe udhëzimet për auditimin e performancës bazuar në Standardet e Auditimit të ONISA-s dhe përvoja praktike.

<sup>2</sup> Ekonomia - Parimi i ekonomisë nënkupton minimizimin e kostos së burimeve. Burimet e përdorura duhet të jenë në dispozicion në kohën e duhur, në sasinë dhe cilësinë e duhur dhe në çmimin më të mirë të mundshëm.

<sup>3</sup> Efikasiteti - Parimi i efikasitetit nënkupton marrjen e maksimumit nga burimet në dispozicion. Ka të bëjë me lidhjen mes burimeve të përfshira dhe rezultatit të dhënë në aspektin e sasisë, cilësisë dhe kohës.

<sup>4</sup> Efektiviteti - Parimi i efektivitetit nënkupton arritjen e objektivave të paracaktuara dhe arritjen e rezultateve të pritshme.

---

## TABELA E PËRMBAJTJES

Përmbledhje e përgjithshme .....	1
1 Hyrje.....	4
2 Objektiva e auditimit dhe pyetjet e auditimit.....	7
Pyetjet e auditimit.....	7
3 Gjetjet e auditimit.....	8
3.1 Mosfunksionimi i kontrolleve të brendshme ka rezultuar me çështje të përsëritura ....	9
3.1.1 Mos konsistencë në vlerësimin e lëndëve të pacientëve .....	9
3.1.2 Fletë-zotimet e lëshuara nuk ishin në përputhje me Udhëzuesin .....	12
3.1.3 Aprovimi i diagnozave që nuk janë pjesë e Udhëzimit Administrativ .....	13
3.2 Praktikrat aktuale të Fondit nuk sigurojnë menaxhim të duhur financiar .....	17
3.2.1 Faturat e trajtimit mjekësor nuk ishin paguar me kohë nga Fondi .....	17
3.2.2 Fondi nuk ka arritur të menaxhoj siç duhet detyrimet e bartura nga vitet e mëparshme .....	18
3.2.3 Nuk është bërë barazimi financiar i pagesave me spitalet .....	20
4 Konkluzionet .....	24
5 Rekomandimet .....	27
Shtojca I: Kriteret, fushëveprimi dhe metodologjia auditimit.....	29
Problemi i auditimit .....	29
Kriteret e auditimit .....	30
Fushëveprimi i auditimit.....	30
Metodologjia e auditimit .....	31
Shtojca II Letër konfirmimet.....	32

## Lista e shkurtesave

Bordi	Bordi Ekzekutiv
Fondi	Fondi për Sigurime Shëndetësore
ICD kodi	Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve
IShP	Institucionet Shëndetësore Publike
MSh	Ministria e Shëndetësisë
Programi	Programi për Trajtimi Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
Shtojca 1	Lista e Shërbimeve Shëndetësore (Patologjive)
TMJIShP	Trajtimi Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike
Udhëzuesi	Udhëzuesi Administrativ 03/2017
ZKA	Zyra Kombëtare e Auditimit

---

## Përmbledhje e përgjithshme

Qytetarëve të Republikës së Kosovës duhet t'u sigurohet e drejta e trajtimit të barabartë në shërbime shëndetësore. Këto shërbime ofrohen si shërbime: spitalore, jashtë spitalore, shtëpiake dhe emergjente. Shërbimet e kujdesit shëndetësor ofrohen nga institucionet shëndetësore publike, private dhe publiko-private.

Ne kemi audituar menaxhimin e Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike. Objektivi e këtij auditimi ishte vlerësimi i funksionimit të menaxhimit financiar dhe praktikave të qeverisjes së Fondit si dhe të identifikojë shkaqet rrënjësore të problemeve të përsëritura. Po ashtu është vlerësuar reagimi i Fondit ndaj këtyre mangësive. Auditimi ka mbuluar tërë procesin që nga aplikimi i pacientëve e deri të barazimi financiar për vitet 2019-2022.

Rezultatet e auditimit tregojnë që Fondi për Sigurime Shëndetësore së bashku me Bordin Ekzekutiv nuk ishin efektiv në procesin e menaxhimit të subvencionimit të pacientëve për trajtim jashtë institucioneve shëndetësore publike.

Pacientët nuk ishin trajtuar në mënyrë të barabartë, qoftë në aplikim apo edhe në aprovim të kërkesave. Kishte praktika të ndryshme në vlerësimin dhe trajtimin e lëndëve duke filluar nga aplikimi i kriterëve të ndryshme për rastet e njëjta e deri te shumica e aprovuar për trajtim. Kishte vonesa në aprovim të lëndëve dhe po ashtu kishte vonesa në pagesë të tyre. Obligimet financiare nuk ishin menaxhuar dhe raportuar në mënyrë të duhur dhe për më tepër Fondi nuk kishte arritur që të bëjë të gjitha barazimet financiare me institucionet shëndetësore në të cilat janë parapaguar shërbimet. Si rezultat i këtyre çështjeve, Fondi së bashku me Bordin Ekzekutiv nuk kishin trajtuar të gjithë pacientët në mënyrë të barabartë. Dokumenti i përdorur si garancion në mënyrë indirekte kishte limituar ofrimin e shërbimeve vetëm në institucione/shtete specifike dhe nuk siguron menaxhim të duhur të buxhetit. Shkaqet kryesore që kanë ndikuar në këtë gjendje janë: ndryshimet në praktika të menaxhimit të këtij programi pa u arsyetuar nevoja për ndryshim, mos funksionimi i duhur i kontrolleve të brendshme, ndryshimet e vazhdueshme organizative dhe mos qartësimi i kornizës ligjore.

*Mos konsistencë në vlerësimin e lëndëve.* Bordi Ekzekutiv kishte aprovuar lëndë në mungesë të dy pro-faturave dhe nuk ishte konsistent në shumatat që kishte ndarë për mbulim të trajtimit duke mos respektuar kriteret e Udhëzuesit Administrativ. Kishte lëshuar vendime për lëndë të cilat nuk ishin në përputhje me afatet ligjore dhe ishin aprovuar lëndë si të rregullta në vend të atyre urgjente dhe e kundërta. Kjo kishte ndodhur si rezultat i ndërrimit të shpeshhtë të praktikave të vlerësimit dhe mungesës së qartësisht të kërkesave në Udhëzues. Si rezultat i trajtimit jo të barabartë të të gjithë aplikacioneve, Bordi nuk kishte ofruar mundësitë e njëjta për të gjithë pacientët.

*Fondi nuk kishte mekanizma adekuat për t'i bërë përgjegjës edhe palët tjera të përfshira në proces.* Dokumenti i lëshuar si garanci financiare përmban vetëm obligimet e Fondit në këtë proces pa përfshirë obligime të palëve tjera. Për më tepër kjo garanci është njohur vetëm nga institucionet shëndetësore në shtetin e Turqisë, gjë që ka ndikuar që të limitohet ofrimi i shërbimeve.

*Bordi Ekzekutiv kishte aprovuar ndërsa Fondi kishte paguar raste, diagnozat e të cilëve nuk ishin në Udhëzues Administrativ. Shuma e paguar për këto raste e identifikuar nga auditimi ishte 756,142 euro. Mirëpo kishte edhe raste të cilat i ka refuzuar me arsyetimin që diagnozat nuk janë pjesë e Udhëzuesit. Kjo praktikë përveç që stimulon rritjen e aplikimeve me diagnoza që nuk mbulohen nga Udhëzuesi, ndikon edhe në buxhetin e lejuar për ata të cilët është paraparë ky subvencionim. Për më tepër praktika të tilla krijojnë hapësirë për trajtim jo të barabartë të pacientëve.*

*Referime dhe aprovime me arsytetime të mungesave momentale në reparte të caktuara. Pavarësisht se Programi është i destinuar të financoj trajtimin e pacientëve për diagnozat të cilat nuk është e mundur të trajtohen në Institucionet Shëndetësore Publike, Komisionet Konziliare në reparte të caktuara të institucioneve shëndetësore publike kishin referuar kërkesa edhe për shërbimet që normalisht mund të ofrohen brenda këtyre institucioneve, siç janë: arsyet e mungesës së materialit, kushteve teknike dhe mungesën e resurseve njerëzore momentale. Ndërsa Bordi Ekzekutiv edhe pse i kishte identifikuar si raste që mund të trajtohen brenda institucioneve, prapë se prapë kishin aprovuar këto kërkesa. Shuma e referuar dhe aprovuar nga mostrat e testuara ishte 844,779 euro.*

*Fondi nuk kishte menaxhuar dhe raportuar në mënyrë të duhur obligimet dhe kishte vonesa në aprovim dhe pagesa. Si rezultat i mungesës së kontroleve të brendshme dhe ndryshimeve të vazhdueshme organizative kishte fatura që nuk janë paguar që nga viti 2018. Vonesat në pagesa janë nga gjashtë muaj deri në tri vite. Mos raportimi me kohë dhe i plotë i detyrimeve ndikon në planifikime jo reale buxhetore dhe në mbingarkesë të buxhetit të vitit fiskal.*

*Fondi kishte dështuar të themeloj mekanizma efektiv dhe të duhur për barazim me institucionet shëndetësore ku janë trajtuar pacientët. Pavarësisht krijimit të një komisioni të barazimeve i cili kishte për detyrë identifikimin e mjeteve të lira dhe barazimin me institucione shëndetësore, Fondi nuk ka arritur të ketë një pasqyrë të saktë të kostove reale dhe mjeteve të lira të mundshme. Barazimet janë bërë vetëm me spitalet brenda Kosovës dhe disa në rajon, mirëpo me spitalet tjera nuk është bërë fare barazimi. Nga 12 milion euro të aprovuara vetëm për rastet e rregullta, komisioni kishte arritur të barazojë vetëm vlerën prej 2,1 milion apo vetëm 16,4% dhe kishte identifikuar mbi 408 mijë euro mjete të lira. Kjo situatë ka rezultuar që Fondi mos të ketë informata të sakta se sa mjete të lira ka realisht nëpër institucione shëndetësore dhe ka pamundësuar shfrytëzimin e këtyre mjeteve për subvencionimin e më shumë rasteve që kanë nevojë.*

*Rezultatet e auditimit tregojnë që çështjet e identifikuar që nga vlerësimi i aplikacioneve, aprovimi i tyre, pagesat, raportimet e detyrimeve dhe barazimet me institucionet kërkojnë përmirësime dhe vëmendje në të ardhmen. Për të kontribuar në këtë proces ne kemi dhënë një rekomandim për Ministrinë e Shëndetësisë, gjashtë rekomandime për Bordin Ekzekutiv dhe gjashtë rekomandime për Fondin për Sigurime Shëndetësore, të cilat janë paraqitur në kapitullin e 5 të këtij raporti.*

### Përgjigja e palëve të përfshira në auditim

Ministria e Shëndetësisë dhe Fondi për Sigurime Shëndetësore janë pajtuar me gjetjet dhe rekomandimet e auditimit. Letër konfirmimet për pranimin e gjetjeve dhe rekomandimeve mund t'i gjeni në shtojcën II. Ndërsa nuk kemi pranuar përgjigje nga Shërbimi Spitalor Klinik Universitar i Kosovës.

Inkurajojmë institucionet e përfshira në këtë auditim që të bëjnë të gjitha përpjekjet për të adresuar rekomandimet e dhëna.

## Hyrje

Ligji për Shëndetësi<sup>5</sup>, siguron respektimin e dinjitetit, të drejtave dhe lirive themelore të njeriut të përcaktuara me Kushtetutën e Republikës së Kosovës, dhe me marrëveshjet dhe instrumentet ndërkombëtare, që garantohen me Kushtetutë, dhe zbatohen drejtpërdrejtë në Republikën e Kosovës. Ky ligj u siguron të drejtë të qasjes së barabartë në kujdesin shëndetësor të gjithë qytetarëve dhe banorëve të Kosovës. Ndër parimet kryesore të kujdesit shëndetësorë janë: barazia, gjithë përfshirja dhe jo diskriminimi, cilësia, etj.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor organizohen dhe ofrohen nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore si shërbime: spitalore, jashtë spitalore, shtëpiake, dhe emergjente. Kujdesi shëndetësor organizohet dhe zbatohet në tri nivele: parësor, dytësor dhe tretësor. Shërbimet e kujdesit shëndetësor ofrohen nga institucionet shëndetësore publike, private dhe publiko-private.

Në rastet kur është e pa mundur që qytetarëve t'iu ofrohet shërbimi shëndetësorë dhe lind nevoja që këta qytetarë të trajtohen në institucione tjera shëndetësore qoftë brenda vendit apo jashtë, Qeveria e Kosovës nëpërmjet Fondit për Sigurime Shëndetësore (Fondi) ofron mbështetje financiare për këta qytetarë. Fondi është një organizatë publike në Kosovë, e cila është përgjegjëse për menaxhimin dhe administrimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore në vend. Në kuadër të këtij Fondi është Programi i Trajtimin Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike (tutje Programi). Përmes këtij Programi Qeveria e Republikës së Kosovës përkrahë financiarisht qytetarët e saj për shërbime shëndetësore të cilat nuk mund të ofrohen në institucionet shëndetësore publike.

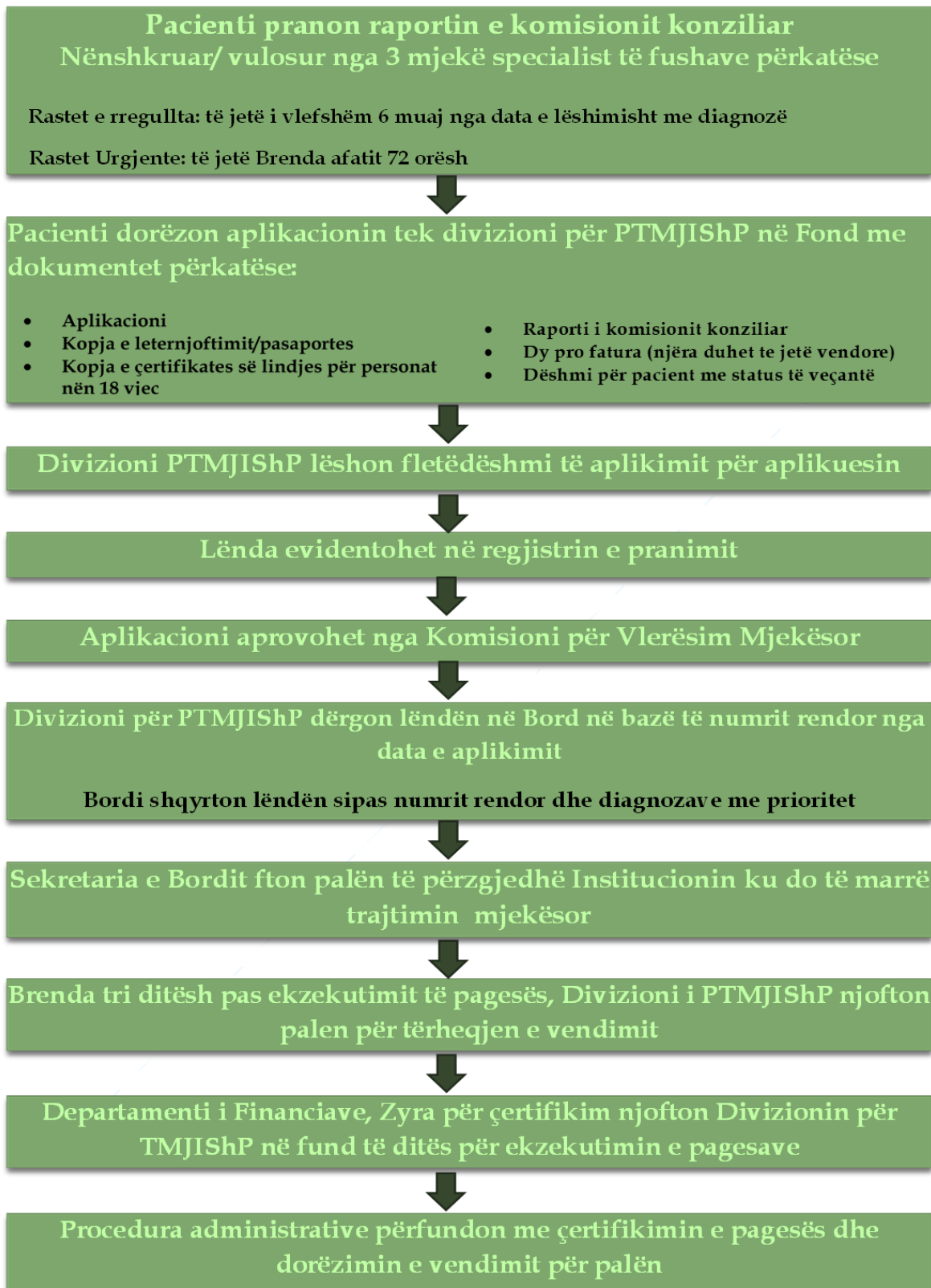
Organi më i lartë vendimmarrës për Fondin është Bordi Drejtues i Fondit për Sigurime Shëndetësore. Ndërsa përgjegjës për vlerësimin dhe aprovimin e aplikacioneve nga pacientët përfitues të mundshëm të Programit është Bordi Ekzekutiv (për TMJIShP), i cili është trup ekzekutiv në Ministrinë e Shëndetësisë.

Buxheti i shpenzuar për qëllimet e këtij programi për vitet 2019-2022 ishte mbi 32.5 milion euro. Të gjitha këto mjete janë shpenzuar përmes Fondit. Ky Program i mundëson pacientëve aplikimin në formë të rregullt dhe urgjent.

---

<sup>5</sup> Ligji Nr. 04/L-125 PËR SHËNDETËSI

**Procesi i aplikimit të rregullt për subvencionim të trajtimit nga Fondi**



## Procesi i aplikimit urgjent për subvencionim të trajtimit nga Fondi

### Pacienti pranon raportin urgjent nga ekipi kujdestar i përbërë prej tre mjekëve

- së paku njëri prej tyre duhet të jetë specialist i lëmisë përkatëse

### Aplikacioni dorëzohet në divizion të PTMJIShP-së

- duhet të dorëzohet mbrenda afatit prej 72 orëve që nga data e lëshimit të raportit së bashku me fletëlëshimin për rastet e spitalizuara
- dorëzohet së bashku me fletëlëshimin për rastet e spitalizuara
- dokumentet duhet të përmbajnë datën dhe orën e saktë

### Drejtori i Fondit lëshon fletëzotimin për mbulimin e shpenzimeve për trajtim mjekësor sipas kriterëve të përcaktuara në Udhëzimin Administrativ

- Ekzekutimi i pagesës mund të marrë deri në gjashtë muaj

## Objektiva e auditimit dhe pyetjet e auditimit

Objektivë e këtij auditimi është që të vlerësojë funksionimin e menaxhimit financiar dhe praktikat e qeverisjes së Fondit si dhe të identifikojë shkaqet rrënjësore të problemeve të përsëritura. Po ashtu do të vlerësohet reagimi i Fondit ndaj këtyre mangësive.

### Pyetjet e auditimit

Për të i'u përgjigjur objektivës së auditimit ne kemi parashtruar pyetjet e auditimit si në vijim:

1. Deri në çfarë mase Fondi i përmbahet udhëzuesit administrativ dhe rregulloreve në vlerësimin dhe aprovimin e aplikimeve?
2. A ekzistojnë procedura të vendosura që sigurojnë menaxhim të duhur financiar dhe çfarë veprime ka ndërmarrë Fondi?

Subjekt i këtij auditimi është Fondi për Sigurime Shëndetësore ku është audituar i gjithë procesi që nga aplikimi i pacientëve deri te barazimi final i rasteve. Periudha e auditimit përfshinë aplikimet e pacientëve në vitet 2019-2022.

Metodologjia e detajuar e auditimit e aplikuar gjatë këtij auditimi, kriteret e auditimit dhe fushëveprimi i auditimit dhe përshkrimi detaj i sistemit dhe përgjegjësitë e palëve relevante janë paraqitur në shtojcën I të këtij raporti.

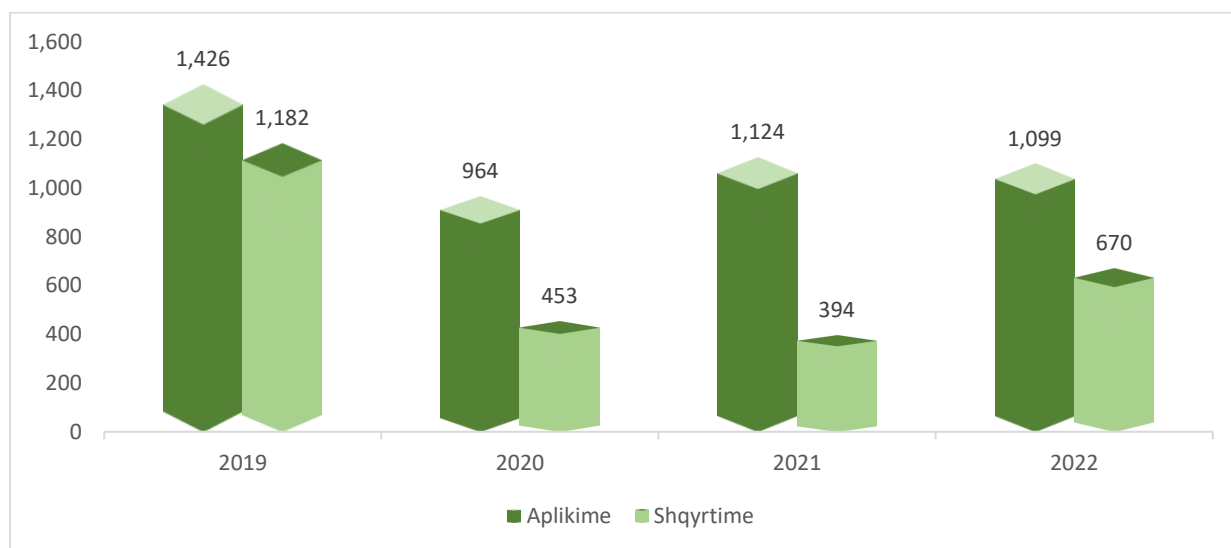
## Gjetjet e auditimit

Fondi është themeluar në vitin 2014 në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë. Ndërsa nga viti 2019 Fondi është themeluar si organizatë buxhetore. Fondi si institucionin publik i sigurimit shëndetësor ka statusin e personit juridik me të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të veçanta për zbatim të ligjit për Sigurimin Shëndetësor, ku për qëllim ka që të bëjë mbledhjen efektive të mjeteve financiare në emër të siguruarve, për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga institucionet shëndetësore në të gjitha format e pronësisë.

Në menaxhimin e Programit janë të përfshira tri institucione: Ministria e Shëndetësisë e cila e emëron Bordin, i cili merret me vlerësimin dhe aprovimin e kërkesave për trajtim jashtë institucioneve shëndetësore publike. Pastaj pjesë qenësore e menaxhimit të këtij procesi është Fondi, e që është përgjegjës për administrimin e përgjithshëm të programit e deri në pagesat finale si dhe ShSKUK, ku përfaqësues të këtij institucionit janë komisionet konziliare të cilat bëjnë referimin e pacientëve për këtë program.

Përcaktimi i procedurave për këtë Program bëhet përmes Udhëzimit Administrativ 3/2017 – Trajtimi mjekësor jashtë institucioneve shëndetësore publike. Nga ky Program trajtohen rastet e rregullta dhe ato emergjente.

Grafiku 1 Numri i aplikimeve dhe numri i lëndëve të shqyrtuara nga Bordi për vitet 2019-2022



Ne kemi audituar menaxhimin e këtij Programi për periudhën 2019-2022, duke përfshirë aplikimin, shqyrtimin dhe vendimet në lidhje me aplikimet, pagesat, obligimet e mbetura dhe barazimin me spitalet private. Ne kemi audituar 315 mostra për këto vite. Mostra ka përfshirë raste të rregullta dhe emergjente, po ashtu aplikues të moshave nën dhe mbi 18 vjeç. Mostra është shpërndarë në vitet të cilat janë fushëveprim i këtij auditimi dhe bazuar në numrin e aplikimeve më të mëdha në reparte të caktuara.

Në vijim janë paraqitur mangësitë e identifikuara sipas veprimeve që Fondi është dashur t'i ndërmerr për t'u siguruar se praktikat aktuale të menaxhimit të Programit janë efektive dhe aktivitetet e tij rezultojnë me menaxhim të duhur financiar.

### **3.1 Mosfunksionimi i kontrolleve të brendshme ka rezultuar me çështje të përsëritura**

Gjatë gjithë ciklit të aplikimit dhe aprovimit të kërkesave të pacientëve Bordi Ekzekutiv (tutje Bordi) nuk ishte treguar konsistent në vlerësim dhe vendimmarrje, prandaj edhe trajtimi ndaj pacientëve nuk ishte i barabartë. Edhe pse Udhëzuesi Administrativ për trajtim mjekësor jashtë institucioneve shëndetësore publike (tutje Udhëzuesi) kur specifikon kriteret për kualifikim të një lënde për aprovim nuk është mjaftë i qartë, Bordi kishte aprovuar lëndë pa i plotësuar kriteret dhe Fondi kishte proceduar të njëjtat për pagesë. Në anën tjetër Bordi kishte refuzuar lëndë me arsyetimin se nuk i plotësonin disa kriteret kur me të njëjtat specifika kishte bërë aprovime. Praktikrat e përdorura ndër vite për aprovim të lëndëve nuk ishin asnjëherë të njëjta dhe nuk kishte sqarime pse ka lindur nevoja për ndryshim të këtyre praktikave. Nuk kishte konsistencë në trajtimin e lëndëve dhe nuk ishin respektuar afatet kohore, as të aprovimeve të lëndëve e as të pagesave të tyre. Në anën tjetër, Fondi nuk ka themeluar ndonjë mekanizëm të caktimit të përgjegjësisë karshi Fondit pas përfundimit të trajtimit me anë të të cilit do të sigurohej që palët tjera qoftë pacienti, qoftë institucioni ku trajtohet pacienti janë përgjegjës ndaj Fondit pas trajtimit.

#### **3.1.1 Mos konsistencë në vlerësimin e lëndëve të pacientëve**

*Gjatë vlerësimeve të aplikacioneve Fondi dhe Bordi Ekzekutiv duhet të sigurohen që të gjithë pacientët të trajtohen në mënyrë të barabartë dhe të njëjtat kriteret të aplikohen për të gjithë.*

Vlerësimi i aplikacioneve nuk është bërë në përputhje me Udhëzuesin. Pavarësisht që Udhëzuesi nuk është shumë i qartë (p.sh. çfarë nënkupton përfundim i procedurave administrative, cila është vlera e kompensimit për raste të ndryshme, rolet dhe përgjegjësitë e akterëve të përfshirë në proces, etj) dhe në shumë pika lë vend për interpretime të ndryshme, Fondi dhe Bordi jo çdo herë kishin bërë vlerësimin e aplikacioneve në përputhje me këtë Udhëzues. Praktikrat e ndryshme të zbatimit të këtij Udhëzuesi ndër vite nuk ishin dokumentuar me ndonjë procedurë të brendshme operative apo çfarëdo forme tjetër. Nga zbatimi i praktikave të ndryshme, vlerësimi i aplikacioneve të pacientëve është përcjellë me mangësi të ndryshme. Këtu vlen të theksohet se Fondi ka bërë disa herë propozime për ndryshime të Udhëzuesit dhe të njëjtat i ka dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë, por që këto kërkesa ende nuk janë materializuar nga ana e Ministrisë. Pra, Udhëzuesi ende nuk është ndryshuar dhe i njëjti vazhdon të jetë në fuqi.

#### ***Janë aprovuar aplikacione në mungesë të dy pro-faturave***

Në shtojcën 1 të Udhëzuesit, janë të listuara diagnozat të cilat mbulohen nga Programi, ku shumica prej tyre kanë edhe çmime referente. Nga 65 diagnoza të cilat mbulohen nga Programi, vetëm 14 prej tyre nuk kanë çmime referente. Sipas këtij Udhëzuesi, aplikuesi duhet të sjellë dy

pro-fatura<sup>6</sup> vetëm për rastet kur nuk ka çmime referente për diagnozat e përcaktuara me këtë Udhëzues. Nga testimi i të gjitha (315) mostrave, ne kemi identifikuar që çdo herë dhe për të gjitha llojet e diagnozave është kërkuar nga pacientët që të sigurohen dy-pro fatura. Kërkesa është bërë për dy pro-fatura për të gjitha rastet edhe për ato që kishte çmime referente. Ne kemi identifikuar që për 51 raste nuk është arsyetuar kërkesa për dy pro-fatura. Pavarësisht që ishin kërkuar nga dy pro-fatura, aplikacionet ishin aprovuar edhe me një pro-faturë.

Ndërsa në po këto mostra është gjetur se 158 tjera janë aprovuar me vetëm nga një pro-faturë, e jo nga dy siç e kanë praktikuar në 51 rastet e lartë përmendura. Një praktikë e tillë ka shkaktuar trajtim jo të barabartë të pacientëve dhe jo të gjithëve i'u është dhënë mundësia e njëjtë.

### ***Mos respektimi i limiteve në shumat për kompensim për pacientë***

Sipas Udhëzuesit, shuma që kompensohet duhet të jetë 70% e vlerës së pro-faturës më të lirë ose çmimit referent për pacientët e moshës mbi 18 vjeç (por kjo shumë nuk duhet të kalojë 30,000 euro brenda një viti), ndërsa për pacientët nën moshën 18 vjeçare apo atyre me status të veçantë<sup>7</sup>, mbulimi i trajtimit duhet të jetë 100% e vlerës së pro-faturës/çmimit referent.

Bordi nuk ishte konsistent çdo herë në vendimet e tyre. Nga testimi i 315 mostrave është gjetur se në 22 raste aprovimet e shumave nga Bordi nuk ishin në përputhje me çmimin e pro-faturave. Shembull: shuma e pro-faturës ishte 45,330 euro ndërsa Bordi kishte aprovuar shumën prej 21,000 euro, pra kjo d.m.th që nuk është aprovuar vlera prej 70% e pro-faturës. Për aprovimin e kësaj shume, Bordi ishte referuar në shtojcën 1 të Udhëzuesit dhe kishte specifikuar se shuma aprovuar është në përputhje me 70% të çmimit referent sipas kësaj shtojce, mirëpo diagnoza për të cilën ishte bërë aprovimi nuk mund të identifikohet në shtojcë, të paktën në shtojcë nuk ka emërtim të njëjtë.

Nga 22 rastet që kishin mos përputhje, 20 prej tyre ishin me çmime referente e dy prej tyre ishin me pro-faturë. Për asnjërin nga këto raste nuk kishte sqarime pse janë referuar në njërin çmim ose pse në tjetrin.

Në anën tjetër, në dhjetë raste Bordi nuk ka kompensuar 100% të mbulimit të pro-faturës më të lirë, pavarësisht që këto raste ishin pacientë të moshës nën 18 vjeç. P.sh në një rast shuma e pro-faturës më të lirë ishte 31,224 euro mirëpo aprovimi nga Bordi ishte bërë në shumën 30,000 euro. Në rastin tjetër, pro-fatura më e lirë ishte 45,000 euro, ndërsa shuma e aprovuar ishte 30,000 euro.

Për më tepër, në katër raste urgjente dhe të moshës nën 18 vjeçare, shumat e faturave ishin mbi 100 mijë euro ndërsa pagesat ishin nga 12 deri në 90 mijë euro, që nënkupton se Vendimet e Bordit nuk ishin në përputhje me Udhëzuesin, pasi që këto raste do të duhej të mbuloreshin me 100% të shumës së faturës. Në një rast tjetër, pavarësisht që pacienti ishte mbi moshën 18

<sup>6</sup> Pro-faturat duhet të jenë nga dy institucione shëndetësore ku mund të ofrohet shërbimi shëndetësor, ku së paku njëra duhet të jetë vendi. Pro-fatura është dokument paraparak që i dërgohet pranuesit të mundshëm të shërbimit me informatat relevante.

<sup>7</sup> Pacientët me status të invalidit të luftës, anëtarët e ngushtë të familjes së dëshmorëve, personat me aftësi të kufizuara dhe pacienti përfitues i ndihmës sociale

vjeç, ai/ajo kishte status të veçantë (personat me status të veçantë po ashtu mbulohen me 100% nga Programi) dhe nuk i'u ishte mbuluar 100% e shumës së pro-faturës më të lirë.

Mos veprimi në përputhje me Udhëzuesin e sidomos sa i përket aprovimit të shumave të lejuara, rrezikon që pacientët mos të marrin tërë shërbimin e nevojshëm e rrjedhimisht Programi mund të mos e arrije objektiven e vet. Çështjet e identifikuarra më lartë tregojnë që kontrollet e brendshme nuk kanë funksionuar si duhet. Fondi së bashku me Bordin duhet të identifikojnë mekanizmat adekuat që do të siguronin se vendimet e marra janë në përputhje me kriteret e përcaktuara.

### *Janë aprovuar aplikime jashtë afateve kohore*

Udhëzuesi përcakton qartë afatet kohore të vlefshmërisë së raportit të komisionit konziliar. Pacientët e rasteve të rregullta në kohën e aplikimit duhet të sjellin raportin konziliar i cili konsiderohet i vlefshëm vetëm nëse është lëshuar në gjashtë muajt e fundit nga data e aplikimit, ndërsa për pacientët e rasteve urgjente kërkohet raport konziliar jo më i vjetër se 72 orë nga data e aplikimit. Nga 151 raste të rregullta që janë audituar, është gjetur se një nga to është aprovuar nga Bordi ani pse kishin kaluar më shumë se shtatë muaj nga data e lëshimit të raportit konziliar. Tek ky rast, data e referimit dhe protokollit ka ndryshim për mbi shtatë muaj. Sipas Fondit, data me të cilën është llogaritur koha e aplikimit është ajo e datës së protokollit, megjithatë një diferencim i tillë nuk është i rregulluar me asnjë udhëzues apo rregullore të brendshme që e rregullon trajtimin e këtyre lëndëve. Për më tepër, nga testimi i 164 mostrave për rastet urgjente është gjetur se dy nga to janë aprovuar nga Bordi edhe pse kishin kaluar 72 orë<sup>8</sup> nga data e lëshimit të raportit konziliar. Mosrespektimi i afateve dhe aprovimi i lëndëve duke shkelur këto afate ndikon që mos t'u jepet mundësia për trajtim atyre që i respektojnë këto afate sepse buxheti i Fondit nuk është i pa kufizuar.

Mangësitë e identifikuarra rrezikojnë që: aprovimi i rasteve me raporte të vjetruara mund të çojë në një avantazh të padrejtë për disa pacientë, ndërsa të tjerëve që respektojnë afatet kohore mund t'u mohohet mundësia e trajtimit dhe mund të rezultojë në ndarjen e burimeve për pacientët që mund të mos kenë nevojë urgjente për trajtim. Përveç tjerash, mangësitë e tilla mund të dëmtojnë reputacionin dhe besimin e publikut ndaj Fondit.

### *Aplikacione të rasteve të rregullta janë trajtuar si urgjente dhe anasjelltas*

Udhëzuesi përcakton qartë në nenin 1.9 që raporti për trajtim urgjent është dokument i cili lëshohet nga ekipi i mjekëve specialist kujdestar për referim dhe i cili dëshmon nevojën urgjente për trajtim të pacientit. Nga testimi i 315 aplikacioneve është gjetur se tri prej tyre janë trajtuar si raste urgjente edhe pse këto raste ishin të rregullta (duke u bazuar mbi dëshminë e raportit konziliar). Për shembull, në dy raste Drejtori i fondit kishte lëshuar fletë-zotim për mbulim të shpenzimeve për një pacient i cili kishte sjellë raport konziliar të rregullt e pastaj kishte bërë kërkesë që aplikacioni i tij të trajtohej si urgjent pa sjellë raport të ri konziliar që dëshmon gjendjen e tij urgjente. Në një rast tjetër, pacienti kishte sjellë raport konziliar të rregullt e pastaj kishte sjellë raportin e njëjtë konziliar me vetëm një mbishkrim të thjeshtë "URGJENT" të shtuar

<sup>8</sup> Tejkalmimi ishte dy javë deri në gjashtë muaj

mbi të, Drejtori i kishte lëshuar fletë-zotim për mbulim të shpenzimeve dhe ky rast ishte trajtuar si urgjent.

Për dy nga këto tri raste, Fondi ka ofruar sqarime dhe dëshmi shtesë pas dërgimit të draft raportit. Për njërin rast kanë ofruar një raport të ri konziliar të cilin nuk na e kanë ofruar gjatë periudhës së ekzekutimit të auditimit, ndërsa për rastin tjetër kanë sqaruar që fjala CITO e shkruar në raport është e barasvlershme me fjalën urgjente në gjuhën mjekësore, mirëpo që ky është rasti i vetëm që ne kemi identifikuar me këtë shkrim nga të gjitha mostrat urgjente që kemi audituar si dhe një term i tillë nuk është i përdorur në Udhëzues.

Po ashtu, nga testimi i mostrave është gjetur se dy raste janë trajtuar si aplikacione të rregullta pavarësisht se ato ishin urgjente (në bazë të raportit konziliar). Për rastet urgjente pagesa bëhet në bazë të faturës dhe pas përfundimit të trajtimit të pacientit (nuk ka parapagim). Por ka edhe raste që janë urgjente por që është bërë parapagim për to, pra janë trajtuar si raste të rregullta. Në tri raste urgjente me vlerë 137,500 euro ku pagesat janë kryer gjatë viteve 2019-2021 ndërsa vendimi i Bordit ishte i vitit 2022 që do të thotë se edhe për to është kryer parapagim (sikur veprohet në rastet e rregullta).

Trajtimi i pacientëve me status të urgjentës si një rast i rregullt rrezikon që pacienti mos të merr kujdesin e nevojshëm me kohë. Respektimi i duhur i kërkesave të Udhëzuesit është thelbësor për të siguruar trajtim të drejtë dhe të barabartë për të gjithë pacientët.

Aprovimi i aplikacioneve me specifika të njëjta duke i trajtuar me praktika të ndryshme është bërë si rezultat i kontroleve jo adekuate, mos bashkëpunimit të mjaftueshëm në mes instancave të ndryshme dhe mos ndarjes konkrete të përgjegjësive qoftë të Komisionit Konziliar, Komisionit të Vlerësimit, Bordit Ekzekutiv apo edhe Fondit. Aprovimi i aplikacioneve pa plotësuar kriteret e nevojshme ka hapur mundësinë që jo të gjithë pacientët të marrin trajtimin e duhur dhe në kohë e duhur. Gabimet e identifikuara në procesin e aprovimit të aplikacioneve shkaktojnë humbje të besimit të publikut në menaxhimin e fondeve publike nga Fondi.

### **3.1.2 Fletë-zotimet e lëshuara nuk ishin në përputhje me Udhëzuesin**

*Fondi duhet të sigurohet që fletë-zotimet lëshohen vetëm në rast të prezantimit të dokumentacionit të plotë sipas Udhëzuesit. Fletë-zotimet duhet të përshkruajnë qartë shërbimet dhe procedurat e nevojshme për trajtimin e pacientëve jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike (IShP). Fletë-zotimet lëshohen vetëm për rastet urgjente të cilat shërbejnë si garanci financiare për institucionet ku pacienti vendos të kryej shërbimin.*

Fletë-zotimi është një dokument me të cilin Fondi zotohet që merr përsipër mbulimin e shpenzimeve për trajtim dhe lëshohet nga Drejtori i Fondit për pacientët e rasteve urgjente për t'ua mundësuar atyre trajtimin e menjëhershëm në institucionet shëndetësore jashtë vendit. Fondi nuk ka respektuar kriteret e parapara me Udhëzues gjatë lëshimit të fletë-zotimeve dhe si pasojë ka lëshuar fletë-zotime për raste të rregullta të cilat nuk plotësojnë kriteret për raste urgjente. Në pesë raste janë lëshuar fletë-zotime ani pse këto raste ishin raste të rregullta e jo urgjente.

Për rastet kur diagnoza në fjalë nuk ka çmim referent në Udhëzues, fletë-zotimet lëshohen vetëm nëse janë dy pro-fatura. Në 108 prej 315 mostrave të testuara është identifikuar se janë lëshuar fletë-zotime ani pse këto aplikacione përmbanin vetëm nga një pro-faturë. Sipas Fondit ata kërkojnë vetëm një pro-faturë për rastet urgjente me arsyen se natyra e sëmundjeve tek rastet urgjente kërkon mjekim të menjëhershëm.

Përveç tjerash, fletë-zotimi nuk ka një format të standardizuar dhe nuk përmban të gjitha informatat e nevojshme dhe të qarta. Fletë-zotimi është dokument që është përdorur nga Fondi si lloj garancie financiare që zotohet në përmbushjen e obligimeve ndaj Institucionit ku pacienti synon të përfundoj shërimin. Si dokument i tillë, rezulton të mos jetë shumë funksional sepse nga të gjitha mostrat e audituara është evidentuar që vetëm shteti i Turqisë e ka pranuar këtë dokument si garancion financiar, ndërsa për shtetet tjera është dashur me patjetër të ketë pagesë në mënyrë që të përfundohet trajtimi.

Për më tepër, fletë-zotimi si dokument përmban informacione rreth obligimeve të Fondit ndaj Institucionit ku pritet të trajtohet pacienti, mirëpo nuk parasheh asnjë përgjegjësi apo obligim të palëve tjera kundrejt Fondit, qoftë për kostot reale të trajtimit apo edhe për mjete të pashfrytëzuara që do të mundësonin barazimin me Fondin.

Kjo praktikë e fletë-zotimeve nuk siguron shpenzim të duhur të parasë publike, nuk siguron konkurrencë mes institucioneve shëndetësore të shteteve të ndryshme dhe nuk i ofron Fondit mundësi që të identifikoj dhe shfrytëzoj mjetet e mundshme të lira në institucione shëndetësore në të cilat janë kryer trajtimet.

Lëshimi i fletë-zotimeve pa dy pro-faturat e kërkuara për rastet kur nuk ka çmime referente mund të rezultojë në rreziqe financiare pasi që nuk siguron konkurrence mes institucioneve shëndetësore. Mungesa e një formati të standardizuar mund të çojë në mospajtime të mundshme dhe sfida gjatë pagesave apo barazimeve mes Fondit dhe institucioneve të përfshira në ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Pastaj, mos caktimi i detyrimeve apo përgjegjësi të palëve të tjera ndaj Fondit, të tilla si raportimi për kostot reale të trajtimit apo edhe fondet e papërdorura, mund të krijojnë një humbje financiare për Fondin.

### **3.1.3 Aprovimi i diagnozave që nuk janë pjesë e Udhëzimit Administrativ**

*Sipas Udhëzuesit çdo qytetar dhe banor/shtetas i republikës së Kosovës ka të drejtë të aplikojë për financim nga Programi kur shërbimi i caktuar shëndetësor nuk ofrohet në institucionet publike shëndetësore. Lista e shërbimeve shëndetësore (patologjive) është përcaktuar në shtojcën 1 të Udhëzuesit.*

Bordi kishte aprovuar lëndë, diagnozat e të cilave nuk ishin pjesë e shtojcës 1 të Udhëzuesit. Aprovimi i tillë ishte bërë duke u bazuar në raportin e komisionit konziliar respektivisht Komisionit për Vlerësim Mjekësor, të cilët kishin rekomanduar këta pacientë për trajtim jashtë vendit.

Në rastet kur sëmundja nuk trajtohet në IShP, komisioni konziliar i mjekëve lëshon një raport me të cilin rekomandon pacientin për trajtim jashtë IShP. Në këtë raport ndër të tjera përcaktohet: diagnoza, arsyeja e referimit dhe urgjenca e trajtimit të sëmundjes.

Bazuar në këtë raport, pacienti aplikon në Fond për të përfituar mbështetje financiare për trajtim në kuadër të Programit. Në raportet konziliare specifikohet nëse pacienti është rast urgjent apo i rregullt dhe specifikohet diagnoza e që bazohet në ICD<sup>9</sup> kodin përkatës. Ky ICD kod nuk është i përfshirë askund në Udhëzues nuk është i sqaruar se çfarë nënkupton, as kur mund të përdoret dhe as mënyra se si mund t'i referohemi. Nga analizimi i dosjeve ne kemi konstatuar që përshkrimet në raportet konziliare dhe ICD kodet nuk përkojnë me listën e patologjive në shtojcën 1 të Udhëzuesit.

Pavarësisht që Bordi kishte identifikuar raste që diagnozat e referuara nuk ishin pjesë e listës së shtojcës 1 të Udhëzuesit, megjithatë, kishte aprovuar këto raste. Referimi dhe aprovimi i diagnozave që nuk janë pjesë e Udhëzuesit lë hapësirë për trajtim jo të barabartë të pacientëve, krijon paqartësi për pacientin se cilat diagnoza realisht i mbulon Programi dhe nxitë rritjen e referimeve të rasteve, diagnozat e të cilëve mund të trajtohen në kuadër të IShP-ve. Kjo praktikë, po ashtu rrezikon që mjetet e ndara për Program mos të shpenzohen për qëllimin e dedikuar dhe mos të përfitojnë pacientët që realisht nuk mund të trajtohen në IShP.

---

<sup>9</sup> International Classification of Diseases- Klasifikimi ndërkombëtarë i sëmundjeve

Tabela 1. Numri i rasteve të aprovuara që janë identifikuar nga vendimet e Bordit me diagnoza që nuk janë në Udhëzues

Diagnozat që nuk janë në udhëzues	ICD kodi	Numri i rasteve
Tumor Hepatis seg IV, V	C 22	1
Procesuss expansivus intraventricularis St. post SHUNT V-P lat sin C71.5	C71	1
Transformate Acute Myeloid Leucemia	C92	1
Leucemia Acute	C95	1
MDS RAEB II	D 46.22	1
Metabolopathia	E 88.9 K83.8	1
Tu. Macroadenoma	E23.7	1
Contuso haemorrhagica IC	G11.4	1
Paresis Plexus Branchialis	G54.0	1
Paralysis cerebri, Paraparesis spastica	G80.9 & g11.4	1
Laessio sensorineuralis gravis lat.sin; Hypoacusis mixta bill; Laesio Sensoneuralis	H90	3
Status post implantatio baha	H90 Q17.8	1
TU. Cerebelli Et Truncus Cerebri	ICD 10 E23.7	1
St. post Fractura	ICD 10 S72 S42.1 S02. 609B S32. 302A S32. 501A M86	1
VSD perimembrosa nonrestrictiva, HAP incipiens	ICD 10, Q21.0, I 27.0	1
Processus Exp.reg APC lat sin	ICD D33	1
Haemorrhagia subarachnoidalis 1-61 Anaeurisma ACA lat dex I 67-1	ICD I 67.1	1
Cirrhosis hepatis (HBsAg+) (Child Pough A). Varices oesophagel gr II-III	K74,3	1
St post LCC dex, St post implantio coxae lat dex, st post reviosio TEP coxae lat dex	M21.7	1
GCT Regio diastalis femoris	M27.1	1
Scoliosis thoracolumbale	M41.35	1
St. post sponylosis posterior cum instrumentarium	M43. 20	1
NN masculinus Eutropiacua	P06	1
Down syndrom LCC bill pp sin	Q 90.9	1
Spina bifida, Scoliosis, Hemiverthebrae	Q05 M41	1
Sy Goldenliar Susp	Q16.1	1
BAV, CoA st post ETE, Recoartatio Ao baloondilatationem	Q25.4 Q25.1 Q25.44	1
Syndromic High Hip dislocation bill; Luxuatio Congenita coxae	Q65.2	2
Scoliosis congenitas thoracolumbalis sinistroconvexa	Q76.3	1
Implantium LVAD	Z95.4 I42.0 I50.9	1
Syndroma LGL		1
<b>Total Raste</b>		<b>34</b>
<b>Shuma totale e vendimeve për këto diagnoza</b>		<b>756,141.07€</b>

Siç shihet nga tabelën më sipër, për 34 raste apo mbi 11% të mostrave të testuara, janë shpenzuar 756,142 euro, por që diagnozat e të cilave nuk janë në Udhëzues. Këto mjete janë të dedikuara që të përdoren vetëm për diagnozat që janë pjesë e Udhëzuesit. Rastet e prezantuara këtu ishin identifikuar nga vet Bordi, ku në vendimet e tyre është specifikuar që diagnoza nuk gjendet në Udhëzues.

Bordi nuk ishte konsistent në vendimmarrje sepse kishte refuzuar aplikime tjera me arsyetimin se diagnozat nuk ishin pjesë e shtojcës 1 të Udhëzuesit pa dhënë sqarime se cilat janë kriteret e

përdorura për aprovim apo refuzim të rasteve përderisa në të dyja situatat diagnoza nuk ishte pjesë e shtojcës 1.

Referimi për trajtim jashtë ISHP për raste të tilla si dhe aprovimi i tyre, përveç që ndikon në rritjen e kërkesës së pacientëve për trajtim në spitale private në Kosovë dhe jashtë Kosovës, ndikon edhe në shpenzimin e buxhetit të Fondit, buxhet ky i cili është i dedikuar për rastet që nuk ka mundësi trajtimi dhe shërbimi shëndetësor brenda ISHP-ve. Me një praktikë të tillë, Bordi nuk kishte trajtuar të gjithë pacientët në mënyrë të barabartë.

### *Referimi i rasteve për mbulim të trajtimit nuk ka arsyeshmëri të qëndrueshme*

Komisioni Konziliar kishte referuar raste duke specifikuar që pacienti duhet të trajtohet në qendra të specializuara jashtë Kosovës, duke limituar kështu mundësinë për trajtim brenda kufijve të Republikës së Kosovës.

Arsyet e referimit nga Komisioni Konziliar nuk ishin gjithmonë në pajtim me qëllimet për të cilat është themeluar Programi. Nga analizimi i raporteve konziliare është vërejtur se një numër i madh i rasteve janë referuar për arsye se shërbimi nuk mund të ofrohet momentalisht nga ana e Qendrës Klinike Universitare të Kosovës (tutje QKUK) apo ISHP-ve. Arsyet e referimit ishin: mungesë e materialit, mungesë e kushteve teknike, mungesë e resurseve njerëzore apo mungesa e neuro-anesteziologut. Këto referime ishin bërë për 45 raste apo afër 15% e rasteve të audituara.

*Tabela 2: Numri i rasteve totale dhe arsyet e referimit*

Arsyeja e referimit	Numri i rasteve	Të rregullta	Urgjente	Shuma totale (€)
<b>Mungese e materialit</b>	5	3	2	28,192
<b>Mungese e kushteve teknike</b>	21	14	7	329,433
<b>Mungese e resurseve njerëzore</b>	2	2	0	57,800
<b>Shërbimi nuk ofrohet momentalisht në klinikën tonë</b>	14	11	3	404,154
<b>Mungesë e Neuroanesteziologut</b>	3	2	1	25,200
<b>Total numri i rasteve të aprovuara dhe shuma referuar për shkak të mungesave momentale</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>844,779</b>

Siç shihet nga tabela më sipër, referimi dhe aprovimi i rasteve për arsyet e lartë cekura i ka kushtuar Programit 844,779 euro. Kjo shumë është shpenzuar për trajtime që në kushte normale mund të ofrohen në ISHP. Referimet dhe aprovimet për rastet e tilla, ndikojnë që mos të arrihet qëllimi për të cilin është themeluar Programi dhe ndikon që Fondi të ketë më pak mjete financiare në dispozicion për të mbështetur financimin e diagnozave primare për të cilat është themeluar Programi.

Pavarësisht që Komisioni Vlerësues ka ngritur shqetësimin që po referohen raste të cilat mund të trajtohen brenda ISHP-ve, ne nuk kemi identifikuar që është ndërmarrë ndonjë veprim nga institucionet përkatëse për të adresuar këto shqetësime të ngritura. Me një menaxhim më të mirë të këtyre rasteve, mjetet e shpenzuara për to do të mund të destinoheshin qoftë për pacientet të cilët nuk mund të trajtohen brenda ISHP-ve apo edhe për ndonjë investim për ngritjen e kapaciteteve në ISHP.

## **3.2 Praktikak aktuale të Fondit nuk sigurojnë menaxhim të duhur financiar**

Fondi nuk kishte menaxhuar si duhet qoftë regjistrimin e detyrimeve të bartura nga vitet e kaluara apo edhe raportimin e tyre. Jo të gjitha faturat ishin paguar me kohë dhe vonesat në përmbushjen e detyrimeve për rastet e rregullta ishin nga dy muaj deri në dy vite, ndërsa për rastet urgjente ishin nga gjashtë muaj deri në tri vite. Për më tepër, Fondi në fund të vitit 2022 kishte suficit në shumë afër 1.7 milion euro përderisa obligimet e papaguara në fund të po të njëjtit vit janë raportuar në shumë afër 2.9 milion euro. Kjo tregon që as menaxhimi buxhetor nuk ishte i duhur.

Fondi nuk kishte arritur as të identifikoj mjetet e lira e të barazohet me spitalet në të cilat ka bërë parapagime. Për periudhën 2019-2022, ishin aprovuar raste të rregullta në shumë 12,858,691 euro, ndërsa komisioni për barazime kishte arritur të barazojë vetëm 16,4% të kësaj shume.

### **3.2.1 Faturat e trajtimit mjekësor nuk ishin paguar me kohë nga Fondi**

*Rregulla Financiare 01/2013 e Ministrisë së Financave për shpenzimin e parasë publike, përcakton se të gjitha faturat që i pranon organizata buxhetore duhet të paguhen brenda 30 ditëve në qoftë se nuk është paraparë ndryshe me kontratë. Për rastet urgjente, procedurat administrative duhet të përfundohen në afat sa më të shkurtër kohor, ndërkaq, ekzekutimi i pagesës mund të marr kohë deri në gjashtë (6) muaj.*

Ky auditim vë në pah, se praktikak aktuale të pagesave nuk përputhen me afatet e përcaktuara me rregullën financiare e as me Udhëzues. Nga testimi i 315 mostrave kemi vërejtur që në 93 raste ka vonesa në pagesa të faturave të cilave i 'u ka kaluar afati 30 ditorë për pagesë. Shuma totale e këtyre faturave është 5,9 milion euro dhe vonesat janë nga dy muaj e deri në dy vite.

Nga këto 93 mostra, 24 (mbi 1,4 milion euro) prej tyre janë paguar, ndërsa 69 tjera mbesin ende si të papaguara.

Sa i përket rasteve urgjente të cilat me Udhëzues duhet të paguhen brenda gjashtë muajve pas përfundimit të procedurave administrative, e meqenëse Udhëzuesi nuk specifikon cili është hapi i cili nënkupton përfundimin e procedurës administrative, në këto raste tejkalimi i afatit gjashtë mujorë të pagesave është trajtuar me datë të vendimit të Bordit. Nga gjithsejtë 56 mostra me status urgjent që kishin pagesa, 36 apo 64% prej tyre kishin vonesa nga gjashtë muaj deri në tri vite. Shuma totale e këtyre pagesave është 1,478,817 euro. Pavarësisht që rregulla financiare specifikon që obligim i vonuar për pagesë cilësohet fatura e cila nuk është paguar 30 ditë pas pranimit të saj, Fondi për t'a ekzekutuar një pagesë, pret që Bordi të aprovoj lëndën pjesë e së

cilës është edhe fatura. Nga testimi i mostrave kemi raste të cilat fatura është pranuar që nga viti 2018 mirëpo e njëjta as nuk është paguar e as nuk është regjistruar si obligim i papaguar. Për të njëjtat raste nuk ka as vendim të Bordit. Po ashtu, ka raste kur është pranuar fatura, është bërë pagesa pas një viti, mirëpo nuk është prezantuar si obligim i papaguar në regjistrin e obligimeve të viteve paraprake.

Mungesa e kontrolleve të brendshme dhe ndryshimet e vazhdueshme organizative, kanë ndikuar që këto vonesa të jenë kaq të gjata dhe të shpeshta. Në rastet e audituara është evidentuar edhe vonesa në marrjen e vendimeve nga ana e Bordit, gjë që kanë ndikuar në vonesë të ekzekutimit të pagesave për rastet të cilat kanë plotësuar kushtet për pagesë.

### 3.2.2 Fondi nuk ka arritur të menaxhoj siç duhet detyrimet e bartura nga vitet e mëparshme

*Obligim i vonuar për pagesë i organizatës buxhetore konsiderohet fatura e cila nuk është paguar 30 ditë pas pranimit të faturës dhe Fondi për Sigurime Shëndetësore duhet që obligimet që rrjedhin nga vonesa e këtyre pagesave t'i raportojë dhe të marrë masat e nevojshme për zvogëlimin e tyre.*

Informatat financiare ofrojnë një pamje të gjendjes së Fondit, duke ofruar informata thelbësore mbi buxhetin, shpenzimet, pasurinë dhe detyrimet e saj. Pjesë shumë e rëndësishme e këtyre informatave janë edhe detyrimet, pasi që janë pikënisje edhe për buxhetimin e viteve në vijim.

Tabela 3: Krahasimi i shpenzimeve me buxhetin fillestar ndër vite

Viti	Buxheti fillestar me Ligjin e Buxhetit (€)	Shpenzimi sipas PVF (€)	Dallimi mes buxhetit fillestar dhe shpenzimeve (€)	Detyrime të papaguara sipas Raporteve të Auditimit Financiar nga ZKA
2019	6,000,000	8,699,979	2,699,979	10,508,520
2020	6,000,000	7,999,984	1,999,984	6,090,705
2021	6,000,000	9,400,993	3,400,993	1,631,975
2022	7,270,000	5,582,351	-1,687,649	2,855,510
2023	8,000,000			Nuk ka përfunduar viti

Tabela më lartë tregon se buxheti i ndarë me Ligjin e Buxhetit çdo vit me përjashtim të vitit 2022, ishte më i ulët se nevojat reale apo shpenzimet e ndodhura, rrjedhimisht çdo vit qoftë me rishikim të buxhetit apo edhe me vendime të ndryshme ishte rritur Buxheti deri në fund të vitit për të mbuluar shpenzimet e nevojshme. Vetëm në vitin 2022 buxheti i ndarë ishte më i lartë se shpenzimet e ndodhura. Megjithatë, edhe pse në vitin 2022 buxheti ishte më i lartë se shpenzimet, duhet të ceket që edhe këtë vit kishte detyrime të papaguara në fund të vitit, pra buxheti nuk ishte menaxhuar si duhet. Për më tepër Fondi e kishte përmbyllur vitin 2022 me një suficit afër 1.7 milion euro, përderisa kishte detyrime në shumë afër 2.9 milion euro. Edhe kjo tregon një menaxhim jo të mirë të Fondit, të bartë obligime për vitin vijues duke pasur buxhet në dispozicion.

Tabela 4: Informatat e prezantuara nga Fondi mbi detyrimet ndër vite

Viti	Detyrime të papaguara (€)	Detyrime kontigjente (€)	Detyrimet Kontraktuale (€)	Paditë gjyqësore (€)
2019	10,508,520	115,546	948,974	
2020	6,090,705	117,326	180,328	
2021	1,631,975	92,139		
2022	2,855,510	28,983,353		186,915

Sipas Raportit Vjetor Financiar për vitin 2022, detyrimet (faturat) e papaguara janë në vlerë totale prej 2,855,510 euro (248,695 euro që ishin ende brenda afatit ligjor për pagesë apo nën 30 ditë, ndërsa 2,606,815 euro kishin kaluar këtë afat). Nga kjo vlerë 2,838,506 euro apo mbi 99% i takojnë kategorisë së transfereve dhe subvencioneve apo për Programin. Ndërsa detyrimet e prezantuara si detyrime kontigjente kishin një vlerë prej 28,983,353 euro. Kjo shumë sipas Fondit paraqet shumën e fletë-zotimeve të lëshuara ndër vite, mirëpo që nuk janë prezantuar asnjëherë më parë. Ne kemi kërkuar disa herë analitiken e kësaj shume nga Fondi, mirëpo nuk na është ofruar dëshmi rreth dokumentimit të kësaj shume.

Në muajin mars të vitit 2023 Zëvendës Drejtori i Fondit kishte themeluar një grup punues për verifikimin e obligimeve të mbetura nga Programi (grupit i ishin shtuar anëtarë shtesë gjatë muajit prill). Detyrë kryesore e këtij grupi punues ishte përgatitja e një raporti financiar të detajuar për obligimet e mbetura ndaj spitaleve private brenda dhe jashtë vendit që kanë trajtuar pacientët e financuar nga Programi. Periudha e punës për këtë grup ishte nga 27 prilli deri me 27 qershor 2023.

Ndër detyra tjera, ky grup duhet të verifikoj aprovimet e bordit për trajtim të pacientëve, analizimi i shumave të paguara, verifikimi i pretendimeve, kërkesave dhe faturave të lëshuara për shërbimet e kryera, etj.

Ne kemi kërkuar edhe raportin e grupit punues më shumë se një herë, mirëpo nuk kemi marrë përgjigje nga Fondi. Prandaj edhe është e pamundur që ne të japim një mendim për saktësinë e kësaj shume.

Siç shihet nga tabela e më sipërme, detyrimet e papaguara të Fondit kishin kryesisht rënie ndër vite, me përjashtim në vitin 2022 ku detyrimet e papaguara kishin një rritje për afër 75% krahasuar me vitin paraprak. Ajo që vlen të theksohet është se nga po kjo tabelë mund të shihet edhe rritja e detyrimeve kontigjente<sup>10</sup>, ku kjo kishte rrjedhë si pasojë e mos prezantimit të tyre të plotë në vitet e mëhershme. Detyrimet e prezantuara si detyrime kontigjente (duke përfshirë

<sup>10</sup> Në RVF të vitin 2022 janë shpalosur detyrime kontigjente në vlerë 186,915 euro, detyrime që rrjedhin nga fletë-zotimet, vlera e të cilave është prezantuar në shumë 26,811,337 euro, lëndët e rregullta në pritje për shqyrtim nga Bordi Ekzekutiv për TMJISHP në vlerë 2,543,959 euro si ~~19~~ 186,915 euro nga paditë gjyqësore.

dhe detyrimet që rrjedhin nga fletë-zotimet apo dhe lëndët e rregullta në pritje për shqyrtim nga Bordi) janë shumë më të larta se vitet e kaluara, kjo për arsye se detyrimet e tilla të mundshme nuk ishin prezantuar në vitet paraprake. Mbi apo nën vlerësimi i mundshëm i llogarisë së detyrimeve është trajtuar në Bazën për Opinion në Raportin e Auditimit për Pasqyrat Financiare Vjetore të Fondit për Sigurime Shëndetësore për vitin 2022.

Një rritje kaq e madhe ka rrjedhë si pasojë e asaj që Fondi nuk i kishte raportuar asnjëherë më parë si detyrime të mundshme që nga viti 2019 e tutje, pjesën e fletë-zotimeve apo dhe lëndët në pritje për shqyrtim nga Bordi. Mos prezantimi i detyrimeve të tilla të mundshme ka ndikuar që Fondi të mos bëjë vlerësim të duhur të nevojave për Buxhetim.

Mos mbajtja e të dhënave në formë të duhur ka ndikuar që identifikimi i obligimeve të jetë pothuajse i pamundur. FSSh nuk ka një metodologji efektive të mbajtjes së shënimeve për çdo pacient që nga momenti i aplikimit e deri te hapi final i procesit e që është pagesa. Është e pamundur të identifikohet me një numër gjurmues unik një pacient dhe i njëjti të identifikohet sa herë ka aplikuar dhe sa herë i është paguar trajtimi dhe rrjedhimisht sa është pagesa totale nga aprovimet që i janë bërë. Në mungesë të një data baze kompakte, procesi i raportimit të detyrimeve rrezikon të jetë i pasaktë dhe jo i plotë.

Rritja e detyrimeve të papaguara me theks të veçantë në vitin 2022 të cilat u rritën me gati 75% krahasuar me detyrimet e një viti më parë është shqetësuese, pasi që mund të ndikojnë në buxhetin e viteve pasuese. Mos regjistrimet e detyrimeve kontingjente me kohë ndikojnë në stabilitetin financiar të Fondit sepse përfaqësojnë detyrime të mundshme në të ardhmen që mund të materializohen dhe Fondi nuk ka mjetet e nevojshme në dispozicion për pagimin e këtyre detyrimeve. Mungesa e një metodologjie efektive për mbajtjen e të dhënave të pacientëve dhe përcjelljen e pagesave ka rezultuar në raportim jo të plotë dhe të pasaktë të detyrimeve. Kjo mund të krijojë konfuzion dhe pasiguri në lidhje me detyrimet aktuale të Fondit dhe mund të çojë në keqinterpretim të pasqyrave financiare. Kjo po ashtu ka ndikuar në vlerësime jo të duhura të nevojave buxhetore në secilin vit përkatës.

### **3.2.3 Nuk është bërë barazimi financiar i pagesave me spitalet**

*Në mënyrë që Fondi të jetë sa më efektiv në shpenzimin e parasë publike, duhet të barazohet me spitalet pas përfundimit të trajtimit të pacientëve.*

Fondi ka dështuar të bëjë barazimet financiare me institucionet shëndetësore në të cilat janë trajtuar pacientët ndër vite. Pavarësisht që ishte krijuar një komision i barazimeve, prapë se prapë nuk ishte arritur të bëhej barazimi me të gjitha institucionet shëndetësore dhe nuk janë identifikuar të gjitha mjetet e lira nëpër këto institucione. Si rezultat i kësaj, vlera të caktuara financiare kanë mbetur të pa definuara.

Fondi trajton dhe analizon të gjitha aplikimet e pacientëve. Mënyra e trajtimit të aplikacioneve, ndryshon varësisht nëse aplikacioni për trajtim është me status urgjent apo të rregullt. Në rastet kur pacienti është i rregullt pagesa bëhet me pro-faturë/çmim referent dhe është parapagim. Në rastet kur pacienti është rast urgjent, pagesa bëhet me faturë dhe pas përfundimit të trajtimit të pacientit.

Barazimi financiar me spitalet ndaj të cilëve është bërë pagesë bëhet vetëm për rastet e rregullta pasi që pagesa bëhet pa u ditur vlera e saktë e trajtimit. Prandaj, hapi i barazimit është i domosdoshëm sepse siguron që parapagimet e realizuara nga Fondi nuk janë më të larta se sa kosto e trajtimeve mjekësore.

Nga 151 raste/aplikacione me status të rregullta të audituara, për 114 raste ishin kryer aprovimi dhe pagesa duke u bazuar në pro-fatura/çmime referente. Nga këto raste, Fondi kishte arritur të sigurojë fatura vetëm për 12 prej tyre. Për pjesën tjetër të pagesave, Fondi nuk ka pranuar fatura dhe rrjedhimisht nuk ka arritur të kryej procesin e barazimit me spitalet.

Tabela 5: Numri i rasteve me faturë dhe pa faturë

Përshkrimi	Total raste të rregullta- Pagesa e ekzekutuar me pro-faturë	Pa faturë	Me faturë
Numri i rasteve	114	102	12
Shuma e pagesave	1,578,774 €	1,350,626 €	228,148 €

Sikurse shihet nga tabela më sipër, për 102 rastet pa faturë, nuk është bërë barazimi i shumës, pra shuma prej 1,305,626 euro ka mbetur e pa barazuar në spitale të ndryshme dhe Fondi dhe nuk dihet nëse ka ndonjë mjet të pashfrytëzuar. Ndërsa sa i përket pjesës me fatura, kjo vlerë është paguar aq sa edhe janë faturat.

Vetëm nga rastet që ishin pjesë e mostrës së auditimit për periudhën 2019-2022 rezulton se mbi 89% e pagesave të realizuara nuk kanë ende fatura edhe përkundër faktit se jemi në gjysmën e dytë të vitit 2023 dhe pagesat në fjalë u takojnë viteve 2019-2022.

Vonesa kaq të gjata për sigurimin e faturave tregojnë se Fondi nuk ka arritur të sigurojë një mekanizëm efektiv me anë të cilit përcjellë, monitoron dhe kontrollon procesin në mënyrë që të obligojë pacientët që të sjellin faturën apo institucionet që të pranojnë të barazohen. Fondi përveç që e ka të pamundur të dijë vlerat e sakta të kostos së trajtimit nuk ka instaluar asnjë mekanizëm që do të mundësonte të kryhen barazimet me spitalet.

Mosarritja e barazimit me spitalet ka ndikim financiar direkt në buxhetin e dedikuar për Programin, duke reduktuar mundësinë e trajtimit të një numri më të madh të pacientëve që plotësojnë kriteret për përfitim nga ky Program. Mos barazimet njëkohësisht rrisin rrezikun që fondet e paguara mos të jenë reale, rrjedhimisht lë hapësirë për keqpërdorime të mundshme të tyre.

Lidhur me këtë problematikë, në vitin 2019 ishte formuar komisioni për barazime financiare. Detyrë e këtij komisioni ishte barazimi i pagesave të realizuara nga ana e Fondit kundrejt spitaleve.

Komisioni për barazime ka arritur të identifikojë mjetet e lira vetëm për pagesat e realizuara në spitale të Kosovës. Nga mjetet e paguara në këto spitale (në vlerë 2,119,985 euro), Komisioni

kishte identifikuar mjeteve të lira në shumë prej 408,810 euro. Për periudhën 2019-2022, Bordi kishte aprovuar raste të rregullta në shumë 12,858,691 euro, ndërsa komisioni kishte arritur të barazojë vetëm 16,4% të shumës së aprovuar nga Bordi.

Tabela 6: Rastet e rregullta të aprovuara nga Fondi për periudhën 2019-2022

Emërtimi	Përshkrimi	Shuma (€)	Shuma e mjeteve të barazuara nga Fondi (mjete të lira) (€)	Vendi
A	Shuma e vendimeve të aprovuara 2019-2022 (rregullta)	12,858,691	-	Kosovë dhe jashtë Kosovës
B	Barazimet me spitale për vitet 2019-2022	2,119,985	408,810	Kosovë
C	Shuma e pagesave që nuk është trajtuar për barazim (A-B)	10,738,706		
Vlera totale e mjeteve të barazuara për periudhën 2019-2022- ME raport të nënshkruar		408,810		
Vlera totale e mjeteve të barazuara për periudhën 2019-2022-NUK ka raport të nënshkruar		117,176		Kosovë dhe Shqipëri

Nga tabela më sipër shihet se Komisioni ka arritur të kryejë barazimet vetëm për rastet e pacientëve që janë trajtuar në spitalet private në Kosovë, por nuk kanë arritur që të identifikojnë mjete të lira dhe të barazojnë fondet për trajtimet që janë kryer në spitalet jashtë territorit të Kosovës. Sa i përket spitaleve në shtetin e Shqipërisë, Komisioni kishte arritur të identifikojë disa mjete të lira, por që spitalet respektive nuk kanë pranuar të barazohen. Kjo sepse Fondi nuk kishte paraparë ndonjë mjet ligjor obligues për spitalet në rastet e përfundimit të trajtimit nga pacientët. Rrjedhimisht, spitalet nuk kishin gatishmërinë që t'i përgjigjen kërkesave të Fondit për barazime pasi që nuk kanë ndonjë obligim ligjor por është vetëm në vullnetin e tyre ky proces.

Komisioni i barazimeve ende nuk ka arritur të identifikojë se sa është vlera e mjeteve që janë paguar më tepër se sa ishte e nevojshme, prandaj edhe nuk ka arritur të ktheje mbrapa mjetet e tepërta të paguara kundrejt spitaleve jashtë shtetit të Kosovës.

Duke qenë se komisioni për barazime nuk ka arritur të barazohet me spitalet jashtë Kosovës, shihet se Fondi nuk ka gjetur mekanizëm efikas dhe funksional me të cilin do të mund të arrinte të kryejë barazimet duke identifikuar nëse ka mjete të lira dhe duke i kthyer ato për t'i shfrytëzuar për përmbushjen e qëllimeve që dalin nga Programi. Pra Fondi pasi që të kryejë parapagimet nuk ka më kontroll në mjetet e mundshme të lira.

Mos barazimi i Fondit me spitalet dhe mos identifikimi i mjeteve të lira zvogëlon disponueshmërinë e fondeve për trajtimin e një numri më të madh pacientësh që plotësojnë kriteret për të përfituar nga Programi. Kjo mund të çojë në pabarazi të mundshme për qasje në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe të kufizojë aftësinë e Fondit për të përmbushur misionin e tij për ofrimin e kujdesit shëndetësor për ata që kanë nevojë. Pamundësia për të identifikuar dhe barazuar fondet e lira do të thotë që Fondi nuk po i shpërndan në mënyrë efikase burimet e tij. Pamundësia e Komisionit të Barazimit për të barazuar një pjesë të konsiderueshme të shumave të miratuara (vetëm 16.4%) ngre pikëpyetje në lidhje me efikasitetin dhe efektivitetin e tij. Roli i komisionit është vendimtar në sigurimin e informacioneve rreth mjeteve të lira nëpër institucionet e ndryshme private shëndetësore. Si përfundim, gjetjet theksojnë rëndësinë e krijimit të një mekanizmi efikas dhe funksional për barazimin me spitalet për të siguruar shpërndarje të drejtë dhe efektive të burimeve brenda Programit.

## Konkluzionet

Fondi dhe Bordi nuk kishin trajtuar të gjithë pacientët në mënyrë të barabartë dhe nuk kishin marrë masa për trajtimin e problemeve të vazhdueshme dhe të përsëritura vit pas viti. Gjatë viteve 2019-2022, kishte praktika të ndryshme dhe jo konsistente në vlerësimin dhe trajtimin e aplikuesve. Ky ndryshim i vazhdueshëm i praktikave nuk ishte dokumentuar dhe për më tepër çdo praktikë e ndryshuar kishte efektet e saj negative tek pacientët. Gjatë gjithë ciklit të këtij Programi kishte mungesë të theksueshme të kontrolleve të brendshme dhe nuk kishte ndarje të qartë të roleve dhe përgjegjësive të Komisioneve Konziliare, Bordit Ekzekutiv dhe Fondit. Mos funksionimi i duhur ka lënë vend që të ketë të gjitha këto mangësi dhe të njëjtat të përsëritën ndër vite.

Ani pse në shumë pika Udhëzuesi nuk jep informacione të qarta dhe lë vend për interpretime të ndryshme, aprovimet prapë ishin bërë në mënyra të ndryshme për raste të njëjta, pra ishin përdorur standarde të ndryshme për të trajtuar aplikimet e ngjashme. Ishin aprovuar lëndë në mungesë të dy pro-faturave edhe pse kjo kërkesë do të duhej të zbatohet vetëm në rastet kur diagnoza nuk ka çmime referente në Udhëzues. Pavarësisht që Fondi ka praktikuar të kërkojë nga dy pro-fatura për të gjithë pacientët, as këtë kriter nuk e ka aplikuar njëjtë për të gjitha rastet, pra ka aprovuar kërkesa me vetëm një pro-faturë. Gjysma e mostrave të audituara nuk kishin nga dy pro-fatura.

Bordi kishte mungesë konsistence në shumatat e aprovuara për mbulim të trajtimit. Ishin aprovuar shuma të cilat ishin bazuar në çmimet referente të Udhëzuesit ndërsa kishte shuma të aprovuara edhe të bazuara në çmimin e pro-faturës më të lirë, kjo pa sqarime shtesë se në cilën pikë të shtojcës dhe cilës diagnozë në Udhëzues janë referuar dhe pse kanë zgjedhur çmimin e caktuar. Po ashtu, kishte trajtim të ndryshëm sa i përket kriterit të aprovimit të pacientëve nën moshën 18 vjeçare, të cilëve, pavarësisht që do duhej t'i mbulohej 100% e pro-faturës më të lirë, Bordi i'u kishte aprovuar vetëm shumën prej 30,000 euro, shumë kjo maksimale që lejohet për moshën mbi 18 vjeçare, rrjedhimisht Bordi nuk ka aplikuar kriterin e duhur në këtë rast. Lëshime në vlerësime kishte edhe në aprovimin e pacientëve me status të veçantë, të cilëve po ashtu i'u mbulohej 100% e shumës, mirëpo Bordi nuk kishte aprovuar shumën e plotë të pro-faturës më të lirë.

Gjatë aprovimeve, Bordi nuk kishte respektuar afatet kohore të parapara në Udhëzues. Ani pse në rastet e rregullta raporti konziliar i pacientit nuk do duhej të ishte më i vjetër se gjashtë muaj, Bordi ka pranuar dhe i ka aprovuar kërkesat edhe përtej atij afati. Ndërsa në rastet urgjente raporti konziliar nuk do duhej të ishte më i vjetër se 72 orë, megjithatë Bordi ka proceduar me aprovim të lëndëve duke mos e respektuar këtë kriter. Vendime me trajtime të dyfishta kishte edhe sa i përket trajtimit të rasteve të rregullta si urgjente dhe atyre urgjente si të rregullta. Në mungesë të konsistencës në aprovimin e lëndëve, vlerësimet e aplikimeve nuk kishin qenë gjithmonë në favor dhe për të mirën e pacientit. Mungesa e konsistencës në vlerësime të lëndëve ka ndikuar edhe në buxhetin e Fondit dhe në destinimin jo të duhur të këtyre mjeteve, pasi që

rastet e trajtuara si raste të rregullta kur nuk janë të tilla, nënkupton parapagim të mjeteve pa e ditur koston e saktë të trajtimit të pacientit. Ndërsa trajtimi i rasteve si urgjente kur nuk janë të tilla, ndikojnë që Fondit t'i rriten obligimet para se të ndodhë trajtimi i pacientit.

Në mungesë të mekanizmave konkret ligjor, Fondi kishte dështuar që të sigurohet që palët tjera qoftë pacienti, qoftë institucioni ku trajtohet pacienti janë përgjegjës në çfarëdo forme kundrejt Fondit, pasi që të përfundoj trajtimi. Me anë të fletë-zotimit, dokument i përdorur si garanci financiare për mbulimin e shpenzimeve, Fondi hyn në obligime, pa e ditur koston e pritshme. Si rezultat i mungesës së analizave apo themelimit të bashkëpunimeve me institucionet shëndetësore në të cilat janë trajtuar pacientët, fletë-zotimet janë pranuar si dokument garancie vetëm nga shteti i Turqisë. Kjo ka ndikuar që Fondi të mbuloj kryesisht shpenzime për pacientë që trajtohen në Turqi, gjë që rrezikon që çmimet e trajtimit për këta pacientë të jenë jo reale, përderisa nuk ka konkurrencë nga institucionet tjera shëndetësore.

Në mungesë të koordinimit dhe bashkëpunimit ndërmjet komisioneve konziliare, Komisionit të Vlerësimit dhe Bordit ishin aprovuar lëndë me diagnoza që nuk mbulohehin me shtojcën 1 të "Udhëzimit Administrativ për trajtimin e pacientëve jashtë institucioneve shëndetësore publike". Mirëpo, nuk ishte përdorur standardi i njëjtë për të gjithë pacientët, sepse Bordi kishte refuzuar lëndë me arsyetimin që diagnoza nuk është në Udhëzues. Për më tepër, në mungesë të bashkëpunimit, Bordi kishte aprovuar lëndë në të cilat arsyeja e referimit ishin mungesat momentale, pra nuk ishin ndërmarrë masa shtesë për të verifikuar ndryshimin e mundshëm të gjendjes në ISHP. Kjo praktikë mund të shkaktoj paqartësi tek pacientët se cilat diagnoza realisht mbulohej nga Programi dhe të hapësirë për rritjen e referimeve për trajtime jashtë ISHP edhe për rastet të cilat mund të trajtohen në ISHP.

Bordi nuk ka përcjellë një linjë standarde të aprovimeve të lëndëve, duke aprovuar raste me arsye të referimit të cilat nuk ishin në pajtim me qëllimin e funksionimit të Programit. Arsyet e referimit ishin mungesë e materialeve, mungesë e kushteve teknike dhe për më tepër, Fondi dhe Bordi nuk kanë përcaktuar një metodologji me të cilën do të përcillnin situatën në repartet përkatëse dhe të sigurohen që situata është përmirësuar apo jo para aprovimit të këtyre lëndëve, duke e pasur parasysh që shqyrtimi i lëndëve mund të merre kohë me muaj e edhe me vite.

Fondi kishte vonesa në pagesën e faturave të trajtimit mjekësor, sepse për faturat që do të duhej të paguheshin brenda 30 ditësh, nuk kishte arritur t'i paguante as për dy vite. Shuma e faturave të papaguara me kohë nga mostrat e audituara ishte 5,9 milion euro. Vonesa në pagesa kishte edhe për rastet urgjente, raste këto që pas përfundimit të procedurave administrative kishin afat gjashtë muaj për pagesë. Vonesat për këto raste ishin deri në tri vite dhe shuma e tyre ishte 1,4 milion euro. Një menaxhim i tillë i faturave rrezikon që Fondi të hyjë në obligime pa pasur mbulesë apo edhe mund të ndikoj në besueshmërinë kundrejt Fondit dhe spitalet ndaj të cilave ka obligime mund të mos pranojnë pacientë që financohen nga Programi.

Fondi nuk ka arrite të menaxhoj siç duhet detyrimet e bartura nga vitet e mëparshme dhe si rezultat kishte mungesë të buxhetit vit pas viti. Deri në vitin 2022 Fondi nuk kishte evidentuar shumatat me fletë-zotime që janë obligime të mundshme për të dhe si pasojë kishte përfunduar me rritje enorme të detyrimeve kontigjente, të cilat kanë ndikuar që Fondi mos të bëjë vlerësime reale dhe të duhura të nevojave për buxhetim. Mjetet e ndara me ligjin e buxhetit dhe kornizën afatmesme të shpenzimeve nuk ishin thuaja se asnjë vit të mjaftueshme për të mbuluar nevojat e Programit.

Mungesa e mekanizmave që do të përcaktonin përgjegjësitë e përfituesve të Programit, ka ndikuar që Fondi mos të arrijë të identifikojë mjetet e lira në spitale ndaj të cilave ka kryer pagesa. Komisioni për Barazime kishte arritur që këto barazime t'i kryej vetëm me spitalet brenda shtetit të Kosovës. Mos ekzistimi i këtyre mekanizmave ka ndikuar që Fondi mos të ketë njohuri se sa mjete të lira mund të ketë në spitale jashtë Kosovës. Një mos barazim i tillë dhe mos mundësia që mjetet potenciale të lira të shfrytëzohen, ndikojnë drejtë për së drejti në buxhetin e Fondit dhe numrit të mundshëm të pacientëve që mund të përfitojnë nga ky Program. Për më tepër, Fondi nuk kishte arritur të sigurojë faturat për parapagimet e kryera kundrejt spitaleve jashtë Kosovës që nga viti 2019 e deri më tani.

## 5 Rekomandimet

Me qëllim të përmirësimit të procesit të menaxhimit të Programit për trajtimin të pacientëve jashtë institucioneve publike shëndetësore, ne rekomandojmë:

### **Ministrinë e Shëndetësisë që:**

Të sigurohet që rishikimi aktual i Udhëzuesit Administrativ adreson dhe ofron zgjidhje për të gjitha çështjet e identifikuara ndër vite. Udhëzuesi duhet të rishikohet dhe përditësohet për të ofruar informacion më të qartë dhe për të mos lënë vend për interpretime të ndryshme, duke përfshirë edhe përditësimin e listës së patologjive.

### **Bordin Ekzekutiv, që të sigurojnë se:**

- Të gjithë pacientët trajtohen në mënyrë të barabartë duke aplikuar kritere të qëndrueshme dhe gjithëpërfshirëse të vlerësimit dhe aprovimit të rasteve për të gjithë. Kjo do të ndihmojë që rastet të miratohen bazuar në nevojat e tyre mjekësore dhe respektimin e udhëzimeve të përcaktuara;
- Janë krijuar procedura të standardizuara dhe mirë të dokumentuara për vlerësimin dhe trajtimin e aplikimeve. Kjo do të ndihmojë në sigurimin e qëndrueshmërisë në vendimmarrje dhe do të sigurojë një kornizë të qartë për trajtimin e rasteve. Të gjitha ndryshimet në praktika duhet të regjistrohen dhe t'u komunikohen palëve përkatëse të interesit;
- Lista e patologjive të përditësohet dhe të përfshihen diagnozat të cilat realisht nuk mund të trajtohen në Institucionet Shëndetësore Publike dhe të sigurohen që kjo listë përditësohet sipas nevojës, dhe aprovimet të jenë vetëm për diagnozat e përcaktuara me Udhëzues;
- Ka konsistencë në aprovimin e shumave duke u bazuar në limitet dhe kriteret e përcaktuara në Udhëzues;
- Respektohen afatet kohore dhe lëndët aprovohen ashtu siç parasheh Udhëzuesi në mënyrë që vonesat në aprovim të lëndëve mos të ndikojnë edhe në buxhetet e viteve të ardhshme; dhe
- Nuk lëshohen vendime me standarde të dyfishta, mirëpo vlerësohen lëndët drejtë dhe ato të cilat nuk janë për t'u aprovuar të kthehen mbrapa tek komisionet konziliare për plotësim/ndryshim.

**Fondin për Sigurime Shëndetësore, që të siguroj se:**

- Janë ndërmarrë masa që në Udhëzues, të vendosen mekanizma ligjor funksional që obligojnë palët tjera të përfshira në proces t'i përmbahen kërkesave pas përfitimit nga Fondi. Në këtë dokument të mundshëm do të përcaktoheshin zotimet , obligimet dhe çështjet e tjera nga të gjitha palët;
- Është themeluar një mekanizëm i fuqishëm i kontrollit dhe mbikëqyrjes për të monitoruar vendimet e Bordit dhe për të verifikuar që ato përputhen me udhëzimet e vendosura;
- Janë hulumtuar mundësitë e krijimit të partneriteteve me institucione të mundshme ndërkombëtare shëndetësore për të pranuar garancinë financiare të Fondit. Kjo nismë do të mund të nxiste konkurrencë mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe të negociojë potencialisht çmime më konkurruese të trajtimit për të mirën e pacientëve në kuadër të Programit;
- Janë krijuar mekanizma dhe procedura të duhura për të menaxhuar në mënyrë efektive detyrimet e bartura nga vitet e mëparshme. Kjo përfshin regjistrimin e gjitha detyrimeve të mundshme, gjë që do të ndihmonte në parandalimin e rritjes enorme të detyrimeve kontingjente dhe do të mundësonte vlerësimin me të qëndrueshëm dhe më real buxhetor;
- Janë krijuar kanale efektive të komunikimi me spitalet dhe institucionet e kujdesit shëndetësor në mënyrë që të identifikohen të gjitha mjetet e lira dhe të bëhet barazimi me spitalet jashtë vendit; dhe
- Për spitalet ku barazimi nuk është bërë më parë, të nisë negociata për vendosjen e marrëveshjeve të barazimit. Këto marrëveshje duhet të përshkruajnë termat dhe kushtet për barazimin e pagesave dhe sigurimin e trajtimit të drejtë për të gjitha palët e përfshira.

# Shtojca I: Kriteret, fushëveprimi dhe metodologjia auditimit

## Problemi i auditimit

Trajtimet mjekësore që nuk mund të ofrohen në kuadër të IShP vazhdojnë të mbesin një shqetësim për qytetarët dhe banorët e Republikës së Kosovës. Lidhur me funksionimin e Fondit, në vitet e fundit janë raportuar disa problematika, si nga raportet e auditimit të Zyrës Kombëtare të Auditimit (ZKA), ashtu dhe nga mediat e shkruara.

Nga ZKA është raportuar se për vitet 2019-2022 janë identifikuar problemet e njëjta që janë përsëritur, sikurse: mos pagesa e faturave për trajtimet mjekësore brenda afateve ligjore, obligime të pa paguara të bartura nga vitet paraprake, mos arsyetimi i mjeteve financiare që janë shfrytëzuar për trajtimet mjekësore të subvencionuara nga Fondi, mos emërimi i anëtarëve të bordit në Fond për më shumë se një vit, mungesa e kuorumit të bordit për takimet dhe raportimet e rregullta, aprovimi për trajtim i diagnozave që nuk janë në pajtim me shtojcën e udhëzimit administrativ për Fondin, lëshimi i fletë-zotimeve në mungesë të aplikacioneve të plota ( lidhur me kërkesën për dy pro-fatura)<sup>11</sup>. etj.

Po ashtu edhe mediat e shkruara kanë identifikuar situata dhe probleme të ndryshme sikurse janë: dorëheqjet e bordit, borxhet e pa paguara, mungesa e buxhetit për pagesën e borxheve, numri i lartë i qytetarëve që kërkojnë trajtim mjekësor jashtë vendit, mos përditësimi i çmimoreve së Fondit që gjendet në kuadër të udhëzimit administrativ, referimi për trajtime mjekësore që mund të kryhen edhe në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK) sikurse është prishja e pajisjeve të një reparti apo klinike përkundër faktit së e njëjta pajisje ka qenë në funksion në klinikat tjera të QKUK-së, referimi i pacientëve për trajtim jashtë për shkak së ka qenë ditë feste, referimi i pacientëve në mungesë të pajisjeve që kanë qenë në dispozicion nga QKUK por nuk është filluar përdorimi i tyre, trajtimi i rasteve si raste urgjente edhe kur ato nuk janë të tilla, etj<sup>12</sup>.

Probleme dhe sfida janë identifikuar edhe në raportin vjetor të Fondit të vitit 2019 (për vitet tjera nuk ka raporte), sikurse janë: plotësim/ ndryshimi i legjislacionit, përgatitja dhe finalizimi i listës së barnave jashtë-spitalore.

<sup>11</sup> Raportet e Auditimit të rregullsisë nga Zyra Kombëtare e Auditimit (2019-2022)

<sup>12</sup><https://www.koha.net/arberi/329899/qkuk-ja-i-blen-aparaturat-qe-nuk-di-ti-perdore-per-te-njejin-sherbim-fondi-paguan-spitalet-private/>; <https://www.koha.net/arberi/329115/fondi-paguan-spitalet-private-per-sherbimet-qe-mund-ti-kryeje-qkuk-ja/>; <https://kallxo.com/gjate/borxhi-mbi-30-milione-euro-per-plas-ish-drejtorin-me-u-d-drejtorin-e-fondit-per-sigurimin-shendetesor/>; <https://www.dukagjini.com/afro-2-mije-qytetare-kerkuan-mbeshetetje-financiare-per-trajtim-mjekesore-jashte-vendit-gjate-dy-viteve-te-fundit/>; <https://teve1.info/lajmet/dorehiqet-bordi-per-trajtimin-mjekesor-jashte-institucioneve-shendetesore-publike/>

## Kriteret e auditimit<sup>13</sup>

Kriteret e auditimit që kanë shërbeyer për vlerësimin e objektives së paraparë për këtë auditim janë bazuar në Ligjin nr. 04/L-125 për Shëndetësi, Udhëzimi Administrativ nr. 03/2017 për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike dhe Rregullat e Thesarit.

- Divizioni për PTMJIShP nuk duhet të bëjë kompensim për aplikacionet e pacientëve të cilët tashmë janë trajtuar;
- Të gjitha aplikacionet duhet të përmbajnë:
  - kopjen e letërnjoftimit apo pasaportës , ndërsa për pacientët nën moshën 18 vjeçare kërkohet kopja e certifikatës së lindjes;
  - Aplikacioni duhet të përmbajë raportin e komisionit konziliar në origjinal të nënshkruar dhe të vulosur nga anëtarët e komisioneve përkatëse dhe udhëheqësit/drejtorët e klinikave, me vlefshmëri gjashtë muaj nga data e lëshimit me diagnozë të shënuar sipas ICD 10;
  - Dy pro-fatura nga dy institucione shëndetësore ku mund të ofrohet shërbimi shëndetësor, ku së paku njëra duhet të jetë nga vendi; pro-faturat kërkohen për raste kur nuk ka çmime referente për diagnozat e përcaktuara në Udhëzimin Administrativ;
  - Dëshmia/dokumenti i lëshuar nga organet kompetente për pacientët me status të invalidit të luftës, anëtarët e ngushtë të familjes së dëshmorëve, personat me aftësi të kufizuara dhe pacientët përfitues të ndihmës sociale, të cilët janë përfitues të kompensimit prej 100% (më saktë lirohen nga obligimi i bashkë pagesës);
- Për rastet jo urgjente - trajtimi mjekësor duhet të filloj pas përfundimit të procedurave të aplikimit dhe aprovimit të Bordit dhe nëse Bordi konstaton që pacienti ka filluar trajtimin pa përfunduar në tërësi procedurat administrative, duhet të anulohen veprimet e ndërmarra për shqyrtimin e aplikacionit;
- Shuma e mbuluar e trajtimit duhet të aprovohet nga Drejtori i Fondit dhe nuk duhet të kaloj vlerën 30,000 euro brenda një viti kalendarik;
- Fondi duhet që konform buxhetit për PTMJIShP të ekzekutoj aplikacionet e aprovuara nga Bordi;
- Sipas dispozitave të Neni 39 të LMFPP, obligim i vonuar për pagesë i organizatës buxhetore konsiderohet fatura e cila nuk është paguar 30 ditë pas pranimit të faturës; dhe
- Fondi duhet të barazohet me spitalet pas përfundimit të trajtimit të pacientëve.

## Fushëveprimi i auditimit

Ky auditim ka përfshirë periudhën 2019-2022 që nga aplikimet e bëra nga pacientët potencial e deri tek mbyllja apo barazimi me spitalet përkatëse për këta pacient. Subjekt i këtij auditimi

<sup>13</sup> Për më shumë informata konsultoni ISSAI 300, Criteria, p.7

është Fondi me theks departamenti i shërbimeve shëndetësore në kuadër të së cilit është divizioni për PTMJIShP.

Për të dhënë konkluzione të sakta janë testuar aplikacionet për të vlerësuar të gjitha nivelet që kalojnë, nëse këto aprovime janë vetëm për sëmundjet të cilat mbulohe nga Fondi. Ky auditim do të mbulojë edhe pjesën e menaxhimit financiar siç janë kryerja e pagesave brenda afateve kohore, menaxhimi i obligimeve të bartura ndër vite, arsyet e mundshme të mos pagesës së obligimeve dhe do të testohen barazimet që janë bërë me spitalet në të cilat janë trajtuar pacientët.

### **Metodologjia e auditimit**

Metodologjia e auditimit ka përfshirë ekzaminimin e të gjithë dokumentacionit duke filluar nga aplikacionet e pacientëve, procesin e referimit nga kolegji i mjekëve në QKUK, aplikimin e qytetarëve për subvencionim të mjekimit jashtë vendit, procedurat e vendimit për aprovim/refuzim të kërkesës, analizimin e përmbushjes së dokumentacionit të nevojshëm për aprovim të trajtimit jashtë, procedurat e evidentimit të pagesave, mënyra e pagesës dhe barazimit me spitalet që janë trajtuar pacientët. Për një numër të mostrave, janë ekzaminuar edhe faturat e pranuar, pagesat, raportet për barazime dhe obligimet e raportuara.

Më në detaje, metodologjia e përdorur është:

- Analizimi i kornizës ligjore rregulluese: Ligji për Sigurime Shëndetësore, Udhëzimi Administrativ (QRK) NR. 03/2017 për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike, Rregullore (QRK) NR. 17'
- Analizimi i dosjeve të pacientëve dhe krahasimi i tyre nëse përmbushin kërkesat e rregullores;
- Analizimi i dosjeve të pacientëve dhe krahasimi i tyre me kriteret e mbulimit të shpenzimeve;
- Analizimi dhe krahasimi i pagesave kundrejt vendimeve për aprovim ;
- Matja e kohës së shpenzuar për marrje të vendimeve të Bordit për aprovim;
- Analizimi dhe krahasimi i raporteve përmbledhëse të Fondit kundrejt masave/veprimeve që janë marrë në rastet e vonesave të aplikacioneve;
- Analizimi i faturave, pagesa dhe identifikimi i shkaqeve për rastet ku pagesat nuk janë kryer; dhe
- Analizimi dhe krahasimi i raporteve të barazimeve ndërmjet Fondit dhe spitaleve përkatëse ku janë kryer shërbimet.

## Shtojca II Letër konfirmimet

REPUBLIKA E KOSOVES-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVES-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVLJA-MINISTRY OF HEALTH		
Njesia Org:	Nr. Prot:	
Org. Jeshmja:	Prirj. Prot:	
Org. Unit:	Prot. No.:	
	01	05-5202
Nr. faqeve:	Data:	
Br. stranic:	Datum:	24/08/2023
No. pages:		-1-
		Prishtinë / a

### LETËR E KONFIRMIMIT

Për pajtueshmërinë me gjetjet e Auditorit të Përgjithshëm për raportin “Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike “

Për: Zyrën e Kombëtare të Auditimit

Të nderuar,

Përmes kësaj shkrese, konfirmoj se:

- kam pranuar draft raportin e Zyrës Kombëtare të Auditimit për auditimin “Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike “ (në tekstin e mëtejshëm “Raporti”);
- pajtohem me gjetjet dhe rekomandimet dhe nuk kam ndonjë koment për përmbajtjen e Raportit; si dhe
- brenda 30 ditëve nga pranimi i Raportit final, do t’ju dorëzoj një plan të veprimit për implementimin e rekomandimeve, i cili do të përfshijë afatet kohore dhe stafin përgjegjës për implementimin e tyre.

Ministri i Shëndetësisë, Dr. Arben Vitia

Data: 24.08.2023





REPUBLIKA E KOSOVËS-REPUBLIKA KOSOVA REPUBLIC OF KOSOVO	
FONDI I SIGURIMIT SHËNDETËSOR FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE HEALTH INSURANCE FUND	
Njësia Org: Org. Jedinica Org. Unit:	FSSH
Nr. Prot. Broj Prot. Prot. No.:	1520
Nr. i faqëve Brstavnica No. pages:	- 1 -
Data Datum Date:	23.08.23
PRISHTINË - PRIŠTINA - PRISTINA	

Republika e Kosovës  
Republika Kosova-Republic of Kosovo  
Qeveria - Vlada - Government

Fondi për Sigurim Shëndetësor/Fond Zdravstveno Osiguranja/Health Insurance Fund

LETËR E KONFIRMIMIT

Për pajtueshmërinë me gjetjet e Auditorit të Përgjithshëm për raportin “Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike “

Për: Zyrën e Kombëtare të Auditimit

Të nderuar,

Përmes kësaj shkrese, konfirmoj se:

- kam pranuar draft raportin e Zyrës Kombëtare të Auditimit për auditimin “Efektiviteti i Programit për Trajtimin e Pacientëve Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike “ “ (në tekstin e mëtejme “Raporti”);
- pajtohem me gjetjet dhe rekomandimet dhe nuk kam ndonjë koment për përmbajtjen e Raportit; si dhe
- brenda 30 ditëve nga pranimi i Raportit final, do t’ju dorëzoj një plan të veprimit për implementimin e rekomandimeve, i cili do të përfshijë afatet kohore dhe stafin përgjegjës për implementimin e tyre.

Bujar Kaçuri

Zv Drejtor,

Fondi për Sigurim Shëndetësor

Data: 23.08.2023



Zyra Kombëtare e auditimit | Lagja Arbëria | Rr. Ahmet Krasniqi, 210 | 10000 Prishtina,  
Republika e Kosovës