



Kontrolli i Lartë i Shtetit

Politika e Menaxhimit të Cilësisë

Kjo politikë synon të përcaktojë strukturat dhe mekanizmat për krijimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë së auditimit të KLSH-së, në mënyrë që të ndihmojë KLSH-në dhe audituesit në arritjen e objektivave, në kryerjen e auditimeve me një cilësi të lartë, përmbushjen e përgjegjësisë në përputhje me ISSAI-t, kuadrin ligjor dhe rregullator dhe të ketë vlerë të shtuar

Qershor, 2024

www.klsh.org.al

Adresa: Rruga "Abdi Toptani" Nr.1 Tiranë
Tel: +355 4 2247294(reception) / +355 4 2251267(sekretaria)

PËRMBAJTJA

1

Hyrje

- 1.1 Objektivat e Politikës
- 1.2 Bazat e Politikës
- 1.3 Krijimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë

2

Komponentët e procesit

- 2.1 Procesi i Menaxhimit të Riskut
- 2.2 Procesi i Monitorimit dhe Përmirësimit

3

Komponentët e jo-proceseve

- 3.1 Vlerësimi

4

Përgjegjësitë dhe kualifikimet e Grupit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit

5

Dokumentimi

1. HYRJE

Kontrolli i Lartë i Shtetit, përpiqet vazhdimisht të përmirësojë proceset e tij, duke synuar të ofrojë auditime me cilësi të lartë dhe vlerë të shtuar. Zhvillimet e fundit në praktikat ndërkombëtare (këto përfshijnë edhe rishikimin e ISSAI 140, i cili kaloi nga sistemi i kontrollit të cilësisë në sistemin e menaxhimit të cilësisë) kërkojnë nevojën për të pasur një sistem të fortë dhe një qasje të bazuar në risk, përgjatë menaxhimit të cilësisë së auditimit. Në përgjigje të këtyre zhvillimeve, si pjesë e pilotimit të ISSAI 140 të rishikuar, ndërmarrë nga IDI, KLSH kreu fillimisht vlerësimin e nevojave për të analizuar politikat dhe procedurat ekzistuese dhe për të identifikuar mundësitë për përmirësime të mëtejshme. Në përfundim u konkludua se, KLSH duhet të hartojë një politikë që të përmbledhë të gjitha politikat dhe procedurat në lidhje me cilësinë e auditimit, duke përfshirë përmirësimet e nevojshme dhe udhëzime shtesë për të përmbushur standardet e menaxhimit të cilësisë.

Kjo politikë synon të përcaktojë strukturat dhe mekanizmat që nevojiten për të ndërtuar sistemin e menaxhimit të cilësisë së auditimit i cili do të ndihmojë KLSH-në dhe personelin e saj në arritjen e objektivave, kryerjen e auditimeve me cilësi të lartë, si dhe përmbushjen e përgjegjësisë në përputhje me standardet profesionale dhe kuadrin ligjor dhe rregullator duke sjellë kështu vlerë të shtuar në procesin auditues.

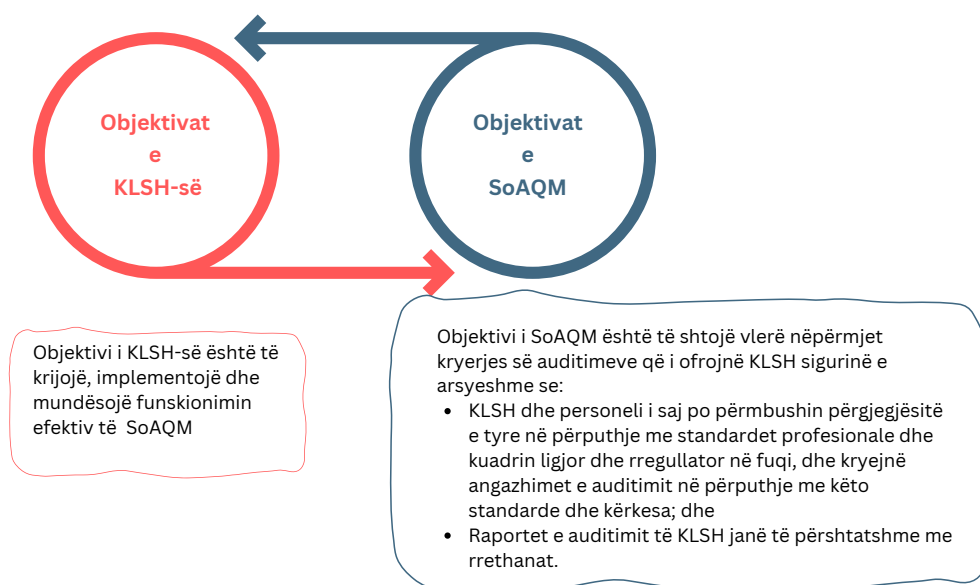
Politika e Menaxhimit të Cilësisë përfshin:

- Objektivat e Politikës
- Bazat e Politikës
- Krijimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë;
- Komponentët e Procesit (Procesi i Menaxhimit të Riskut dhe Procesi i Monitorimit dhe Përmirësimit)
- Vlerësimi i Sistemit
- Përgjegjësitë dhe kualifikimet e nevojshme gjatë menaxhimit të cilësisë së auditimit; dhe
- Dokumentimin

1.1 Objektivat e Politikës së Menaxhimit të Cilësisë

Objektivi i Politikës është krijimi i një Sistemi të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (SoAQM) i cili përcakton kuadrin duke përfshirë procesin e menaxhimit të riskut, procesin e monitorimit dhe përmirësimit dhe vlerësimin e sistemit duke synuar:

- ✔ *Rritjen e sigurisë dhe besueshmërisë së auditimeve të kryera nga KLSH: duke promovuar kryerjen e auditimeve me skepticizëm profesional, duke iu përmbajtur ISSAI-ve dhe metodologjive të përcaktuara; duke siguruar gjetje dhe konkluzione të sakta, të plota dhe objektive; si dhe duke synuar rritjen e transparencës në procesin e auditimit për të forcuar besimin në raportet tona.*
- ✔ *Forcimin e mëtejshëm të pavarësisë dhe objektivitetit: duke mbrojtur pavarësinë e KLSH-së nga ndikime të panevojshme; duke ruajtur objektivitetin e audituesve, si dhe duke vendosur udhëzime të qarta për menaxhimin e konflikteve të mundshme të interesit.*
- ✔ *Promovimin e përmirësimit: duke nxitur një kulturë të të mësuarit të vazhdueshëm dhe zhvillimi brenda grupeve të auditimit; duke implementuar procese për vlerësimin e rregullt të praktikave të auditimit me qëllim identifikimin e fushave që kanë nevojë për përmirësim; dhe inkurajimin e risive në metodologjitë e auditimit për t'iu përshtatur risqeve.*
- ✔ *Rritjen e besimit të palëve të interesuara: duke ndërtuar tek palët të interesuara (ligjvënësit, zyrtarët publikë, qytetarët) siguri ndaj besueshmërisë dhe integritetit të procesit të auditimit të KLSH-së ; duke demonstruar angazhimin e KLSH-së ndaj promovimit të menaxhimit të përgjegjshëm dhe eficient të burimeve publike; dhe duke inkurajuar dialogun konstruktiv me palët e interesuara bazuar në gjetjet dhe rekomandimet e auditimit.*



1.2 Bazat e Politikës së Menaxhimit të Cilësisë

KLSH-ja është e detyruar nga mandati i saj ligjor të marrë masat e duhura për nxitjen e auditimeve me cilësi të lartë dhe që shtojnë vlerë. Duke u bazuar në ISSAI 140* të rishikuar, si një komponent i objektivave strategjike të KLSH që synojnë sigurimin e cilësisë së auditimit, KLSH ka për detyrë të krijojë, implementojë dhe mirëmbajë një sistem efektiv të menaxhimit të cilësisë.

Duke pasur parasysh rëndësinë e sa më sipër, lind nevoja që KLSH të hartojë Politikën e Menaxhimit të Cilësisë me qëllim mundësimin, zhvillimin, ekzekutimin dhe mirëmbajtjen e një Sistemi më të avancuar të Menaxhimit të Cilësisë, duke reflektuar kërkesat e ISSAI 140, të rishikuar, përshtatur me kontekstin e KLSH.

Gjatë hartimit të kësaj politike, ne e bazuam punën në:

- Standardet Ndërkombëtare për Institucionet Supreme të Auditimit (ISSAI) si: ISSAI 100 “Parimet Themelore të Auditimit të Sektorit Publik”; ISSAI 140, i rishikuar “Menaxhimi i Cilësisë për SAI-t”; ISSAI të tjera relevante (të përshtatura për zonat e fokusit të Kontrollit të Lartë të Shtetit);
- Legjislacioni kombëtar dhe rregulloret që rregullojnë operacionet dhe praktikat e auditimit të SAI-t, të tilla si: Ligji nr.154/2014 “Për organizimin dhe funksionimin e KLSH”; dhe kuadri ligjor dhe rregullator i KLSH-së; si dhe
- Raporti i Analizës së Nevojave, i kryer nga ekipi prej 5 vetash** i KLSH, i mbështetur nga IDI, si pjesë e pilotit “Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit”.

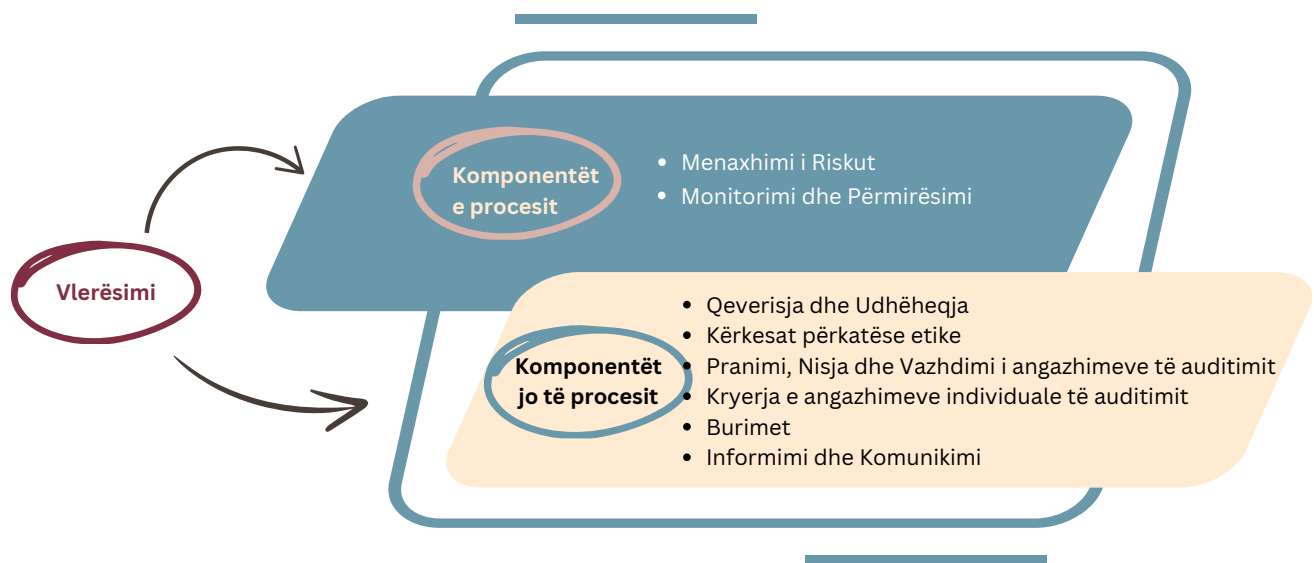
**Standardi u miratua në Nëntor 2023, dhe bëhet efektiv në 1 Janar 2025,*

***Aulona Jonuzi, team leader, Miranda Misini, anëtare, Xhuljeta Celaj, anëtare, Eriklida Shpori, Anëtare dhe Anjeza Gjoci, anëtare.*

1.3 Krijimi i një Sistemi të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (SoAQM):

Hartimi dhe krijimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë është një parakusht për implementimin e tij. Në këtë kuadër, KLSH do të përmirësojë hartimin e sistemit ekzistues në menaxhimin e cilësisë, me qëllim adresimin e komponentëve të ndërlidhur të proceseve dhe jo proceseve, në mënyrë të vazhdueshme dhe përsëritëse sipas skemës më poshtë:

Skema: Komponentët e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë



Sistemi* integron një mekanizëm vetë-korrigjues i cili synon të promovojë përmirësimin e vazhdueshëm nëpërmjet proceseve, si më poshtë vijon:

- Proceset e menaxhimit të riskut,
- Proceset e monitorimit dhe përmirësimin, si dhe
- Vlerësimin të Sistemit SoAQM

Referuar ISSAI 140, të rishikuar, Kreu i SAI-t është përgjegjësi përfundimtar për Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (SoAQM).

Përgjegjësitë operacionale do të delegohen tek personat e përshtatshëm, të përfshirë për të bërë sistemin funksional dhe efektiv, të cilët do të identifikohen për secilin komponent, konkretisht: për menaxhimin e riskut, për monitorimin dhe për vlerësimin.

Përgjegjësitë konkrete përcaktohen në Kapitullin 4 të kësaj politike me titull “Përgjegjësitë dhe kualifikimet e Grupit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit”.

*Në Aneksin 1 paraqitet struktura e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë në KLSH

Bazuar në Raportin e Analizës së Nevojave, secili komponent i SoAQM dha rezultatet e mëposhtme:

Qeverisja dhe Udhëheqja

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Vizioni dhe misioni i KLSH
- Plani strategjik 2023-2027 i KLSH
- Ligji organik i KLSH
- Politikat e Burimeve Njerëzore

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Drejtuesit e KLSH-së duhet t'i japin prioritet aktiviteteve ndërgjegjësuere si trajnimeve të vazhdueshme, materialeve orientuese dhe diskutimeve me të gjithë nivelet e stafit.

Kërkesat përkatëse të etikës

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Kodi i Etikës (2015)
- Rregullorja e brendshme (rishikimi i fundit Shkurt 2024)
- Komiteti i Etikës
- Personi i caktuar në përputhje me Ligjin 60/2016 "Për sinjalizimin dhe Mbrojtja e sinjalizuesve"
- Vetëvlerësimi INTOSAINT, 2020
- Regjistri i dhuratave
- Politikat e Burimeve Njerëzore, korrik 2023

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Adoptimi i ISSAI 130
- Rishikimi i Kodit të Etikës në përputhje me ISSAI 140 të rishikuar dhe ISSAI 130

Fillimi, Pranimi dhe Vazhdimi

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Ligji Organik i KLSH, neni 9 dhe 10
- Plani strategjik 2023-2027
- Plani Vjetor i Auditimeve
- Metodologjia e Planit Vjetor të Auditimeve (2023)
- Rregullorja e procedurave të auditimit (rishikimi i fundit janar 2024)
- Udhëzues për fushat e riskut të auditimit (2022)
- Tashmë janë zhvilluar disa mjete IT për tu përdorur gjatë planifikimit vjetor të auditimit

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Menaxhimi duhet të hartojë dhe miratojë një deklaratë në lidhje me adoptimin zyrtar të ISSAI-t
- Mjetet e IT duhet të zhvillohen më tepër nga Drejtoria e Shërbimeve IT për rritjen e sigurisë së të dhënave

Performanca e Angazhimeve të Auditimit

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Rregullorja e Procedurave të Auditimit (rishikimi i fundit Janar 2024)
- Manuali i Auditimit të Përputhshmërisë (rishikimi i fundit, dhjetor 2023)
- Manuali i Auditimit Financiar (rishikimi i fundit, dhjetor 2023)
- Manuali i Auditimit të Performancës (rishikimi i fundit, nëntor 2022)
- Udhëzues për shkrimin e raporteve (qershor, 2023)

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Të paktën çdo 2-3 vjet, kuadri metodologjik për auditimin duhet vlerësuar për rishikim, për të pasqyruar ndryshimet në ISSAI ose praktikatat e tjera më të mira të auditimit.

Informacioni dhe komunikimi

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Rregullore e Proceduarve të Auditimit
- Departamenti i Komunikimeve dhe publikimeve
- Komunikimet periodike me Parlamentin nëpërmjet: Buletinit të Statistikave, Ndjekja e Rekomandimeve
- Publikimi i të gjithë raporteve të auditimeve në faqen zyrtare të KLSH

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Përmirësimi i faqes zyrtare të KLSH në termat e pasurimit me pamje vizuale, podkaste, video, animacione në lidhje me cilësinë e proceseve dhe rezultateve
- KLSH duhet të promovojë punën e saj nëpërmjet rrjeteve sociale duke hapur llogari në LinkedIn, Facebook etj.
- Programet e trajnimit për të gjithë stafin duhet të ofrohen me të gjithë informacionin e nevojshëm për detyrat e tyre në lidhje me SoAQM

Burimet

Politikat dhe Procedurat ekzistuese:

- Rregullorja e brendshme
- Politikat e Burimeve Njerëzore
- Programi Vjetor i Trajnimeve
- Vendimi i Kryetarit nr. 61, datë 09.05.2015 për kontraktimin e ekspertëve të jashtëm.

Ndryshimet fillestare që duhet të realizohen:

- Zhvillimi më tej i sistemit Vjetor për Vlerësimin e programeve të trajnimit, në mënyrë që të identifikohen më lehtë dhe më shpejt nevojat e stafit për trajnime.
- Vendosja e procedurave të qarta nga poshtë lart, për gjenerimin e ideve të reja për qëllime trajnimi.
- Krijimi i një mekanizmi për marrjen e Feed-back për kënaqësinë e audituesve në punë.
- Njohja e punës së mirë që duhet bërë çdo vit për për punonjësin me performancën më të mirë.
- REVZONE, Sistemi i Menaxhimit të Auditimit duhet të vendoset përsëri në dispozicion të audituesve dhe nivelit menaxhues

2. KOMPONENTËT E PROCESIT

2.1 MENAXHIMI RISKUT



Sistemi do të ndjekë një qasje të bazuar në risk në menaxhimin e cilësisë së auditimit. KLSH do të zbatojë një proces të mirë përcaktuar dhe të pandërprerë në menaxhimin e riskut. Struktura, metodologjia dhe aspektet e tjera të këtij procesi përkufizohen gjerësisht më poshtë:

Struktura: Grupi ekzistues i Menaxhimit Strategjik (GMS) i KLSH-së do të drejtojë edhe menaxhimin e riskut në lidhje me cilësinë e auditimit. Ky grup aktualisht përbëhet nga menaxhimi i lartë (të gjithë drejtuesit e departamenteve të auditimit) sipas përcaktimeve të Ligjit për Menaxhimin Financiar dhe Kontrollit.

GMS do të bashkëpunojë dhe do t'i raportojë drejtpërdrejt Kryetarit të KLSH - së. Strategjia ekzistuese e menaxhimit të riskut do të përmirësohet për të zgjeruar çështjet e cilësisë që mbulojnë gjashtë komponentët e SoAQM dhe për të përcaktuar objektivat dhe risqet e cilësisë në kontekstin e KLSH – së.

GMS do të zbatojë kombinimin e qasjeve nga lart - poshtë dhe nga poshtë -lart gjatë gjithë procesit të menaxhimit të riskut të cilësisë.

2.1.1 Metodologjia

Metodologjia synon të arrijë:

- Zhvillimin e objektivave të cilësisë* – Objektivat e cilësisë do të zhvillohen bazuar në kontekstin e KLSH - së dhe në konsultim me departamentet e auditimit. Objektivat e cilësisë do të mbulojnë komponentët përkatës të SoAQM. Mund të jetë e nevojshme që këto objektiva të detajohen në nën objektiva për të përmbushur rezultatet specifike të dëshiruara në llojet e ndryshme të auditimit brenda universit të auditimit të SAI-t. GMS duhet të sigurojë që objektivat e cilësisë janë në përputhje me parashikimet në Kërkesën Organizative nr. 2 të ISSAI 140, të rishikuar.
- Identifikimin dhe vlerësimin e risqeve të cilësisë* – Bazuar në rishikimin e informacionit përkatës që ndikon në objektivat e përcaktuara të cilësisë, duhet të identifikohen risqet e cilësisë. Vlerësimi i riskut të cilësisë duhet të ndjekë procedurat dhe parametrat e përcaktuar në udhëzimet përkatëse. Prioriteti i riskut të cilësisë së vlerësuar do të bëhet duke marrë parasysh burimet e SAI-t.
- Hartimin dhe zbatimin e përgjigjeve* – Përgjigjet duhet të hartohen për të adresuar arsyet e vlerësimeve të bëra mbi risqet e cilësisë. Zbatimi i përgjigjeve do të monitorohet vazhdimisht

Krahas përgjigjeve specifike që mund të identifikohen për të adresuar risqet e cilësisë, KLSH do të intensifikojë zbatimin e procedurave të tjera që përfshijnë:

a. Përputhshmërinë me kërkesat përkatëse etike duke përfshirë pavarësinë – KLSH do të forcojë procesin e saj të raportimit dhe adresimit të çdo shkelje në kohën e duhur tek njësia përkatëse.

b. Rishikimi i Cilësisë së Auditimit (EQR) – KLSH do të vazhdojë qasjen ekzistuese ku Departamenti i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit dhe Zbatimit të Standardeve*, do të vazhdojë të jetë përgjegjës për kryerjen e të gjitha rishikimeve të cilësisë së angazhimit gjatë periudhës, për të gjitha dosjet e auditimit. Brenda Departamentit, individët duhet të caktohen si rishikues për të përmbushur kërkesat e objektivitetit të funksionit, për çdo lloj auditimi specifik që KLSH kryen (auditimi financiar, auditimi i përputhshmërisë, auditimi i performancës dhe auditimi i TI). Ata që ngarkohen me përgjegjësi për EQR nuk janë të përshtatshëm për t'u ngarkuar me përgjegjësi për monitorimin ose anasjelltas.

c. Konsultimet e brendshme dhe zgjidhja e mendimeve të ndryshme – KLSH do të përmirësojë procedurat ekzistuese duke rishikuar nenin 36 të Rregullores së Procedurave të Auditimit, në mënyrë që Kryetari të parashikojë krijimin e një grupi ekspertësh të përbërë nga anëtarë me eksperiencë nga departamente të ndryshme auditimi me qëllim që në rastet kur diferencat e opinionëve arrijnë në nivel departamenti, çështjet do t'i drejtohen Grupit të Ekspertëve për zgjidhje.

d. Grupi i Ekspertëve do të jetë pika e kontaktit sa i takon konsultimeve që përfshijnë çështje shumë teknike të auditimit.

*Më parë quhej Drejtorja e kontrollit dhe sigurimit të cilësisë.

Ky kalim nga Drejtori në Departament, së bashku me riemërtimin e këtij të fundit, buroi si rekomandim nga rezultatet e Raportit të Analizës së Nevojave, të realizuar gjatë projektit pilot për Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit, të drejtuar nga IDI

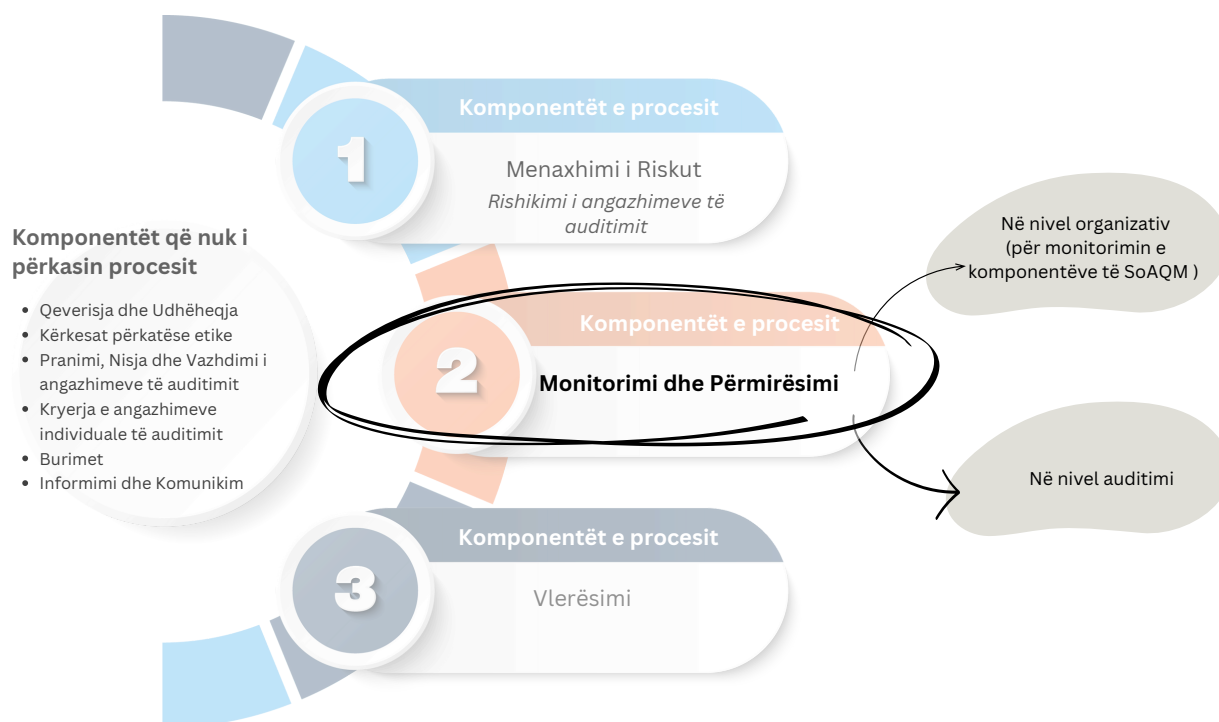
2.1.2 Mjetet e menaxhimit të riskut: Do të zhvillohen mjete të përshtatshme për të lehtësuar vendosjen e objektivave të cilësisë, identifikimin dhe vlerësimin e risqeve, hartimin dhe zbatimin e përgjigjeve ndaj tyre dhe përditësimet ose rishikimet e bëra, sipas nevojës, duke marrë parasysh mjetet dhe listën e kontrollit të ofruar nga IDI, gjatë projektit pilotit. Këto formate miratohen nga titullari i KLSH.

2.1.3 Komunikimi: Rezultatet do t'i komunikohen të gjithë stafit të KLSH-së. Kjo do të diskutohet gjithashtu gjatë takimit strategjik vjetor.

2.1.4 Frekuenca e procesit të menaxhimit të riskut: Frekuenca e procesit të menaxhimit të riskut të cilësisë së auditimit duhet të përkohet me menaxhimin e përgjithshëm strategjik të riskut të KLSH-së, të kryer çdo 3 vjet. Menaxhimi i riskut konsiderohet përsëritës në natyrë; kështu, GMS do të rishikojë vlerësimin të paktën çdo vit, ose kur ka informacion të ri që ndikon në vlerësimet fillestare.

2.2 MONITORIMI DHE PËRMIRËSIMI

KLSH do të ketë një proces monitorimi dhe përmirësimi për t'i siguruar institucionit informacion të vlefshëm, të besueshëm dhe në kohë, lidhur me hartimin, zbatimin dhe funksionimin e SoAQM, në mënyrë që të ndër marrë veprimet e duhura që zgjidhin mangësitë e identifikuara; si dhe për të vlerësuar përputhshmërinë me standardet, politikat dhe procedurat e implementuara për të adresuar risqet e cilësisë.



Struktura: Funkzioni i monitorimit dhe përmirësimit do të kryhet nga një grup/komitet Ad Hoc i pavarur. Ky grup do të jetë përgjegjës për kryerjen e aktiviteteve të monitorimit në KLSH dhe do t'i raportojë drejtpërdrejt Kryetarit të KLSH-së për të siguruar pavarësinë e tij. Përgjegjësitë, autoriteti dhe kualifikimet e grupit të monitorimit janë paraqitur në kapitullin 4 të kësaj politike.

Natyra, frekuenca dhe fusha e monitorimit: KLSH do të kryejë aktivitete monitoruese të vazhdueshme dhe / ose periodike që mbulojnë hartimin, zbatimin dhe funksionimin e SoAQM. Monitorimi do të kryhet në nivel organizativ, duke përfshirë rishikimin e komponentëve të SoAQM; dhe në nivel auditimi, duke përfshirë inspektimin e një kampioni të auditimeve financiare, të përputhshmërisë dhe të performancës. Në varësi të vlerësimit të grupit të monitorimit, inspektimi/rishikimi i auditimit mund të kryhet për auditimet e përfunduara ose për auditimet në proces.


2.2.1 Përzgjedhja e komponentëve të SoAQM për rishikim:

Përzgjedhja komponentëve të SoAQM për rishikim duhet të bëhet duke marrë në konsideratë faktorët e mëposhtëm:

- risqet më të rëndësishme të cilësisë, të identifikuar nga procesi i vlerësimit të riskut
- mangësitë e konsiderueshme të identifikuar në aktivitetet e mëparshme të monitorimit
- politikat dhe procedurat e reja të KLSH-së, ose deklaratat e INTOSAI-t që ndikojnë në hartimin, zbatimin dhe funksionimin e sistemit
- fushat të cilat nuk kanë qenë subjekt monitorimi në aktivitetin e mëparshëm të monitorimit

2.2.2 Përzgjedhja e auditimeve për rishikim

Grupi i monitorimit duhet të identifikojë mjetet e duhura në përzgjedhjen e auditimeve për rishikim. Për këtë qëllim, grupi monitorues mund të përdorë llojet e auditimit dhe/ose departamentet e auditimit e auditimit si njësi kampionimi.

 **Kur përdoren angazhimet e auditimit** si njësi kampionimi, duhet të merren në konsideratë kriteret e mëposhtme:

- auditimi është klasifikuar me risk të lartë (psh ka nivel të lartë kompleksiteti)
- interesi parlamentar ose i medias për subjektet e audituara ose auditimin
- subjektet e audituara përballen me probleme që mund të çojnë në rrethana kontestuese dhe të vështira
- janë identifikuar mangësi të rëndësishme gjatë rishikimit të mëparshëm të grupit të auditimit
- fushë e re auditimi



Kur përdoren departamentet si njësi kampionimi, duhet të merren në konsideratë kriteret e mëposhtme:

- 2-3 vjet, çdo departament auditimi duhet t'i nënshtrohet monitorimit
- rezultatet e rishikimeve të mëparshme mbi auditimet e kryera nga departamenti
- ankesat/prendimet që përfshijnë departamentin e auditimit
- kërkesa të veçanta

Kampioni i auditimeve të përzgjedhura për rishikim duhet të jetë përfaqësues i të gjitha auditimeve të kryera nga KLSH. Kur përdoren si popullatë departamentet/drejtoritë/sectorët e auditimit, në zgjedhjen e kampionit duhet të merren në konsideratë madhësia, kompleksiteti dhe risqet e auditimeve të kryera nga këto njësi. Ky proces do të marrë në konsideratë edhe rezultatet e raporteve të të auditimit të kryera nga Njësia e Auditimit të Brendshëm.

2.2.3 Kërkesat e raportimit

Monitorimi përfshin formulimin e veprimeve korrigjuese që adresojnë shkakun e çdo mangësie në SoAQM. Konstatimet dhe rekomandimet do të komunikohen zyrtarisht përmes një raporti monitorimi.

Raporti duhet të përmbajë:

- detajet e kohës së monitorimit dhe emrat e anëtarëve të grupit të monitorimit
- një përshkrim të fushës së monitorimit
- Konstatimet e monitorimit, të cilat do të diskutohen me personat përgjegjës të njësisë së monitoruar dhe me Kryetarin e KLSH-së përpara finalizimit të raportit.

2.2.4 Metodologjia

Procesi i monitorimit përfshin si më poshtë:



Plani vjetor – përfshin përgatitjen e planit vjetor të monitorimit, në të cilin përcaktohen objektivat e funksionit të monitorimit.

Programi i angazhimeve individuale –përfshin hartimin e programit të monitorimit ku të reflektohet strategjia e monitorimit dhe hartimi i procedurave të monitorimit.

Kryerja – përfshin mbledhjen e të dhënave për të përcaktuar efektivitetin e SoAQM duke përdorur mjetet e monitorimit.

Përfundimi dhe Rishikimi – kërkon vlerësimin dhe vërtetimin e gjetjeve dhe nxjerrjen e konkluzioneve.

Raportimi – përfshin përgatitjen e raportit të monitorimit dhe zhvillimin e takimit përmbyllës.

Ndjekja – siguron që është zbatuar plani i veprimit i propozuar nga drejtuesit e KLSH-së ose Kryetari i KLSH-së për përmirësim të vazhdueshëm.

2.2.5 Mjetet e monitorimit

Për të mbështetur kryerjen e monitorimit, që nga faza e planifikimit vjetor e deri te ndjekja, do të zhvillohen mjete të përshtatshme.



Mjetet për monitorimin në nivel organizativ, do të mbulojnë aspektet kyçe në secilin komponent të SoAQM



Mjetet për monitorimin në nivel auditimi, do të konsiderojnë kërkesat e detajuara të ISSAI-ve për secilin lloj auditimi

2.2.6 Kërkesat e ndjekjes

Grupet e auditimit dhe departamentet e shqyrtuara do të hartojnë plane veprimi për të korrigjuar mangësitë e identifikuar gjatë monitorimit. Këto plane veprimi do të përcaktojnë se çfarë, kush, ku, kur dhe si do të korrigjohen mangësitë e konstatuara. Planet e veprimit konsultohen me grupin e monitorimit dhe miratohen nga Kryetari i KLSH-së.

Grupet e auditimit dhe departamentet do të raportojnë mbi progresin e implementimit të masave korrigjuese, brenda 6 muajve.

Grupi i monitorimit do të kryejë verifikimin për të konfirmuar efektivitetin e veprimeve korrigjuese, brenda 1 viti pas përfundimit të raportit të monitorimit.

Pas kësaj, grupi i monitorimit, mbështetur në rezultatet e monitorimit do të identifikojë nevojat për trajnime, të cilat do t'ja dërgojë Departamentit të Metodologjisë, Planifikimit Strategjik dhe Zhvillimit Profesional, për të hartuar një program trajnimi për adresimin e këtyre çështjeve.

3. VLERËSIMI



Vlerësimi është proces i brendshëm i cili kryhet çdo vit dhe duhet të përfshijë të gjitha elementët e parashikuara nga ISSAI 140 i rishikuar. Kryetari i KLSH-së mund të caktojë një ose disa persona të kualifikuar për të mbledhur informacion mbi rezultatet e procesit të monitorimit. Megjithatë, përgjegjësia përfundimtare për vlerësimet i takon Kryetarit të KLSH-së. Personi apo personat që kryejnë vlerësimin mund të përfshihen drejtpërdrejtë në procesin e monitorimit dhe rishikimit, për rrjedhojë do të jenë në dijeni të informacionit që mbështet vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë.

Vlerësimi do të marrë në konsideratë rezultatin e monitorimit gjatë vitit, si dhe rezultate të tjera të çdo vlerësimi të kryer në KLSH. Bazuar në rezultatet e vlerësimin, Kryetari i KLSH-së do të nxjerrë konkluzionin nëse SoAQM i jep KLSH-së një siguri të arsyeshme se objektivat e saj janë duke u arritur.

Kryetari i KLSH-së asistohet nga njësia e monitorimit sipas nevojës. Kur angazhohet njësia e monitorimit, Kryetari i KLSH-së ruan ende përgjegjësinë e përgjithshme për procesin e vlerësimin, përfshirë përfundimin.

Metodologjia

Vlerësimi do të përfshijë gjykimin, në nivel individual dhe të përgjithshëm, të mangësive të vërejtura për sa i përket gjetjeve dhe përhapjes së tyre. Kjo gjithashtu duhet të marrë parasysh nëse efekti apo efektet e mangësive janë korrigjuar.



Kryetari i KLSH-së vlerëson gjithashtu ekzistencën dhe efektivitetin e veprimeve korrigjuese të ofruara nga njësia e monitorimit. Rezultati i sa më sipër, do të bëhet pjesë e vlerësimit të komponentit të Monitorimit të SoAQM.



Individi(ët) e kualifikuar duhet të caktohen nga Kryetari për të mbledhur informacion nga rezultatet e procesit të monitorimit, që mbulojnë të gjithë komponentët e ISSAI 140, të rishikuar. Individi(ët) duhet t'i raportojnë drejtpërdrejtë vetëm Kryetarit.



Duhet të krijohen kanale komunikimi efektive ndërmjet funksionit të monitorimit & përmirësimit dhe funksionit të vlerësimit, në mënyrë që të sigurohet një koordinim dhe shkëmbim i pandërprerë i informacionit.



Duke marrë në konsideratë rezultatet e vlerësimit të mangësive, përfshirë vlerësimin për veprimet korrigjuese, Kryetari i KLSH-së do të nxjerrë konkluzionin për SoAQM.

Frekuenca e Vlerësimit

Vlerësimi kryhet çdo vit dhe fillon pas përfundimit të aktiviteteve të monitorimit në bazë të vendimit të Kryetarit.

Mjetet Vlerësimit

Mjetet e duhura të vlerësimit të ofruara nga IDI (projekti pilot), për të dokumentuar vlerësimin e gjetjeve, konkluzioneve të arritura dhe arsyetimin, do të përshtaten dhe implementohen edhe për KLSH-në.



Grupi i Menaxhimit të Riskut (GMS)



Rishikuesi i Cilësisë së Auditimit (EQR) - Përgjegjësitë specifike



Individi/ët e caktuar në Procesin e Monitorimit dhe Përmirësimit



Individi/ët e caktuar në Procesin e Vlerësimit

Përgjegjësitë në Menaxhimin e Cilësisë së Auditimit

- Kupton dhe zbaton standardet dhe parimet e ISSAI 140, duke përfshirë udhëzuesin e implementimit dhe letrat e punës
- Harton objektivat e cilësisë
- Merr pjesë vazhdimisht në procesin e identifikimit dhe vlerësimit të risqeve të cilësisë në KLSH
- Harton përgjigjet për të adresuar risqet e cilësisë të identifikuar
- Monitoron vazhdimisht implementimin e përgjigjeve
- Kupton dhe zbaton standardet dhe parimet e ISSAI 140, duke përfshirë udhëzuesin e implementimit dhe letrat e punës; si dhe politikat, procedurat dhe direktivat e KLSH-së që lidhen me sistemin e menaxhimit të cilësisë së auditimit
- Kryen vlerësim objektiv të gjyqimeve të rëndësishme të bëra nga grupi i auditimit dhe konkluzioneve të arritura
- Ndjek politikat dhe kërkesat e dokumentacionit për rishikimin e cilësisë së angazhimeve/auditimeve
- Ruan pavarësinë nga subjekti i audituar dhe grupi i auditimit
- Kupton dhe zbaton standardet dhe parimet e ISSAI 140, duke përfshirë udhëzuesin e implementimit dhe letrat e punës; si dhe politikat, procedurat dhe direktivat e KLSH-së që lidhen me sistemin e menaxhimit të cilësisë së auditimit dhe politikat që lidhen me monitorimin
- Përgatit planin vjetor të monitorimit, planin individual dhe programin;
- Përcakton fushën e përgjithshme të monitorimit duke përdorur kriteret e kësaj politike
- Kryen monitorimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë së auditimit në nivel organizativ, dhe inspektimin e një kampioni auditimesh në nivel angazhimi/auditimi
- Identifikon mangësitë në sistemin e menaxhimit të cilësisë së auditimit dhe ofron veprime korrigjuese, sipas rastit
- Kur është e përshatshme, ndihmon në vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë së auditimit bazuar në vlerësimet në nivel organizativ dhe nivel angazhimi
- Raporton rezultatet e monitorimit drejtpërdrejtë te Kryetari i KLSH-së
- Ruan pavarësinë nga menaxhmenti i KLSH-së, subjekti i audituar, grupi i auditimit dhe rishikuesi i cilësisë së auditimit (EQR)
- Zhvillon trajnime rreth funksionit të monitorimit për personelin e përzgjedhur të KLSH-së dhe krijon ndërgjegjësim
- Jep rekomandime për ndryshimin e politikës së monitorimit kur është e nevojshme
- Vlerësuuesi(ët) do të marrin në konsideratë rezultatet e monitorimit dhe çdo vlerësim të bërë nga SAI
- Në proces do të përfshihet vlerësimi në nivel individual dhe në nivel të përgjithshëm i mangësi të konstatuara si dhe nëse janë korrigjuar këto mangësi të konstatuara
- Kryetari i KLSH-së do të nxjerrë një përfundim mbi Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (SoAQM) të KLSH-së, duke marrë parasysh rezultatet e procesit të vlerësimit.

Kualifikimet / Kërkesat

- GMS drejtohet nga Kryetari i KLSH
- Anëtarët e GMS janë pjesë e drejtuesve të lartë të KLSH-së, drejtorë departamentesh.
- Personi/grupi i personave të angazhuar në procesin e rishikimit të cilësisë së angazhimeve/auditimeve, duhet të përmbushë kriteret e mëposhtme:
 - nuk mund të jetë i angazhuar në procesin e Monitorimit dhe Përmirësimit;
 - duhet të jetë i pavaruar nga auditimi që po rishikon;
 - duhet të ketë eksperiencë, njohuri dhe kohë të mjaftueshme për të përmbushur këtë detyrim për auditimet e përputhshmërisë, performancës dhe financiare;
 - duhet të ketë të paktën 5-7 vjet eksperiencë pune në llojin specifik të auditimit;
 - duhet të jetë të paktën auditues i parë;
 - duhet të ketë trajnime/ eksperiencë/kualifikime kombëtare/ndërkombëtare mbi auditimin financiar, të përputhshmërisë dhe të performancës
- Njësia e monitorimit do të drejtohet nga një zyrtar i lartë me të paktën dhjetë (10) vjet eksperiencë në auditim dhe me përfshirje të konsiderueshme në menaxhimin e cilësisë në KLSH.
- Personi/grupi i personave i përfshirë në procesin e monitorimit dhe përmirësimit, duhet të ketë:
 - njohuri të thelluara mbi standardet e menaxhimit të cilësisë dhe kriteret e monitorimit
 - aftësi shumë të mira analitike, komunikuese dhe pune në grup
 - të paktën 5-7 vite eksperiencë pune në KLSH
 - të jetë të paktën auditues i parë
- Anëtarët e grupit të monitorimit duhet të kenë autorizimin e duhur nga Kryetari i KLSH-së për kryerjen e veprimtarive të monitorimit
- Kryetari i KLSH-së, i cili ka përgjegjësinë përfundimtare për SoAQM, cakton një person ose grup personash për të mbledhur informacionin e nevojshëm për të kryer Vlerësimin e SoAQM. Personi/personat që përzgjidhen për këtë detyrë, duhet të përmbushin kriteret e mëposhtme:
 - mund të jenë pjesë e grupit të monitorimit;
 - duhet të kenë njohuri të mjaftueshme mbi ISSAI 140 dhe mbi aplikimin e tij, si dhe informacion të nevojshëm mbi SoAQM;
 - duhet të jenë trajnuar që ta kryejnë këtë detyrë;
 - duhet të kenë të paktën 5 vite eksperiencë pune në KLSH;
 - duhet të jetë të paktën auditues i lartë dhe të ketë akses për të mbledhur të gjithë dokumentacionin/informacionin që është i nevojshëm për këtë qëllim.

4. PËRGJEGJËSITË DHE KUALIFIKIMET E GRUPT TË MENAXHIMIT TË CILËSISË SË AUDITIMIT

4. DOKUMENTIMI

I gjithë dokumentacioni përkatës për hartimin, zbatimin dhe funksionimin e SoAQM duhet të jetë organizuar dhe mbajtur në përputhje me politikën e arkivimit të KLSH. Dokumentacioni duhet të përfshijë minimalisht sa më poshtë:

- Identifikimi dhe caktimi i përgjegjësisë së përgjithshme dhe përgjegjësive operacionale që kanë të bëjnë me SoAQM
- Një udhëzues për implementimin për menaxhimin e riskut të cilësisë brenda këtij afati kohor të pilotimit, për të mbështetur konfigurimin fillestar të sistemit.
- Mjetet e menaxhimit të riskut që dokumentojnë objektivat e cilësisë, risqet e identifikuar, vlerësimin e bërë dhe përgjigjet e ofruara, duke përfshirë çdo përditësim të vlerësimin të bërë dhe përgjigjeve të ofruara
- Kur është e zbatueshme, emrat e EQR-ve (personat që do të merren me Rishikimin e Cilësisë së Auditimeve), identifikimi i dokumentacionit të angazhimit i rishikuar, konkluzionet e arritura dhe datën e përfundimit të shqyrtimit.
- Mjetet e monitorimit që dokumentojnë punën e kryer nga planifikimi vjetor deri në vazhdim
- Mjetet e vlerësimin që tregojnë analizën e gjetjeve dhe përfundimin e arritur nga Kryetari i KLSH-së
- Të gjitha komunikimet përkatëse që janë të rëndësishme për SoAQM.

Mekanizmat operacional

Për të mbështetur funksionalitetin e kësaj politike, Grupet Teknike të Punës do të krijohen për të zhvilluar udhëzimet e menaxhimit të cilësisë të auditimit, manualët, procedurat dhe mjetet e duhura, brenda vitit të fuqizimit të kësaj politike.

Grupet Teknike të Punës do t'i referohen rezultatit të Raportit të Vlerësimin të Nevojave të kryera (bashkëlidhur), për të analizuar mekanizmat ekzistues të cilësisë në KLSH, në raport me ndryshimet që sjell SoAQM nw kuadwr tw ISSAI 140 i rishikuar, dhe të identifikojnë fushat ku përmirësimi ose zhvillimi i udhëzimeve shtesë është i domosdoshëm për të mbuluar të gjitha kërkesat në këtë udhëzim.

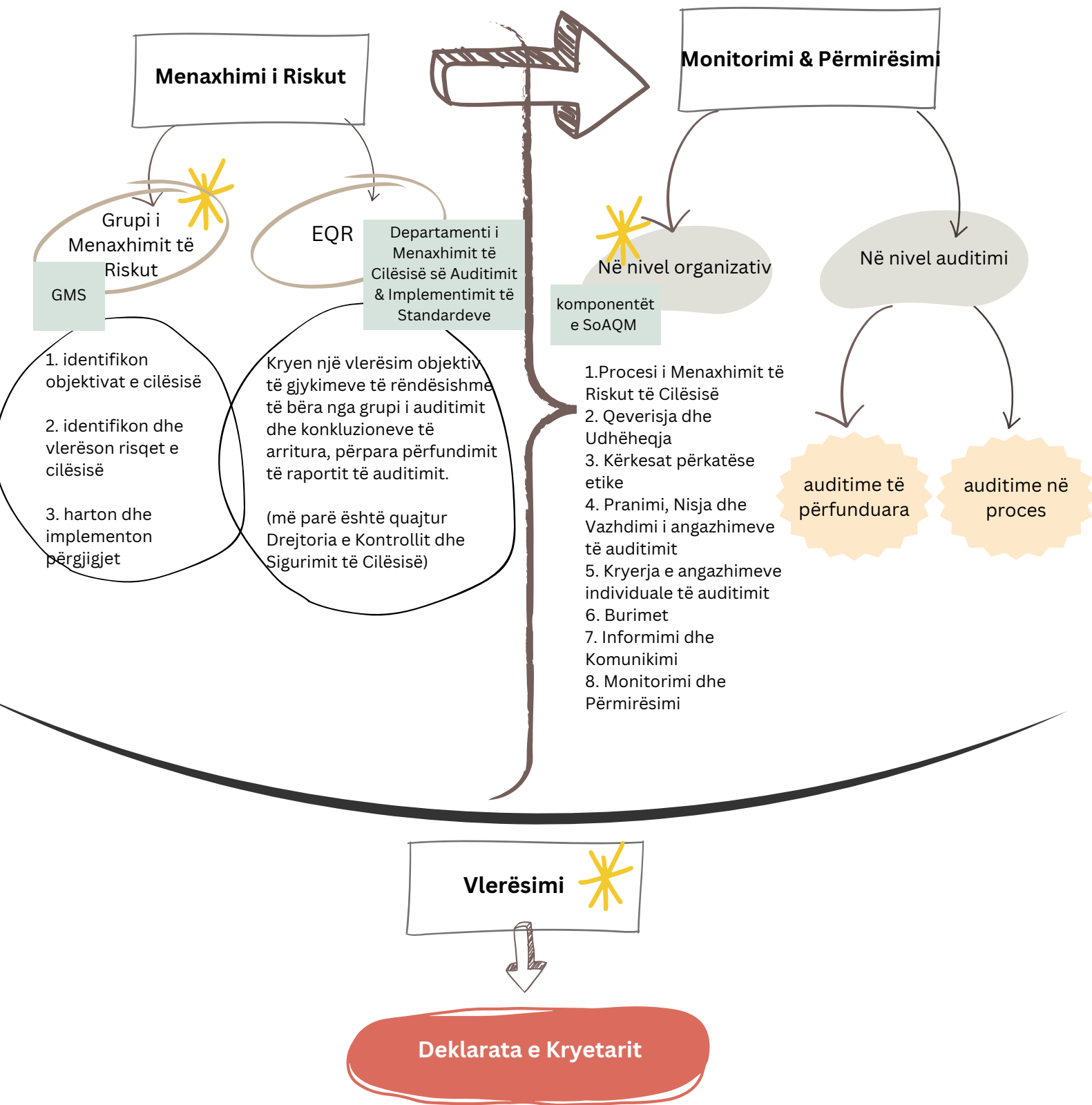
Miratimi

Të gjitha politikat e tjera të KLSH-së që nuk janë në përputhje me këtë politikë konsiderohen të shfuqizuara dhe/ose të zëvendësuara.

Kjo Politikë është miratuar me Vendimin e Kryetarit të KLSH-së nr. 128, datë 01.07.2024

Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit

KLSH



Shënim: Aktivitetet "me asterix", janë aktivitete të reja për KLSH-në, që rrjedhin nga ISSAI 140 i rishikuar dhe kërkojnë modifikime të rëndësishme në politika/procedura; ndërkohë që aktivitetet e tjera zhvillohen aktualisht në KLSH bazuar në politikat dhe procedurat përkatëse dhe për to kërkohen vetëm modifikime minimale

Raporti i Analizēs sē Nevojave



REPUBIKA E SHQIPËRISË
KONTROLLI I LARTË I SHTETIT



Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit - Raporti i analizës së nevojave në KLSH

Mars , 2024

Përmbajtja

1. HYRJE	4
2. INFORMACIONE TË TJERA.....	5
2.1 PREZANTIMI I SHKURTËR I PROJEKTIT	5
3. REZULTATET KRYESORE	6
3.1 KËRKESAT ORGANIZATIVE.....	6
4. TRANZICIONI NGA KONTROLL CILËSIE (SIGURIM CILËSIE) NË MENAXHIM CILËSIE.....	15
5. NGA NEVOJAT TE PLANI I VEPRIMIT	18

KLSH	Kontrolli i Lartë i Shtetit
SoAQM	Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit
KC	Kontrolli i cilësisë
SC	Sigurimi i cilësisë
GMS	Grupi i Menaxhimit Strategjik
MC	Menaxhimi i Cilësisë
RCA (EQR)	Rishikimi i cilësisë së angazhimit
GP	Grupi i Punës
PMP	Procesi i monitorimit dhe korrigjimit të gabimeve
RPA	Rregullorja e procedurave të Auditimit
SKC	Sistemi i kontrollit të cilësisë

1. HYRJE

Misioni i Kontrollit të Lartë të Shtetit (KLSH) është që nëpërmjet *ekspertizës dhe auditimeve cilësore, të mbështesë Kuvendin dhe të informojë publikun dhe palët e interesit në mënyrë të vazhdueshme, të paanshme dhe të plotë mbi përgjegjshmërinë që qeveria dhe subjektet publike ushtrojnë gjatë menaxhimit të parave të taksapaguesve, me qëllim përmirësimin e shërbimeve publike.*

Që KLSH të përmbushë objektivat strategjike dhe kompetencat e tij, është thelbësore që të gjitha aspektet e funksionimit të jenë të cilësisë së lartë dhe të çojnë në rezultate cilësore. Cilësia duhet të ndërtohet nëpërmjet strategjive, kulturës organizative, politikave dhe procedurave, pasi cilësia e punës dhe produktit të një Institucioni Suprem Auditimi ndikon në reputacionin dhe besueshmërinë e tij dhe në fund të fundit aftësinë për të përmbushur mandatin e tij në mënyrë efektive.

Sipas ISSAI 140 - Menaxhimi i Cilësisë për SAI-t, interesi publik shërbehet më së miri nga një SAI që kryen angazhimet e tij në një nivel të lartë cilësie të vazhdueshme. Hartimi, zbatimi dhe funksionimi i një sistemi të menaxhimit të cilësisë ndihmon një SAI të arrijë këtë objektiv dhe të ofrojë siguri të arsyeshme që proceset e tij janë në përputhje me Standardet Ndërkombëtare të Institucioneve Supreme të Auditimit (ISSAI) dhe kërkesat ligjore dhe rregullatore në fuqi.

Qëllimi i ISSAI 140 është të përcaktojë kërkesat organizative që një SAI duhet të ndjekë për menaxhimin e cilësisë kur pretendon përputhshmëri me ISSAI-t.

Sistemi i kontrollit dhe sigurimit të cilësisë së KLSH-së trajton komponentët e mëposhtëm të ndërlidhur në mënyrë të vazhdueshme dhe përsëritëse:

- ✓ Qeverisja dhe Udhëheqja;
- ✓ Kërkesat përkatëse etike;
- ✓ Pranimi, Nisja dhe Vazhdimi i Angazhimeve;
- ✓ Kryerja e angazhimeve dhe nxjerrja e raporteve të auditimit;
- ✓ Burimet e KLSH-së;
- ✓ Procesi i monitorimit dhe përmirësimit.

ISSAI 140 i ri ka zgjeruar fushën e cilësisë duke u zhvendosur drejt menaxhimit të cilësisë dhe jo kontrollit/sigurimit të cilësisë, duke shtuar komponentët e mëposhtëm:

- ✓ Procesi i vlerësimit të riskut të SAI-t;
- ✓ Informacioni dhe Komunikimi.

Për të ngritur Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit në përputhje me ISSAI 140, KLSH duhet të jetë në përputhje me të gjitha kërkesat organizative të këtij standardi në mënyrë që të jetë në gjendje të pohojë se ka kryer auditime në përputhje me ISSAI-t.

2. INFORMACIONE TË TJERA

2.1 PREZANTIMI I SHKURTËR I PROJEKTIT

Për të krijuar besueshmëri dhe për të mbështetur efektivitetin institucioneve supreme të auditimit, nevojitet siguri që auditimet e kryera kanë një cilësi të lartë. Cilësia i referohet shkallës në të cilën auditimet e kryera dhe raportet e publikuara nga SAI përputhen me standardet profesionale dhe kërkesat ligjore dhe rregullatore në fuqi, duke evidentuar sa këto e ndihmojnë SAI - n në përmbushjen e kompetencave të tij, duke siguruar kështu vlerë të shtuar për përdoruesit e produkteve të auditimit.

INTOSAI ka rishikuar ISSAI 140, duke planifikuar të shkojë drejt një qasjeje gjithëpërfshirëse dhe sistematike të bazuar në risk për menaxhimin e cilësisë. IDI (Iniciativa për Zhvillim e INTOSAI – t) ka hartuar një draft projekt për të mbështetur institucionet supreme të auditimit në ngritjen e një Sistemi të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (më tej SoAQM).

Për këtë qëllim, KLSH dhe IDI kanë nënshkruar më datën 11 Prill 2023 një Deklaratë Angazhimi për projektin pilot “Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit”. **Qëllimi i këtij projekti është të mbështesë KLSH - në në ngritjen e një Sistemi të Menaxhimit të Cilësisë.**

Rezultatet e pritshme të sistemit pilot janë:

- Ndërgjegjësimi dhe kuptimi i SoAQM - së nga menaxhimi dhe stafi i KLSH - së;
- Rritja e kompetencës së stafit në ngritjen e Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit;
- Nevojat e dokumentuara për krijimin e SoAQM - së;
- Politika e SAI-t për SoAQM - në e miratuar nga lidershipi i SAI-t;
- Ngritja fillestare e SoAQM – së sipas politikës së miratuar të SAI-t.

Rezultati i pritshëm i sistemit pilot është:

- SAI demonstroi një kulturë që i jep përparësi: cilësisë, sikurse pasqyrohet edhe në prioritetin që vet lidershipi i SAI – t i jep kësaj qasjeje; kontekstit të SAI-t dhe sjelljes së individëve që përbëjnë organizatën;
- Krijimi i SoAQM - së i përshtatshëm për nevojat e SAI-t.

Grupi i pënës që hartoi Raportin e Vlerësimit të Nevojave të KLSH përbëhet nga:

1. Aulona Jani - Team leader
Drejtor në Drejtorinë e Metodologjisë, Planifikimit Strategjik dhe Zhvillimit Profesional
2. Xhuljeta Çelaj - anëtare
Audituese në Departamentin e Auditimit të Performancë
3. Miranda Misini - anëtare
Audituese në Drejtorinë e Metodologjisë, Planifikimit Strategjik dhe Zhvillimit Profesional
4. Anjeza Gjoci – anëtare
Audituese, në Departamentin e Auditimit të Institucioneve Qendrore
5. Znj. Eriklida Shpori - anëtare
Audituese në Drejtorinë Juridike

3. REZULTATET KRYESORE

Ky seksion përfshin nevojat e identifikuar për KLSH - në për të krijuar politikat dhe procedurat e përshtatshme me qëllim zbatimin e kërkesave të Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit ose për të arritur objektivat e cilësisë të Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit.

Për këtë seksion, grupi i punës për zbatimin e Projektit të Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit ka kryer analizën e nevojave për të gjithë komponentët bazuar në të gjitha aspektet që ndikojnë në të. Rezultatet e analizës për KLSH – në janë përmbledhur si më poshtë:

3.1 KËRKESAT ORGANIZATIVE

Kërkesa Organizative nr. 1 “Ngritja e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë” është një kriter parakusht për zbatimin e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit. Në këtë kontekst, KLSH do të përmirësojë sistemin ekzistues të KLSH-së në menaxhimin e cilësisë, duke:

- ✓ Promovuar të kuptuarin e qëllimit të sistemit të menaxhimit të cilësisë në KLSH përmes mësimin dhe trajnimeve të vazhdueshme (me suportin e IDI dhe SAI – ve të tjera); zhvillimit të një Sistemi të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit duke marrë parasysh parimet e integritetit, pavarësisë dhe objektivitetit, kompetencës, sjelljes profesionale dhe konfidencialitetit dhe transparencës në kontekstin e etikës (siç përshkruhet në ISSAI 130); si dhe vendosjen e kërkesave organizative për kompetencat e audituesit (siç përshkruhet në ISSAI 150).
- ✓ Hartuar Politikën e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit dhe gjithashtu duke identifikuar Objektivat e Cilësisë, për të vendosur kërkesat e reja organizative.
- ✓ Identifikuar personin/grupin e personave përgjegjës për Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit , si dhe përgjegjësinë operacionale.

Aktualisht, në KLSH ekziston një sistem i Kontrollit të Cilësisë dhe Sigurimit të Cilësisë, ku:

- Kreu i KLSH-së është përgjegjës për sistemin e përgjithshëm;
- Është krijuar Drejtoria e Kontrollit të Cilësisë/Sigurimit të Cilësisë për të kryer kontrollin e cilësisë në nivel angazhimi për të gjitha llojet e angazhimeve;
- Grupi Ad Hoc i individëve zgjidhet çdo vit për të kryer rishikimin e cilësisë së 30% të dosjeve të auditimit të evaduar (rishikim i cilësisë së ftohtë);
- Rishikimi i cilësisë në të nxehtë mund të kryhet për dosje të veçanta auditimi nëse identifikohen raste të shkeljes së cilësisë;
- Në nivel organizate krijohet një GMS (Grupi i Menaxhimit Strategjik) me qëllim që të mbikëqyrë dhe të japë të dhëna në përcaktimin e regjistrin të rrezikut institucional i cili përditësohet çdo vit. Qasja e përdorur zakonisht është nga poshtë lart.

PROCESI I MENAXHIMIT TË RISKUT TË CILËSISË

ISSAI 140 kërkon që KLSH të hartojë dhe zbatojë një proces vlerësimi të riskut për të vendosur objektiva të cilësisë, për të identifikuar dhe vlerësuar risqet e cilësisë për secilin objektiv cilësie, si dhe për të hartuar dhe zbatuar përgjigje për të adresuar këto risqe. Kjo kërkesë përfshin përcaktimin e objektivave të cilësisë të përcaktuara nga standardi dhe çdo objektiv shtesë cilësor që konsiderohet i nevojshëm nga KLSH për arritjen e objektivave.

Kërkesa Organizative nr. 2: Përcaktimi i objektivave të cilësisë

Nevoja e KLSH-së: KLSH duhet të përcaktojë objektivat e cilësisë në mënyrë të përshtatshme.

Politika/procedura ekzistuese: KLSH ka një Strategji të Menaxhimit të Riskut të hartuar në vitin 2018, ku përcaktohen parimet dhe metodat për identifikimin, analizimin, vlerësimin, trajtimin dhe monitorimin e risqeve. Ai trajton risqet e brendshme dhe të jashtme që mund të ndikojnë në arritjen e objektivave të KLSH-së. Grupi i Menaxhimit Strategjik është grupi ad hoc, i krijuar nga Kryetari i KLSH. Grupi është përgjegjës për mbikëqyrjen e regjistrit të riskut.

Veprimet e propozuara:

- KLSH duhet të miratojë objektiva të cilësisë bazuar në kërkesat e ISSAI 140 dhe anekseve të ofruara nga ky projekt pilot (bashkëlidhur me këtë raport).

Kërkesa organizative nr. 3 dhe 4: Identifikimi dhe vlerësimi i risqeve të cilësisë dhe hartimi dhe zbatimi i përgjigjeve

Nevoja e KLSH-së: KLSH duhet të identifikojë dhe vlerësojë në mënyrë të përshtatshme risqet e cilësisë për çdo objektiv cilësie dhe gjithashtu të hartojë dhe zbatojë përgjigjet ndaj tyre

Politika/procedura ekzistuese:

KLSH ka hartuar Strategjinë e Menaxhimit të Riskut në vitin 2018¹. Ky dokument përcakton parimet e përgjithshme të menaxhimit të riskut në KLSH, një metodë sistematike që përdoret për të identifikuar, analizuar, vlerësuar, trajtuar, monitoruar dhe komunikuar risqet kryesore që shoqërojnë përgjegjësitë e KLSH-së, për të minimizuar ngjarjet negative të paparashikuara dhe për të maksimizuar mundësitë. Në Strategjinë e rishikuar të Menaxhimit të Riskut nga një Grup ad hoc, KLSH ka identifikuar risqet kryesore, të jashtme dhe të brendshme, risqet e menaxhimit institucional dhe risqet e punës së auditimit, kriteret për përcaktimin e risqeve kryesore, mekanizmat e riskut si dhe kriteret e matjes së riskut, në përputhje me politikën e KLSH - së.

Strategjia e riskut bazohet në analizën e komponentëve: Mjedisi i kontrollit, përcaktimi i objektivave, identifikimi i riskut, vlerësimi i riskut, reagimi ndaj risqeve, aktivitetet e kontrollit, informacioni dhe komunikimi dhe monitorimi.

Në Strategjinë e Riskut, parashikohen risqe të brendshme dhe të jashtme të cilat mund të ndikojnë në arritjen e objektivave të strategjisë, si dhe në punën e përditshme të auditimit. Në zbatim të kësaj strategjie, risqet identifikohen çdo vit dhe përditësohet regjistri i riskut, në të cilin paraqitet edhe reagimi ndaj risqeve. Për të monitoruar risqet, Grupi i Menaxhimit Strategjik (GMS) monitoron periodikisht risqet që ndikojnë në arritjen e objektivave dhe propozon masa korrigjuese. Në mbledhje merr pjesë edhe Kryetari. Për qëllime informimi dhe komunikimi², hartohet dhe publikohet çdo vit "Raporti i Monitorimit për Strategjinë e Menaxhimit të Riskut".

Për të identifikuar nëse dhe kur një rishikim i cilësisë së angazhimit është një përgjigje e përshtatshme për të adresuar një ose më shumë risqe të cilësisë, KLSH kryen kontrollin e cilësisë në faza të ndryshme gjatë procesit të auditimit. Gjatë fazës në terren, ekipi i auditimit monitorohet nga Kryeaudituesi i Departamentit, Drejtori i Departamentit, Drejtori i Përgjithshëm dhe Kryetari. Pas finalizimit të draft raportit, Drejtoria e Kontrollit të Cilësisë/Sigurimit të Cilësisë përfshihet në procesin e kontrollit, duke ofruar sugjerime për t'u pasqyruar në raportin përfundimtar të auditimit. Gjithashtu, drejtori merr pjesë në

¹ <https://panel.klsh.org.al/storage/phpgmkDCj.pdf>

² <https://panel.klsh.org.al/storage/phperlrvp.pdf>

takimet e mirëkuptimit me subjektin e audituar. Drejtoria e Kontrollit të Cilësisë/Sigurimit të Cilësisë është në varësi të Drejtorit të Përgjithshëm dhe funksionon në mënyrë të pavarur nga Departamentet e Auditimit. Janë krijuar linja të qarta raportimi, duke mundësuar komunikim efikas siç përshkruhet në Rregulloren aktuale të Procedurave të Auditimit.

Audituesit e këtij sektori janë përgjegjës për rolet dhe përgjegjësitë e tyre siç përshkruhet në Rregulloren të Procedurave të Auditimit. Protokollat e vendosura lehtësojnë adresimin e çështjeve të pazgjidhura drejt menaxhimit më të lartë për zgjidhje.

Veprimet e propozuara:

1. Grupi i Menaxhimit Strategjik duhet të përmirësojë procesin e vlerësimit të riskut duke përfshirë analizat e riskut për objektivat e identifikuar të cilësisë, si dhe të hartojë përgjigjet e duhura ndaj riskut, duke:

- kuptuar kushtet, ngjarjet, rrethanat, veprimet ose mosveprimet që mund të ndikojnë negativisht në arritjen e *objektivave të cilësisë*, në përputhje me natyrën dhe rrethanat e institucionit dhe angazhimet e tij; dhe

- marrë parasysh si dhe sa kushtet, ngjarjet, rrethanat, veprimet ose mosveprimet mund të ndikojnë negativisht në arritjen e *objektivave të cilësisë*.

- hartuar dhe implementuar përgjigjet për të adresuar risqet e cilësisë duke u bazuar e iu përgjigjur arsyeve e vlerësimeve të dhëna ndaj risqeve të cilësisë.

Vlerësimi i riskut duhet të kryhet njëkohësisht me planifikimin strategjik (çdo 3 vjet), por duhet të përditësohet kur të lind nevoja (çdo vit).

2. Drejtoria e KC/SC në funksionin e rishikuesit të cilësisë së auditimit (RCA ose në anglisht Engagement Quality Review) duhet të rrisë aktivitetin e saj për të adresuar procesin e rishikimit të cilësisë së angazhimit, në përputhje me ISSAI 140.

Për të qenë në përputhje me ISSAI 140 të rishikuar, është e nevojshme të shtohet një kërkesë specifike në aneksin e opinionit të lëshuar nga Drejtoria e KC/SC në lidhje me një vlerësim objektiv të gjyqimeve profesionale të qenësishme të bëra nga grupi i auditimit dhe konkluzioneve të arritura prej tij.

Kërkesa Organizative nr. 5: Procesi i monitorimit dhe përmirësimit

Nevoja e KLSH-së: KLSH duhet të krijojë një proces monitorimi dhe përmirësimi për të siguruar informacion në lidhje me hartimin, zbatimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë dhe për të ndërmarrë veprime për t'iu përgjigjur mangësive të identifikuar në kohën e duhur. Duhet të përcaktohen kriteret e qarta në lidhje me kompetencat, autoritetin dhe pavarësinë për individët ose grupet që do të kryejnë funksionet e monitorimit dhe përmirësimit, siç përshkruhet në politikën e menaxhimit të cilësisë.

Politika/procedura ekzistuese:

- Rregullorja e Procedurave të Auditimit (RPA) parashikon në detaje disa aktivitete të vazhdueshme të kontrollit, si për shembull mënyrën se si duhet të kryhet *kontrolli i cilësisë në të gjitha fazat e procesit të auditimit*. Për këtë qëllim, në Udhëzuesin e KLSH - së për Menaxhimin të Cilësisë, përfshihen lista kontrolli për qëllime të kontrollit të cilësisë, të plotësuara nga drejtuesit e grupit të auditimit, drejtorët e departamenteve dhe Drejtoria e Kontrollit dhe Sigurimit të Cilësisë, gjatë procesit të auditimit.

- Gjithashtu, *kontrollat periodike monitoruese* kryhen në intervale të rregullta nga KLSH. Në RPA është përcaktuar qartë se kur kërkohet një rishikim i angazhimeve të përfunduara si pjesë e aktiviteteve monitoruese (një herë në vit të paktën 30% e dosjeve të auditimit duhet t'i nënshtrohen një rishikimi të ftohtë, të kryer nga një Grup Ad-Hoc).

Veprimet e propozuara:

- Kreu i KLSH-së duhet të krijojë një njësi të pavarur ose Grup Pune Ad-Hoc përgjegjës për kryerjen e procesit të monitorimit dhe përmirësimit të gabimeve për të ofruar informacion të përshtatshëm, të besueshëm dhe në kohë *mbi sistemin e menaxhimit të cilësisë në tërësi*.
- Linjat e raportimit brenda institucionit të jenë të përcaktuara qartë, duke i raportuar drejtpërdrejt Kryetarit.
- Duhet të ketë kritere të qarta në dokumentin e politikave të SoAQM në lidhje me kompetencat, autoritetin dhe pavarësinë e kërkuar për individët ose grupet që kryejnë funksionet e monitorimit dhe përmirësimit. Këto mund të përfshijnë kualifikime specifike, përvojë të caktuar apo dhe kërkesat për trajnim dhe përgjegjësitë për personelin.
- Procesi i monitorimit dhe përmirësimit duhet të mbulojë rishikimin në nivel organizativ të SoAQM duke përfshirë edhe inspektimin e angazhimeve të auditimit të përfunduara dhe ato në proces, siç kërkohet nga ISSAI 140.
- Zhvillimi i protokolleve dhe procedurave për Grupet e Punës Ad Hoc për të identifikuar pikat e forta dhe mangësitë e mundshme brenda SoAQM dhe për të ndërmarrë veprimet e duhura për t'iu përgjigjur mangësive të identifikuara në përputhje me Dokumentin e Politikave të SoAQM të KLSH.
- Zbatimi i protokolleve për Grupet e Punës Ad Hoc monitorues për të diskutuar problematikat me stafin përgjegjës dhe kreun e KLSH - së përpara përfundimit të raporteve. Kjo siguron që gjetjet të verifikohen dhe vërtetohen siç duhet përpara se t'i paraqiten menaxhimit më të lartë.
- KLSH, gjatë hartimit të Dokumentit të Politikave për SoAQM, duhet të marrë parasysh përfshirjen e dispozitave specifike të cilat kërkojnë që, Grupet e punës Ad Hoc të monitorimit të përgatisin një raport të përgjithshëm përmbledhës, për të diskutuar gjetjet e procesit të monitorimit me stafin përgjegjës dhe Kreun e KLSH - së përpara finalizimit dhe për të paraqitur rezultatet e përmbledhura dhe rekomandimet për përmirësim për kreun e KLSH-së. Gjithashtu, në Politikë duhet të përfshihen edhe kritere specifike për monitorimin si në nivel organizativ (p.sh. sektorë, departamente, drejtori, procese etj.) ashtu edhe në nivel të angazhimit të auditimit.

Kërkesa Organizative Nr. 6: Vlerësimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë

Nevoja e KLSH-së: Personi ose personat e ngarkuar me përgjegjësi dhe llogaridhënie për sistemin e menaxhimit të cilësisë duhet të vlerësojnë sistemin dhe të konkludojnë mbi masën në të cilën ky sistem po arrin objektivat e tij. Vlerësimi do të mbulojë një periudhë të caktuar dhe do të kryhet të paktën çdo vit.

Politika/procedura ekzistuese: Nuk ka procedurë.

Veprimet e propozuara:

Sipas ISSAI 140, përgjegjësia për Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit i takon Drejtuesit të SAI - t. Vlerësimi është një proces i brendshëm që kryhet çdo vit dhe duhet të mbulojë të gjithë komponentët e ISSAI 140. Drejtuesi i SAI - t mund të emërojë një apo më shumë individë të kualifikuar për të mbledhur informacion nga rezultatet e procesit të monitorimit (e jo vetëm), por përgjegjësia përfundimtare për vlerësimet i takon titullarit të SAI-t. Personi/(at) e ngarkuar me këtë proces mund të jenë të përfshirë drejtpërdrejt në procesin e monitorimit dhe përmirësimit dhe për këtë arsye mund të kenë dijeni të informacionit që mbështet vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë.

Për këtë qëllim:

- Duhet të krijohet një proces i strukturuar vlerësimi për Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit. Kriteret e qarta për individët përgjegjës për mbledhjen e informacionit për funksionin e vlerësimit duhet të përshkruhen në Dokumentin e Politikave të SoAQM.

- Individu(ët) e kualifikuar duhet të caktohen nga Kryetari për të mbledhur informacion nga rezultatet e procesit të monitorimit, duke mbuluar të gjithë komponentët e ISSAI 140. Individu(ët) duhet t'i raportojnë drejtpërdrejt vetëm Kryetarit.
- Duhet të krijohen kanale komunikimi efektive ndërmjet funksionit të monitorimit/korrigjimit të gabimeve dhe funksionit të vlerësimit, në mënyrë që të sigurohet një koordinim dhe shkëmbim i pandërprerë i informacionit.
- Duhet kryer nga titullari i institucionit miratimi i modelit të dhënë në dokumentacionin e projektit Pilot për vlerësimin e SoAQM, në shtojcën 14.
- Procesi i vlerësimit duhet të mbulojë të gjithë komponentët e SoAQM për të ofruar një vlerësim gjithëpërfshirës të efektivitetit të tij në arritjen e objektivave.

Kërkesa Organizative Nr. 7: Dokumentimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë

Nevoja e KLSH-së: KLSH duhet të dokumentojë objektivat e cilësisë, risqet e cilësisë, përgjigjet ndaj tyre, proceset e monitorimit dhe korrigjimit të gabimeve, proceset e vlerësimit dhe bazën për konkluzionet e arritura në lidhje me vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë.

Politika/procedura ekzistuese:

Aktualisht, KLSH nuk ka asnjë dokumentacion për objektivat e cilësisë. Megjithatë, ne kemi një strategji risku dhe një regjistër risku ku risqet dokumentohen periodikisht. Përgjigjet ndaj risqeve të identifikuara dokumentohen në regjistrin e riskut. Rezultatet e rishikimeve në të ftohtë të dosjeve të auditimit dhe rishikimet gjatë angazhimeve të vazhdueshme të auditimit dokumentohen gjithashtu bazuar në formatet e RPA.

Veprimet e propozuara:

- Zhvillimi/Rishikimi i modeleve që dokumentojnë menaxhimin e riskut të cilësisë, proceset e monitorimit dhe përmirësimit, proceset e vlerësimit dhe bazën për konkluzionet e arritura në lidhje me vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë për të siguruar përputhjen me ISSAI 140 dhe për të lehtësuar përmirësimin e vazhdueshëm në sistemin e menaxhimit të cilësisë së KLSH.

3.2 KOMPONENTËT QË NUK I PËRKASIN PROCESIT

1. Qeverisja dhe Udhëheqja

Nevojat e KLSH-së:

KLSH duhet të rrisë ndërgjegjësimin dhe të planifikojë aktivitete (trajtime, menaxhim, përgatitje të udhëzimeve të shkurtra) diskutime për të mbështetur kalimin nga koncepti i sigurimit të cilësisë në atë të menaxhimit të cilësisë (ISSAI 140).

Politika/procedura ekzistuese:

Kultura e organizatës së KLSH-së synon të vendosë cilësinë në radhë të parë dhe kërkon kontributin e të gjithë organizatës për të punuar drejt këtij qëllimi.

Ky koncept shprehet në vizionin e KLSH - së (Plani Strategjik i KLSH 2023 – 2027) që citon:

“KLSH është një institucion model që udhëheq nëpërmjet shembullit dhe promovon rritjen e llogaridhënies, transparencës dhe përmirësimin e shërbimeve publike, nëpërmjet auditimeve cilësore dhe luftës kundër korrupsionit, duke forcuar integritetin dhe besimin e publikut tek institucioni.”

KLSH ka miratuar një Strategji Komunikimi të ndarë nga plani strategjik. Kjo strategji është e orientuar nga jashtë në kuptimin që merret kryesisht me përmbushjen e pritshmërive të aktorëve të jashtëm ndaj punës së SAI-t në tërësi, në ofrimin e një pune me cilësi të mirë dhe angazhimin efektiv me ta.

"Programet e trajnimit: Përmbajtja e programeve ekzistuese të trajnimit trajton parimet e menaxhimit të cilësisë, por nuk ka trajtime specifike që kanë të bëjnë me kulturën e cilësisë brenda organizatës. Ka mungesë të kulturës së cilësisë brenda programeve të trajnimit të SAI."

KLSH ka në fuqi Rregulloren e Procedurave të Auditimit që ka të bëjë me kontrollin dhe mbikëqyrjen e cilësisë së auditimit gjatë auditimit që nga fillimi deri në nxjerrjen/publikimin e raportit përfundimtar të auditimit. KLSH kryen rishikime të kontrollit të cilësisë në baza vjetore për një kampion të përzgjedhur të dosjeve të auditimit.

Përveç Rregulloreve të Procedurave të Auditimit, ku kërkohet hartimi dhe dërgimi i memorandumave dhe takimeve periodike mbi auditimet që përdoren si forma të komunikimit të brendshëm, KLSH ka miratuar një Kod Etike, por nuk e ka rishikuar që nga viti 2015.

Rregullorja e procedurave të auditimit përcakton rolet dhe përgjegjësitë në lidhje me kryerjen e auditimit. KLSH ka edhe Rregullore të Brendshme ku përshkruhen në mënyrë specifike rolet dhe përgjegjësitë për çdo pozicion brenda institucionit.

Politika e Burimeve Njerëzore në KLSH ka dispozita që lidhen me kompetencën.

KLSH ka hartuar Politikën e Burimeve Njerëzore që trajton nevojat për burime njerëzore në nivel SAI dhe përcakton kriteret që duhen përmbushur për të qenë pjesë e stafit të KLSH. Ai gjithashtu ka në fuqi një Metodologji specifike për hartimin e Planit Vjetor të Auditimit që ka të bëjë veçanërisht me efikasitetin e burimeve njerëzore. Ka çështje që lidhen me ndarjen dhe caktimin e stafit në detyra specifike.

Veprimtaria e propozuar:

- Rritja e ndërgjegjësimit përmes planifikimit dhe kryerjes së aktiviteteve si: trajtime të vazhdueshme për grupet e punës, nivelin drejtues, si dhe të gjithë stafin, përgatitja e udhëzimeve të shkurtra, diskutimet për të mbështetur kalimin nga QA në QM (ISSAI 140).

2. Kërkesat përkatëse etike

Nevoja e KLSH-së:

Rishikimi i Kodit aktual të Etikës.

Politika/procedura ekzistuese:

KLSH ka miratuar një Kod Etike të bazuar pjesërisht në ISSAI 130, duke pasur parasysh se KLSH ishte pjesë e ekipit që zhvilloi standardin e ri, prandaj Kodi i Etikës rezultoi i miratuar nga Kryetari i KLSH-së, që nga viti 2015. Në KLSH ka gjithashtu një Kod Etike për Kryetarin dhe Drejtimin e Lartë të Kontrollit të Lartë të Shtetit (Vendim i Kryetarit nr. 20.04.2018.)

Në institucion ekziston një Komision Etik ad-hoc, detyra e të cilit është të mbikëqyrë pajtueshmërinë e të gjitha kërkesave etike të Kodit. Ky Komision ngrihet me Vendim të Kryetarit dhe funksionon si organ ad-hoc. Komisioni përbëhet nga 3 anëtarë: Drejtuesi i Sektorit të Etikës dhe dy anëtarë të zgjedhur nga stafi i KLSH-së sipas kriterëve dhe rregullave të përcaktuara me Vendimin e Kryetarit për ngritjen e organit në fjalë. Komisioni trajton, verifikon, këshillon dhe jep zgjidhje për çështje, dilema, ankesa që lidhen me zbatimin e kërkesave të këtij kodi të parashikuara në nenet 13, 17, 21, 22 të tij.

Komisioni shqyrton rastet e shkeljes së etikës dhe integritetit të çdo personi në KLSH, të cilat lidhen me ushtrimin e veprimtarisë dhe përbëjnë shkelje të Kodit të Etikës. Komisioni propozon masa disiplinore. Vendimet e tij janë të ankimeshme te Kryetari, i cili i shqyrton çdo herë dhe jep një vendim përfundimtar.

Komisioni i Etikës shqyrton dhe gjykon bazuar në faktet dhe provat e administruara në seanca dëgjimore me punonjës/in, ndaj të cilëve propozohet masa disiplinore. Në rastet kur vërtetohet se punonjësi ka kryer shkelje të etikës, përveç nëse përbën veprë penale, Komisioni propozon masa sipas përcaktimeve në ligjin nr. 154/2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, në ligjin “Për statusin e nëpunësit civil” dhe në Kodin e Punës.

Në KLSH, zbatohet Ligji nr. 60/2016 “Për sinjalizimin dhe mbrojtjen e sinjalizuesve”, që do të thotë se ka dy mënyra sinjalizimi: sistemi i brendshëm dhe i jashtëm. Sistemi i brendshëm i denoncimit është krijuar në KLSH (organizatë publike me më shumë se 80 punonjës) dhe ka një person të caktuar që regjistron, heton administrativisht dhe shqyrton sinjalizimet që i përcillen atij/asaj.

Sistemi i jashtëm aktivizohet në ato organizata që nuk kanë një sistem të brendshëm. Në sistemin e jashtëm, Inspektorati i Lartë i Deklarimit dhe Kontrollit të Pasurive dhe Konflikti i interesit heton drejtpërdrejt veprimet ose praktikën e sinjalizimit. Në KLSH është kryer një vetëvlerësim i INTOSaint në shkurt 2020. Në institucionin tonë ekziston një regjistër për dhuratat. KLSH ka miratuar së fundmi Dokumentin e Politikës së Menaxhimit të Burimeve Njerëzore (Vendim i Kryetarit nr. 123, datë 24.07.2023).

Veprimet e propozuara: Duhet miratuar ISSAI 130 ashtu siç është (ISSAI 2000 paragrafi 6 e kërkon atë).

3. Pranimi, Nisja dhe Vazhdimi i angazhimeve të auditimit**Nevoja e KLSH:**

1. Struktura menaxhuese e KLSH-së duhet të lëshojë një deklaratë (pjesë e dokumentit të politikave) për miratimin e ISSAI-ve.
2. Të zhvillojë mjete elektronike/IT për planifikimin vjetor të auditimit

Politika ekzistuese:

Praktika jonë aktuale në pranimin, fillimin dhe vazhdimin e angazhimeve të auditimit funksionon si më poshtë:

KLSH ka një mandat mjaft të gjerë për të audituar të gjitha institucionet publike dhe shoqëritë publike me 50% + të aksioneve shtetërore, partitë politike, kontratat koncesionare etj. TI.

b. Sipas ligjit të KLSH (neni 9):

- KLSH vendos në mënyrë të pavarur dhe në çdo kohë për planin e veprimtarisë së saj; dhe

- KLSH gjatë përcaktimit të planit të auditimit mund të marrë në konsideratë edhe propozimet e bëra nga njësitë e tjera të qeverisjes së përgjithshme.

Gjithashtu sipas nenit 31 të Ligjit të KLSH-së, çdo vit, në paraqesim në Kuvend raportin tonë vjetor të veprimtarisë, në bazë të të cilit Komisioni i Ekonomisë dhe Financave në Kuvend nxjerr Rezolutën ku rekomandon edhe disa fusha specifike/të ndjeshme për t'u audituar. Rekomandime të tilla merren parasysh nga KLSH gjatë hartimit të planit vjetor të auditimit.

c. Ekziston një procedurë e planifikimit vjetor që kryhet në përputhje me Metodologjinë për Planifikimin Vjetor të Auditimit. Në zhvillimin e Planit Vjetor të Auditimit, KLSH merr një qasje të bazuar në rrezik, ku merren parasysh edhe aftësitë, koha dhe burimet. Rregullorja e brendshme e KLSH-së përcakton gjithashtu rolet dhe përgjegjësitë për të gjithë aktorët e përfshirë në procesin e auditimit

Çdo lloj auditimi kryhet në përputhje me grupet e sipërpërmendura të dokumenteve dhe manualit specifik me të cilin lidhet dhe dokumentohet në përputhje me rrethanat.

Veprimet e propozuara:

1. Menaxhimi duhet të nxjerrë një Deklaratë (pjesë e dokumentit të Politikës) në lidhje me miratimin zyrtar të ISSAI-ve.

2. Zhvillimi i Mjeteve të TI-së për Procesin e Planifikimit Vjetor të Auditimit.

4. Kryerja e angazhimeve individuale

Nevoja e KLSH-së:

Rishikimi periodik i manualeve/metodologjive të auditimit për përshtatjen me praktikën me standardet ndërkombëtare

Politika/procedura ekzistuese:

KLSH ndjek RPA e cila përcakton të gjitha proceset e detajuara, linjat e raportimit dhe çështjet e tjera përkatëse në lidhje me kryerjen e të gjitha angazhimeve të auditimit në KLSH. Ky Dokument ka përfshirë gjithashtu dokumente model për çdo hap të rëndësishëm të procesit të angazhimit të auditimit. Ky dokument përcakton kuadrin e përgjithshëm për kryerjen e një angazhimi auditimi në KLSH.

Në RPA ka dispozita specifike për konsultim në raste kur ka diferenca në opinionet/mendimet ndërmjet grupit të auditimit dhe palëve të tjera të interesuara të përfshira në procesin e auditimit (neni 36, paragrafi 6); ndërsa manualët e auditimit (MA Financiar, MA të Përputhshmërisë, MA të Performancës etj), parashikojnë orientimin metodologjik të nevojshëm për kryerjen e një lloji specifik auditimi duke i ndihmuar audituesit të përdorin saktë gjykimin e tyre profesional.

Veprimet e propozuara:

Korniza metodologjike duhet të vlerësohet për rishikim të paktën çdo 2 - 3 vjet për angazhimet e auditimit.

6. Burimet

Nevoja e KLSH-së:

Duhet të merren, zhvillohen, zbatohen, mirëmbahen dhe përdoren burime të përshtatshme teknologjike për të mundësuar funksionimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë së KLSH-së dhe kryerjen e angazhimeve të cilësisë.

Stafi i KLSH-së duhet të demonstrojë një përkushtim ndaj cilësisë nëpërmjet veprimeve dhe sjelljeve të tij dhe të ruajë kompetencën e duhur për të kryer rolet, si

dhe duhet të mbahet përgjegjës ose të njihet nëpërmjet vlerësimeve në kohë, promovimit dhe/ose stimujve të tjerë.

Politika/procedura ekzistuese:

KLSH ka miratuar së fundmi një Dokument Politikash për Burimet Njerëzore (korrik, 2023). KLSH publikon çdo vit Planin e saj Vjetor të Pranimit, në të cilin detajon nevojat e saj për burime njerëzore (vendet vakante) për sa i përket: numrit të vendeve vakante; niveli korrespondent i shërbimit civil; profesione; formimi akademik etj.

Ekziston një grup i dedikuar trajnimesh për stafin e sapo rekrutuar.

Ekziston një departament i veçantë që merret me metodologjinë dhe trajnimin, i cili harton dhe zbaton një plan trajnimi vjetor për të gjithë stafin në SAI. Mesatarisht, çdo auditor duhet të ketë të paktën 25 ditë trajnim në vit. Për sa i përket burimeve të duhura teknologjike, në KLSH ka gjithmonë një nevojë në rritje për aplikacione dhe infrastrukturë më të reja dhe më të mira IT. KLSH ka një sistem të menaxhimit të auditimit (RevZone), funksionaliteti i të cilit është dëmtuar për shkak të hakerimit. Në vitin 2022, duke synuar rritjen e mëtejshme të mbështetjes dhe burimeve intelektuale, sektori ekzistues i Metodologjisë dhe Trajnimit, është transformuar në një Departamenti të ri të Metodologjisë, Planifikimit Strategjik dhe Zhvillimit Profesional, me role dhe përgjegjësi më të gjera, për të mbuluar zhvillimin, zbatimin e metodologjitë, udhëzuesit, dokumentacionin e standardizuar, bazat e të dhënave, etj.

Sipas Vendimit të Kryetarit nr. 61, datë 09.05.2015, ne mund të kontraktojmë ekspertë të jashtëm të përkohshëm në rastet e ekspertizës së nevojshme.

Veprimet e propozuara:

- REVZONE, sistemi i Menaxhimit të Auditimit duhet të rikthehet për përdorim nga audituesit dhe menaxhimi.

- Vlerësimi i programit të trajnimit duhet të bëhet çdo vit, në mënyrë që të identifikohen nevojat e stafit për trajnime. Duhet të vendosen procedura të qarta nga poshtë-lart, për të gjeneruar ide të reja për qëllime trajnimi.

- Vendosja e një mekanizmi reagimi për kënaqësinë në punë nga auditorët.

- Njohja e punës së mirë duhet të bëhet çdo vit për anëtarin e stafit me performancën më të mirë.

6. Informimi dhe Komunikimi

Nevoja e KLSH-së:

KLSH duhet të përmirësojë më tej sistemin e informacionit i cili identifikon, kap, përpunon, mirëmban dhe komunikon informacionin përkatës dhe të besueshëm që mbështet sistemin e menaxhimit të cilësisë.

Politika/procedura ekzistuese:

KLSH ka në funksion një sistem informacioni që përfshin Sistemin e IT, REVZONE si dhe RPA e cila u miratua së fundi në 2020 dhe u rishikua në 2023. Ajo specifikon qartë fluksin e komunikimit gjatë gjithë procesit të auditimit. Të gjitha procedurat e auditimit të adresuara në këtë rregullore dhe dokumentacioni përkatës duhet të plotësohen gjithashtu sipas fluksit të punës, në sistemin RevZone.

Informacioni është i saktë, i plotë, në kohë dhe i vlefshëm për të mundësuar funksionimin e duhur të sistemit të menaxhimit të cilësisë së KLSH-së dhe për të mbështetur vendimet në lidhje me sistemin e angazhimit të cilësisë.

Gjatë fazës së planifikimit të një angazhimi auditimi, ekipet e angazhimit komunikojnë periodikisht me drejtorin për çështjet kryesore me të cilat ballafaqohen gjatë auditimit dhe kështu me radhë edhe në fazat e tjera të auditimit.

Nga ana tjetër, Drejtori i një Departamenti të Auditimit, komunikon me ekipet e angazhimit të auditimit (në mënyrë periodike, verbale dhe formalisht nëpërmjet memo - ve, duke dhënë gjithashtu udhëzime/rekomandime/sugjerime të mëtejshme) për t'u mundësuar atyre të kuptojnë dhe të kryejnë përgjegjësitë e tyre brenda sistemi i menaxhimit të cilësisë ose angazhimeve.

Në fazën e raportimit, përpara finalizimit të raportit të auditimit, draft raporti duhet t'i nënshtrohet shqyrtimit nga Kryeaudituesi, drejtori i departamentit të auditimit, rishikuesi i cilësisë dhe Drejtori i Përgjithshëm.

Gjatë kryerjes së një angazhimi auditimi, të gjithë anëtarët e ekipit janë të detyruar të nënshkruajnë formularin e Deklaratës së Konfliktit të Interesit. Në rast konflikti, më vonë, të gjitha palët e përfshira duhet të njoftohen në kohën e duhur dhe të merren masat përkatëse.

Në rastet kur ka raste të mosrespektimit të ligjeve dhe rregulloreve dhe kërkohet nga kërkesat përkatëse etike, KLSH raporton tek një autoritet më i lartë se i audituari (si p.sh. ministri përkatës, ose Këshilli i Ministrave deri te Komisioni i Ekonomisë dhe Financave në Parlament) (më hollësisht në dispozitën 15 të ligjit të KLSH). Në rastet që dyshohet se përmbajnë elemente të kallëzimit penal dhe/ose shkeljeve ligjore me ndikim financiar, KLSH e dërgon çështjen në Prokurori (dispozita 25 në ligj; dhe dispozita (dispozitat 38, 39, 40 të Rregullores së Procedurave të Kontrollit). Vendimet e Kryetarit dhe Raportet Përfundimtare të Auditimit, publikohen në faqen zyrtare të KLSH-së, duke u vendosur kështu në dispozicion të opinionit publik, organeve të shtypit dhe medias. Emrat e personave përgjegjës nuk specifikohen në këto raporte, por vendosen vetëm inicialet dhe funksionet. Çdo 3 -4 muaj), të gjitha raportet e auditimit përmbledhen shkurtimisht në formën e një buletini, i cili publikohet në faqen tonë zyrtare.

Çdo 4 muaj, KLSH përgatit dhe dërgon në Kuvend Buletinin Statistikor. Ky Buletin është publikuar edhe në faqen zyrtare të institucionit.

Veprimet e propozuara:

- Faqja e internetit të KLSH duhet të përmirësohet në drejtim të pasurimit me pamje, podkaste, video, animacione në lidhje me proceset dhe rezultatet cilësore.
- KLSH duhet të promovojë punën përmes rrjeteve sociale duke hapur një profil në LinkedIn, Facebook etj.
- Programet e trajnimit për të gjithë stafin duhet të hartohen për të siguruar të gjithë informacionin e besueshëm që lidhet me detyrat e tyre brenda SoAQM. Për stafin e KLSH-së në përgjithësi, përditësimet e rregullta teknike informojnë stafin për çdo ndryshim në aspekte të sistemit të menaxhimit të cilësisë, duke përfshirë ndryshimet në politikat, metodologjinë dhe shabllonet e Manualit të Auditimit.

4. TRANZICIONI NGA KONTROLL CILËSIE (SIGURIM CILËSIE) NË MENAXHIM CILËSIE

ISSAI 140 i ri ka ngritur standardin për mënyrën se si institucionet supreme të auditimit duhet të menaxhojnë cilësinë e auditimit përmes krijimit të një menaxhimi sistematik të saj, i cili duhet të ketë një natyrë dinamike dhe të jetë në thelbin e tij i bazuar në risk. Objektivi i SoAQM është të mbështesë SAI-n dhe personelin e tij në arritjen e objektivave, kryerjen e auditimeve me cilësi të lartë, përmbushjen e përgjegjësisë në përputhje me standardet profesionale dhe kërkesat ligjore dhe rregullatore në fuqi, si dhe në dhënien e vlerës së shtuar. SoAQM mbështet përgjegjshmërinë e udhëheqjes për sistemin dhe i mundëson SAI-t të përcaktojë dhe adresojë nevojat e veta cilësore për të promovuar përmirësimin e vazhdueshëm.

Përpara hyrjes në fuqi të SoAQM, sipas standardit të mëparshëm institucionet supreme të auditimit duhet të kenë në funksion një Sistem të Kontrollit dhe Sigurimit të Cilësisë, i

cili mund të jetë krijuar nëpërmjet politikave dhe procedurave të ndryshme për secilin element të tij. Këto politika e procedura përgjithësisht kanë qëndruar statike pas krijimit dhe zhvillimit të tyre fillestar, duke mos u përputhur plotësisht me nevojat e reja dhe strukturat dinamike të këtyre institucioneve. Për të adresuar veçoritë midis SAI-ve, SoAQM fokusohet në proceset kyçe në menaxhimin e cilësisë, në vend që të përcaktojë se çfarë duhet të jetë në një komponent specifik të sistemit. Këto procese përfshijnë: menaxhimin e riskut të cilësisë, monitorimin dhe korrigjimin e gabimeve, dhe vlerësimin, të cilat ofrojnë zgjidhje të shkallëzueshme për SAI-t. Ngritja e SOAQM nuk përfundon me zhvillimin e politikave dhe procedurave fillestare të identifikuara gjatë analizës së nevojave të SAI-t, pasi politikat dhe procedurat shtesë, ose përmirësimi i atyre ekzistuese mund të përcaktohen gjatë gjithë funksionimit të sistemit.

Tre komponentët kryesorë të Menaxhimit të Cilësisë janë:

1. Procesi i Menaxhimit të Riskut, i cili përfshin:

- (i) identifikimin e objektivave të cilësisë;
- (ii) identifikimin dhe vlerësimin e risqeve të cilësisë;
- (iii) hartimin dhe zbatimin e përgjigjeve ndaj risqeve.

2. Procesi i monitorimit dhe korrigjimit të gabimeve, i cili zhvillohet në:

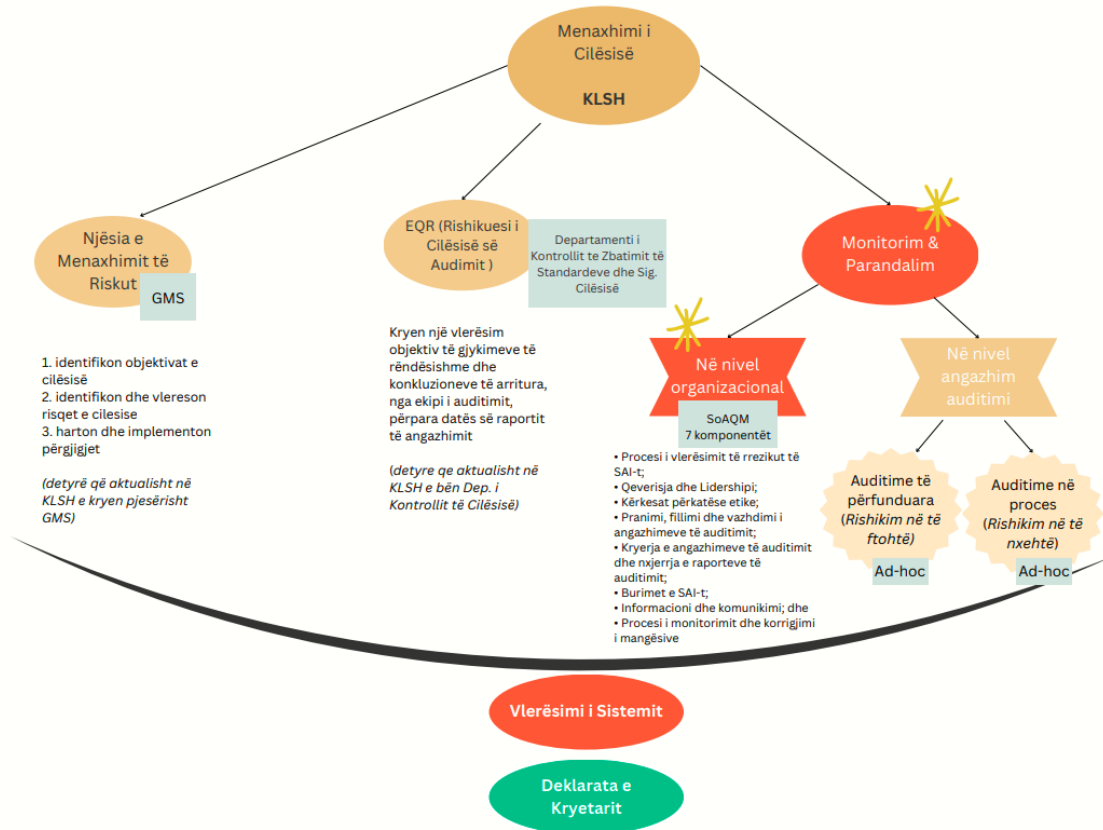
- (i) niveli organizativ (për secilin komponent të SOAQM), dhe
- (ii) niveli i angazhimit të auditimit – për auditimet e përfunduara (rishikim i ftohtë) dhe për angazhimet në vazhdim (rishikim i nxehtë)

3. EQR apo sistemi i rishikimit të cilësisë së angazhimit i cili kryen një vlerësim objektiv të gjykimeve të rëndësishme të bëra nga grupi i auditimit dhe konkluzioneve të arritura, përpara datës së raportit të angazhimit.

Për sa i përket procesit të menaxhimit të riskut, KLSH aktualisht ka ngritur Grupin e Menaxhimit Strategjik si grup përgjegjës për identifikimin dhe vlerësimin e risqeve dhe përditësimin e regjistrit të riskut çdo vit (sipas kërkesave të Menaxhimit Financiar dhe Kontrollit). Ky grup, krahas punës së sipërpërmendur, do të angazhohet edhe në identifikimin, vlerësimin dhe reagimin ndaj risqeve që lidhen me objektivat e cilësisë.

Në lidhje me funksionin e Rishikimit të cilësisë së Auditimit/EQR, KLSH ka aktualisht një njësi të dedikuar të quajtur Drejtoria e Kontrollit dhe Sigurimit të Cilësisë, e cila shqyrton çdo draft raport auditimi përpara datës së raportit të angazhimit. Për të qenë në përputhje me ISSAI 140 të rishikuar, nevojitet të shtohet një kërkesë specifike në formatin e opinionit të lëshuar nga kjo drejtori në lidhje me një vlerësim objektiv të gjykimeve të rëndësishme të bëra nga grupi i auditimit dhe konkluzioneve të arritura.

4. Procesi i Monitorimit dhe Përmirësimit në nivel organizativ, është një komponent i ri i SoAQM që rrjedh nga ISSAI 140 i rishikuar, i cili kërkon nga KLSH monitorimin dhe përmirësimin gabimeve për të gjithë komponentët e SOAQM; ndërsa në nivel angazhimi auditimi, KLSH ka një procedurë ku çdo vit kryen rishikime të ftohta për një kampion të auditimeve të përfunduara (30% e totalit të auditimeve të përfunduara) dhe rishikime të nxehta për angazhimet e vazhdueshme bazuar në KLSH (Rregullorja e Procedurave të



Auditimit).).

Për të ushtruar funksionin e monitorimit dhe përmirësimit, KLSH duhet të krijojë një grup pune ad - hoc që i raporton drejtpërdrejt Kreut të SAI-t për kërkesat e SoAQM në të dy nivelet: organizativ dhe nivel angazhimi.

Për sa i përket Procesit të Vlerësimit, ISSAI 140 i rishikuar kërkon që kreu i SAI të jetë përgjegjës për këtë funksion specifik. Kreu i KLSH-së mund të caktojë një ose më shumë individë për të mbledhur informacionin e nevojshëm në mënyrë që Kryetari të ketë një opinion të informuar për statusin e Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë së Auditimit (Deklarata). Individu/individët përgjegjës për mbledhjen e informacionit duhet të raportojnë drejtpërdrejt tek kreu i KLSH-së. Kreu i KLSH - së mund të caktojë dikë nga GP Ad Hoc i Monitorimit dhe për të mbledhur informacionin për këtë qëllim, bazuar në faktin se shumë nga informacionet e dhëna për procesin e vlerësimit mund të vijnë nga Procesi i Monitorimit dhe përmirësimit. Procesi i vlerësimit duhet të kryhet çdo vit dhe për të gjithë komponentët jo procesorë të ISSAI 140 të ri.

5. NGA NEVOJAT TE PLANI I VEPRIMIT

Aktivitetet	Periudha kohore
<ul style="list-style-type: none"> - Dorëzimi për shqyrtim i Raportit të Analizës së Nevojave dhe Planit të Veprimit në IDI; - Fillimi i diskutimeve të hapura ndërmjet Ekipit Pilot dhe Menaxhimit të Lartë - Ekipi Pilot informon Menaxhimin e Lartë me kuptimin e sistemit të ri duke shkëmbyer njohuri me seminare. - Dorëzimi i Raportit të Analizës së Nevojave dhe Veprimit tek Kryetari për shqyrtim - Marrëveshja e Raportit të Rezultateve të Analizës së Nevojave dhe Plani i Veprimit 	Janar - Mars 2024
<ul style="list-style-type: none"> - Ekipi Pilot fillon hartimin e Politikës SOAQM - Konsultimet e brendshme ndërmjet Ekipit Pilot dhe Menaxhimit rreth përmbajtjes së propozuar të Politikës - Dorëzimi për shqyrtim në IDI - Dorëzimi për shqyrtim tek Menaxhimi (Kryetari) - Miratimi i Politikës nga Kryetari 	Prill – Maj 2024 Qershor 2024
<ul style="list-style-type: none"> - Kryetari themelon GP për të hartuar Rregulloren e Procedurave të SOAQM. - Kryetari ia atribuon rolin dhe përgjegjësinë e Menaxhimit të Riskut të Cilësisë Grupit të Menaxhimit Strategjik (GMS) - GMS e mbështetur nga ekipi Pilot identifikon OC - GMS identifikon rreziqet dhe përgjigjet për OC nga regjistri i rrezikut (por pa u kufizuar) - Procesi i Menaxhimit të Riskut të Cilësisë (Tabela në shtojcë) i dorëzuar IDI-së për shqyrtim. - Miratimi 	Shtator 2024
<ul style="list-style-type: none"> - Kryetari themelon GP Ad Hoc që do t'i besohet MKG (monitorimit dhe korrigjimit të gabimeve); - Kryetari themelon GP për rishikimin e Rregullores së Procedurave të Auditimit në mënyrë që të reflektojë ndryshimet që rrjedhin nga zbatimi i SOAQM (më konkretisht për Monitorimin dhe Korrigjimin e Gabimeve, Rishikimi i Cilësisë së Auditimit/EQR dhe Menaxhimi i riskut të cilësisë). 	Tetor 2024