

RREGULLORE
Nr. 2666/1, datë 21.6.2022

**PËR KRITERET, RREGULLAT DHE PROCEDURAT E LËSHIMIT TË
RAPORTEVE MJEKËSORE ELEKTRONIKE PËR PAAFTËSITË E PËRKOHSHME
PËR PUNË, PËR BARRËLINDJE DHE PËR AKSIDENTE NË PUNË E SËMUNDJE
PROFESIONALE**

Në mbështetje të neneve 21, 22, 23, 27, 28, 47 dhe 75, të ligjit nr. 7703, datë 11.5.1993, “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar; të ligjit nr. 7961, datë 12.7.1995, “Kodi i Punës i Republikës së Shqipërisë”, të ndryshuar; të ligjit nr. 10 107, datë 30.3.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar; të ligjit nr. 10237, datë 18.2.2010, “Për sigurinë dhe shëndetin në punë”, të ndryshuar; të VKM-së nr. 495, datë 13.9.2017, “Për miratimin e rregullave të përfitimit të shërbimeve publike elektronike”; të VKM-së nr. 419, datë 4.7.2018, “Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor”; të VKM-së nr. 503, datë 24.6.2020, “Për mënyrën e administrimit të informacionit elektronik shëndetësor”, dhe të urdhrit nr. 493, datë 2.7.2019, “Për sistemin e referimit dhe tarifat e shërbimit shëndetësor publik”, Instituti i Sigurimeve Shoqërore dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale miratojnë këtë rregullore:

KREU I
TË PËRGJITHSHME

Neni 1
Objekti dhe qëllimi

1. Objekt i rregullores “Për kriteret, rregullat dhe procedurat për lëshimin e raporteve mjekësore elektronike për paaftësi të përkohshme për punë, për barrëlindje dhe për aksidente në punë e sëmundje profesionale” (në vijim rregullorja), janë raportet mjekësore elektronike për paaftësi të përkohshme për punë, për leje barrëlindjeje dhe për aksidente në punë e sëmundje profesionale që lëshohen me efekt përfitimi sipas përcaktimeve të Kodit të Punës dhe të ardhurave të parashikuara në ligjin për sigurimet shoqërore.

2. Qëllimi i rregullores është përcaktimi i kriterëve për lëshimin e raporteve mjekësore elektronike, për paaftësi të përkohshme për punë, për leje barrëlindjeje dhe për aksidente në punë e sëmundje profesionale, përcaktimi i rregullave dhe i procedurave që do të ndiqen e do të zbatohen nga mjekët përgjegjës dhe Komisioni Mjekësor për lëshimin e tyre.

Neni 2
Fusha e zbatimit

Rregullorja është e detyrueshme për zbatim nga mjeku i familjes, mjekët specialistë në komisionet mjekësore sipas përcaktimeve në këtë rregullore, mjekët në spitalet publike e jopublike të licencuara, Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, drejtoritë rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, njësitë vendore të kujdesit shëndetësor, Instituti i Sigurimeve Shoqërore dhe strukturat rajonale në varësi të tij.

Neni 3

Përkufizime

Termat dhe emërtimet e përdorura në këtë rregullore kanë kuptimin si vijon:

- a) “Sigurim shoqëror i detyrueshëm” mbrojtje që ju ofrohet personave të punësuar, në rastin e pakësimit të të ardhurave si pasojë e barrë lindjes, paaftësisë së përkohshme në punë për shkak të sëmundjeve të përgjithshme, aksidentit në punë dhe sëmundjeve profesionale, pleqërisë, invaliditetit dhe humbjes së mbajtësit të familjes, si dhe personave të tjerë ekonomikisht aktivë (punëdhënësi dhe të vetëpunësuarit), në lidhje me barrë lindjen, pleqërinë, invaliditetin dhe humbjen e mbajtësit të familjes;
- b) “Raport mjekësor elektronik” dokument elektronik mjekësor standard, i plotësuar dhe i lëshuar nëpërmjet sistemit *e-Raporte* nga mjeku i familjes, mjekët specialistë dhe anëtarët e Komisionit Mjekësor, sipas përcaktimit në këtë rregullore;
- c) “Raport mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë” është dokumenti elektronik mjekësor, që lëshohet/plotësohet nga mjeku i familjes, mjekët specialistë dhe anëtarët e Komisionit Mjekësor që dëshmon e vërteton gjendjen shëndetësore të të punësuarit për një periudhë të caktuar kohore;
- d) “Raport mjekësor për leje barrë lindjeje” dokument elektronik mjekësor me periodha të caktuara kohore, që i lëshohet gruas së siguruar për pushim paralindjeje, paslindjeje, si dhe për kujdes ndaj fëmijës, babait të fëmijës, birësueses apo birësuesit për kujdes ndaj fëmijës;
- e) “Raport mjekësor për aksidente në punë” dokument elektronik mjekësor që i lëshohet të punësuarit, i cili pëson aksident në punë, ose për shkak të punës, që nuk fillon nga sëmundje të përgjithshme, që ka shkaktuar paaftësi të përkohshme ose të përhershme për punë;
- f) “Raport mjekësor për sëmundje profesionale” dokument elektronik mjekësor që i lëshohet të punësuarit për sëmundje të shkaktuara si rezultat i ekspozimit ndaj dëmtuesve, që rrjedhin nga veprimtaria e punës;
- g) “Komisioni Mjekësor (KM)” përbëhet nga mjekë specialistë të cilët vlerësojnë gjendjen shëndetësore të të sëmurit dhe rekomandojnë trajtimin mjekësor, sipas specialitetit të tyre, dhe aftësinë për punë të tij;
- h) “Sistemi informatik i raporteve mjekësore elektronike dhe dokumenteve që vërtetojnë gjendjen shëndetësore të shtetasve (*e-Raporte*)” është sistem informatik nëpërmjet të cilit profesionistët e shëndetësisë lëshojnë dokumente mjekësore me nënshkrim elektronik, sipas legjislacionit në fuqi, lidhur me gjendjen shëndetësore të shtetasve, sipas procedurave dhe rregullave të përcaktuara.

KREU II

TIPAT E RAPORTEVE MJEKËSORE ELEKTRONIKE, KRITERET DHE PROCEDURA E LËSHIMIT TË TYRE

Neni 4

Paafhtësia e përkohshme në punë dhe tipat e raportit mjekësor elektronik

1. Paaftësia e përkohshme në punë si pasojë e sëmundjeve të përgjithshme të personit të punësuar vërtetohet vetëm me raport mjekësor elektronik të lëshuar nga mjekët e institucioneve shëndetësore publike, si dhe duke marrë në shqyrtim epikrizat nga mjekët në institucionet shëndetësore jopublike të licencuara, me shtretër.
2. Raportet mjekësore elektronike janë dokumente elektronike standarde, të plotësuara dhe të lëshuara nga mjeku i familjes, mjekët specialistë dhe anëtarët e Komisionit Mjekësor (në vijim KM), në bazë të ekzaminimeve dhe konsultave mjekësore, të cilët vërtetojnë gjendjen aktuale shëndetësore të të sëmurit për një periudhë të caktuar kohore.

2.1 Raportet mjekësore elektronike plotësohen dhe lëshohen nga mjekët përgjegjës vetëm nëpërmjet sistemit informatik të raporteve mjekësore elektronike dhe dokumenteve që vërtetojnë gjendjen shëndetësore të shtetasve (në vijim *e-Raporte*), sipas procedurave dhe rregullave të përcaktuara. Në varësi të diagnozës, shkakut të saj, raportet mjekësore elektronike janë 5 tipash:

a) raport për paaftësi të përkohshme në punë për sëmundje të përgjithshme që paguhen nga punëdhënësi;

b) raport për paaftësi të përkohshme në punë, për sëmundje të përgjithshme që paguhen nga sigurimet shoqërore;

c) raport për paaftësi të përkohshme në punë, për aksidente në punë dhe sëmundje profesionale;

ç) raport për leje barrë lindjeje;

d) raport për kompensim në rast sëmundjeje ose shtatzënie kur ndryshon vendi i punës.

3. Mjekët e spitaleve publike dhe jopublike, si dhe anëtarët e KM, në procesin e lëshimit të raporteve mjekësore elektronike për të sëmurin, bazohen në “Kriteret klinike orientuese për caktimin e paaftësisë së përkohshme në punë”.

Neni 5

Raport për paaftësi të përkohshme në punë për sëmundje të përgjithshme që paguhen nga punëdhënësi

1. Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë, për shkak të sëmundjeve të përgjithshme, lëshohet nga mjeku i familjes, ku ka kartelën personale i punësuar, me afat nga 1 deri në 14 ditë pushim.

2. Mjeku specialist, mjeku stomatolog dhe mjekët specialistë/primar në turn të shërbimeve të urgjencës mjekësore pajisin të sëmurin me rekomandim, me qëllim lëshimin e raportit mjekësor sipas pikës 1 të këtij neni. Rekomandimi duhet të përmbajë diagnozën, të jetë i nënshkruar nga mjeku dhe institucioni ku është kryer akti dhe të dorëzohet pranë mjekut të familjes së bashku me ekzaminimet/analizat e kryera. Dokumentet mjekësore përfshihen te kartela personale e pacientit pranë mjekut të familjes.

Neni 6

Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë, për sëmundje të përgjithshme që paguhen nga sigurimet shoqërore dhe periudha e përfitimit

1. Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme për sëmundje të përgjithshme në punë pas ditës së 14-të, lëshohet nga KM. Referimi në KM bëhet sipas sistemit të referimit në shërbimin shëndetësor publik.

1.1 Kur i punësuar shtrohet për mjekim në institucionet shëndetësore publike ose jopublike të licencuara, raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë lëshohet nga mjeku që nënshkruan epikrizën e pacientit dhe shefi i shërbimit, në një periudhë deri në 60 ditë nga dita e shtrimit në institucionin shëndetësor, sipas gjendjes shëndetësore të përcaktuar në “Kriteret klinike orientuese për paaftësi të përkohshme në punë”.

1.2 Kur i punësuar është duke u trajtuar me kimioterapi ose radioterapi, i cili ka kryer ose jo ndërhyrje për sëmundjen bazë, ka të drejtën për t’u pajisur me raport të paaftësisë së përkohshme në punë nga mjekët specialistë të shërbimit përkatës.

1.3 Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë, për persona të vendosur në karantinë mjekësore, lëshohet sipas përcaktimeve në legjislacionin në fuqi për sëmundjet infektive.

2. Afati i raportit mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë për sëmundje të përgjithshme mund të zgjatet nga Komisioni Mjekësor deri në 6 muaj nga data e lindjes të së drejtës së trajtimit me raport mjekësor.

3. Pas përfundimit të periudhës 6-mujore, periudha e përfitimit mund të zgjatet përjashtimisht 3 muaj të tjerë, në rast se komisioni i mjekëve ekspertë (KMCAP) provon që personi i punësuar do të shërohet në këtë periudhë dhe nuk do të deklarohet invalid.

4. Periudha e përfitimit të paaftësisë së përkohshme nga sëmundja për ata që marrin pension invaliditeti të pjesshëm është deri në tre muaj nga data e lindjes të së drejtës së trajtimit me raport mjekësor.

5. Periudha e përfitimit të paaftësisë së përkohshme nga sëmundja për punonjësit sezonal dhe të përkohshëm, të cilët kanë qenë të punësuar të paktën 3 muaj në 12 muajt e fundit, është deri në 75 ditë.

Neni 7

Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë të të sëmurëve që mjekohen jashtë Republikës së Shqipërisë

1. I punësuar i që trajtohet për probleme shëndetësore jashtë Republikës së Shqipërisë pajiset me raport mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë me prapaveprim nga KM, në bazë të vërtetimit të lëshuar nga Komisioni i Qendrës Spitalore Universitare i cili ka vendosur dërgimin e të sëmurit jashtë shtetit.

2. Të drejtën për t'u pajisur me raport mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë e ka dhe i punësuar i cili trajtohet jashtë Republikës së Shqipërisë, me shpenzimet e tij, në institucionet publike ose jopublike, në bazë të dokumenteve mjekësore zyrtare, të përkthyer dhe noterizuara, që vërtetojnë diagnozën dhe trajtimin.

3. Mjeku i familjes pranon dokumentacionin mjekësor që vërteton diagnozën dhe periudhën e trajtimit të qytetarit. Pranimi i dokumentacionit nga mjeku i familjes nënshkruhet elektronikisht dhe Drejtoria Rajonale e Sigurimeve Shoqërore njoftohet nëpërmjet sistemit të Raporteve Mjekësore Elektronike. Brenda 5 (pesë) ditëve pune, Drejtoria Rajonale e Sigurimeve Shoqërore, mbi dokumentacionin mjekësor të pasqyruar në sistem nga mjeku i familjes, pas verifikimit të periudhës së sigurimit për plotësimin e kushteve ligjore për të drejtën e përfitimit, miraton nëpërmjet sistemit *e-Raporte* vijimin e procedurës për vlerësim nga Komisioni Mjekësor, i cili me prapaveprim lëshon nëpërmjet *e-Raporteve*, raportet mjekësore për paaftësi të përkohshme në punë për periudhën e gjithë kohën e trajtimit nga Institucioni Shëndetësor.

Neni 8

Raport për kompensim në rast sëmundjeje ose shtatzënie kur ndryshon vendi i punës

1. I punësuar i që për arsye shëndetësore, me vendim të KM, duhet të ndryshojë vendin e punës, pas ditës së 14-të të trajtimit me raport mjekësor nga mjeku i familjes, ka të drejtë të përfitojë nga sigurimet shoqërore kompensimin e të ardhurave sipas ligjit në fuqi për sigurimet shoqërore.

1.1 Të drejtën e përfitimit sipas pikës 1, të këtij neni, e ka edhe gruaja e siguar e cila me vendim të KM ndryshon vendin e punës për arsye shtatzënie. Ky kompensim i jepet pas ditës së 14-të të trajtimit me raport mjekësor nga mjeku i familjes dhe vetëm në rast se është paguar kontribut për sigurimet shoqërore për një kohë jo më pak se 12 muaj.

2. Shuma e të ardhurave që do të përfitohet për kompensim është e barabartë me diferencën ndërmjet pagës së vendit të punës së mëparshme dhe pagës së vendit të punës së re.

2.1 Kompensimi për të punësuarin nuk mund të jetë më shumë se 50 për qind e mesatares ditore të bazës së vlerësuar neto të gjashtë muajve të fundit nga data e lindjes të së drejtës dhe jepet për një periudhë jo më shumë se 3 muaj gjatë një viti, nga dita e fillimit të sëmundjes, për të cilën është ndryshuar vendi i punës.

2.2 Kompensimi për gruan shtatzënë që ndryshon vendin e punës nuk mund të jetë më shumë se 50 për qind e mesatares ditore të bazës së vlerësuar neto të dymbëdhjetë muajve të fundit, nga data e lindjes të së drejtës për pagesë.

Neni 9

Raporti mjekësor për kujdes ndaj fëmijës së sëmurë

1. I punësuar, nëna, babai ose kujdestari ligjor i cili duhet të kujdeset për fëmijën deri në 14 vjeç të sëmurë, pajiset me raport mjekësor për kujdes ndaj fëmijës me afat deri në 14 ditë gjatë një periudhe 3-mujore.

2. Për nënën, babain ose kujdestarin ligjor i cili duhet të kujdeset efektivisht për fëmijën deri në moshën 14 vjeç, i cili trajtohet jashtë Republikës së Shqipërisë për diagnoza të rënda, pajiset me raport mjekësor për kujdes ndaj fëmijës me prapaveprim, sipas nenit 7 të kësaj rregulloreje, me afat deri në 30 ditë.

Neni 10

Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë për shkak aksidenti në punë, ose sëmundjeje profesionale

1. Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë për shkak të aksidentit në punë apo sëmundjeje profesionale lëshohet nga institucionet spitalore dhe komisionet mjekësore përkatëse mbi bazën e dokumentacionit nga data e lindjes të së drejtës së trajtimit me raport mjekësor, sipas gjendjes shëndetësore të përcaktuar në “Kriteret klinike orientuese për paaftësi të përkohshme në punë”.

2. I punësuar, që për shkak aksidenti në punë ose sëmundjeje profesionale, ka nevojë për riaftësim të kombinuar me mjekim balnear ose klimaterik, trajtohet me raport mjekësor sipas kësaj rregulloreje.

3. Raporti mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë për shkak të aksidentit në punë apo sëmundjeje profesionale, e provuar nga një komision mjekësh ekspertë kompetentë (KM), mund të zgjatet deri në 12 muaj.

Neni 11

Raport mjekësor për leje barrë lindjeje

1. Raporti mjekësor për leje barrë lindjeje i lëshohet gruas së siguruar për barrën dhe lindjen e fëmijës, kur ajo ka 12 muaj periudhë sigurimi, për çdo rast përfitimi. Përfshihet nga rregulli për periudhën e sigurimit rasti kur e drejta e pagesës për barrë lindjen e radhës ndodh brenda 24 muajve nga data e lindjes së fëmijës së mëparshëm.

1.1 Raporti mjekësor për lejen e paralindjes prej 35 ditësh kalendarike, lëshohet nga mjeku obstetër-gjinekolog dhe atje ku nuk ka të tillë nga mamia, e drejtë që fillon në moshën e barrës 35-javëshe të gruas.

1.2 Raporti mjekësor për lejen e paralindjes për gruan që ka mbi një fëmijë në barrë, është 60 ditë kalendarike, e drejtë që fillon në moshën e barrës 31-javëshe të gruas.

1.3 Gruas që i mbaron leja e paralindjes, por që akoma nuk ka lindur, për ditët deri sa të lindë, i lëshohet një vërtetim justifikues në bazë të të cilit punëdhënësi i jep leje pa të drejtë page.

1.4 Raporti mjekësor prej 330 ditësh kalendarike për lejen e lindjes fillon ditën që lind fëmija. Për 63 ditët e para të lejes së paslindjes, raporti mjekësor lëshohet nga mjeku obstetër-gjinekolog dhe aty ku nuk ka të tillë nga mamia, me një raport të vetëm 63-ditor. Pas këtij afati, raporti mjekësor lëshohet çdo muaj me raporte të veçanta 30-ditore nga mjeku i institucionit shëndetësor ku ka kartelën personale fëmija.

1.5. Gruaja nuk ka të drejtë që ditët e mbetura të papërdorura nga leja e paralindjes t'i përdorë pas lindjes dhe raportin mjekësor e merr sipas rregullave të caktuara në këtë rregullore.

1.6. Kur gruaja lind fëmijë të vdekur, ose fëmija vdes sapo lind, ajo ka të drejtë të marrë raport mjekësor pas lindjes vetëm 63 ditë. Me kalimin e këtij afati, në qoftë se gruaja vazhdon të jetë e sëmure, i lëshohet raport mjekësor për paaftësi të përkohshme në punë sipas rregullave të caktuara në këtë rregullore.

2. Raporti mjekësor për leje pas lindjes, për nënën, babain që ka qenë e/i siguruar jo më pak se 12 muaj dhe që birëson një fëmijë të moshës deri në 1 (një) vjeç, lëshohet nga mjeku i institucionit shëndetësor ku ka kartelën personale fëmija.

2.1 Raporti mjekësor sipas pikës 2, të këtij neni, lëshohet jo më parë se mbas ditës së 63-të të lindjes së fëmijës dhe vazhdon jo më shumë se 330 ditë nga dita e lindjes së fëmijës. Minimumi i lejes për birësuesen është 28 ditë.

2.2 Kur një fëmijë është birësuar gjatë lejes së lindjes, gruaja që ka lindur pajiset me raport mjekësor për leje lindje sipas parashikimeve në këtë rregullore deri në ditën e birësimit, por jo më pak se 63 ditë pas lindjes.

3. Babai i siguruar ose birësuesi i siguruar, pas periudhës 63-ditore nga lindja e fëmijës, pajiset me raport mjekësor për kujdes ndaj fëmijës, nëse këtë të drejtë nuk e ushtron apo nuk ka kushte për ta përfituar nëna, sipas përcaktimeve në këtë rregullore.

4. Raporti mjekësor për lejen e lindjes (kujdesi ndaj fëmijës) pas ditës së 63-të të lindjes së fëmijës, lëshohet nga mjeku i institucionit shëndetësor ku ka kartelën personale fëmija, pavarësisht vendbanimit sipas gjendjes civile të nënës/babit të fëmijës.

5. Kur nëna lind fëmijë jashtë Republikës së Shqipërisë, raportet mjekësore lëshohen me prapaveprim.

5.1 Nëna trajtohet me raport mjekësor për leje lindjeje (leje paslindjeje dhe kujdes ndaj fëmijës) pas regjistrimit të fëmijës në zyrën e gjendjes civile. Drejtoria Rajonale e Sigurimeve Shoqërore, mbi bazën e dokumentit mjekësor të pasqyruar në sistem nga mjeku ku ka kartelën nëna ose fëmija, pas verifikimit të periudhës së sigurimit për plotësimin e kushteve ligjore për përfitim, miraton nëpërmjet sistemit elektronik të raporteve për vijimin e trajtimit me raporte nga mjeku, mbi bazën e dokumentit mjekësor përkatës të lëshuar nga institucioni shëndetësor i huaj që ka ndjekur si nënën ashtu dhe fëmijën.

5.2 Nëna trajtohet me raport mjekësor për leje lindje (leje paslindjeje dhe kujdes ndaj fëmijës) edhe për rastet e mosregjistrimit të fëmijës në zyrën e gjendjes civile. Drejtoria Rajonale e Sigurimeve Shoqërore, mbi bazën e dokumentit mjekësor dhe aktit të lindjes, të pasqyruar në sistem nga mjeku i familjes ku ka kartelën nëna, pas verifikimit të periudhës së sigurimit për plotësimin e kushteve ligjore për përfitim, miraton nëpërmjet sistemit elektronik të raporteve për vijimin e trajtimit me raporte nga mjeku, mbi bazën e dokumentit mjekësor përkatës të lëshuar nga institucioni shëndetësor i huaj që ka ndjekur si nënën ashtu dhe fëmijën.

KREU III

ORGANIZIMI DHE PËRBËRJA E KOMISIONIT MJEKËSOR

Neni 12

Ngritja dhe funksionimi i Komisionit Mjekësor

1. Komisioni Mjekësor ngrihet nga drejtoritë rajonale të Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor, konfirmohen nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore dhe funksionojnë në institucionet e shërbimit shëndetësor në poliklinika të specialiteteve.

2. Komisioni Mjekësor është organ i përhershëm, punon nën drejtimin e institucionit përkatës dhe kontrollohet e përgjigjet para Institutit të Sigurimeve Shoqërore lidhur me veprimtarinë e lëshimit të raporteve mjekësore të parashikuara në këtë rregullore.

Neni 13

Kriteret dhe procedura e anëtarësimit në Komisionin Mjekësor

1. Komisioni Mjekësor përbëhet nga tre anëtarë, përfshirë kryetarin dhe dy anëtarë të tjerë zgjidhen zëvendësues.

2. Anëtarë të KM zgjidhen mjekë specialistë, si: kardiolog, patolog (reumatolog, nefrolog, pneumoftiziatër, endokrinolog etj.), kirurg, ortoped, neurolog, neurokirurg, psikiatër dhe okulist që punojnë në institucione shtetërore me shtretër, kanë njohuri shumë të mira në specialitetin e tyre dhe eksperiencë në specialitet.

3. Njësia vendore e kujdesit shëndetësor, drejtoria rajonale e Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor, i dërgon zyrtarisht rekomandimin me emrat e specialistëve të zgjedhur sipas përcaktimeve në këtë rregullore drejtorisë rajonale të sigurimeve shoqërore për aprovim.

4. Njësia vendore e kujdesit shëndetësor, drejtoria rajonale e Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor pas aprovimit nga DRSSH-ja/DSSH-ja, me urdhër të veçantë, ngre Komisionin Mjekësor në institucionet e shërbimit shëndetësor përkatëse. Urdhri shënon momentin e fillimit të aktivitetit të Komisionit.

5. Ndryshimet e mëvonshme në komision, lidhur me llojin e specialitetit dhe numrin e anëtarëve bëhen vetëm sipas parashikimeve të pikave 3 dhe 4 të këtij neni.

6. Në rajone të mëdha, mund të ngrihen komisione mjekësore të specializuara të përbëra prej tre mjekësh dhe dy zëvendësues, Komisioni Mjekësor mund të thërrasë në konsultë dhe mjekë të tjerë specialistë sa herë që e shihet të arsyeshme.

KREU IV

TË FUNDIT

Neni 14

Plotësimi dhe lëshimi i raporteve mjekësore

1. Raportet mjekësore janë dokumente elektronike standarde, më nënshkrim elektronik, që plotësohen sipas manualit të përdorimit të sistemit.

2. Raportet mjekësore elektronike të lëshuara në kundërshtim me parashikimet e kësaj rregulloreje, janë të pavlefshme dhe pagesa e tyre nga qendrat e punës dhe/ose nga strukturat përgjegjëse të Institutit të Sigurimeve Shoqërore përbëjnë shkelje të disiplinës financiare.

3. Raporti mjekësor elektronik ka datën dhe numrin e regjistrit që mjeku viziton të sëmurin apo datën dhe numrin e regjistrit të seancës së komisionimit që konstatohet paaftësia e përkohshme për punë.

4. Raporti mjekësor për të punësuarit që ndodhen me shërbim jashtë vendbanimit, do të lëshohet nga institucioni i kujdesit shëndetësor në të cilin është vizituar ose shtruar sipas rregullave të caktuara në këtë rregullore.

5. Ndalohet lëshimi i raportit mjekësor elektronik për kohë të kaluar në kundërshtim me këtë rregullore, me përjashtim të rasteve me sëmundje të shëndetit mendor, kur raporti mjekësor mund të lëshohet jo më shumë se 15 ditë para vizitës.

6. Personeli mjekësor i institucioneve shëndetësore është i detyruar t'i regjistrojë të dhënat e raporteve mjekësore si në regjistrin e vizitave ashtu edhe në kartelat personale të të sëmurëve.

7. Raportet mjekësore janë dokumente financiare që ruhen dhe mbahen si të gjitha dokumentet e kësaj natyre.

Neni 15

Ushtrimi i kontrollit

1. Organet e institucioneve shëndetësore shtetërore dhe sigurimet shoqërore ngarkohen me kontrollin e zbatimit të kësaj rregulloreje.

2. Strukturat përgjegjëse të ISSH-së/për verifikimin e ligjshmërisë së lëshimit të raporteve mjekësore, ushtrojnë kontroll sistematik të vazhdueshëm, sipas një programi kontrolli të miratuar nga drejtori i përgjithshëm i Institutit të Sigurimeve Shoqërore.

3. Në rastet e konstatimit të shkeljeve të dispozitave ligjore, akteve nënligjore, të kësaj rregulloreje, si dhe të kriterëve klinike orientuese për caktimin e paaftësisë së përkohshme në punë, mbahet akti përkatës, rast pas rasti, për të gjitha problematikat e hasura, si dhe hartohet një relacion i mirëarsyetur me rekomandime/propozime mbi gjetjet.

Neni 16

Masat administrative dhe gjobat

1. Instituti i Sigurimeve Shoqërore, për shkeljet e konstatuara në procesin e ligjshmërisë së lëshimit të raporteve mjekësore, njofton zyrtarisht sipas rastit njësinë vendore të kujdesit shëndetësor, drejtorinë rajonale të Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor dhe titullarin e institucionit shëndetësor në të cilin është i punësuar specialisti përgjegjës.

1.1 Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në varësi të shkeljes së konstatuar, krahas aplikimit të gjobës sipas këtij neni, ka të drejtë t'i rekomandojë institucionit punëdhënës marrjen e masave me karakter administrativ sipas legjislacionit të zbatueshëm në fuqi.

2. Shkeljet e parashikimeve të legjislacionit të zbatueshëm nga të cilat janë shkaktuar dëme të fondit të sigurimeve shoqërore, krahas masave të tjera sipas rastit, shoqërohen me masat materiale (gjobë), për mjekun e familjes e për secilin anëtar të Komisionit Mjekësor dhe për çdo rast të konstatuar, si vijon:

a) mosvijmësi në përcaktimin e diagnozës, diagnoza të ndryshme pa u shoqëruar me ekzaminime përkatëse, dënohet me gjobë nga 10.000 lekë;

b) lëshimi i raporteve me prapaveprim në kundërshtim me përcaktimet e kësaj rregulloreje dënohen me gjobë nga 15.000 lekë;

c) lëshimi i raporteve në kundërshtim me kushtet ligjore dënohet me gjobë nga 20.000 lekë;

d) përcaktimi i diagnozave në kundërshtim me “Kriteret klinike orientuese për caktimin e paaftësisë së përkohshme në punë” dënohet me gjobë nga 10,000 lekë;

e) mospërcaktimi i saktë i diagnozës bazuar në ekzaminimet dhe analizat përkatëse, dënohet me gjobë nga 5,000 lekë;

f) përcaktimi i afatit të periudhës së paaftësisë së përkohshme në punë në kundërshtim me kriteret klinike dhe afatet e përcaktuara, dënohet me gjobë nga 5,000 lekë;

g) veprimi në kundërshtim me normat e caktuara dhe që dëmtojnë fondet e sigurimeve shoqërore, dënohen me gjobë nga 3 (tre) deri në 5 (pesë) paga minimale në shkallë vendi;

h) kryerja e veprimeve aktive apo mosveprimeve të kundërligjshme gjatë ushtrimit të veprimtarisë së lëshimit të raporteve mjekësore, apo për shkak të saj, si: falsifikim dokumentesh, korrupsion aktiv/pasiv, shpërdorim detyre etj., pavarësisht dënimit të parashikuar në Kodin Penal të Republikës së Shqipërisë, dënohet me gjobë nga 3 (tre) deri në 5 (pesë) paga minimale në shkallë vendi.

Neni 17

Dispozita tranzitore dhe të fundit

1. Kjo rregullore hyn në fuqi menjëherë.

2. Rregullorja e përbashkët e Institutit të Sigurimeve Shoqërore dhe e Ministrisë së Shëndetësisë “Për lëshimin e raporteve për paaftësi të përkohshme në punë” nr. 494, datë 5.10.1993, të ndryshuar, shfuqizohet.

SEKRETAR I PËRGJITHSHËM
I MINISTRISË SË SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE

Joana Duro

DREJTOR I PËRGJITHSHËM I INSTITUTIT
TË SIGURIMEVE SHOQËRORE

Astrit Hado