



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT  
DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS  
RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021  
DERI NË 30.06.2021”

**RAPORTI I AUDITIMIT TEMATIK “PËR VERIFIKIMIN  
E ZBATIMIT TË REKOMANDIMEVE TË LËNA NË  
AUDITIMET E MËPARSHME TË EVADUARA”**

për periudhën 01.01.2021 deri 30.06.2021, të auditimeve të performancës sipas  
temave:

1. Efektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike.
2. Fondi rezervë i Institutit të Sigurimeve Shoqërore.
3. Mëmësia e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal.
4. Efektiviteti i shërbimit të Institucioneve të Ekzekutimit të Veprave Penale.
5. Sistemi i menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP.
6. Menaxhimi i transportit hekurudhor në Shqipëri.

Tiranë, prill 2022



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

| <b>Nr.</b> | <b>PASQYRA PËRMBLEDHËSE E TEMAVE TË AUDITUARA PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE</b>     | <b>Faqe</b> |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1</b>   | Përmbledhje ekzekutive                                                             | 3-5         |
| <b>2</b>   | Mbi efektivitetin e politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike | 5-30        |
| <b>3</b>   | Mbi fondin rezervë të Institutit të Sigurimeve Shoqërore                           | 31-43       |
| <b>4</b>   | Mbi Mëmësinë e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal            | 44-66       |
| <b>5</b>   | Mbi efektivitetin e shërbimit të IEVP                                              | 67-82       |
| <b>6</b>   | Mbi sistemin e menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP                          | 83-101      |
| <b>7</b>   | Mbi menaxhimin e transportit hekurudhor në Shqipëri                                | 102-114     |
| <b>8</b>   | Anekset                                                                            | 115-121     |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE**

Auditimi është kryer në bazë të programit të auditimit të miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit me Prot. nr. 121, datë 24.01.2021, me objekt: òPër zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e performancës të evaduara në 2021ò dhe në Udhëzimin të Kryetarit të KLSH, nr. 1, datë 04.11.2016, òMbi procedurat që duhen të ndiqen në lidhje me ndjekjen e zbatimit të masave të rekomanduara dhe dokumentacion që hartohet në auditimin e verifikimit të zbatimit rekomandimeve të KLSHò, të ushtruar në subjektet:

1. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
2. Bashkia Vlorë
3. Operatori i Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor
4. Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve
5. Ministria e Kulturës,
6. Instituti Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore
7. Drejtoria Rajonale të Trashëgimisë Kulturore (DRTK), Vlorë
8. Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar, Butrint
9. Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis
10. Ministria e Drejtësisë
11. Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve
12. IEVP Peqin
13. IEVP Rrogozhinë
14. IEVP Vlorë
15. Instituti i Sigurimeve Shoqërore
16. Spitali Universitar Obstetrik - Gjinekologjik óKoço Gliozeniò
17. Spitali Universitar óMbretëresha Geraldinë
18. Spitali Rajonal Korçë
19. Spitali Rajonal Vlorë
20. Ministria e Infstrukturës dhe Energjisë
21. Hekurudha shqiptare sh.a.

**Auditimi u krye nga:**

- A. G. (*Përgjegjës i Raportit përmbledhës* mbi zbatimin e rekomandimeve)
- L. B. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë  
Efektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike)
- B. A.
- E. D.
- E. Ll. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë  
Fondi rezervë i Institutit të Sigurimeve Shoqërore)
- A. S.
- L. Gj.
- S. R. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me  
temë Mëmësia e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal)
- M. L.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

D. M.

Sh. B.

E. K. **(Përgjegjës i grupit** për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë Efektiviteti i shërbimit të IEVP)

A. T.

A. Th.

K. Xh. **(Përgjegjës i grupit** për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë Sistemi i menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP)

J. Zh.

H. K.

Xh. Ç. **(Përgjegjës i grupit** për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë Manaxhimi i transportit hekurudhor në Shqipëri)

D. O.

Auditimi ka filluar më, datë 25.01.2022

Auditimi ka përfunduar më, datë 08.02.2022

Periodha e auditimit: për auditimet e evaduara në periudhën 01.01.2021-30.06.2021

Nga auditimi i ushtruar për zbatimin e rekomandimeve me temë *óEfektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike* në Ministrinë e Kulturës, Institutin Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore; Drejtorinë Rajonale të Trashëgimisë Kulturore (DRTK), Vlorë; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar, Butrint; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis; me temë *óFondi rezervë i Institutit të Sigurimeve Shoqërore* në Institutin e Sigurimeve Shoqërore; me temë *óMëmësia e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal* në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Spitalin Universitar Obstetrik - Gjinekologjik óKoço Gliozheni ó Spitali Universitar óMbretëresha Geraldinë; Spitalin Rajonal Korçë dhe Spitalin Rajonal Vlorë; me temë *óEfektiviteti i shërbimit të Institucioneve të Ekzekutimit të Veprave Penale* në Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë; me temë *óSistemi i menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP* në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Bashkinë Vlorë, Operatorin e Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor dhe Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve dhe me temë *óManaxhimi i transportit hekurudhor në Shqipëri* në Ministrinë e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudhën shqiptare sh.a, rezultoi që nga ana e këtyre institucioneve janë marrë masa mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna nga grupet e auditimit të KLSH.

Nga auditimi tematik óPër zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e mëparshme, mbështetur në ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 óPër Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit, standardet e INTOSAI-t, Manualët e Auditimit të KLSH, për periudhën 01.01.2021 deri më 30.06.2021, rezultoi se niveli i zbatimit të rekomandimeve nga auditimi i ushtruar për zbatimin e rekomandimeve në Ministrinë e Kulturës, Institutin Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore; Drejtorinë Rajonale të Trashëgimisë Kulturore (DRTK), Vlorë; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar, Butrint; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis, Institutin e Sigurimeve Shoqërore, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Spitalin Universitar



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Obstetrik-Gjinekologjik óKoço Gliozheniô, Spitalin Universitar óMbretëresha Geraldinëô, Spitalin Rajonal Korçë, Spitalin Rajonal Vlorë, Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë, Bashkinë Vlorë, Operatorin e Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor, Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve, Ministrinë e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudhën shqiptare sh.a, paraqitet si vijon:

Në **21** subjekte të audituara, nga KLSH, janë rekomanduar gjithsej **146** masa për përmirësim ligjor dhe organizative, nga të cilat janë pranuar **142** masa ose **97.26 %** dhe nuk janë pranuar **4** masa ose **2.7 %**. Nga masat e pranuar janë zbatuar plotësisht **38** prej tyre ose **26.8%**, janë zbatuar pjesërisht **6** ose **4.2%**, janë në proces zbatimi **58** masa ose **40.8%**, dhe nuk janë zbatuar **40** masa ose **28.2%**.

Analizuar sipas llojit të masave të rekomanduara rezulton se:

- a. Janë rekomanduar gjithsej **3 masa për përmirësim ligjor** (të treja janë pranuar nga subjekti), nga të cilat 1 masë ose 33.3% është zbatuar pjesërisht dhe 2 masa ose 66.7% janë në proces zbatimi.
- b. Janë rekomanduar **143 masa organizative** nga të cilat janë pranuar 139 masa ose 97.2% dhe nuk janë pranuar 4 masa ose 2.8%. Nga masat organizative të pranuar janë zbatuar plotësisht 38 prej tyre ose 27.3%, janë zbatuar pjesërisht 5 masa prej tyre ose 3.6 %, janë në proces zbatimi 56 masa ose 40.3%, dhe nuk janë zbatuar 40 masa ose 28.8%.

***Në përfundim, grupi i auditimit konkludoi se veprimtaria e 21 subjekteve të audituara, në drejtim të çështjeve që lidhen me zbatimin e rekomandimeve, nuk ka qenë plotësisht efektive.***

Të analizuar dhe të detajuara sipas çdo subjekti dhe sipas llojit të masave të rekomanduara, niveli i zbatimit të tyre paraqitet si vijon:

**1. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “EFEKTIVITETI I POLITIKAVE NË RUAJTJEN DHE ADMINISTRIMIN E SITEVE ARKEOLOGJIKE”**

**PËRMBLEDHJE:**

Kontrolli i Lartë i Shtetit (KLSH), bazuar në programin e auditimit nr.121, datë 24.01.2022, "Për zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e mëparshme, për 6-mujorin e parë të vitit 2021", ushtroi auditim në Ministrinë e Kulturës, Institutin Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore; Drejtorinë Rajonale të Trashëgimisë Kulturore (DRTK), Vlorë; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar, Butrint; Njësinë e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis, për zbatimin e rekomandimeve të lëna, lidhur me auditimin e performancës me temë: óEfektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike, për periudhën 2016-2019ô, të realizuar në vitin 2021, sipas Raportit Përfundimtar të Auditimit, të përcjellë me shkresën nr.646/5, datë 30.04.2021, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- a. Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së, të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2021, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjektet e audituara, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

- b.** Nxjerrjen nga titullari i njësisë publike, të akteve administrative të nevojshme, si vendime e urdhra për zbatimin e masave organizative;
- c.** Të tjera masa e rekomandime që i përcillen subjektit të audituar nëpërmjet Vendimit të Kryetarit të Kontrollit të Lartë të Shtetit.

***Përshkrim i shkurtër i Projektit të Auditimit.***

**a-** Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, në zbatim të nenin 15, shkronja "j" të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit", për informimin e KLSH<sup>së</sup>, mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna, rezultoi:

- Ministria e Kulturës, ka dërguar për njohje në KLSH, planin e veprimit me shkresën nr. 2330/1, datë 28.05.2021, duke tejkaluar me 2 ditë, afatin 20 ditor të parashikuar në ligj.
- Instituti Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore, nuk ka dërguar në KLSH planin e veprimit për zbatimin e rekomandimeve të lëna, duke mos respektuar në këtë mënyrë afatin 20 ditor të parashikuar.
- Drejtoria Rajonale e Trashëgimisë Kulturore (DRTK) Vlorë, Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar Butrint, Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis, nuk kanë dërguar në KLSH, planin e veprimit për zbatimin e rekomandimeve të lëna duke mos respektuar në këtë mënyrë afatin 20 ditor të parashikuar.

**b. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh,** për raportimin në KLSH, të ecures së zbatimit të rekomandimeve të lëna, në zbatim të nenit 30, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit", i cili përcakton se: "Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna.

Nga verifikimi mbi zbatimin respektimin e kësaj kërkesë rezultoi se:

- Ministria e Kulturës, ka dërguar në KLSH, me shkresën nr. 2330/2, datë 05.11.2021, të dhëna mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Ndërsa nga ana e subjekteve të tjera të audituar, nuk janë marrë masa për të dërguar informacion dhe raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit, mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna, brenda afatit 6 muaj, konkretisht: Instituti Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore; Drejtoria Rajonale e Trashëgimisë Kulturore Vlorë; Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar Butrint; Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis.

***c. Statusi i pranimi të rekomandimeve:***

Me shkresën nr.646/5, datë 30.04.2021, KLSH ka dërguar në Ministrinë e Kulturës, Raportin Përfundimtar, gjetjet dhe rekomandimet përkatëse të Auditimit të Performancës, me temë "Efektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike, për periudhën 2016-2019" (hyrë në Ministrinë e Kulturës me nr. prot. 2330, datë. 06.05.2021).

Në këtë auditim, me shkresën e sipërcituar, KLSH ka rekomanduar 62 masa organizative për zbatim. Nga 62 masat e rekomanduara, nga subjektet janë pranuar 60 masa ose pranimi është në masën 96.8 %.



**KONTROLLI I LARTË I SHETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

Në mënyrë të përmbledhur statusi i pranimit të rekomandimeve paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Organizative         | 62          | 60      | 2          |

### 1.1 HYRJA

Auditimi është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit si dhe manualit "Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të KLSH<sup>së</sup>", lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve, miratuar me shkresën nr. 754/3, datë 05.07.2021, të Kryetarit të KLSH<sup>së</sup>.

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e mëparshëm, sipas drejtimeve të Programit të Auditimit nr. 121 prot., datë 24.01.2022, të miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit, është kryer nga audituesit shtetërorë të KLSH<sup>së</sup>:

- L.B., Përgjegjës Grupi
- B. A., Anëtar
- E. D., Anëtar

### 1.2. Objektivat:

Zbatimi i masave të rekomanduara të dërguara me shkresën e KLSH me nr.646/5, datë 30.04.2021, në Ministrinë e Kulturës, për auditimin e performancës me temë "Efektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike, për periudhën 2016-2019".

### 1.3. Qëllimi auditimit:

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të Raportit Vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tremujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3, të nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit".

### 1.4. Metodologjia e auditimit:

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti dhe që lidhet me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH, për përmirësimin e gjendjes në të ardhmen të subjekteve të audituara.

### 1.5. Konkluzioni:

Nga disa subjekte të audituar nuk janë marrë masa për respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, në zbatim të nenin 15, shkronja "j", të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit", për të informuar KLSH-në mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.

Po kështu nga këto subjekte, nuk janë marrë masa edhe për dërgimin e informacioneve në KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna, brenda afatit 6 mujor. Afat ky i përcaktuar në nenin 30, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit".



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjektet e audituara në Ministrinë e Kulturës, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH<sup>ja</sup>, me shkresën nr.646/5 datë 30.04.2021, rezulton se:

- Nga 62 masa organizative të rekomanduara, nga subjektet janë pranuar 60 masa ose në masën 97 %. Nga 60 masat e pranuar janë zbatuar plotësisht 25 masa ose 41.7 % tyre, janë në proces zbatimi 19 masa ose 31.6 % dhe janë pa zbatuar 16 masa ose 26.7 %.

Në mënyrë të përmblendhur statusi i rekomandimeve paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | pranuar | Zbatuar | Statusi i zbatimit |                   |            |
|-----|----------------------|---------|---------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         |         | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 1   | Masa organizative    | 62      | 25      | 0                  | 19                | 16         |

Në numër dhe në % statusi i masave organizative paraqitet:

| Nr. | Statusi i masave organizative | Në numër | Në %                           |
|-----|-------------------------------|----------|--------------------------------|
| 1   | Totali                        | 62       |                                |
| 2   | Pa pranuar                    | 2        | 3 %                            |
| 3   | Pranuar                       | 60       | 97 %                           |
|     | <b>Nga të pranuarat:</b>      |          | <b>Në % ndaj të pranuarave</b> |
| 1   | - Zbatuar                     | 25       | 41.7 %                         |
| 2   | - Pa zbatuar                  | 16       | 26.7 %                         |
| 3   | - Në proces                   | 19       | 31.6 %                         |

## **2. Opinion i përgjithshëm mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna:**

Zbatimi i plotë i rekomandimeve është në nivelin 41.7% dhe së bashku me rekomandimet që janë në proces zbatimi i tyre shkon në nivelin 73.3 %. Pavarësisht përpjekjeve të subjekteve dhe veçanërisht angazhimit të Ministrisë së Kulturës për marrjen e masave për zbatimin e tyre, përsëri rekomandimet e pazbatuara mbeten nivel relativisht të lartë në masën 26.7 %.

## **3. Zbatimi i rekomandimeve të lëna në auditimin e mëparshëm:**

Më konkretisht, ecuria e zbatimit të rekomandimeve të lëna paraqitet si më poshtë:

### **A. MASA ORGANIZATIVE**

**I. Për Pyetjen:** Sa efektiv është kuadri rregullator për parqet/sitet arkeologjike?  
**Gjetje:**

- Ligji Nr.9048, datë 7.4.2003, për trashëgiminë kulturore, i ndryshuar, nuk ka qenë shumë funksional. Në zbatim të tij nuk janë arritur objektivat e parashikuara në, realizimin e bashkëpunimit privat-shtet, mirëmbajtjen e objekteve të pasurive të paluajtshme, harmonizimin e legjislacionit mbi trashëgiminë kulturore me direktivat dhe rregulloret të BE-së, etj.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Ministria e Kulturës për periudhën 2016-2019 nuk ka përfunduar dokumentin strategjik nisur që në vitin 2016, përfundimi i të cilit ka qenë detyrim dhe në SKZHI 2015-2020, si dhe Programin e Trashëgimisë Kulturore 2013-2017. Zbatimi i politikave shtetërore në kuadër të Planifikimit Buxhetor Afatmesëm, realizon objektiva në nivel programi, por nuk garanton realizimin e objektivave strategjike të Ministrisë së Kulturës.
- Bazuar në Ligjin Nr. 9048/2003, të ndryshuar si dhe VKM-në nr. 142 datë 12.03.2014 e cila vlen për të gjithë administratën shtetërore dhe institucionet e pavarura, Ministria e Kulturës, ka funksionuar me rregulloren e brendshme miratuar në vitin 2015, e cila ka qenë në fuqi deri më datë 19.02.2020. Gjithashtu dhe IKTK ja ka funksionuar me statutin dhe rregulloren bazuar po në këtë ligj, por miratuar më vitin 2017, respektivisht, statuti miratuar me Urdhrin Nr. 9, datë 23.01.2017 óPër miratimin e statutit të Institucionit të Monumenteve të Kulturës óGani Strazimirió, dhe rregulloren miratuar me Urdhrin Nr. 128, datë 24.01.2017 óPër miratimin e rregullores së brendshme të IMKó. Rregullorja e IKTK-së është miratuar me dy vite vonesë nga miratimi i rregullores së institucionit qendror.
- Emërimi i titullarit të ministrisë në katër nivele të menaxhimit të sistemit të trashëgimisë kulturore, BKPA/ BKPK Butrint, KKTKM, KKMPK, kompromenton ose eliminon hierarkinë për vendimmarrje të natyrave të ndryshme dhe sjell një centralizim të panevojshëm i cili mund të ndikojë negativisht në realizimin e objektivave të institucionit.
- Ministria e Kulturës, me miratimin e Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetëó, ka miratuar organigramën, ka ndryshuar strukturat, janë krijuar organe të reja kolegjiale, por nuk ka miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara rregulloren e brendshme administrative. Kjo rregullore është miratuar me Urdhrin Nr. 92, datë 19.02.2020 óPër miratimin e rregullores për organizimin dhe funksionimin e brendshëm për Ministrinë së Kulturësó, jashtë afateve ligjore të parashikuara.
- Ministria e Kulturës, me VKM-në Nr. 903, datë 24.12.2019 óPër miratimin e Strategjisë Kombëtare për Kulturën 2019-2025ó, ka miratuar strategjinë e re, me objektiva të njëjtë me ato SKZHI 2015-2020 dhe pa plane veprimi konkrete. Bazuar në Urdhrin Nr. 220, datë 12.04.2018 óPër ngritjen e grupit të punës për bashkërendimin, hartimin dhe ndjekjen e zbatimit të Strategjisë Kombëtare të Kulturës 2019-2025ó, një nga detyrat e grupit ishte hartimi i planit të veprimit të realizimit të tij dhe raportimi i realizimit të tij.
- Ministria e Kulturës, në kundërshtim me VKM Nr. 396, date 31.03.2005, të ndryshuar, nuk ka realizuar funksionimin e BKPA-së, (përfshirë BKPK Butrint), si organ vendimmarrës, i cili mbikëqyr veprimtarinë e NJAKPA-ve dhe strukturave përkatëse pranë DRTK-ve. Ky bord ekziston vetëm në shkresë. Lidhur me veprimtarinë, takimet dhe vendimet e tij nuk na u paraqit asnjë dokumentacion.
- DPPSTK/DPPZHK, si njësia kryesore përgjegjëse dhe pjesë e grupeve të punës në hartimin e politikave shtetërore për TK, veçanërisht për sitet arkeologjike nuk kanë qenë shumë eficiente pasi veprimtaria e tyre, nuk është bazuar në rregulloren administrative institucionale, e cila nuk ka qenë e miratuar në këtë periudhë, si dhe disa nga detyrat funksionale të tyre nuk janë realizuar brenda afateve ligjore të parashikuara.
- Grupi i punës dhe strukturat përgjegjëse, bazuar në Urdhrin Nr. 624 datë 12.09.2018 óPër ngritjen e grupit të punës për hartimin e akteve nënligjore të Ligjit Nr. 27.2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetëó, nuk kanë miratuar kalendarin e punës duke përcaktuar prioritetin e secilit akt sipas fushës së kompetencës dhe afatin ligjor për nxjerrjen e tij. Për periudhën 2016-2019 nuk na u vu në dispozicion ky kalendar pune i miratuar.
- Ministria e Kulturës ka zhvilluar politikat shtetërore për parqet arkeologjike, bazuar në Ligjin Nr. 9048/2003 óPër Trashëgiminë kulturoreó, të ndryshuar, jofunksional në disa aspekte dhe



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Ligjin Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë, konceptuar dhe parashikuar si Kod që të përfshijë të gjithë kuadrin ligjor të detajuar për trashëgiminë kulturore, ligj voluminoz, pa një dokument strategjik të miratuar, me mungesë aktesh nënligjore. Funksionimi i njëkohshëm i tyre ka sjellë menaxhim joefektiv të siteve arkeologjike, evidentuar në përgjigjet e pyetësorëve, raportet e MKSë ashtu dhe në takimet me drejtuesit e siteve arkeologjike.

- Ministria e Kulturës ka miratuar jashtë afateve ligjore të parashikuara strukturën, statutin dhe rregulloren e IKTK-së. Ndryshimi i roleve dhe përgjegjësi të strukturave i pa përfaqësuar në aktet nënligjore dhe administrative përkatëse, gjatë periudhës objekt auditimi ka bërë që të ketë papërgjegjshmëri dhe komunikim institucional të dobët, gjë e cila shfaqet në vonesat e hartimit të akteve.

- Në VKM-në Nr. 208 datë 10.04.2019 óPër përbërjen, mënyrën e funksionimit, kompetencat dhe shpërblimin e anëtarëve të Këshillit Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore Materiale, miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara, nuk shprehet funksioni këshillues i KKTKM-së, lidhur me termat e referencës dhe planet për menaxhimin e pasurive kulturore të paluajtshme, si kompetencë e tij, detyrim ligjor. (Neni 47 i Ligjit Nr. 27/2018).

- Ministria e Kulturës nuk ka miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara Urdhrin Nr. 223, datë 3.7.2020 për óMiratimin e rregullosës për veprimtarinë e KKTKM-së, këshillit teknik, të sekretarisë teknike dhe sportelit unik të saj.

- Ministria e Kulturës nuk ka miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara urdhrin për rregulloren për veprimtarinë e KKMPK-së dhe sekretarisë teknike të saj.

- Në Ligjin Nr. 27/2018 dhe aktet nënligjore në zbatim të tij, ka mbivendosje kompetencash midis institucioneve të specializuara IKTK-së, IKRTK-së dhe organeve kolegjiale KKTKM, KKMPK, pa përjashtuar dhe BKPA, respektivisht si më poshtë vijon: 1. pika 13 neni 30; pika 4 neni 32; pika 2 e nenit 56, të ligjit të sipërpërmendur, lidhur me regjistrat kombëtare të vlerave kulturore materiale. 2. gjerat f) h) n) të paragrafit IV të VKM-së Nr. 208/2019; 3. pika i. ii. iii. iv gjerat c) të VKM-së Nr. 279, dt. 2.5.2019. 4. VKM-ja Nr. 279, dt. 02.05.2019 dhe VKM-ja Nr. 396 datë 31.03.2005, mbi kompetencat e BKPA/ BKPAK Butrint dhe KKMPK në menaxhimin e siteve.

- Ministria e Kulturës, bazuar në Ligjin Nr. 27/2018 i cili nuk parashikon rregullore për administrimin dhe funksionimin e siteve arkeologjike, por plane menaxhimi dhe plane për ruajtjen, mbrojtjen dhe administrimin e pasurive kulturore, nuk ka hartuar planet e menaxhimit, planet e ruajtjes dhe administrimit të parqeve arkeologjike, përveç Butrintit. - Ministria e Kulturës nuk ka nxjerrë komentarin dhe manualin e përkufizimeve. Ligji Nr. 27/2018 si ligj inovator është konceptuar dhe parashikuar të jetë një Kod i cili të përfshijë të gjithë kuadrin ligjor të detajuar për Trashëgiminë Kulturore dhe Muzetë. Ligji i sipërpërmendur paraqet vështirësi në trajtimin e vet dhe është më se e nevojshme nxjerrja menjëherë e manualit të përkufizimeve. - Këshilli i Ministrave, në zbatim të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetë, në kundërshtim me nenin 263, nuk ka miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara aktet nënligjore të sipërpërmendura.

- Këshilli i Ministrave, në zbatim të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetë, në kundërshtim me nenin 263, nuk ka miratuar aktet nënligjore të sipërpërmendura. - Në zbatim të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetë, në kundërshtim me nenin 264, Ministria e Kulturës, nuk ka miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara aktet nënligjore të sipërpërmendura.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Në zbatim të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetëô, në kundërshtim me nenet 264 dhe 268, Ministria e Kulturës, nuk ka miratuar aktet nënligjore të sipërpërmendura.
- Në zbatim të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetëô, në kundërshtim me nenin 265, Ministria e Kulturës dhe Ministria e Financave, nuk kanë miratuar aktet nënligjore të sipërpërmendura.

**Për këtë rekomandojmë:**

**1.1** Ministria e Kulturës dhe strukturat përgjegjëse, në zbatim të ligjit nr. 27/2018, të hartojnë planin e veprimit të realizimit dhe raportimit të realizimit të Strategjisë Kombëtare për Kulturën 2019-2025.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe në pjesën IV të Strategjisë Kombëtare është detajuar Plani i veprimit.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**1.2** Grupi i punës dhe DPPZHK të caktojnë dhe të miratojnë kalendarin e punës, duke përcaktuar prioritetin e secilit akt, sipas fushës së kompetencës dhe afatin ligjor për nxjerrjen e tij.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi sipas afateve ligjore të miratuara në Programin e Përgjithshëm Analitik të Projekteve (PPAP).

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**1.3** Ministria e Kulturës të rishikojë aktet nënligjore për funksionimin e BKPA-së dhe të dokumentojë veprimtarinë e tij për marrjen e vendimeve lidhur me sitet arkeologjike.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti është në pamundësi të zbatimit këtij rekomandimi pasi, në zbatim të ligjit nr. 27/2018, óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetëô, BKPA nuk ekziston me si organ kolegjal.

**Statusi:** Rekomandim i pa pranuar.

**1.4** Ministria e Kulturës bazuar në nenin 142 të ligjit nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetëô, të hartojë planet e menaxhimit të siteve arkeologjike.

**Të fillojë brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi me VKM nr. 583, datë 22.7.2020 óPër miratimin e Planit të Menaxhimit të Integruar të Parkut të Butrintitô, është miratuar Plani i Menaxhimit të Integruar të Parkut Kombëtar Butrint 2020-2030; (<https://kultura.gov.al/wp-content/uploads/2019/10/Final-IMP-ne-shqip-final.pdf>).

Ndërsa është në proces Plani i Menaxhimit të Integruar të zonës arkeologjike A dhe B të Durrësit.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.5.** Ministria e Kulturës të rishikojë dhe të rivlerësojë mënyrën e administrimit të NJAKPA-ve në bazë të rregulloreve të funksionimit dhe administrimit apo bordeve (si Butrinti), në mënyrë



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

që të mos krijohet vakum ligjor dhe kaos në menaxhimin dhe funksionimin e tyre, deri në hartimin e planeve të menaxhimit për to.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Me miratimin e miratuar Planit të Menaxhimit të Integruar të Parkut Kombëtar Butrint 2020-2030, subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.6** Të rishikohen aktet nënligjore për organet kolegjiale vendimmarrëse, lidhur me emërimin e titullarit të ministrisë, për të shmangur centralizimin e kompetencave dhe eliminimin e hierarkisë për vendimmarrje të natyrave të ndryshme, të cilat mund të pengojnë në realizimin e objektivave të institucionit.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, bazuar në dispozitat e ligjit nr. 27/2018 òPër trashëgiminë kulturore dhe Muzetëo, neni 37, përcakton 4 këshilla kolegjiale vendimmarrës si vijon:

Këshilli Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore Materiale;

Këshilli Kombëtar i Menaxhimit të Pasurive Kulturore;

Këshilli Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore Jo-materiale;

Këshilli Kombëtar i Muzeve.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**1.7** Ministria e Kulturës, në zbatim të nenit 47 të ligjit nr. 27/2018, të rishikojë VKM nr.208, datë 10.04.2019 òPër përbërjen, mënyrën e funksionimit, kompetencat dhe shpërblimin e anëtarëve të Këshillit Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore Materialeo, lidhur me funksionin këshillues të KKTKM-së për termat e referencës dhe planet për menaxhimin e pasurive kulturore të paluajtshme.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**1.8.** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikës 4 të nenit 40, të ligjit nr. 27/2018, të miratojë Urdhrin për miratimin e Rregullores për veprimtarinë e KKMPK-së dhe sekretarisë teknike të tij.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi me Urdhrin nr.690, datë 15.11.2019, ka miratuar Rregulloren për veprimtarinë e KKMPK-së dhe sekretarisë teknike.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**1.9** Ministria e Kulturës, të rishikojë legjislacionin përkatës si dhe aktet nënligjore për të shmangur mbivendosjen e kompetencave për institucionet e specializuara dhe organet kolegjiale vendimmarrëse.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti është në proces vlerësimi dhe pune për zbatimin e këtij rekomandimi.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.10** Ministria e Kulturës, të vendosë bashkërendimin midis institucioneve qendrore, vendore dhe akordimin për sa i takon aspekteve të fushës së kompetencës, për të ndryshuar qëndrimin e tyre lidhur me menaxhimin e siteve arkeologjike.

**Deri në fund të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, i cili është në vijimësi dhe në zbatim të marrëveshjeve të bashkëpunimit.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.11** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikës a, të nenit 264 të ligjit nr. 27/2018, të nxjerrë komentarin dhe manualin e përkufizimeve.

**Brenda gjashtëmuorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**1.12** Ministria e Kulturës, në zbatim të ligjit nr. 27/2018, óPër Trashëgiminë Kulturore dhe Muzetë, të hartojë dhe të dërgojë për miratim në Këshillin e Ministrave, aktet nënligjore të sipërpërmendura.

**Brenda gjashtëmuorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe ka hartuar PPAPA 2019-2020-2021 -2022, për miratimin e akteve nënligjore .

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.13** Ministria e Kulturës dhe Ministria e Financave dhe Ekonomisë, në zbatim të ligjit nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë, të miratojnë aktet nënligjore të sipërpërmendura.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe ka hartuar PPAPA 2019-2020-2021 -2022 për miratimin e akteve nënligjore .

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**1.14** Ministria e Kulturës, bazuar në nenet 243 dhe 244, të ligjit nr.27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë, në kuadrin e planeve të veta sektoriale, sipas fushës së përgjegjësisë dhe në bashkëpunim me ministrinë përgjegjëse për mjedisin dhe ministrinë përgjegjëse për zhvillimin e territorit, të propozojë, të hartojë dhe të dërgojë për miratim në Këshillin e Ministrave Planin Kombëtar të Peizazhit, në përputhje me dispozitat e ligjit nr. 27/2018, ligjit të planifikimit të territorit dhe marrëveshjeve ndërkombëtare për trashëgiminë kulturore të peizazhit, të ratifikuara, për kontrollin e zonave të mbrojtura të siteve arkeologjike si dhe mbrojtjen nga çdo ndërhyrje pa leje brenda zonës së mbrojtur të tij.

**Deri në fund të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**I. Për pyetjen:** Sa efektive janë njësitet e administrimit dhe koordinimit të parqeve/siteve arkeologjike?

**Gjetje:**

- Gjatë periudhës objekt auditimi, në kundërshtim me VKM-në Nr. 396/2005, të ndryshuar, NJAKPA-të kanë funksionuar pa bord, me vendime të pamiratuara prej tij si organ vendimmarrës.

- Hierarkia e institucioneve qendrore dhe këshillave kombëtare që ekzistojnë brenda sistemit të trashëgimisë kulturore dhe procedurat e vendimmarrjes së tyre për sitet arkeologjike, nuk funksionojnë siç duhet, pasi Bordi nuk ka ekzistuar dhe miratimet në NJAKPA-të për projekte teknike janë kryer vetëm nga KKR-ja2 dhe KKA-ja3 , pa miratim buxheti nga bordi. Ka një mbivendosje kompetencash në procedurat e vendimmarrjes dhe mosrespektim të hierarkisë së institucioneve qendrore brenda sistemit të trashëgimisë kulturore.

- Në zbatim të pikës 3, të nenit 46, të Ligjit Nr. 27/2018, VKM-ja Nr. 169, datë 20.2.2020 për shtrirjen, strukturën, përmbajtjen, metodologjinë e përgatitjes dhe procedurën e diskutimit publik të planeve të menaxhimit të pasurive kulturore të paluajtshme, nuk është miratuar brenda afateve ligjore të parashikuara.

- Në zbatim të shkronjës ôcô, pika 3, të nenit 171, të Ligjit Nr. 27/2018, Ministria e Kulturës nuk ka miratuar VKM-në për ôPërcaktimin e procedurave publike për dhënien në administrim të pasurisë kulturore. -Grupi konstatoi se, bazuar në pikën 2 të nenit 38 të Ligjit Nr. 27/2018 dhe VKM-së Nr. 208 datë 10.04.2019 4 Ministria e Kulturës, me propozimin e vet, ka miratuar Vendimin Nr. 95, datë 7.04.2020 të KKTKM-së ôPër miratimin e Planit të Menaxhimit të Integruar për Parkun Kombëtar të Butrintit 2020-2030, ndërkohë që Urdhri Nr. 223, datë 3.7.20205 , si edhe disa nga aktet nënligjore që lidhen me administrimin e siteve nuk ishin miratuar. Bazuar në nenin 47 të Ligjit Nr. 27/2018, KKTKM-ja ka funksion këshillues lidhur me termat e referencës dhe planet për menaxhimin e pasurive kulturore të paluajtshme. Nga MK raportohet gjithë procedura e bërë pa miratimin e VKM-së në zbatim të shkronjës ôcô, pika 3, e nenit 171, të Ligjit Nr. 27/2018. - Gjatë periudhës objekt auditimi, Ministria e Kulturës, në kundërshtim me aktet nënligjore në fuqi ka ndjekur dy standarde për menaxhimin e siteve arkeologjike, gjë kjo e pashpjeguar dhe e justifikuar në përgjigjet e pyetësorëve, ndërkohë që dhe bordi i Butrintit nuk ka qenë efektiv.

- Mungesa e dokumentit strategjik të Ministrisë, kapaciteteve profesionale dhe menaxheriale të kufizuara të stafeve të NJAKPA, përfshirë këtu aftësitë për tërheqjen e financimeve të qëndrueshme nga donatorë të mundshëm, ka sjellë mungesën e strategjive të koordinimit dhe monitorimit të projekteve me donatorët në sitet arkeologjike si edhe mungesën e investimeve nga donatorët.

- Miratimi i dokumentit strategjik me VKM-në Nr. 903, datë 24.12.2019 6 ôPër miratimin e Strategjisë Kombëtare për Kulturën 2019-2025, pa plane veprimi konkrete si dhe kuadri rregullator jo i plotë për NJAKPA-të dhe DRTK-të, ka sjellë mungesën e planeve strategjike afatmesëm dhe vjetore në to, bazuar në plane strategjike, për minimizimin e risqeve prioritare që pengojnë realizimin e objektivave të institucionit.

- NJAKPA-të funksionojnë në bazë të rregulloreve të funksionimit dhe administrimit, miratuar me VKM-në Nr. 396, datë 31.3.20057 , të ndryshuar dhe jo të rishikuar sipas legjislacionit përkatës në vite.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Strukturat e NJAKPA-ve kanë numër të vogël punonjësish dhe jo në përputhje me nevojat për aftësi profesionale specifike, gjykuar mbi natyrën specifike dhe kushtet në të cilat ndodhen sitet. Kjo ka sjellë mbivendosje të detyrave funksionale, pozicione të dubluara në staf, si edhe mos realizimin e objektivave sipas qëllimeve të institucionit dhe sipas kërkesave ligjore të funksionimit.
- NJAKPA-të kanë hartuar rregulloret e organizimit dhe funksionimit të brendshëm, por janë të pa miratuara, pasi janë në proces rishikimi në Ministrinë e Kulturës. Ky miratim kryhet në kundërshtim me aktet nënligjore në fuqi, pasi miratimi i rregulloreve është kompetencë e bordit dhe jo e ministrisë.
- Reformat strukturore kanë sjellë ndryshimin e titullarëve të NJAKPA-ve dhe DRTKve dhe në disa raste funksionon komandimi ose emërimi i përkohshëm i tyre. Komandimi ose emërimi i përkohshëm i titullarëve, jo sipas procedurave të përcaktuara në VKM Nr. 173, datë 07.03.2003 óPër emërimin, lirimin ose shkarkimin nga detyra të drejtuesve të institucioneve, në varësi të KM, Kryeministrit ose të Ministritô, të ndryshuar, ndikon në efektivitetin e institucionit.
- DRTK Vlorë gjatë periudhës objekt auditimi ka funksionuar me statutin dhe rregulloren bazuar në Ligjin Nr. 9048/2003, të ndryshuar. Bazuar në nenin 28 të Ligjit Nr. 27/2018 Ministria e Kulturës nuk ka miratuar statutin e hartuar nga titullari i DRTK-së Vlorë. Ky statut është në proces rishikimi pranë ministrisë.
- Grupi konstatoi se, bashkëpunimi ndërinstitutional midis institucioneve qendrore, NJVQV-ve dhe institucioneve të tjera shtetërore, ka qenë i dobët, për shkak të paqartësive të Ligjit Nr. 9048/2003, të ndryshuar, mos rishikimit të akteve nënligjore në zbatim të tij, mos koherencës së tij me ligjet e tjera, si edhe mungesës së akteve nënligjore në zbatim të ligjit të ri. Kjo ka sjellë mosrespektim të hierarkisë së institucioneve qendrore që merren me sitet arkeologjike. - Në kundërshtim të pikës dh) të nenit 267, të Ligjit Nr. 27/2018, nuk është miratuar VKM-ja në lidhje me përcaktimin e zonave mbrojtëse, distancat, masat dhe normat e tjera që ruajnë integritetin e pasurive kulturore të paluajtshme të grupuara, perspektivën ose dritën apo kushtet mjedisore dhe peizazhin. (përfshijë Butrintin si pasuri botërore dhe zonën mbrojtëse të tij). - Në kundërshtim të pikës ll) të nenit 268, të Ligjit Nr. 27/2018, nuk është miratuar udhëzimi për kushtet dhe kriteret për ushtrimin e aktiviteteve tregtare në zona publike me vlerë arkeologjike, historike, artistike, kulturore dhe të peizazhit dhe procedurën e përzgjedhjes së subjekteve. - Në kundërshtim të pikës ç) të nenit 264 MK nuk ka nxjerrë óUdhëzim për rregullat e monitorimit dhe vlerësimit të subjekteve që kanë në administrim pasuri kulturoreô.
- Ekziston konflikti aktual mes rregulloreve të zonave të mbrojtura arkeologjike dhe disiplinës urbane, ku kjo e fundit është kompetencë e NJVQV. Kjo vjen nga paqartësitë e ligjit të vjetër dhe akteve nënligjore në zbatim të tij në përcaktimin e të drejtave dhe detyrimeve të pushtetit vendor lidhur me mbrojtjen dhe ruajtjen e trashëgimisë së territorit të tyre si edhe mos harmonia me ligjet e tjera. Ky problem nuk ka patur një trajtim në themel të problematikës ligjore, por vetëm institucional, korrespondence zyrtare ndërmjet MK-së, IKTK-së dhe institucioneve të tjera që lidhen me menaxhimin e siteve.

**Për këtë rekomandojmë:**

**2.1** Ministria e Kulturës dhe NJAKPA-të, të rishikojnë ekzistencën e bordeve dhe të bëjnë analizën e eficiencës së tyre në menaxhimin e siteve arkeologjike, për minimizimin e risqeve dhe realizimin e objektivave të institucionit.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti është në pamundësi të zbatimit këtij rekomandimi pasi BKPA nuk ekziston me si organ kolegjal në zbatim të ligjit nr. 27/2018.

**Statusi:** Rekomandim i pa pranuar.

**2.2** Ministria e Kulturës, të rishikojë legjislacionin aktual, për të saktësuar dhe rregulluar hierarkinë e institucioneve qendrore dhe të këshillave kombëtare që ekzistojnë brenda sistemit të trashëgimisë kulturore dhe procedurat e vendimmarrjes së tyre për sitet arkeologjike, për të shmangur mbivendosjen e kompetencave.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi bazuar në dispozitat e Ligjit nr. 27/2018 për trashëgiminë kulturore dhe Muzetë, neni 37, përcakton 4 këshilla kolegiale vendimmarrës si vijon:

Këshilli Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore Materiale;

Këshilli Kombëtar i Menaxhimit të Pasurive Kulturore;

Këshilli Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore Jo-materiale;

Këshilli Kombëtar i Muzeve.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.3** Ministria e Kulturës, BKPKB dhe NJAKPK Butrint të përshpejtojnë procedurat për zbatimin e Planit të Menaxhimit të Integruar të Butrintit (PMI).

**Të fillojë brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi me VKM nr. 583, datë 22.7.2020 për miratimin e Planit të Menaxhimit të Integruar të Parkut të Butrintit është miratuar Plani i Menaxhimit të Integruar të Parkut Kombëtar Butrint 2020-2030;

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.4** NJAKPA-të, bazuar në nenin 142, të ligjit nr. 27/2018 dhe strukturat përkatëse në Ministrinë e Kulturës të bashkëpunojnë për hartimin dhe miratimin e planeve të menaxhimit të parqeve brenda territorit gjeografik të tyre, si një domosdoshmëri për administrimin, koordinimin dhe hartimin e planeve të zhvillimit, projekteve, të detajuara në përputhje me natyrën, masën dhe nevojat e tyre.

**Të fillojë brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi është hartuar dhe miratuar Plani i Menaxhimit të Integruar të Parkut Kombëtar Butrint 2020-2030. Është në proces Plani i Menaxhimit të Integruar të zonës arkeologjike A dhe B të Durrësit.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**2.5** Strukturat përgjegjëse në Ministrinë e Kulturës dhe NJAKPA-të, të bashkëpunojnë për hartimin e planit të veprimeve të Strategjisë Kombëtare për Kulturën 2019-2025, me qëllim hartimin e planeve strategjike afatmesëm dhe vjetore të NJAKPA-ve bazuar në të, për minimizimin e risqeve prioritare që pengojnë realizimin e tyre.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi në pjesën IV të Strategjisë Kombëtare është detajuar Plani i veprimit .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.6** Emërimi i titullarit të DRTK-së, Vlorë, të kryhet sipas procedurave të përcaktuara në VKM nr. 173, datë 07.03.2003, óPër emërimin, lirimin ose shkarkimin nga detyra të drejtuesve të institucioneve, në varësi të KM, Kryeministrit ose të Ministritô, të ndryshuar.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi por nuk është realizuar akoma procedura e Konkursit .

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**2.7** Ministria e Kulturës, në zbatim të shkronjës ócô, të pikës 3, të nenit 171, të ligjit nr. 27/2018, të hartojë dhe dërgojë për miratim në Këshillin e Ministrave, VKM-në óPër përcaktimin e procedurave publike për dhënien në administrim të pasurisë kulturoreô.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe e ka parashikuar në PPAP 2022 dhe drafti është në proces bashkërendimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**2.8** Ministria e Kulturës në bashkëpunim me NJAKPA-të dhe DRTK-të, bazuar në strategjinë e miratuar dhe me hartimin e menjëhershëm të planit të veprimit për realizimin e saj, të mundësojë hartimin e strategjive të koordinimit dhe monitorimit të projekteve me donatorët në sitet arkeologjike.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi në pjesën IV të Strategjisë Kombëtare është detajuar Plani i veprimit .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.9** Ministria e Kulturës dhe NJAKPA-të deri në miratimin e strukturave të reja bazuar në Ligjin Nr. 27/2018, të bashkëpunojnë që strukturat ekzistuese të funksionojnë në përputhje me nevojat për aftësi profesionale, gjykuar mbi natyrën specifike dhe kushtet në të cilat ndodhen parqet, duke rivlerësuar numrin e nevojshëm të administratës për të dhënë prioritet stafit teknik e mirëmbajtës, i cili aktualisht është i pamjaftueshëm dhe nuk arrin të përmbushë, realizimin e objektivave sipas qëllimeve të institucionit dhe sipas kërkesave ligjore të funksionimit.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi të rishikohet gjatë ristrukturimit.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**2.10** Bazuar në nenin 28 të ligjit nr. 27/2018, Ministria e Kulturës të miratojë statutin e hartuar nga titullari i DRTK-së Vlorë.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, Statuti i miratuar me nr. 43 prot. 17.01.2020.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.11** NJAKPA-të, me miratimin e rregulloreve të tyre nga strukturat përgjegjëse në Ministrinë e Kulturës të rishikojnë dosjet e personelit, bazuar në aktet e reja nënligjore në fuqi.



**KONTROLLI I LARTË ISHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, emali datë 03.02.2022 nga Titullari i ZAKPA AB .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.12** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikës 1, të nenit 142, të ligjit nr. 27/2018, të hartojë dhe të dërgojë për miratim në KM vendimin për kufijtë e territorit gjeografik brenda të cilit ushtrojnë veprimtarinë e tyre NJAKPA-të.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe ka miratuar Vendimin nr. 832, datë 24.12.2021; VKM nr. 771, datë 30.09.2020; nr.729, datë 16.09.2020; nr. 399, datë13.05.2020; nr. 60, datë 29.1.2020; nr. 786, datë 26.12.2018; nr. 399, datë 13.5.2020

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.13** Ministria e Kulturës, në bashkëpunim me NJAKPA-të dhe në zbatim të pikës 9, të nenit 142, të ligjit nr. 27/2018, të hartojnë dhe të dërgojnë për miratim në KM vendimin për strukturën dhe organikën e NJAKPA-ve.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka vlerësuar këtë parashikim si një gabim material në ligjin 27/2018.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**2.14** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikës 1, të nenit 96, të ligjit nr. 27/2018, të hartojë dhe të dërgojë për miratim në KM vendimin në lidhje me përcaktimin e zonave mbrojtëse, distancat, masat dhe normat e tjera që ruajnë integritetin e pasurive kulturore të paluajtshme të grupuara, perspektivën ose dritën apo kushtet mjedisore dhe peizazhin.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe ka miratuar vendimin nr. 832, datë 24.12.2021; VKM nr. 771, datë 30.09.2020; nr.729, datë 16.09.2020; nr. 399, datë13.05.2020; nr. 60 datë 29.1.2020; nr. 786, datë 26.12.2018; nr. 399 datë 13.5.2020.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.15** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikave 1 dhe 4, të nenit 102, të ligjit nr. 27/2018, të miratojë udhëzimin për kushtet dhe kriteret për ushtrimin e aktiviteteve tregtare në zona publike me vlerë arkeologjike, historike, artistike, kulturore dhe të peizazhit dhe procedurën e përzgjedhjes së subjekteve.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe është përgatitur drafti nga grupi i punës në proces vlerësimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**2.16** Në zbatim të pikës 3 të nenit 12 të ligjit, Ministria e Kulturës, të nxjerrë udhëzimin për rregullat e monitorimit dhe vlerësimit të subjekteve që kanë në administrim pasuri kulturore.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe me Udhëzimin nr. 374, datë 24.06.2021, ka miratuar udhëzimin për rregullat e monitorimit dhe vlerësimit të subjekteve që kanë në administrim pasuri kulturore .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.17** Ministria e Kulturës në bashkëpunim me institucionet e tjera të përshpejtojë nxjerrjen e akteve nënligjore në zbatim të ligjit, për të shmangur konfliktin midis rregullores së zonave të mbrojtura arkeologjike dhe disiplinës urbane. Trajtimi i problemeve dhe zgjidhja e tyre të realizohet me akte nënligjore konkrete dhe jo korrespondence të thjeshtë zyrtare.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe Vendimin nr. 399, datë 13.05.2020.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**2.18** Ministria e Kulturës, bazuar në nenet 243 dhe 244 të ligjit nr.27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë, në kuadrin e planeve të veta sektoriale, të hartojë planet kombëtare të peizazhit, në përputhje me dispozitat e ligjit për trashëgiminë kulturore dhe muzetë, ligjit të planifikimit të territorit dhe marrëveshjeve ndërkombëtare për trashëgiminë kulturore të peizazhit, të ratifikuara, për kontrollin e zonave të mbrojtura të parqeve si dhe mbrojtjen nga çdo ndërhyrje pa leje brenda zonës së mbrojtur të parkut.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**2.19** Ministria e Kulturës, NJAKPAñtë, në bashkëpunim me institucionet e tjera qendrore, lidhur me bizneset e ngritura brenda parqeve arkeologjike dhe me marrëdhëniet që ato kanë me operatorët privatë që ushtrojnë aktivitet brenda territorit të tyre, të rishikojnë aktet nën ligjore bazuar mbi parimet, ligjet dhe konventat kombëtare dhe ndërkombëtare, për ruajtjen e vlerave të trashëgimisë kulturore që sitet mbartin dhe kthimin e tyre në identitet.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**Për pyetjen:** A janë ndërmarrë masa efektive për mbrojtjen e parqeve/siteve arkeologjike?

Gjetje:

- IKTK dhe MK aktualisht nuk kanë hartuar e miratuar kriteret e hulumtimeve arkeologjike dhe standarde e kritere për gjurmimin, evidentimin, ruajtjen, mbrojtjen, konservimin dhe restaurimin e trashëgimisë kulturore materiale as mënyrat e trajtimit, normat teknike, kriteret dhe modelet e ndërhyrjeve në fushën e ruajtjes së pasurive kulturore referuar nenit 29 pika 4, nenit 30 pika 6 dhe nenit 82 të Ligjit Nr. 27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë.

- Për parqet Arkeologjike nën subjekt auditimi Apolloni, Bylis, Amantia Orikum nuk janë hartuar ende plane për ruajtjen, mbrojtjen dhe administrimin e pasurive kulturore referuar nenit 45 dhe 46 të legjislacionit të ri, Ligjit Nr. 27/2018. Realizimi i këtyre planeve kërkon studim gjithëpërfshirës dhe angazhim të të gjithë institucioneve përgjegjës por deri me sot nuk ka asnjë arritje në këtë drejtim për parqet e sipër përmendura.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Në parqet arkeologjike intensiteti dhe numri i projekteve të gërmimeve shkencore apo restaurimeve dhe rehabilitimeve është i ulët. Ka pak punime e ndërhyrje edhe ato që kryhen janë të izoluar dhe të shpërndara. Referuar vlerësimeve gjatë inspektimeve dhe pohimeve gjatë intervistimeve të titullarëve pjesa me e madhe e zonave arkeologjike ka nevojë për aktivitete sistematike të gërmimeve shkencore, rehabilitimeve e aktivitetit konservues sepse ato kanë një potencial të madh objektiv të trashëgimisë kulturore ende të pa gërmuar.
- Aktualisht nuk ka një procedurë të miratuar të kontrollit teknik dhe nuk ka asnjë kontroll teknik të dokumentuar me raporte përkatës për periudhën objekt auditimit në sitet e përcaktuara referuar nenit 71 të ligjit Nr. 27/2018.
- Bazuar në nenin 27 dhe 28 pikat 2, 3 e ligjit Nr. 27/2018 IKMTK nuk ka të dokumentuar asnjë veprimtari si institucion i specializuar në lidhje me ecurinë e gërmimeve arkeologjike në tokë dhe ato nënujore, masat mbrojtëse mbi pasuritë kulturore të paluajtshme në të gjithë territorin kombëtar, masat ruajtëse të vlerave kulturore në pasuritë e luajtshme e të paluajtshme, masa të ruajtjes, mbrojtjes dhe cilësisë së punimeve të restaurimit të pasurive kulturore të luajtshme e të paluajtshme etj. Vendimi për mënyrën e organizmit dhe të funksionimit të Inspektoratit Kombëtar për Mbrojtjen e Trashëgimisë Kulturore nuk është miratuar dhe struktura dhe as organika e tij. Ai duhet të ishte i miratuar që në Maj të 2019 dhe struktura dhe organika e tij e miratuar brenda 3 muajve nga data e hyrjes në fuqi e vendimit.
- Parqet arkeologjike Bylis, Amantia dhe Orikum nuk kanë ndriçim dhe nuk janë të mbuluara me ruajtje fizike.

**Për këtë rekomandojmë:**

**3.1** Institucionet e specializuara përgjegjëse dhe Ministria e Kulturës të marrin masa të përfundojnë hartimin dhe miratimin e kriterëve të hulumtimeve arkeologjike dhe standardet e kriteret për gjurmimin, evidentimin, ruajtjen, mbrojtjen, konservimin dhe restaurimin e trashëgimisë kulturore materiale si dhe mënyrat e trajtimit, normat teknike, kriteret dhe modelet e ndërhyrjeve në fushën e ruajtjes së pasurive kulturore.

**Brenda gjashtë mujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe ka nxjerr aktet: VKM nr. 220 date 07.04.2021.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**3.2** Ministria e Kulturës, në koordinim me Institutin Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore dhe Njësinë e Administrimit e Koordinimit të Parqeve Kombëtare Apolloni e Bylis dhe Drejtorinë Rajonale të Trashëgimisë Kulturore Vlorë të marrin masa për hartimin e Planeve për ruajtjen dhe menaxhimin e vlerave të paluajtshme kulturore për parqet arkeologjike. Nëpërmjet një plani afatgjatë të synohet ndërtimi i një sistemi menaxhimi modern i këtyre parqeve arkeologjike duke përfshirë restaurimin dhe konservimin e monumenteve, rehabilitimin tyre dhe përmirësimin e vazhdueshëm të infrastrukturës, duke pasur si qëllim shndërrimin e tyre në qendra me atraktivë.

**Deri në fund të vitit 2022**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**3.3** Me qëllim ruajtjen e mbrojtjen e trashëgimisë kulturore në parqet arkeologjike nga institucionet përgjegjëse dhe MK të merren masa ti kushtohet më shumë vëmendje këtij sektori



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

e të planifikohet një aktivitet sistematik për ndërhyrjet e lejuara. Gjithashtu të merren masa për hartimin edhe të projekteve apo ideve për promovimin e parqeve, krahas projekteve për ndërhyrjet në monumente, në mënyrë që të rritet vizitueshmëria e tyre, duke gjeneruar kështu më tepër të ardhura nga to të cilat mund të akordohen komponentëve të mirëmbajtjes dhe ndërhyrjeve në monumente.

**Brenda gjashtë mujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe është përgatitur drafti nga grupi i punës dhe është në proces vlerësimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**3.4** MK të marrë masa për hartimin e udhëzimit për procedurën për kryerjen e kontrollit teknik në mënyrë që Institucionet e specializuara, të ushtrojnë kontrollin teknik mbi kushtet e ruajtjes së pasurive kulturore të paluajtshme.

**Brenda gjashtë mujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi dhe është përgatitur drafti nga grupi i punës dhe është në proces vlerësimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**3.5** MK të marrë masa e të fillojë hartimin e draft vendimit për mënyrën e organizmit dhe të funksionimit të Inspektoratit Kombëtar për Mbrojtjen e Trashëgimisë Kulturore në vazhdim, sipas afateve të parashikuara të miratohet struktura dhe organika e tij.

**Brenda gjashtë mujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi duke e parashikuar në PPAP 2021 por akti nuk është miratuar akoma.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**IV. Për pyetjen:** A janë efektive strukturat përgjegjëse për kryerjen e proceseve sistematike në ruajtjen e parqeve/siteve arkeologjike?

Gjetje:

- Në Zyrat e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni e Bylis dhe Amantia e Orikum përgjegjësit e sektorëve të parqeve dhe punonjësit e mirëmbajtjes kryejnë detyrat rutinë por pa një plan me masa konkrete apo një plan zhvillimi afat shkurtër dhe afatgjatë dhe programe sistematike për ruajtjen e vlerës së paluajtshme kulturore dhe masa konkrete për zbatimin e planit në përputhje me një strategji.

- Struktura përgjegjëse për parqet Amantia dhe Orikum në DRKT Vlorë po ashtu edhe ZAKPA për parqet Apolloni dhe Bylis janë të shpërndara në distanca të largëta dhe punonjësit nuk kanë mjete për ndjekjen e aktivitetit të të gjitha parqeve, rrjedhimisht për kryerjen eficiente të funksioneve të tyre.

- Strukturat e sipërpërmendura nuk janë të mjaftueshme për të kryer funksionin e ruajtjes fizike të siteve. Përveç Parkut Arkeologjik të Butrintit e Apollonisë të cilët ruhen me roje private, Parqet Bylis, Amantia dhe Orikum nuk kanë asnjë punonjës për ruajtjen e tyre.

**Për këtë rekomandojmë:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**4.1** DRKT Vlorë dhe ZAKPA Fier të marrin masa e të hartojnë programe e plane sistematike afatshkurtra e afatgjata për ndërhyrjet të nevojshme për të zhvilluar dhe ruajtur territorin arkeologjik të parkut.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021 dhe në vazhdimësi**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**4.2** Me qëllim rritjen e eficiencës së punës DRKT Vlorë dhe ZAKPA Fier, të marrë masa për të analizuar nevojat specifike për forcimin e kapaciteteve dhe për administrimin ruajtjen dhe mbrojtjen e parqeve e të propozojë për miratim, Ministrisë së Kulturës strukturë të plotë sipas nevojave.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**4.3** DRKT Vlorë dhe ZAKPA Fier, në bashkëpunim me Ministrinë të analizoje nevojat logjistike për ambiente shërbimi në parqe, vegla pune dhe mjete lëvizëse për kryerjen eficiente të funksioneve për ruajtjen dhe mbrojtjen dhe të merren masat e nevojshme për plotësimin e nevojave.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka vlerësuar këtë rekomandim por është më pamundësi realizimi për shkak të mungesës së fondeve të investimit tek institucionet e varësisë.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**4.4** Nga DRKT dhe NJKPA të analizohet mënyra me eficiente për të kryer ruajtjen fizike të çdo siti. Për shkak të shtrirjes së parqeve arkeologjike dhe morfologjisë së tyre të analizohet mundësia për sistemet elektronike të kontrollit me kamera të shpërndara në pikat me të përshtatshme e strategjike të parqeve, të cilat mund të lidhen me një sallë të vetme monitorimi ku një roje i vetëm ka mundësi të kontrollojë gjithë veprimtarinë e situatën si gjatë ditës dhe gjatë natës si për dëmtime, zjarre apo ndërhyrje të paligjshme të çdo lloji.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**V. Për pyetjen:** A janë ndërmarrë masa efektive për të siguruar kushte të përshtatshme për shfrytëzimin publik të parqeve/siteve arkeologjike?

**Gjetje:**

- Gjendja e degraduar e rrugës i bën shumë të vështira vizitat e turistëve në parkun arkeologjik të Bylisit.
- Procedurat dhe kriteret që duhet të përmbushen për të pasur akses në parkun arkeologjik të Orikumit, janë një pengesë e madhe për turistët dhe një mundësi më pak, për t'u siguruar vizitorëve një qasje atraktive me këtë aset historiko-kulturor.
- Ka pamjaftueshmëri tabelash orientuese për në parkun arkeologjik Apoloni, si dhe mungon tabela rrugore standarde, që orienton vizitorët për të lënë rrugën e Lumit të Vlorës dhe për t'u ngjitur në drejtim të kodrës, ku ndodhet siti arkeologjik i Amantias.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Lëvizja e vizitorëve për në sitet e largëta të Bylisit dhe të Amantias nuk është e mbuluar aspak nga linjat e transportit publik. Ndërkohë Ligji 27/2018<sup>10</sup> shprehet qartë se si bashkëpunohet në nivele të ndryshme lidhur edhe me sitet arkeologjike: óAutoritetet shtetërore qendrore dhe njësitë e vetëqeverisjes vendore bashkërendojnë punën, koordinojnë, harmonizojnë dhe integrojnë aktivitetet, me qëllim sigurimin e ruajtjes, mbrojtjes, vlerësimit dhe administrimit të trashëgimisë kulturore, si dhe krijojnë kushtet për aksesimin e tyre nga publiku.<sup>11</sup>
- Ajo që konstatohet nga materiali i studiuar dhe nga inspektimet në terren, pranë P. A. Amantia është moskoordinimi ndërinstitutional për të zgjidhur në themel çështjen e staneve të ngritura në këtë sit, pavarësisht zellit dhe përkushtimit të DRKK në Vlorë. Prania e staneve është duke degraduar mjedisin dhe duke krijuar vështirësi të papranueshme për vizitorët, të cilët duhet të kalojnë në parcela të kufizuara nga gardhet e tyre dhe që kutërbojnë erë të keqe.
- Në Parkun Kombëtar të Butrintit ka mungesë të ndjeshme vendesh parkimi për makinat dhe autobusët, me të cilat udhëtojnë vizitorët. Çështja është diskutuar në të gjitha nivelet dhe duhet të marrë një zgjidhje përfundimtare, duke qenë e përfshirë edhe në Planin e Menaxhimit të Integruar të Parkut Kombëtar Butrint 2020 në 2030.
- Në Parkun Kombëtar Butrint problemi i radhëve të gjata në biletari është shumë i mprehtë dhe krijon shqetësim tek vizitorët.
- Mungojnë krejtësisht shërbimet higjieniko në sanitare në parkun arkeologjik të Orikumit dhe në parkun arkeologjik të Amantias. Ndërkohë që në këto dy parqe mungojnë edhe linjat elektrike. Ndërsa Parku Kombëtar Butrint ka nevojë të restaurojë shërbimet higjieniko në sanitare tek Kalaja dhe të instalojë nyje higjienike të reja, sikurse konstatuar dhe vënë në dukje kjo domosdoshmëri edhe në mbledhjet e Bordit Kombëtar të Parkut të Butrintit.
- Përgjashtuar Parkun Kombëtar Butrint, në parqet e tjera arkeologjike mungojnë këndet e shitjes së souvenireve, pijeve freskuese dhe prodhimeve të zonës. Nxitja dhe përfshirja në njësitë tregtuese, që mund të bëhen pjesë e këtyre realiteteve turistike, e operatorëve që shesin souvenire dhe produkte vendase sezonalisht, do ishte një ndihmë dhe mundësi ekonomike për komunitetet lokale.
- Në strukturën dhe organikën e parqeve arkeologjike, nuk parashikohen pozicione me detyrë funksionale, vetëm shoqërimin e vizitorëve.
- Edhe në raport me rekrutimet e punonjësve sezonalë të cilët ofrojnë shërbimin e guidës vihet re se, ose rritja e numrit tyre ka mbetur e njëjtë, si në rastin e ZAKPA Apoloni, ose nuk ka patur asnjë punësim sezonal për të ofruar këtë shërbim, sikurse në rastet ZAKPA Bylis, ZAKPA Butrint, DRTK Vlorë (Sektori i Parqeve AmantiaOrikum) në vitin 2019, pavarësisht se fluksi i vizitorëve është rritur progresivisht vit pas viti.
- Në parqet arkeologjike të Amantias dhe të Orikumit sinjalistika orientuese dhe shpjeguese ka nevojë për përmirësim. Në brendësi të Parkut të Bylis, duhen vendosur tabelat, të cilat mungojnë krejtësisht që nga viti 2019.
- Në organigramën dhe strukturën e NJAKPA në ve mungon pozicioni me detyrë funksionale dedikuar marrëdhënies me publikun.
- Në sitet arkeologjike të audituara, vizitat e turistëve zhvillohen pa mbështetjen e teknologjive të audioguidës dhe të videoguidës.

**Për këtë rekomandojmë:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**5.1** Ministria e Kulturës të formulojë një plan veprimi, me qëllim rikualifikimin e rrugës që çon në parkun arkeologjik të Bylisit dhe ta materializojë me veprime konkrete, të cilat synojnë sensibilizimin e gjithë faktorëve që mundësojnë zgjidhjen.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**5.2** Ministria e Kulturës të vlerësojë me propozimet e bëra nga Ministria e Mbrojtjes, lidhur me mundësinë e ndërtimit të rrugës alternative dhe të marrë masa në bashkëpunim me pushtetin lokal, për dhënien e një zgjidhjeje përfundimtare për problematikën e hyrjes pa pengesa të vizitorëve në parkun arkeologjik të Orikumit.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi me shkresën nr.3585/1, datë 23.07.2021 ka nis praktika për problematikën e aksesit të vizitorëve në parkun Arkeologjik të Orikumit.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.3** ARRSH - ja të plotësojë tabelat që mungojnë drejt parkut arkeologjik Apoloni, sikurse kërkuar nga NJAKPA Apoloni në Bylis, si dhe të vendosë tabelën që orienton drejt sitit arkeologjik të Amantias, në pikën e lënies të rrugës së Lumit të Vlorës.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, janë vendosur tabelat vetëm në Apolonia .

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**5.4** NJAKPA e Bylisit dhe Amantias, të kërkojnë zgjidhjen e problemit të transportit publik me Njësitë e Vetëqeverisjes Vendore nën juridiksion territorial të të cilave janë, duke siguruar transportin publik për këto dy site, të paktën gjatë sezonit turistik.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**5.5** DRKK Vlorë, në koordinim të ngushtë dhe me mbështetjen e drejtpërdrejtë të Ministrisë së Kulturës, si dhe duke përfshirë të gjitha institucionet që kanë kompetencat përkatëse ligjore, të ndërmarrë hapat e nevojshëm për heqjen e staneve dhe rehabilitimin e Zonës A të parkut arkeologjik të Amantias.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi me shkresën nr.295, datë, 28.05.2018 kërkesë për heqjen e stanit të bagëtive në parkun arkeologjik të Amantias. Drejtuar Bashkisë Selenicë, IKMT Vlorë, IKMT Tiranë.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.6** Bordi i Parkut Kombëtar të Butrintit dhe Ministri i Kulturës, në cilësinë e Kryetarit të këtij Bordi, në përgjigje të nevojës së rritjes së sipërfaqes së parkimit, të kërkojë pranë Këshillit të Ministrave, vënien në dispozicion të një mjedisi të përshtatshëm për këtë qëllim.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi sipas planit të Menaxhimit .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.7 Bordi i Parkut Kombëtar Butrint dhe AADF,** të cilit i është dhënë me koncesion shërbimi i biletarisë së Parkut, të vlerësojnë dhe të marrin masa për rritjen e numrit të sporteleve të biletarisë.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi sipas planit të Menaxhimit .

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.8 Ministria e Kulturës dhe DRKK Vlorë** të përgatisin projektet përkatëse për garantimin e kushteve higjieno ñ sanitare, si dhe shtrirjen e linjave elektrike në P. A. të Orikumit dhe në P. A. të Amantias. Ministria e Kulturës të sigurojë mbështetjen buxhetore për realizimin e këtyre nismave. Për Parkun Kombëtar të Butrintit të miratohet restaurimi i shërbimeve higjienike dhe të parashikohet shtimi i nyjave të tjera higjienike

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi referuar raportit vjetor për vitin 2021.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.9 DRKK Vlorë** të marrë kontakt me Dhomën e Tregtisë Vlorë, Njësitë e Vetëqeverisjes Vendore dhe operatorë tregtarë vendas, me synimin për të sugjeruar dhe mundësuar çeljen e pikave, që ofrojnë një gamë minimale produktesh tipike të zonës, gjatë sezonit turistik.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**5.10 NJAKPA ñ** të në bashkëpunim me Ministrinë e Kulturës, të vlerësojnë dhe të ndjekin procedurat e nevojshme për të propozuar miratimin e strukturave dhe organikave të reja, për NJAKPA ñ të, në të cilat të parashikohen pozicione me detyrë funksionale vetëm shoqërimin e vizitorëve, si dhe ai me detyrë funksionale dedikuar administrimit të marrëdhënieve me publikun.

**Brenda vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi por është e vështirë pasi numri total i punonjësve i miratuar për Ministrinë e Kulturës dhe varësinë nuk mund të ndryshohet.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**5.11 NJAKPA ñ** të, të parashikojnë nevojat për punonjës sezonalë, në kushtet e rritjes së fluksit të vizitorëve në sitet arkeologjike gjatë sezonit turistik dhe të ndjekin gjithë procedurën e parashikuar për punësimin e tyre.

**Brenda dymbëdhjetë muajsh**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, VKM 1151 datë 24.12.2020.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**5.12** ZAKPA Bylis të marrë të gjitha masat për vendosjen e tabelave orientuese dhe shpjeguese në parkun arkeologjik të Bylisit, sikurse dhe DRTK Vlorë, të marrë të gjitha masat për plotësimin dhe përmirësimin e tabelave orientuese dhe shpjeguese në parqet arkeologjike të Amantias dhe Orikumit.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**5.13** Ministria e Kulturës dhe NJAKPA ñ të, të ngrenë një grup të përbashkët pune, për të diskutuar, vlerësuar dhe vendosur, mbi nevojat dhe mundësitë efektive për futjen e përdorimit të teknologjive të audioguidave dhe videoguidave.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi në proces vlerësimi me partnere strategjik.

**Statusi:** Rekomandim në proces.

**Për pyetjen:** Sa efektive rezultojnë masat e ndërmarra për njohjen dhe promovimin e parqeve/siteve arkeologjike?

**Gjetje:**

- Mungon një bashkëpunim formal dhe i thelluar midis MK - së e institucioneve në varësi të saj, të dedikuara me parqet arkeologjike, nga njëra anë dhe AKT ñ së ana tjetër, e cila ka si mision promovimin e turizmit shqiptar në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar dhe krijimin e imazhit të Shqipërisë si destinacion turistik në tregun ndërkombëtar.
- Mungon bashkëpunimi i ngushtë dhe rezultativ midis MK ñ së, NJAKPA ñve nga njëra anë dhe shoqatave të operatorëve turistike shqiptarë nga ana tjetër.
- Mungesa e një ëebfaqeje zyrtare të administruar nga MK ñ ja në ndërveprim me NJAKPA ñ të, ku të përfshihet informacioni i detajuar dhe i certifikuar, mbi të gjitha parqet arkeologjike shqiptare.
- Sitet arkeologjike jo gjithnjë kanë në dispozicion materiale të mjaftueshme informuese për t'ua dhënë vizitorëve.
- Në parqet arkeologjike të Bylisit, Amantias dhe Orikumit aktivitetet kulturore të realizuara kanë qenë të pakta në periudhën objekt auditimi.
- Nuk ka një pjesëmarrje në aktivitetet e parqeve të Butrintit dhe Apolonisë nga nxënësit e shkollave të Tiranës, si dhe të qyteteve të tjera të vendit.
- Ministria e Kulturës nuk ka asnjë program financimi për prodhimin e dokumentarëve mbi sitet arkeologjike shqiptare. Ndryshe nga rasti i nënshkrimit të Memorandumit me MAS për Edukim përmes kulturës, e vlerësuar si përvojë pozitive, ajo nuk ka nënshkruar asnjë marrëveshje me Televizionin Publik Shqiptar, qoftë për prodhimin e tyre, qoftë dhe për transmetimin e tyre periodik, sikurse nuk ka përpunuar asnjë plan veprimi në drejtim të nxitjes së kanaleve televizive private, që reportazhet dhe dokumentarët mbi sitet arkeologjike, të bëhen pjesë e programeve të tyre tematike.

**Për këtë rekomandojmë:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**6.1** Ministria e Kulturës të përgatisë dhe të propozojë Agjencisë Kombëtare të Turizmit nënshkrimin e një Memorandumi bashkëpunimi, lidhur me mënyrën dhe kriteret e promovimit të parqeve arkeologjike shqiptare, në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar.

**Brenda dymbëdhjetë muajsh**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**6.2** Ministria e Kulturës së bashku me institucionet e varësisë, të ngrejë një grup pune me synim përgatitjen e një plani ndërveprimi me shoqatat e operatorëve turistikë, i cili duhet të ketë si objektiv, nxitjen e përfshirjes së siteve arkeologjike shqiptare në stacionet e itinerareve turistike të të huajve që vizitojnë Shqipërinë.

**Brenda dymbëdhjetë muajsh**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

**6.3** Ministria e Kulturës në ndërveprim me IKTK në dhe NJAKPA në të, të ngrejë një grup pune, i cili duhet të përcaktojë strukturën e një faqeje zyrtare ku të përfshihen të gjitha sitet arkeologjike të vendit tonë dhe më pas të krijojë e administrojë faqen e parqeve arkeologjike shqiptare.

**Brenda gjashtëmuajorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi platforma Tickits online.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**6.4** NJAKPA në të Bylis dhe Orikum në bashkërendim me MK në të, të marrin masa që të mos kenë mungesa të fletëpalosjeve informuese mbi vlerat e parqeve përkatëse dhe të sigurojnë ekspozimin e tyre të vazhdueshëm në hyrje të siteve.

**Brenda gjashtë muajsh dhe në vijimësi**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**6.5** NJAKPA në të e Bylisit, Amantias dhe Orikumit, të përgatisin një program në fillim të vitit mbi aktivitete që do zhvillojnë gjatë vitit për njohjen e këtyre siteve.

**Brenda gjashtë muajsh dhe në vijimësi**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.

**6.6** Ministria e Kulturës dhe Ministria e Arsimit, Sportit dhe Rinisë, të kërkojnë dhe gjejnë modalitetet me të cilat tani mundësohen nxënësve të shkollave, vizitat në sitet kryesore arkeologjike të vendit.

**Brenda gjashtë muajsh dhe në vijimësi**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi, me Marrëveshje Bashkëpunimi midis MK dhe MAS për programin e Edukimi përmes Kulturës.

**Statusi:** Rekomandim i zbatuar.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**6.7** Ministria e Kulturës dhe institucionet e varësisë të cilat administrojnë sitet arkeologjike, të ngrenë një grup pune, i cili duhet të përgatisë një plan veprimi që parashikon lidhjen e marrëveshjeve të bashkëpunimit, si me Televizionin Publik Shqiptar, për realizimin dhe transmetimin e dokumentarëve mbi parqet dhe transmetimin e tyre periodik, ashtu dhe me televizionet private, të cilat të angazhohen që reportazhe dhe dokumentarë mbi realitetin arkeologjik shqiptar të bëhen pjesë e programeve të tyre tematike.

**Brenda gjashtëmujorit të dytë të vitit 2021**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti nuk ka marrë masa për zbatimin e këtij rekomandimi.

**Statusi:** Rekomandim i pa zbatuar.

Subjektet e audituar nuk kanë paraqitur observacione, dokumentacion apo argumente shtesë në lidhje me konstatimet e bëra nga grupi i auditimit në akt verifikimet e datës 08.02.2022, i cili është dorëzuar në zyrën e protokollit Ministrisë së Kulturës me nr. 2330/3 prot, datë 08.02.2022

**I. Për sa më sipër ri kërkojmë që** Ministria e Kulturës, Instituti Kombëtar i Trashëgimisë Kulturore, Drejtoria Rajonale e Trashëgimisë Kulturore Vlorë, Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parkut Arkeologjik Kombëtar Butrint, Njësia e Administrimit dhe Koordinimit të Parqeve Arkeologjike Apolloni dhe Bylis të marrin masa të zbatojnë të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara, të zbatuara pjesërisht, ose të papranuara, si më poshtë:

**A. MASA ORGANIZATIVE**

**1.3** Ministria e Kulturës të rishikojë aktet nënligjore për funksionimin e BKPA-së dhe të dokumentojë veprimtarinë e tij për marrjen e vendimeve lidhur me sitet arkeologjike.

**Brenda datës 30.09.2022 dhe në vijimësi**

**1.7** Ministria e Kulturës, në zbatim të nenit 47 të ligjit nr. 27/2018, të rishikojë VKM nr.208, datë 10.04.2019 për përbërjen, mënyrën e funksionimit, kompetencat dhe shpërbëlimin e anëtarëve të Këshillit Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore Materiale, lidhur me funksionin këshillues të KKTKM-së për termat e referencës dhe planet për menaxhimin e pasurive kulturore të paluajtshme.

**Brenda datës 30.10.2022**

**1.11** Ministria e Kulturës, në zbatim të pikës a, të nenit 264 të ligjit nr. 27/2018, të nxjerrë komentarin dhe manualin e përkufizimeve.

**Brenda datës 30.10.2022**

**1.14** Ministria e Kulturës, bazuar në nenet 243 dhe 244, të ligjit nr.27/2018 për trashëgiminë kulturore dhe muzetë, në kuadrin e planeve të veta sektoriale, sipas fushës së përgjegjësisë dhe në bashkëpunim me ministrinë përgjegjëse për mjedisin dhe ministrinë përgjegjëse për zhvillimin e territorit, të propozojë, të hartojë dhe të dërgojë për miratim në Këshillin e Ministrave Planin Kombëtar të Peizazhit, në përputhje me dispozitat e ligjit nr. 27/2018, ligjit të planifikimit të territorit dhe marrëveshjeve ndërkombëtare për trashëgiminë kulturore të peizazhit, të ratifikuara, për kontrollin e zonave të mbrojtura të siteve arkeologjike si dhe mbrojtjen nga çdo ndërhyrje pa leje brenda zonës së mbrojtur të tij.

**Brenda datës 30.12.2022**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**2.1** Ministria e Kulturës dhe NJAKPA-të, të rishikojnë ekzistencën e bordeve dhe të bëjnë analizën e eficiencës së tyre në menaxhimin e siteve arkeologjike, për minimizimin e risqeve dhe realizimin e objektivave të institucionit.

**Brenda datës 30.09.2022**

**2.13** Ministria e Kulturës, në bashkëpunim me NJAKPA-të dhe në zbatim të pikës 9, të nenit 142, të ligjit nr. 27/2018, të hartojnë dhe të dërgojnë për miratim në KM vendimin për strukturën dhe organikën e NJAKPA-ve.

**Brenda datës 30.12.2022**

**2.18** Ministria e Kulturës, bazuar në nenet 243 dhe 244 të ligjit nr.27/2018 óPër trashëgiminë kulturore dhe muzetë, në kuadrin e planeve të veta sektoriale, të hartojë planet kombëtare të peizazhit, në përputhje me dispozitat e ligjit për trashëgiminë kulturore dhe muzetë, ligjit të planifikimit të territorit dhe marrëveshjeve ndërkombëtare për trashëgiminë kulturore të peizazhit, të ratifikuara, për kontrollin e zonave të mbrojtura të parqeve si dhe mbrojtjen nga çdo ndërhyrje pa leje brenda zonës së mbrojtur të parkut.

**Brenda datës 30.12.2022**

**2.19** Ministria e Kulturës, NJAKPA-ntë, në bashkëpunim me institucionet e tjera qendrore, lidhur me bizneset e ngritura brenda parqeve arkeologjike dhe me marrëdhëniet që ato kanë me operatorët privatë që ushtrojnë aktivitet brenda territorit të tyre, të rishikojnë aktet nën ligjore bazuar mbi parimet, ligjet dhe konventat kombëtare dhe ndërkombëtare, për ruajtjen e vlerave të trashëgimisë kulturore që sitet mbartin dhe kthimin e tyre në identitet.

**Brenda datës 30.09.2022**

**3.2** Ministria e Kulturës, në koordinim me Institutin Kombëtar të Trashëgimisë Kulturore dhe Njësinë e Administrimit e Koordinimit të Parqeve Kombëtare Apolloni e Bylis dhe Drejtorinë Rajonale të Trashëgimisë Kulturore Vlorë të marrin masa për hartimin e Planeve për ruajtjen dhe menaxhimin e vlerave të paluajtshme kulturore për parqet arkeologjike. Nëpërmjet një plani afatgjatë të synohet ndërtimi i një sistemi menaxhimi modern i këtyre parqeve arkeologjike duke përfshirë restaurimin dhe konservimin e monumenteve, rehabilitimin tyre dhe përmirësimin e vazhdueshëm të infrastrukturës, duke pasur si qëllim shndërrimin e tyre në qendra me atraktivë.

**Brenda datës 30.10.2022**

**4.1** DRKT Vlorë dhe ZAKPA Fier të marrin masa e të hartojnë programe e plane sistematike afatshkurtra e afatgjata për ndërhyrjet të nevojshme për të zhvilluar dhe ruajtur territorin arkeologjik të parkut.

**Brenda datës 30.09.2022 dhe në vijimësi**

**4.2** Me qëllim rritjen e eficiencës së punës DRKT Vlorë dhe ZAKPA Fier, të marrë masa për të analizuar nevojat specifike për forcimin e kapaciteteve dhe për administrimin ruajtjen dhe mbrojtjen e parqeve e të propozojë për miratim, Ministrisë së Kulturës strukturë të plotë sipas nevojave.

**Brenda datës 30.09.2022**

**5.1** Ministria e Kulturës të formulojë një plan veprimi, me qëllim rikualifikimin e rrugës që çon në parkun arkeologjik të Bylisit dhe ta materializojë me veprime konkrete, të cilat synojnë sensibilizimin e gjithë faktorëve që mundësojnë zgjidhjen.

**Brenda datës 30.12.2022**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**5.4 NJAKPA** e Bylisit dhe Amantias, të kërkojnë zgjidhjen e problemit të transportit publik me Njësitë e Vetëqeverisjes Vendore nën juridiksion territorial të të cilave janë, duke siguruar transportin publik për këto dy site, të paktën gjatë sezonit turistik.

**Brenda datës 30.09.2022**

**5.9 DRKK**, Vlorë të marrë kontakt me Dhomën e Tregtisë Vlorë, Njësitë e Vetëqeverisjes Vendore dhe operatorë tregtarë vendas, me synimin për të sugjeruar dhe mundësuar çeljen e pikave, që ofrojnë një gamë minimale produktesh tipike të zonës, gjatë sezonit turistik.

**Brenda datës 30.09.2022**

**5.12 ZAKPA** Bylis të marrë të gjitha masat për vendosjen e tabelave orientuese dhe shpjeguese në parkun arkeologjik të Bylisit, sikurse dhe DRTK Vlorë, të marrë të gjitha masat për plotësimin dhe përmirësimin e tabelave orientuese dhe shpjeguese në parqet arkeologjike të Amantias dhe Orikumit.

**Brenda datës 30.12.2022**

**6.1** Ministria e Kulturës të përgatisë dhe të propozojë Agjencisë Kombëtare të Turizmit nënshkrimin e një Memorandumi bashkëpunimi, lidhur me mënyrën dhe kriteret e promovimit të parqeve arkeologjike shqiptare, në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar.

**Brenda datës 30.12.2022**

**6.2** Ministria e Kulturës së bashku me institucionet e varësisë, të ngrejë një grup pune me synim përgatitjen e një plani ndërveprimi me shoqatat e operatorëve turistikë, i cili duhet të ketë si objektiv, nxitjen e përfshirjes së siteve arkeologjike shqiptare në stacionet e itinerareve turistike të të huajve që vizitojnë Shqipërinë.

**Brenda datës 30.10.2022**

**6.7** Ministria e Kulturës dhe institucionet e varësisë të cilat administrojnë sitet arkeologjike, të ngrenë një grup pune, i cili duhet të përgatisë një plan veprimi që parashikon lidhjen e marrëveshjeve të bashkëpunimit, si me Televizionin Publik Shqiptar, për realizimin dhe transmetimin e dokumentarëve mbi parqet dhe transmetimin e tyre periodik, ashtu dhe me televizionet private, të cilat të angazhohen që reportazhe dhe dokumentarë mbi realitetin arkeologjik shqiptar të bëhen pjesë e programeve të tyre tematike.

**Brenda datës 30.09.2022**

**II.** Për të gjitha rekomandimet e tjera, që konsiderohen në proces zbatimi, inkurajohet përsheptimi i realizimit të plotë të tyre brenda 30.09.2022 dhe në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

## **2. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “FONDI REZERVË I INSTITUTIT TË SIGURIMEVE SHOQËRORE”**

### **PËRMBLEDHJE:**

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), ushtroi auditim në **Institutin e Sigurimeve Shoqërore** mbi óVerifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet për 6-mujorin e e parë të vitit 2021ó për auditimin e kryer në vitin 2020-2021, për periudhën 01.01.2015 - 30.06.2020, për zbatimin e rekomandimeve dërguar me shkresën e KLSH-së me nr. **507/7, datë 14.05.2021** dhe Vendim të Kryetarit të KLSH-së, me nr. 50, datë 21.04.2021, duke i kushtuar vëmendje të posaçme çështjeve, që lidhen me:

- a. Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2020, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjekti i audituar, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;
- b. Nxjerrjen nga titullari i njësisë publike të akteve administrative të nevojshme, si vendime, urdhër për zbatimin e masave organizative;
- c. Të tjera masa e rekomandime që i përcillen subjektit të audituar nëpërmjet Vendimit të Kryetarit të Kontrollit të Lartë të Shtetit.

**Në përfundim të procesit të auditimit, rezulton se:**

### **I. Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.**

Instituti i Sigurimeve Shoqërore (ISSH) nuk ka kthyer përgjigje në respektim të afatit 20 ditor, në kundërshtim me nenin 15, shkronja ójô, të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 óPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetitó.

### **II. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.**

-Nga ISSH nuk janë marrë masa për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna për óFondin rezervë të ISSHó në kundërshtim me Ligjin nr. 154/2014 datë 27.11.2014 óPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetitó, neni 30, Rekomandimet e KLSH ñ së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku citohet se:

*“Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna”.*

Nga subjekti i audituar, brenda afatit 6-mujor nuk ka informacion mbi zbatimin e rekomandimeve.

### **III. Rekomandimet e KLSH**

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit, për ISSH dhe me Vendimin e Kryetarit të KLSH-së, me nr. 50, datë 21.04.2021, të cilat janë përcjellë me shkresën nr. **507/7, datë 14.05.2021**, nga KLSH janë rekomanduar gjithsej: **11 masa** me karakter organizativ.

### **IV. Statusi i zbatimit të rekomandimeve të pranuar nga ana e subjektit**

Sipas këtij vendimi, nga marrja e Raportit Përfundimtar të Auditimit, sipas shkresës me nr. 537/1, datë 26.01.2022 të ISSH, rezulton se:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Organizative         | 11          | 11      | 0          |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN Nga 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**I/1 HYRJA**

Auditimi është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit *“Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve”*, miratuar me shkresën nr. **507/7, datë 14.05.2021**.

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e mëparshëm, sipas drejtimeve të Programit të Auditimit nr. 121, prot., datë 24.01.2022 dhe njoftimit të auditimit “Për fillim projekt auditimi tematik për zbatimin e rekomandimeve” nr. 121/1 prot., datë 24.01.2022, të miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH, i përbërë:

1. E. Ll., (Përgjegjës grupi)
2. A. S., anëtar
3. L. Gj. anëtar

**I/2. OBJEKTI AUDITIMIT:**

Zbatimi i masave të rekomanduara në auditimin e mëparshëm të dërguara me shkresën nr. **507/7, datë 14.05.2021**, së bashku me Raportin Përfundimtar të Auditimit, nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH.

**I/3. QËLLIMI AUDITIMIT:**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të raportit vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tremujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3 e nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.

**I/4. METODOLOGJIA E AUDITIMIT:**

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti dhe që kanë lidhje me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH-ja për përmirësimin e gjendjes së subjektet në të ardhmen.

**I/5. KONKLUZIONI:**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjekti i audituar ISSH në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja në auditimin e mëparshëm të dërguara me shkresën nr. **507/7, datë 14.05.2021**, rezulton se nga **11** masa të rekomanduara (*masa organizative*), nga subjekti janë pranuar **11** masa ose në masën **100 % të tyre**.

Nga **11** masat e pranuar u konstatua se ato nuk janë zbatuar. Nga sa shikohet niveli i realizmit është në masën 0%, gjë e cila tregon se subjekti nuk e ka vlerësuar procesin e zbatimit të rekomandimeve.

Në mënyrë të përmbledhur statusi i rekomandimeve të pranuar paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Pranuar | Statusi i zbatimit |                    |                   |            |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         | Zbatuar            | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 1   | Masa Organizative    | 11      | 0                  | 0                  | 0                 | 11         |

**II. OPINION I PËRGJITHSHËM MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE :**

Pavarësisht nga mos zbatimi i rekomandimeve, ku niveli i zbatimit të rekomandimeve është 0 %, vlerësohet se subjekti ISSH ka përgatitur brenda muajit janar 2022 planin e veprimit dhe marrjen



**KONTROLLI I LARTË I SHETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

e masave për zbatimin e rekomandimeve miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm i ISSH dhe dërguar në KLSH nëpërmjet shkresës me nr. **537/1, datë 26.01.2022.**

**III. ZBATIMI I REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMIN E MËPARSHËM.**

**III/1-***Hartimi i programit (Plan veprimi) dhe respektimi i afatit prej 20 ditë për kthimin e përgjigjes për zbatimin e rekomandimeve, siç është përcaktuar në germën (j) e nenit 15, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.*

- Instituti i Sigurimeve Shoqërore (ISSH) nuk ka kthyer përgjigje në respektim të afatit 20 ditor, në kundërshtim me nenin 15, shkronja ôjô, të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit.

**III/2-***Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh nga data e marrjes së njoftimit të raportit të auditimit, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna nga auditimi i mëparshëm (pika 2 e nenit 30 të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.*

-Nga ISSH nuk janë marrë masa për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna për ôFondin rezervë të ISSHô në kundërshtim me Ligjin nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit, neni 30, Rekomandimet e KLSH ñ së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku citohet se:

*“Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna”.*

Nga subjekti i audituar, brenda afatit 6-mujor nuk ka informacion apo plan veprimi mbi zbatimin e rekomandimeve.

**III/3.** *Realizimi i rekomandimeve për masat me karakter organizativ, nga subjekti i audituar, duke pasqyruar punën e bërë të analizuar për rekomandimet lëna nga KLSH, sipas shkresës me nr 537/1, datë 26.01.2022 dërguar nga ISSH për masat e marra për zbatimin e rekomandimeve, rezulton si më poshtë:*

**I-Për pyetjen audituese: “A ka hartuar ISSH kuadrin e nevojshëm ligjor, me qëllim mirëfunksionimin e fondit rezervë?”:**

**1. Gjetje nga auditimi:** Ndryshimet e reflektuara në ligjin nr. 7703, datë 11.05.1993 ôPër sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisëô (i ndryshuar) nëpërmjet reformës së vitit 2014 ndikuan negativisht në parashikimet e bëra lidhur me fondin rezervë. Niveli i sigurimit të skemës së pensioneve nëpërmjet fondit rezervë u ul nga 3 muaj në 1 muaj, duke cënuar parimin e sigurisë juridike për qytetarët, pasi riskon të drejtat e tyre në një masë më të madhe sesa përcaktimi ligjor i mëparshëm.

- Bazuar në teknikat legjislative, çdo ndryshim dhe amendim në dispozitat ligjore duhet të paraprihet nga një justifikim ligjor, duke parashtruar argumentat mbështetëse që sjellin nevojën e këtyre amendimeve. Ulja e fondit rezervë nga 3 muaj në 1 muaj nuk është e bazuar në asnjë argument ligjor.

- Statuti i Institutit të Sigurimeve Shoqërore nuk është përditësuar me ndryshimet që solli në ligjin nr. 7703, datë 11.05.1993 ôPër sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisëô.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Amendimi i Rregullores Financiare të ISSH-së nr. 5, datë 25.05.2009, e cila rregullon menaxhimin e fondit rezervë, nuk mund të kryhet nëpërmjet Urdhrit nr.1424/5 datë 12.11.2019 për shkak se organet kompetente për nxjerrjen e tyre, referuar legjislacionit në fuqi janë të ndryshme. Ndryshimi i një akti nënligjor dhe ndërhyrja në rregullat që ai vendos, duke sjellë kështu ndryshim të tij bëhet ose me të njëjtin lloj akti, në këtë rast duke përditësuar vetë Rregulloren Financiare, ose nëpërmjet një akti ligjor më të lartë në shkallë hierarkie.
- Urdhri nr.1424/5 datë 12.11.2019, përsa i përket anës formale, nuk është hartuar konform rregullave të teknikës legjislative dhe nuk përbëhet nga elementët e tekstit zyrtar. Aktet nënligjore gjithmonë nxirren në bazë dhe për zbatim të një akti ligjor më të lartë, kërkesat e formës së aktit administrativ përcaktohen edhe në nenin 99 të Kodit të Procedurave Administrative. Urdhri nr. 1424/5 datë 12.11.2019 nuk referon asnjë akt ligjor ku bazohet dhe në bazë të të cilit ka dalë.
- ISSH periudhën 1 mujore të mbulimit nëpërmjet fondit rezervë e konsideron periudhë maksimale, ndërkohë që ligji nr. 7703, datë 11.05.1993 óPër sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë (i ndryshuar) e konsideron periudhë minimale, pasi në të përcaktohet që ky fond duhet të mbulojë të paktën një muaj shpenzime për pensione.
- Bazuar në udhëzimet e ISSA4 dhe praktikatat e mira5 , ISSH nuk ka hartuar një Strategji ose udhëzues, që përcakton në mënyrë të imtësishme objektivat e fondit rezervë.

**Rekomandimet sipas pyetjes 1:**

**Rekomandimi 1.1:** ISSH të analizojë efektet dhe të rishikojë edhe njëherë afatin e detyrueshëm të përcaktuar, për mbulim nëpërmjet fondit rezervë, duke mbajtur në konsideratë dhe reflektuar me vëmendje qëllimin e krijimit të këtij fondi nga ligjvënësi, udhëzimet e Organizatës Ndërkombëtare të Mbrotjtjes Sociale (ISSA) dhe praktikatat e mira.

***Korrik 2021 e në vazhdim***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit ( shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH në vazhdimësi, si edhe më parë do të kryejë analiza e studime për përmirësimin të procedurave të zbatimit, përshtatjes dhe zhvillimit të sistemit të sigurimeve shoqërore në koherencë me zhvillimet ekonomike dhe sociale të vendit si dhe me programet e përgjithshme të shtetit.

Pavarësisht nga disa trajtime dhe këndvështrime të raportit, ISSH si në çdo rast ka vlerësuar ekspertizën teknike të Kontrollit të Lartë të Shtetit dhe si çdo vit mbetet e angazhuar dhe e obliguar në zbatim të rekomandimeve si për sistemin në përgjegjësi, për përmirësimin e rregulloreve, aktualizimin e tyre në harmoni me legjislacionin dhe zhvillimet ekonomike e sociale, standartizimin e rregullave, si dhe të rekomandimeve për të thelluar studimet lidhur me formulimin dhe krijimin e një legjislacioni të sigurimit social, gjithëpërfshirës dhe tre shtyllësh. Këto parime janë shprehur edhe në dispozitat e reformës së pensioneve ku ndër të tjera, bazuar në gjëndjen e sistemit të sigurimeve shoqërore, gjëndjen e financave publike, tregjeve financiare brenda vendit etj, janë formuluar e miratuar dispozita që i adresohen krijimit të skemave të pensioneve profesionale me kontribute të përcaktuara, me arsyetimin që këto skema do të sjellin përfitime të adresuara për profesione të vështira, do të kenë kontribute të veçanta, duke mos rënduar financat e përgjithshme dhe do të zhvillohen në harmoni me zhvillimet ekonomike dhe tregjet financiare të vendit.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Ndryshimet parametrike në sistemin e pensioneve në vitin 2014, të shoqëruara me riformulimin dhe ndryshimet në 46 nene të ligjit ekzistues, të shoqëruara edhe me masa të veçanta të administrimit të sistemit, kanë dhënë disa rezultate.

Për periudhën e audituar, në harkun e 4 viteve rezulton një rritje e ndjeshme e numrit të kontribuesve 2018/2013 mbi 217 mijë persona, të ardhurat janë rritur me 26,6 miliard lekë duke arritur në 4,7% të PBB, kundrejt 3,8-viti 2013 (viti bazë), shpenzimet përfshirë edhe shpërblimet vjetore të dhëna nga buxheti i shtetit dhe skemat kompensuese të çmimeve (të cilat janë programe të dhëna për zbatim), janë rritur me rreth 30 miliard lekë, duke arritur në 7,8% të PBB, kundrejt 7,1 % që ishte në 2013. Rritja e shpenzimeve lidhet me rritjen e numrit të përfituesve që janë të drejta të fituara dhe që do të reduktohen gradualisht në vitet e ardhshme, pra në këtë zë nuk mund të këtë reformat, të cfarë karakteri të kryhen, nuk mund të kenë ndikim të drejtpërdrejtë por lidhet edhe me rritjen e përfitimeve individuale ku është zbatuar politika e indeksimit të pensioneve sipas indeksit të çmimeve, duke shmangur praktikën e rritjeve të ndryshme në funksion të opolitikave të ditës, masë kjo e rëndësishme e marrë dhe e zbatuar, për të mos krijuar kosto shtesë, si për çdo vit ashtu edhe për vitet në vazhdim. Deficiti i skemës së pensioneve, objekt i reformës është reduktuar si për skemën e qytetit ashtu edhe për fshatin. Në vitin 2015 deficiti i pensioneve ishte 1.94% e PBB dhe në vitin 2018 arriti në 1.63 % të PBB, i cili konsiderohet i lartë. Pritshmëritë dhe gjendja duhet të ishte shumë më pozitive lidhur me sistemin e sigurimeve në fshat ku treguesit reflektojnë ndryshime pozitive të papërfillshme. Për më tepër numri i kontribuesve të sektorit bujqësor është shumë i vogël dhe pjesëmarrja me trend zbritës.

Drejtnesit dhe gjithë strukturat e ISSH, në vazhdim mbetet e angazhuar në zbatim të rekomandimit për të thelluar studimet dhe për të propozuar masat konkrete si dhe përmirësimet ligjore të zbatimit të tyre.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm si dhe nuk ka propozuar masa konkrete për të thelluar studimet përkatëse.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 1.2.:** ISSH të krijojë një strategji ose udhëzues për menaxhimin e fondit rezervë, duke i dhënë një fokus më të madh këtij fondi gjatë ushtrimit të veprimtarisë institucionale, sikurse përcaktohet në aktet ligjore e nënligjore mbi bazë dhe për zbatim të të cilave ai vepron. Gjatë hartimit të kësaj strategjie të merren në konsideratë praktikën e mira dhe udhëzuesit e ISSA, me qëllim përcaktimin e objektivave SMART6 që lidhen me menaxhimin e këtij fondi.

**Korrik 2021 e në vazhdim**

**Përgjigjja e subjektit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, ku shprehet se: Do të kryejë analiza dhe studime të mirëfillta, si mbështetur në rekomandimet që pasqyrojnë aktet ndërkombëtare por edhe duke u bazuar në praktikën e mira të vendeve të tjera, në mënyrë që të ndiqet një strategji efikase menaxhimi për fondin rezervë.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin e mësipërm dhe duke mos adresuar konkretisht zbatimin e rekomandimit në sektorin përkatës e rrjedhimisht pa një afat konkret.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 1.3.:** ISSH, si institucioni shtetëror i ngarkuar për administrimin e sigurimeve shoqërore, të garantojë përputhshmëri ndërmjet ligjit dhe akteve nënligjore në fuqi që ISSH nxjerr, duke eliminuar konfliktet midis dispozitave të ndryshme ligjore e nënligjore, me qëllim që implemetimi i tyre të jetë sa më efektiv.

*Maj 2021 e në vazhdim*

**Përgjigjja e subjektit:** Do të ndërmerren të gjitha masat e nevojshme që të mos ketë papërputhshmëri ndërmjet ligjit dhe akteve ligjore të nxjerra dhe të vijojë implementimi i tyre sa më efektiv.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm si dhe nuk ka propozuar masa konkrete për të garantuar përputhshmëri ndërmjet ligjit dhe akteve nënligjore në fuqi që ISSH nxjerr

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 1.4.:** Gjatë nxjerrjes së akteve nënligjore, ISSH duhet të tregojë kujdes të veçantë në hartimin e tyre dhe të sigurohet që këto akte kanë në përmbajtjen e tyre të gjithë elementët e domosdoshëm të tekstit zyrtar.

*Maj 2021 e në vazhdim*

**Përgjigjja e subjektit:** ISSH, në të gjitha aktet nënligjore, rregullat dhe rregulloret apo udhëzimet dhe shkresat, do të unifikojë të gjithë terminologjinë e përdorur, me qëllim lehtësimin e zbatimit si dhe shmangien e interpretimeve.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm si dhe nuk ka marrë masa konkrete për unifikimin në terminologjinë e përdorur, me qëllim lehtësimin e zbatimit si dhe shmangien e interpretimeve.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 1.5:** ISSH ta trajtojë përcaktimin ligjor të nenit 70 të ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë (i ndryshuar) si periudhë minimale të shpenzimeve që duhet të mbulojë fondi rezervë.

*Maj 2021 e në vazhdim*

**Përgjigjja e subjektit:** Krijimi i fondit rezervë të pensioneve është një detyrim që buron nga neni 70 i ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 i Sigurimeve Shoqërore i ndryshuar. Gjithashtu, edhe në vijim të udhëzimeve të ISSA përcaktohet krijimin i një fondi rezerve të tillë për të siguruar dhe garantuar fondin e pensioneve.

Në vijim, ISSH ka krijuar dhe administron një fond rezervë të sigurimit shoqëror që mbulon të paktën një muaj shpenzimet për pensione.

Fondi i sigurimit shoqëror i krijuar nga ISSH menaxhohet duke u bazuar në tre objektiva:

i. Krijimi i një fondi rezerve që mbulon pagesat e pensioneve për një muaj.

Instituti i Sigurimeve Shoqërore që nga koha e krijimit të tij e deri më sot ka krijuar një fond rezervë për skemën e sigurimit shoqëror, fond i cili garanton mbulimin e pagesave të skemës së pensioneve në raste fatkeqësish apo situata të jashtëzakonshme për të paktën një muaj.

ii. Garantimin e likuiditetit të fondit të pensioneve.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Fondi rezerve i sigurimit shoqëror i krijuar nga ISSH është një fond i cili garanton likuiditetin e skemes së sigurimit shoqëror, pra ky fond është investuar në mjete financiare të cilat konvertohen lehtësisht në mjetë likuide, sic janë titujt financiarë qeveritar Bono Thesari.

iii. Garantimin e sigurisë së investimit të fondit të pensioneve.

Fondi i rezerve i pensioneve të ISSH që nga koha e krijimit të tij është investuar në tituj financiar qeveritar që garantojnë besueshmëri dhe siguri financiare. Ky portofol investimi është diversifikuar me tituj financiar siç janë dëftesat Bono Thesari, të cilët janë tituj të emëtuar nga Qeveria Shqiptare. Ndërkohë, nisur nga fakti që fondi rezervë nuk është përdorur apo ky fond ka ardhur duke u rritur ndër vite por edhe në vijim të rekomandimeve të KLSH-së, portofoli i investuar i fondit të sigurimit shoqëror të ISSH-së është diversifikuar duke shtuar në investim edhe tituj financiar qeveritar siç janë Obligacionet.

ISSH në vitin 2022 e në vijim do të ndërmarrë masat e nevojshme që në vendimet e Këshillit Administrativ krahas evidentimit të normativës së fondit rezervë të përcaktojë dhe kohën që mbulon Fondi Rezervë.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjegjës nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm si dhe nuk ka marrë masa konkrete për që në vendimet e Këshillit Administrativ krahas evidentimit të normativës së fondit rezervë të përcaktojë dhe kohën që mbulon Fondi Rezervë.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

## **II. Për pyetjen audituese: “A ka investuar ISSH fondin rezervë me eficiencë?”**

**2. Gjetje nga auditimi:** ISSH nuk evidenton të ketë kryer një analizë të detajuar të normave të interesit, riskut dhe afateve të instrumenteve financiare mbi përzgjedhjen e vlerës së instrumentit financiar të investuar në bono thesari apo obligacione, e cila do të mundësonte diversifikimin më të mirë dhe efektiv të fondit rezervë. Njësia e ngritur në ISSH për investimin e fondit rezervë, nuk ka analizuar situatën financiare të ISSH-së për investimin e fondit të krijuar nga rezultati pozitiv financiar për periudhën e mbyllur kontabël, përgjatë periudhës nën auditim. Pas maturimit të instrumenteve financiare ato ri investohen kryesisht në njëjtat mjete, dhe vlera të njëjta, me përjashtim të atyre instrumenteve financiare që u shtohet edhe vlera për të cilën është bërë edhe rritja e normës së fondit rezervë. Kështu, nuk evidentohet të jetë kryer një analizë apo përllogaritje nga ana e subjektit të audituar mbi përzgjedhjen e vlerës së instrumentit financiar të investuar në bono thesari apo obligacione.

- ISSH nuk rezulton të ketë përcaktuar objektiva SMART për rezultatet e pritshme nga investimi i fondit rezervë, me qëllim vlerësimin e investimeve të kryera.
- Pas miratimit të rezultatit financiar të vitit nga KA, jo e gjithë vlera e këtij rezultati është transferuar në fondin rezervë të ISSH, sikurse përcaktohet në rregulloren financiare të ISSH nr. 5, datë 25.05.2009, por vetëm një pjesë e tij. Më hollësisht, në vitin 2018 është transferuar rreth 65.5% e rezultatit financiar të vitit 2017, dhe në vitin 2019 në fondin rezervë është transferuar 24% e rezultatit financiar të vitit 2018.
- Këshilli Administrativ, edhe pse organi përgjegjës për çështjet që kanë të bëjnë me investimet e fondit rezervë, ka marrë vendime formale lidhur me investimin e këtij fondi. Bazuar në procesverbalet e gjeneruara për mbledhjet e zhvilluara të KA-s, grupi i auditimit ka konstatuar se për periudhën 2018-2019 KA ka marrë vendimet për investimin e fondit pasi ai është investuar, pra pas faktit. Gjithashtu, edhe për vitin 2017,



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

investimi i rezultatit financiar është kryer në të njëjtën ditë që është marrë vendimi i KA-së për miratimin e tij.

- Pas përmbushjes së objektivit ligjor për vlerën e fondit (për mbulimin e pensioneve për një muaj), ISSH nuk ka parashikuar asnjë objektiv për administrimin në vazhdim dhe investimin e këtij fondi me qëllim rritjen e tij.
- Bashkëpunimi mes ISSH, MFE dhe B.SH nuk ka qenë efektiv, pasi nuk dokumentohet asnjë konsultim i kryer ndërmjet tyre për mundësitë e investimit të portofolit të fondit rezervë me qëllim investimin eficient të tij.

**Rekomandimi 2.1:** Njësia e ngritur në ISSH për investimin e fondit rezervë, të kryejë analiza reale kosto përfitim për studimin e normave të interesit, instrumenteve financiare në treg, riskun, dhe likuiditetin që ato ofrojnë, me qëllim garantimin e investimit efektiv të fondit rezervë, diversifikimin e portofolit, dhe rritjen e tij.

***Qershor 2021 e në vazhdim***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se portofoli i investuar i fondit rezervë realizohet në vijim të normativave të përcaktuara me Vendim të Këshillit Administrativ të ISSH dhe në vijim të rezultatit financiar të realizuar gjatë periudhës ushtrimore fiskale.

Misioni kryesor i investimit të fondit rezerve është krijimi i një rezerve, e cila mbulon pagesat e pensioneve për një muaj dhe që garantohej si njësi investimi.

Portofol i investuar i Fondit Rezerve është diversifikuar në ato tituj financiar që garantojnë siguri dhe likuiditet. Për këtë arsye, Instituti i Sigurimeve Shoqërore ka investuar në tituj financiar qeveritar me risk minimal, konkretisht Bono Thesari dhe Obligacione.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin 2.1 dhe nuk ka asnjë praktikë pune për zbatimin e tij.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 2.2:** KA të garantojë një pozicion më aktiv në investimin e fondit rezervë, në përmbushje të rolit të tij vendimmarrës, duke mos u mjaftuar në mbledhjet formale për miratimin e rezultatit financiar të vitit dhe shtesës së fondit rezervë.

***Qershor 2021 e në vazhdim***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se: Gjithmonë ka si qëllim garantimin dhe sigurimin e Fondit Rezervë për garantimin e mbulimin e pagesave të skemës së pensioneve. Në relacionin sqarues të miratimit të rezultatit financiar të vitit 2020 në mbledhjen e KA do të evidentohen informacion shpjegues lidhur me investimin e Fondit Rezervë.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin 2.2 dhe nuk ka asnjë vendim të KA që të të garantojë një pozicion më aktiv në investimin e fondit rezervë.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Rekomandimi 2.3:** ISSH, të garantojë një bashkëpunim më efektiv me Bankën e Shqipërisë dhe Ministrinë e Financave dhe Ekonomisë, me qëllim shqyrtimin e alternativave të instrumenteve financiare që do të emëtohen në periudhat e ardhshme për investimin e fondit rezervë, duke komunikuar në mënyrë të vazhdueshëm për shkëmbimin e informacioneve dhe dokumentimin e këtij bashkëpunimi me minuta takimi dhe gjurmë të tjera auditimi.

***Qershor 2021 e në vazhdim***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se: ka bashkëpunuar dhe do të bashkëpunojë me Bankën e Shqipërisë dhe Ministrinë e Financave dhe Ekonomisë, për marrjen e informacionit të nevojshëm në kryerjen e investimit të instrumentave financiarë që përbëjnë portofolin e investimit të fondit rezervë.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr. prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin 2.3, duke mos marrë masa konkrete për bashkëpunim me Bankën e Shqipërisë dhe Ministrinë e Financave dhe Ekonomisë.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**III. Për pyetjen audituese: “A ka përdorur ISSH me efektivitet fondin rezervë gjatë periudhës së pandemisë?”**

**3. Gjetje nga auditimi:** ISSH nuk ka përgatitur një plan masash që përcakton në mënyrë të detajuar menaxhimin e situatës së pandemisë, sikurse përcaktohet në pikën 6 të VKM nr.243, datë 24.3.2020 për shpalljen e gjendjes së fatkeqësisë natyrore.

- ISSH nuk ka përcaktuar në mënyrë eksplicite në asnjë akt ligjor apo nënligjor si ligji, statuti apo rregullorja financiare, rastet se kur duhet të përdoret fondi rezervë, duke lënë hapësira për interpretime. - Në ligjin nr. 7703 të ISSH të ndryshuar, në nenin 70 të tij lidhur me fondin rezervë përcaktohet që Instituti i Sigurimeve Shoqërore krijon një fond rezervë që të mbulojë të paktën 1 muaj shpenzimet për pensione. Rezerva të plotësohet gjatë 3 vjetëve nga data e hyrjes në fuqi të këtij ligji. Në çdo rast, kur fondi rezervë është nën nivelin përcaktues, merren masat e nevojshme për ta vendosur në kuotën e caktuar. Procedurat e plotësimit përcaktohen në statutin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore miratuar nga Këshilli i Ministrave. - Në statutin e ISSH, neni 5, lidhur me fondin rezervë përcaktohet që ISSH krijon një fond rezervë korrent, të barabartë me shumën e pagesave që nevojiten për të përballuar jo më pak se një muaj shpenzimet e sigurimeve shoqërore. - Në rregulloren financiare të ISSH, Kreu II, seksioni B lidhur me krijimin dhe përdorimin e fondit rezervë përcaktohet që Tejkallimet në të ardhurat në secilën degë, kur në ligjin për buxhetin vjetor nuk parashikohet ndryshe, do të transferohen në llogarinë e duhur të fondit rezervë dhe do të jenë në dispozicion të asaj dege. Kamatvonesat donacionet, do të jenë të ardhura për fondin rezervë dhe do të mbledhen në llogarinë e përgjithshme, për tu përdorur në përfitim të ndonjë dege të sigurimit në përputhje me Buxhetin dhe Vendimin e Këshillit Administrativ.

- ISSH nuk e ka përdorur fondin rezervë gjatë periudhës së pandemisë edhe pse doli në pah nevoja e përdorimit të këtij fondi si pasojë e uljes së të ardhurave. Pamjaftueshmëria e të ardhurave u mbulua nga buxheti i shtetit, ku nëpërmjet aktit normativ nr. 28, datë 02.07.2020, Këshilli i Ministrave ndryshoi ligjin nr.88/2019, për buxhetin e vitit 2020, duke reflektuar rritjen e transferimeve të buxhetit të shtetit në fondin e ISSH-së në vlerën 7.27 miliard lekë. Edhe pse në nenin 4 të aktit Akti Normativ përcaktohet se që ISSH autorizohet të përdorë gjendjen në



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

llogarinë bankare mbi fondin rezervë, përpara përdorimit të transfertës së buxhetit të shtetit ISSH nuk ka përdorur fondin rezervë por transfertën e buxhetit të shtetit.

- Për shkak të mbylljes së Agjencive Lokale të Sigurimeve Shoqërore (ALSSH) dhe Drejtorive Rajonale të Sigurimeve Shoqërore (DRSSH) gjatë periudhës së izolimit, rreth 2,000 përfitues, ose e shprehur në përqindje rreth 50 përqind e individëve që do të aplikonin për pension të ri, nuk kanë mundur të lidhin pensionin e tyre, duke i lënë gjatë kësaj periudhe totalisht pa të ardhura.

- Gjatë 7 muorit të parë të këtij viti në ISSH janë paraqitur rreth 18 mijë ankesa ku një pjesë e tyre ende nuk janë shqyrtuar, çka tregon për problematika të shumta të përfituesve gjatë periudhës së pandemisë. (Trajtuar më gjerësisht në nën-pyetjen 3.1.2.1, përkatësisht faqet 54-61 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

**Rekomandimi 3.1:** ISSH, si institucioni teknik kompetent në administrimin e skemës së sigurimeve shoqërore, të marrë masat e nevojshme me qëllim përmirësimin e bazës ligjore dhe përcaktimin në mënyrë eksplicite të rasteve të përdorimit të fondit rezervë.

***Qershor 2021***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se: Në takimet e ardhshme të Këshillit Administrativ të ISSH-së në relacionin shoqërues për miratimin e rezultatit financiar të Sigurimeve Shoqërore krahas informacionit shpjegues lidhur me rezultatin financiar dhe normativës së Fondit Rezervë do të trajtohet edhe ndarja e normativës së fondit sipas skemave që mbulon Sistemi i Sigurimeve Shoqërore.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm në lidhje me rekomandimin 3.1 , dhe nuk ka ende praktikë pune për zbatimin e tyre.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 3.2:** Duke marrë në konsideratë numrin e lartë të ankesave dhe kërkesave drejtuar në ISSH, Instituti i Sigurimeve Shoqërore duhet të marrë masat për vendosjen të gjitha mjeteve të mundshme të komunikimit efektiv në dispozicion të qytetarëve (duke prioritarizuar komunikimin telefonik), nga ora 08:00 - 20:00, me qëllim ofrimin e një shërbimi të shpejtë dhe cilësor kah qytetarëve, për t’i qartësuar ata në lidhje me pretendimet tyre.

***Qershor 2021 e në vazhdim***

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se: Instituti i Sigurimeve Shoqërore nuk ka të ngritur një Call Centër, por Ëëbsitin e tij, numër telefoni në dispozicion të qytetarëve brenda orarit zyrtar si dhe rrjetet sociale

( facebook e ISSH dhe të Drejtorit të Përgjithshëm), ku qytetarët mund paraqesin pyetjet, ankesat e tyre. Këto faqe Ëëb administrohen nga Drejtoria e Marrëdhënieve me Publikun në ISSH, e cila trajton të gjitha pyetjet apo ankesat e qytetarëve. Gjithashtu ISSH bashkëpunon me Kryeministrinë (Portalin e Bashkëqeverisjes), për ti dhënë përgjigje qytetarëve për të gjitha ankesat në lidhje me fushën e Sigurimeve Shoqërore.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr.prot 537/1, datë **26.01.2022**, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin e lënë duke mos reflektuar në mënyrë konkrete për numrin e lartë të ankesave dhe kërkesave drejtuar në ISSH



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT  
DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS  
RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021  
DERI NË 30.06.2021”

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar**

**Rekomandimi 3.3:** Lidhur me problematikat e konstatuara nga procesi i cunguar i dixhitalizimit të arkivës, ku për periudhën 1994-2011 dokumentet e vjetërsisë (regjistra, libra page, bordero, listë-pagesa) nuk janë të dixhitalizuara dhe për verifikimin e viteve të punës gjatë kësaj periudhe duhet të bëhet verifikimi fizik, i cili është shumë burokratik dhe shpeshherë çënon të drejtën e qytetarëve duke tejkaluar afatin ligjor të lidhjes së pensioneve, propozojmë që kjo çështje të trajtohet më imtësisht në auditimin e rradhës që KLSH do të kryejë në ISSH, duke vlerësuar mundësinë e hartimit të një projekt-propozim nga ana e ISSH mbi dixhitalizimin e arkivës qendrore të sigurimeve shoqërore për vitet 1994 në 2011 dhe njëkohësisht analizuar përfitimet që do të sjellë në sistemin e pensioneve zbatimi i këtij projekti.

*Në vazhdimësi*

**Përgjigjja e subjektit:** Sipas planit të veprimit (shkresa me nr. Prot 537/1, datë 26.01.2022), ISSH konfirmon se: Një nga objektivat kryesore të ISSH-së është arritja e digjitalizimit të arkivës. Sigurisht, që ky është një proces që kërkon investim të lartë monetar dhe për pasojë nuk është arritur përfundimi i tij. Nga ana e ISSH-së do të ndërmerren të gjitha masat e nevojshme për evidentimin e këtij procesi të papërfunduar në relacionet përkatëse të hartuara nga ISSH.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Subjekti i audituar ISSH është përgjigjur nëpërmjet shkresës me nr. prot 537/1, datë 26.01.2022, duke dhënë një informacion të përgjithshëm për rekomandimin e lënë duke mos reflektuar në mënyrë konkrete për hartimin e një projekt-propozimi nga ana e ISSH mbi dixhitalizimin e arkivës qendrore të sigurimeve shoqërore për vitet 1994 në 2011 dhe njëkohësisht për të analizuar përfitimet që do të sjellë në sistemin e pensioneve zbatimi i këtij projekti.

**Statusi: i pranuar dhe i pa zbatuar.**

Nga subjekti i audituar në fazën pas dërgimit të projekt raportit të auditimit, është sjellë shkresa me nr. Prot 537/3 datë 23.03.2022, ku ISSH reflekton duke u përgjigjur konkretisht për pyetjen 1 dhe 2 të auditimit por mbetet në fazën fillestare të zbatimit të rekomandimeve e për rrjedhojë gjetjet dhe rekomandimet tona mbeten të njëjta për zbatim.

#### IV KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, në subjektin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore, për zbatimin e rekomandimeve të KLSH-se, konstatohet mungesë vëmendjeje në zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH.

*I. Për sa më sipër **rikërkojmë** që Instituti i Sigurimeve Shoqërore, të marrë masa e të zbatojë të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara, si më poshtë:*

#### **A. MASA ORGANIZATIVE**

**1.1** ISSH të analizojë efektet dhe të rishikojë edhe njëherë afatin e detyrueshëm të përcaktuar, për mbulim nëpërmjet fondit rezervë, duke mbajtur në konsideratë dhe reflektuar me vëmendje qëllimin e krijimit të këtij fondi nga ligjvënësi, udhëzimet e Organizatës Ndërkombëtare të Mbrojtjes Sociale (ISSA) dhe praktikat e mira.

**Brenda datës 30.09.2022**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**1.2** ISSH të krijojë një strategji ose udhëzues për menaxhimin e fondit rezervë, duke i dhënë një fokus më të madh këtij fondi gjatë ushtrimit të veprimtarisë institucionale, sikurse përcaktohet në aktet ligjore e nënligjore mbi bazë dhe për zbatim të të cilave ai vepron. Gjatë hartimit të kësaj strategjie të merren në konsideratë praktikatat e mira dhe udhëzuesit e ISSA, me qëllim përcaktimin e objektivave SMART6 që lidhen me menaxhimin e këtij fondi.

**Brenda datës 30.12.2022**

**1.3** ISSH, si institucioni shtetëror i ngarkuar për administrimin e sigurimeve shoqërore, të garantojë përputhshmëri ndërmjet ligjit dhe akteve nënligjore në fuqi që ISSH nxjerr, duke eliminuar konfliktet midis dispozitave të ndryshme ligjore e nënligjore, me qëllim që implementimi i tyre të jetë sa më efektiv.

**Brenda datës 30.09.2022 dhe në vijimësi**

**1.4** Gjatë nxjerrjes së akteve nënligjore, ISSH duhet të tregojë kujdes të veçantë në hartimin e tyre dhe të sigurohet që këto akte kanë në përmbajtjen e tyre të gjithë elementët e domosdoshëm të tekstit zyrtar.

**Në vijimësi**

**1.5** ISSH ta trajtojë përcaktimin ligjor të nenit 70 të ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë (i ndryshuar) si periudhë minimale të shpenzimeve që duhet të mbulojë fondi rezervë.

**Brenda datës 30.09.2022 dhe në vijimësi**

**2.1** Njësia e ngritur në ISSH për investimin e fondit rezervë, të kryejë analiza reale kosto përfitim për studimin e normave të interesit, instrumenteve financiare në treg, riskun, dhe likuiditetin që ato ofrojnë, me qëllim garantimin e investimit efektiv të fondit rezervë, diversifikimin e portofolit, dhe rritjen e tij.

**Brenda datës 30.12.2022 dhe në vijimësi**

**2.2** KA të garantojë një pozicion më aktiv në investimin e fondit rezervë, në përmbushje të rolit të tij vendimmarrës, duke mos u mjaftuar në mbledhjet formale për miratimin e rezultatit financiar të vitit dhe shtesës së fondit rezervë.

**Në vijimësi**

**2.3** ISSH, të garantojë një bashkëpunim më efektiv me Bankën e Shqipërisë dhe Ministrinë e Financave dhe Ekonomisë, me qëllim shqyrtimin e alternativave të instrumenteve financiare që do të emetohen në periudhat e ardhshme për investimin e fondit rezervë, duke komunikuar në mënyrë të vazhdueshme për shkëmbimin e informacioneve dhe dokumentimin e këtij bashkëpunimi me minuta takimi dhe gjurmë të tjera auditimi.

**Brenda datës 30.12.2022 dhe në vijimësi**

**3.1** ISSH, si institucioni teknik kompetent në administrimin e skemës së sigurimeve shoqërore, të marrë masat e nevojshme me qëllim përmirësimin e bazës ligjore dhe përcaktimin në mënyrë eksplicite të rasteve të përdorimit të fondit rezervë.

**Brenda datës 30.10.2022**

**3.2** Duke marrë në konsideratë numrin e lartë të ankesave dhe kërkesave drejtuar në ISSH, Instituti i Sigurimeve Shoqërore duhet të marrë masat për vendosjen të gjitha mjeteve të mundshme të komunikimit efektiv në dispozicion të qytetarëve (duke prioritarizuar komunikimin



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

telefonik), nga ora 08:00 - 20:00, me qëllim ofrimin e një shërbimi të shpejtë dhe cilësor kah qytetarëve, për të qartësuar ata në lidhje me pretendimet tyre.

**Brenda datës 30.10.2022**

**3.3** Lidhur me problematikat e konstatuara nga procesi i cunguar i dixhitalizimit të arkivës, ku për periudhën 1994-2011 dokumentet e vjetërsisë (regjistra, libra page, bordero, listë-pagesa) nuk janë të dixhitalizuara dhe për verifikimin e viteve të punës gjatë kësaj periudhe duhet të bëhet verifikimi fizik, i cili është shumë burokratik dhe shpeshherë cënon të drejtën e qytetarëve duke tejkaluar afatin ligjor të lidhjes së pensioneve, propozojmë që kjo çështje të trajtohet më imtësisht në auditimin e radhës që KLSH do të kryejë në ISSH, duke vlerësuar mundësinë e hartimit të një projekt-propozim nga ana e ISSH mbi dixhitalizimin e arkivës qendrore të sigurimeve shoqërore për vitet 1994 në 2011 dhe njëkohësisht analizuar përfitimet që do të sjellë në sistemin e pensioneve zbatimi i këtij projekti.

**Brenda datës 30.12.2022**

**III.** Për të gjitha rekomandimet e mësipërme, në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT  
DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS  
RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021  
DERI NË 30.06.2021”

### 3. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “MËMËSIA E SIGURT: KUJDESI SHËNDETËSOR SPITALOR NATAL DHE POSTNATAL”

#### PËRMBLEDHJE:

Kontrolli i Lartë i Shtetit (*këtu e në vazhdim KLSH*), ushtroi auditim në **Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale** mbi "Për verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e kryer gjatë 6-mujorit të parë të vitit 2021<sup>o</sup> në lidhje me Raportin e Auditimit të Performancës “*Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal*” me nr. 647/8 prot, datë 06.07.2021, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2021, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjekti i audituar, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;
- Nxjerrjen nga titullari i njësisë publike të akteve administrative të nevojshme, si:
  - a. vendimeve (urdhrave) për zbatimin e masave organizative;
  - b. vendimet për marrjen e masave administrative.

#### *Në përfundim të procesit të auditimit, rezulton se:*

#### **I. Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.**

Në zbatim të nenit 15, shkronja ôjô, të ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit<sup>o</sup>, KLSH ka të drejtë të vendos një afat kohor të për zbatimin e rekomandimeve dhe të informohet nga subjektet e audituara ose institucionet më të larta rreth programeve të tyre, për të zbatuar rekomandimet e bëra sipas paragrafëve të mësipërm, brenda 20 ditëve nga data e marrjes së kërkesës.

- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka kthyer përgjigje në KLSH duke mos respektuar afatin 20 ditor. Spitali Rajonal Vlorë (nëpërmjet shkresës nr. prot. 2599, datë 15.07.2021, protokolluar në KLSH me nr. prot 647/13, datë 21.07.2021) dhe Spitali Rajonal Korçë (nëpërmjet shkresës nr. prot. 985, datë 15.07.2021, protokolluar në KLSH me nr. prot 647/14, datë 21.07.2021), në respektim të afateve ligjore dhe parashikimit të sipërcituar kanë kthyer përgjigje rreth programeve të tyre për zbatimin e rekomandimeve.

#### **II. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.**

- Nga ana e MSHMS nuk janë marrë masat për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna në zbatim të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit<sup>o</sup>, neni 30, Rekomandimet e KLSH-së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku përcaktohet se: ôSubjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të i raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna<sup>o</sup>.

Nga subjektet e audituara, brenda afatit 6-mujor nuk ka informacion mbi zbatimin e rekomandimeve.

#### **III. Rekomandimet e KLSH**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. prot. 647/8, datë 06.07.2021, janë rekomanduar gjithsej:

- a. Janë rekomanduar **3 masa për përmirësim ligjor**.
- b. Janë rekomanduar **17 masa organizative**.

#### **IV. Statusi i pranimit të rekomandimeve të KLSH**

Sipas masave të marra nga institucionet respektive, mbi planin e masave, lidhur me rekomandimet e lëna rezulton se:

| Nr. | Lloji i rekomandimit       | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Masa për përmirësim ligjor | 3           | 3       | -          |
| 2   | Organizative               | 17          | 17      | -          |

#### **I/1 HYRJA**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në 6-mujorin e parë të vitit 2021, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve”. Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022 për zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e Performancës të evaduara në 6 mujorin e parë të vitit 2021, konkluzionet përkatëse janë miratuar me Vendimin nr. 61 datë 28.05.2021 të Kryetarit të KLSH-së dhe janë përcjellë në subjektin e audituar me shkresën nr. prot. 647/8, datë 06.07.2021.

Auditimi u kryenga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH, i përbërë:

1. S.R., përgjegjës grupi;
2. M. L., anëtar;
3. D. M.; anëtar;
4. Sh. B., anëtar.

#### **I/2. OBJEKTI AUDITIMIT:**

Zbatimi i masave të rekomanduara në auditimin e mëparshëm të dërguara me shkresën nr. prot. 647/8, datë 06.07.2021, së bashku me Raportin Përfundimtar të Auditimit, nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH.

#### **I/3. QËLLIMI AUDITIMIT:**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të raportit vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tre mujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3 e nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.

#### **I/4. METODOLOGJIA E AUDITIMIT:**

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti në lidhje me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH-ja për përmirësimin e gjendjes së subjektit në të ardhmen.



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

#### **I/5. KONKLUZIONI:**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjekti MSHMS, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresën nr. prot. 647/8, datë 06.07.2021, rezulton se nga **20** masa të rekomanduara (*përmirësim ligjor dhe masa organizative*), janë pranuar nga subjekti në masën **100%**.

Nga të pranuarat (20):

- Janë zbatuar plotësisht **0**, ose 0 % e tyre;
- Janë zbatuar pjesërisht **3** masa ose 15%;
- Janë në proces zbatimi **12** masa ose 60 %; dhe
- Janë pa zbatuar **5** masa ose 25 %.

Në mënyrë të përmbledhur statusi i rekomandimeve të pranuar paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Pranuar | Statusi i zbatimit |                    |                   |            |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         | Zbatuar            | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 1   | Përmirësim ligjor    | 3       | -                  | 1                  | 2                 | -          |
| 2   | Masa Organizative    | 17      | -                  | 2                  | 10                | 5          |

#### **II. OPINION I PËRGJITHSHËM MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE :**

Pavarësisht nga puna e bërë, niveli i zbatimit të rekomandimeve është 0 %, për disa nga masat organizative të lëna (institucionet) nuk kanë mundur implementimin e tyre. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara për përmbushjen e rekomandimeve të lëna lidhur me ofrimin e kujdesit shëndetësor spitalor për mëmësinë e sigurt referuar Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021.

#### **III. ZBATIMI I REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMIN E MËPARSHËM**

##### **A. PËRMIRËSIME LIGJORE**

*Për Pyetjen: 1. A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës?*

##### **1. Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Nga auditimi ka rezultuar se nuk ka protokolle klinike të unifikuara dhe të miratuara nga MSHMS në nivel kombëtar për shërbimin obstetrik - gjinekologjik. Shërbimi obstetrik në gjinekologjik punon me protokolle të brendshme, por unifikimi në nivel vendi sikurse kërkohet në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021<sup>1</sup>, ende nuk është ndërmarr nga MSHMS.
- ✓ Referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues është konstatuar se nuk janë përditësuar dokumentet "Ta bëjmë shtatzëninë më të sigurt", i cili është një mjet që përdor shërbimi i obstetrikës në maternitete për të vlerësuar cilësinë e

<sup>1</sup> Miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. nr. 529, datë 01.12.2016.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

kujdesit spitalor për nënën dhe të porsalindurin, si dhe Dokumentit "Udhërrëfyes i Praktikes Klinike për Abortin e Sigurt" miratuar me urdhër nr. 491, date 17.11.2015.

- ✓ Nuk është hartuar baza ligjore dhe rregulloreve të nevojshme për óSigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatalô referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.
- ✓ Nuk është hartuar, miratuar dhe zbatuar një sistem konkret referimi, në nivel kombëtar, për kapjen, menaxhimin dhe/ose referimin e rasteve me rrezik të lartë dhe komplikacioneve gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, nga komuniteti tek qendra shëndetësore në KSHP, spitalet e qarkut dhe ndarja e përgjegjësive të stafit midis niveleve të referimit.

**Rekomandime:**

- ☐ **1.1** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj në kuadër të hartimit dhe përmirësimit të bazave ligjore dhe rregulloreve për óSigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatalô referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS ka ngritur me Urdhërin nr. 716, datë 28.10.2019 grupin e punës për hartimin e ndryshimeve ligjore të Ligjit nr.8876/2002 óPër shëndetin riprodhues në RSHô.

Grupi i punës bëri një analizë të situatës legislative dhe hartoi ndryshimet ligjore të cilat i prezantoi në Komitetin e Shëndetit Riprodhues. Nisur nga fakti se ndryshimet preknin më shumë se 70% të ligjit ekzistues u hodh ideja e një ligji të ri duke përfshirë edhe aspekte të tjera të shëndetit riprodhues, të cilat nuk gjenin zgjidhje në ligjin aktual. Propozimi është në proces vlerësimi nga ministri.

MSHMS me Urdhrin e Ministrit Nr. 193, datë 01.04.2021 óPër ngritjen e Grupit të Punës për hartimin e Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhuesô ka kryer vlerësimin e Strategjisë së mëparshme duke evidentuar objektivat e arritura, mangësitë dhe nevojat e lindura gjatë zbatimit të saj.

Grupi i punës ka draftuar strategjinë e re dhe planin e veprimit dhe është në fazën përfundimtare të miratimit të saj pas rishikimit të sugjerimeve të bëra nga kabineti.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- ☐ **1.2** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj ligjore:
  - në kuadër të hartimit, përmirësimit dhe miratimit të protokolleve klinike të unifikuara në nivel vendi për sigurimin e mëmësisë së sigurt.
  - për hartimin dhe miratimin e një sistemi konkret referimi të unifikuar për menaxhimin e rasteve me rrezikshmëri të lartë dhe ndarjen e përgjegjësive të stafit mjekësor midis niveleve të referimit.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Shërbimi obstetrik në gjinekologjik punon me protokolle të brendshme. Protokollat nuk janë njësoj në të gjitha spitalet. Çdo spital ka protokollat e brendshme të cilat janë të miratuara nga MSHMS-ja.

MSHMS-ja ka nxjerrë disa urdhëra:



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Urdhër të Zëvendësministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr. 547, datë 01.10.2020 óPër miratimin e udhëzuesve klinikë dhe protokolleve mjekësore të spitalit universitar obstetric-gjinekologjik óMbretëresha Geraldinë. Ato trajtojnë çështje si:
  - a) Udhëzues i Praktikës Klinike për infeksionet e traktit urinar gjatë shtatzënisë;
  - b) Protokoll i praktikës klinike për trajtimin e anemisë në shtatzëni;
  - c) Protokoll i triazhimit në shërbimin e urgjencës;
  - d) Protokoll i praktikës klinike, sëmundja inflamatore pelvike;
  - e) Pre- eclampsia;
  - f) Udhërrëfyes i praktikës klinike për depistimin dhe trajtimin i lezioneve prekanceroze të qafës së mitrës;
  - g) Protokoll i praktikës klinike për trajtimin e çrregullimeve menstruale;
  - h) Protokolle të praktikës klinike, neonatologji;
  - i) Udhërrëfyes i praktikës klinike për lindjen normale;
  - j) Protokoll i praktikës klinike për sifilizin në shtatzëni;
  - k) Protokolle të praktikës klinike toxoplazmoza në shtatzëni;
  - l) Udhërrëfyes i praktikës klinike për lindjen vaginale pas lindjes me sectio cesarea të mëparshme;
  - m) Protokoll i praktikës klinike për rubeolën në shtatzëni;
  - n) Protokoll i praktikës klinike për kancerin e ovarit;
  - o) Udhërrëfyes i praktikës klinike për HIV-I dhe shtatzënia;
  - p) Udhërrëfyes i praktikës klinike për diabetin mellitus në shtatzëni;
  - q) Protokoll i praktikës klinike për izoimunizimin në shtatzëni;
  - r) Udhërrëfyes i praktikës klinike për diagnostikimin dhe manaxhimin e shtatzënisë ektopike;
  - s) Protokoll i praktikës klinike për diagnostikimin dhe trajtimin e fibromyoma uteri;
  - t) Protokoll i praktikës klinike për citomegalovirusin (CMV) në shtatzëni;
  - u) Protokoll i praktikës klinike për amniocentezen dhe marrjen e mostrës së villus chorionic.

SUOGJ óKoco Gliozheni, ka përcjellë me shkresën Nr. 114 datë 8.02.2022 Protokollet e shërbimit të Shërbimit Obstetrik + patologji shtatzënie, shërbimit të gjinekologjisë, klinika e anestezi reanimacionit dhe shërbimit të neonatologjisë.

Protokollet janë në proces vlerësimi dhe miratimi nga MSHMS.

Përsa i përket sistemit të referimit sqarojmë që sistemi i referimit është i njëjtë për të gjithë sistemin shëndetësor çka do të thotë që nuk mund të kemi një sistem referimi të ndryshëm përsa i përket shëndetit riprodhes.

MSHMS ka ngritur një grup pune për rishikimin e sistemit të referimit në tërësi me urdhërin nr. 484 datë 10.11.2021. Grupi i punës është në fazën përfundimtare të draftimit të urdhërit të ri për sistemin e referimit.

MSHMS me Urdhrin e Ministrit Nr. 193, datë 01.04.2021 óPër ngritjen e Grupit të Punës për hartimin e Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimtë për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues ka kryer vlerësimin e Strategjisë së mëparshme duke evidentuar objektivat e arritura, mangësitë dhe nevojat e lindura gjatë zbatimit të saj.



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Grupi i punës ka draftuar strategjinë e re dhe planin e veprimit dhe është në fazën përfundimtare të miratimit të saj pas rishikimit të sugjerimeve të bëra nga kabineti.

**Statusi: Zbatuar pjesërisht**

*Për Pyetjen: 2. A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse?*

**2. Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Ministri i Shëndetësisë nuk ka propozuar dhe miratuar Planin Shtetëror Spitalor ku të përcaktohet: shpërndarja e numrit të shtretërve, kriteret për përdorimin e fondit shtetëror spitalor, kërkesat didaktike dhe shkencore të universitetit, veprimtaria spitalore dhe nivelet organizativo-funksionale të rrjetit spitalor shtetëror, etj. në kundërshtim me nenin 41 të ligjit të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 për Shërbimin Spitalor.

**Rekomandime:**

- ☐ **2.1** MSHMS, në zbatim të nenit 41 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 për Shërbimin Spitalor, i ndryshuar, të ndërmarrë të gjitha hapat ligjore të nevojshme për të hartuar dhe propozuar pranë Këshillit të Ministrave, Planin Shtetëror Spitalor.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS-ja ka hartuar draft-ligjin për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë. Projektligji është dërguar për mendim në ministritë e linjës. Me ardhjen e mendimeve MSHMS-ja do të vijojë me miratimin në Këshillin e Ministrave dhe më pas në Parlament. Pas hyrjes në fuqi të ligjit sipas kërkesave ligjore do të vijohet me hartimin e akteve nënligjore, përfshirë këtu edhe Planin Spitalor.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

**B. MASA ORGANIZATIVE**

*Për Pyetjen: 1. A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës?*

**1. Gjetje nga auditimi:**

- ✓ MSHMS nuk ka gjurmë të sakta për statusin e zbatimit të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.
- ✓ Pavarësisht mungesës së gjurmëve në drejtim të statusit të zbatimit të objektivave nga auditimi në terren ka rezultuar se:
  - Komiteti Kombëtar i Shëndetit Riprodhues (më tej KKSHR)<sup>2</sup> nuk ka funksionuar gjatë periudhës së zbatimit të strategjisë, dhe ka nisur të funksionoj vetëm në vitin 2019. KKSHR nuk ka kryer funksionet e përcaktuara kundrejt zbatimit të objektivave të këtij dokumenti strategjik.

<sup>2</sup> Fillimisht KKSHR është ngritur në vitin 2006 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, mbështetur mbi nenin 21 të Ligjit nr. 8876, Datë 4.4.2002 për Shëndetin Riprodhues dhe riorganizuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2010. Shih faqe nr. 87, Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUdhËN nga 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- MSHMS nuk ka proceduar me përcaktimin dhe zbatimin e planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore, dhe pajisjet mjekësore.
- ✓ Nga auditimi i objektivave specifike të dokumentit strategjik ka rezultuar se:
  - MSHMS nuk ka ndërmarrë veprimtari në zbatim të paketës së shërbimeve të kujdesit natal dhe postnatal sipas karakteristikave dhe nevojave social - ekonomike të zonave të ndryshme me prioritet zonat verilindore dhe zonat rurale.
  - MSHMS nuk ka vepruar në lidhje me përcaktimin e standardeve dhe përmirësimin e organizimit (përfshirë këtu numrin e punonjësve të shëndetësisë) të shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar në nivel spitalor;
  - MSHMS nuk ka proceduar me iniciativa drejtuar Fakultetit të Mjekësisë dhe Ministrisë së Arsimit, Sporteve dhe Rinisë, në drejtim të me përditësimin dhe përmirësimin e cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.
  - Nuk janë përcaktuar dhe përditësuar indikatorët e shëndetit amtar, bazuar në indikatorët e OBSH-së<sup>3</sup> dhe EUROSTAT<sup>4</sup>. Nuk është ngritur një sistem kombëtar i mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara. Nuk është krijuar regjistri kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së<sup>5</sup>, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach)<sup>6</sup>. Nuk është vendosur një sistem kombëtar i auditimit të vdekjeve amtare (sipas modelit të OBSH-së) për të analizuar me urgjencë çdo vdekje amtare të ndodhur, si dhe sëmundshmërinë e rëndë amtare (ónear - missô events)<sup>7</sup>.
  - Nuk është kryer zbatimi i mjetit për vlerësimin/auditimin e cilësisë së kujdesit amtar të adoptuar sipas rekomandimeve të OBSH-së në të gjitha maternitetet e vendit.
  - Nuk është kryer përgatitja e paketave të ndërhyrjeve për ofrimin e kujdesit bazë dhe shtesë për gratë dhe të porsalindurit për parandalimin ose trajtimin e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë, të provuara dhe rekomanduara nga evidencat

<sup>3</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44770/9789241502818\\_eng.pdf;jsessionid=C43853DFBBA746EF5D1F0C58B23A1A54?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44770/9789241502818_eng.pdf;jsessionid=C43853DFBBA746EF5D1F0C58B23A1A54?sequence=1)

<sup>4</sup> European Core Health Indicators, Treguesit Themelorë Evropianë të Shëndetit (ECHI), janë rezultat i një bashkëpunimi afatgjatë midis Shteteve Anëtare të BE-së dhe Komisionit Evropian. Tre projekte ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) të financuara nga Programet Shëndetësore të BE-së krijuan listat e para të indikatorëve ECHI, duke synuar krijimin e një sistemi të krahasueshëm të informacionit dhe njohurive shëndetësore për të monitoruar shëndetin në nivelin e BE-së. Aktualisht janë hartuar 88 indikatorë të shëndetit, ndër të cilët edhe ato të shëndetit amtar. Për më tepër: [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en)

<sup>5</sup> <https://www.who.int/bulletin/archives/78%285%29614.pdf>

<sup>6</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>

<sup>7</sup> idem.



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

ndërkombëtare dhe OBSH, të përshtatura me situatën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale të vendit.

- Nuk është zhvilluar dhe zbatuar një pakete për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.
- Nuk është vlerësuar ngritja e ekipeve multidisciplinare në institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor për të porsalindurit, dhe siguri për të qenë të aftë të menaxhojnë komplikacionet amtare dhe neonatale (nevojat për specialist si neonatolog, anesteziist, infermierë etj., në shërbimet e kujdesit spitalor për të porsalindurit dhe plotësimi tyre).
- Nuk është kryer institucionalizimi i survejimit të vdekjeve amtare dhe perinatale<sup>8</sup>.
- Nuk është kryer vlerësimi i cilësisë së materniteteve publike<sup>9</sup> të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik, por ky koncept është adoptuar në ligjin nr 27, datë 08.05.2019 óPër disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 10 107, datë 30.3.2009, óPër Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë, i ndryshuar.
- Nuk janë kryer çdo 2 vjet analiza për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulesës së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.
- Nuk është ngritur sistemi i mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Nuk është ngritur sistemi i monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

**Rekomandime:**

- **1.3** MSHMS të marrë të gjitha iniciativat e nevojshme, brenda kompetencave ligjore, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit, Sporteve dhe Rinisë në drejtim të përditësimit dhe përmirësimit të cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e ka në vëmendje të vazhdueshme dhe do vijojë ta ngrejë si kërkesë në çdo tryezë apo takim me MAS por vendimarrja është përtej fushës së përgjegjësisë së MSHMS.

**Statusi: I pranuar/ Pa zbatuar**

<sup>8</sup> Instrumenti i survejimit dhe përgjigjes ndaj vdekjeve amtare dhe auditimi perinatal (The Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) and perinatal audit) është adoptuar nga OBSH që në vitin 2013 për të kuptuar vdekjet amtare dhe perinatale (numrat dhe shkaqet) e për të ndikuar kështu në përmirësimin e politikave, programeve dhe cilësinë e kujdesit amtar dhe perinatal në të gjitha nivelet e institucioneve të përfshira në garantimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës.

<sup>9</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817076/> Audit of severe maternal morbidity in Uganda--implications for quality of obstetric care, Auditim i kryer nga OBSH në kuadër të implementimit të konceptit të auditimit klinik.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- **1.4** MSHMS të kryej një vlerësim të veçantë sa i takon infrastrukturës, burimeve njerëzore, dhe pajisjeve mjekësore të institucioneve shëndetësore spitalore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Aktualisht pas një vlerësimi të bërë janë në proces rikonstruksioni dy maternitetet óKoço Glozheniô dhe óMbreteresha Geraldineô.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **1.5** MSHMS të krijojë regjistrin kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Sektori i statistikave në MSHMS mbledh informacion nga institucionet publike shëndetësore pra maternitetet dhe qendrat shëndetësore për vdekshmëri amtare, vdekshmëri neonatale, perinatale, vdekshmëri 0-1 vjec dhe shkaqet, vdekshmëri 0-5 vjec sipas standartit të obsh dhe cohen në INSTAT me shkresë zyrtare.

Persa i perket vdekshmërisë amtare e cila ndahet vdekje nga aborti. Nga lindja dhe komplikacionet e barrës. Për vitin 2020 kemi vetëm 1 vdekje të gruas ose 3.5 deri 4/100.000 lindje të gjalla dhe viti 2019 kemi 2 gra të vdekura ose 7-8/100.000 lindje të gjalla. Në si sektor i kalkulojmë vetëm me lindjet që ndodhin në institucionet publike shtetërore. Kjo është e pasqyruar dhe në web e INSTAT SDG- objektivi 3 good health and wellbeing dhe bazuar në targetin e OKB që thotë deri në vitin 2030 të reduktoje nivelin e vdekshmërisë amtare në më pak se 70 vdekje për 100.000 lindje dhe përafrimi me OKB është 100% dhe ky target tashmë është i realizuar.

**Statusi: I Pranuar/ Pa Zbatuar**

- **1.6** MSHMS të kryej, për të gjitha maternitetet, vlerësimin e cilësisë së materniteteve publike të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Është miratuar VKM nr. 861 datë 24.12.2019 óPër mënyrën e njohjes së audituesve klinikë, kryerjen e procesit të auditimit dhe përcaktimin e tarifave të pagesës së audituesveô.

Pas këtij vendimi është ngritur me urdhërin nr 543 datë 15.12.2021 ókomisioni i vlerësuesve të audituesve klinikëô, është ngritur grupi i punës për kriteret dhe është bërë shpallja për auditues klinik. Komisioni ka përgatitur thirrjen për auditues e cila është në faqen zyrtare të MSHMS dhe është ende e hapur.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **1.7** MSHMS të zhvillojë dhe zbatojë një paketë për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.

**Dhjetor 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Janë hartuar standartet bazë për akreditimin e materniteteve të cilat janë përcjellë në MSHMS me anë të shkresës Nr. 486 prot., datë 28.01.2022 nga Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore.

**Statusi: I Pranuar/ Në Proces**

- **1.8** MSHMS të marrë masa për të kryer çdo 2 vjet analizat për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulimit të plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Kjo masë do të mbahet në vëmendje në vazhdimësi nga MSHMS-ja.

**Statusi: I pranuar/ Pa zbatuar**

- **1.9** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme për të realizuar institucionalizimin e survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale; për të ngritur sistemin e mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si edhe në veçanti sistemin kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara; për të ngritur sistemin e monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Kjo masë do të mbahet në vëmendje në vazhdimësi nga MSHMS-ja. **Statusi: I pranuar/ Pa zbatuar**

*Për Pyetjen: 2. A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse?*

**2. Gjetje nga auditimi:**

- ✓ MSHMS nuk ka hartuar planin e monitorimit dhe vlerësimit të Dokumentit dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.
- ✓ MSHMS nuk ka kryer raportimin e progresit çdo 4 muaj; raportimin vjetor të progresit; përgatitjen e raporteve për analiza më specifike duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.
- ✓ Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021 nuk janë ndërtuar duke pasur parasysh kriterin SMART, i cili saktëson karakteristikat bazë për një dokument strategjik të suksesshëm. Objektivat nuk janë të matshëm pasi nuk është specifikuar mënyra e saktë e matjes së arritjes së objektivave. Për aq kohë sa këto objektiva strategjik dhe specifik nuk rezultojnë të matshëm për qëllimin e përmirësimit të situatës, ato rezultojnë të jenë objektiva për të cilët cenohet realizueshmëria e tyre. Për secilin objektiv specifikohet fondi i parashikuar, por pa



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

identifikuar institucionin që është i ngarkuar për realizimin e tij. MSHMS nuk ka informacion për shpenzimet e kryera për secilin aktivitet specifik sipas fondeve përkatëse parashikuar në planin e veprimit për këtë qëllim.

- ✓ Në MSHMS nuk ekziston më struktura përkatës e cila ka qenë e ngarkuar me problematikat e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, është suprimuar që prej vitit 2013, sektori i shëndetit të nënës dhe fëmijës, i cili përbëhej nga mjek obstetër - gjinekolog, mjek pediatër, si edhe punonjës social.
- ✓ Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale përpunon të dhënat sipas sistemit të informacionit shëndetësor, por këto të dhëna nuk publikohen në faqen zyrtare.
- ✓ Nga auditimi u konstatua se të dhënat statistikore të mbajtura sipas sistemit të informacionit shëndetësor, nga të cilat dalin edhe rezultatet e vdekshmërisë amtare, foshnjore dhe neonatale etj, trajtuara në këtë material, nuk janë gjithëpërfshirëse pasi reflektojnë situatën e këtyre indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore publike, e jo edhe të atyre private në kundërshtim me pikën 1 të VKM nr. 327, datë 28.05.2014 óPër Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privató.

**Rekomandime:**

- **2.2** MSHMS të marrë masa për të kryer një vlerësim gjithëpërfshirës të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues në të cilin të evidentohet qartë statusi i zbatimit të dokumentit deri në fund të periudhës 2017 ñ 2020 e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS ka bërë vlerësimin strategjik. Është hartuar dhe draft strategjia për shëndetin riprodhues dhe është në proces kostifikimi. Gjithashtu ka në proces miratimi në KM Strategjinë e re të Shëndetësisë.

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030 në Shqipëri një ndër objektivat ka Objektivi Specifik 5 i Qëllimit të Politikës I: Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës, adoleshentëve, si dhe shëndeti seksual dhe riprodhues Objektivi Specifik 5 i Qëllimit të Politikës I: Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës, adoleshentëve, si dhe shëndeti seksual dhe riprodhues.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **2.3** MSHMS të kryej një analizë specifike kosto përfitim të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues me qëllim evidentimin e përfitimeve financiare nga zbatimi i objektivave vendosur në të, e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS-ja ka ende në proces kostifikimin e Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- **2.4** MSHMS të hartojë strategjinë e radhës për shëndetin seksual dhe riprodhues në përputhje me kriterin SMART, duke parashikuar objektiva specifike, të matshme, të realizueshme, realiste dhe me afat të përcaktuar, nëpërmjet të cilave të evidentohen me saktësi fondet e parashikuara dhe institucionet e ngarkuara për zbatimin e tyre, e të ngrejë për këtë qëllim një sistem monitorimi e vlerësimi eficient me strukturat përkatëse përgjegjëse për këtë funksion.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS me Urdhrin e Ministrit Nr. 193, datë 01.04.2021 për ngritjen e Grupit të Punës për hartimin e Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues ka kryer vlerësimin e Strategjisë së mëparshme duke evidentuar objektivat e arritura, mangësitë dhe nevojat e lindura gjatë zbatimit të saj.

Grupi i punës ka draftuar strategjinë e re dhe planin e veprimit dhe është në fazën përfundimtare të miratimit të saj pas procesit të kostifikimit.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **2.5** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme me qëllim ndryshimin e rregullores së brendshme të institucionit:

- Duke rikrijuar pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, sektorin e shëndetit seksual dhe riprodhues;
- Duke krijuar një strukturë e cila të merret ekskluzivisht me administrimin spitalor, në mënyrë që Drejtoria e Politikave dhe Strategjive të mund të kryej detyrat e saj funksionale, në përfitim të mirëmenaxhimit të punës brenda kësaj drejtorie.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Me ndryshimin e strukturës dhe ngritjen e sektorit të kujdesit për nënën dhe fëmijën, po rishikohet dhe rregullorja e re e MSHMS duke përcaktuar qartë detyrat dhe përgjegjësitë e këtij sektori. Rregullorja e MSHMS-se është në fazën finale të miratimit.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **2.6** MSHMS në bashkëpunim me FSDKSH, ISHP, OSHKSH, si dhe institucione të tjera të fushës, të punojë me qëllim hartimin dhe publikimin zyrtar të një buletini statistikor shëndetësor, në të cilin të përmbledhen dhe raportohen të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informacionit shëndetësor, në përfitim të marrëdhënies së transparencës me publikun e gjerë, palët e interesit, si edhe për qëllime studimore kërkimore nga Institucionet e Arsimit të Lartë në vendin tonë e më gjerë.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Me hyrjen në fuqi të strukturës së re të MSHMS, me anë të Urdhrit Nr. 558, datë 22.12.2021, është krijuar Drejtoria e Jetësimit të Prioriteteve dhe Statistikave dhe veçanërisht Sektori i analizave dhe statistikave i cili në bashkëpunim me institucionet e mesipërme do të ndjekë në vazhdimësi.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- **2.7 MSHMS të marrë iniciativat referuar kompetencave ligjore e të sigurojë të dhëna statistikore që reflektojnë situatën e indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore private.**

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Me hyrjen në fuqi të strukturës së re të MSHMS, me anë të Urdhrit Nr. 558, datë 22.12.2021, është krijuar Drejtoria e Jetësimit të Prioriteteve dhe Statistikave dhe veçanërisht Sektori i analizave dhe statistikave.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

*Për Pyetjen: 3. A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparaturat mjekësore?*

**3. Gjetje nga auditimi:**

Mbi infrastrukturën Spitalore

✓ Në SUOGJ óKoço Gliozheniô rezultoi se:

- në sallat e lindjes natyrale dhe në dhomat pas lindjes infrastruktura nuk ishte në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, e konkretisht, shtretërit e lindjes (në lindjet natyrale) ishin shumë të amortizuar, tavolina e shtratit për vendosjen e pajisjeve mjekësore ishte e thyer, mbështetëset e këmbëve nuk ishin statike si dhe sfungjerët e shtratit të lindjes ishin shumë të amortizuar duke krijuar kështu rrezik për infeksione, pasi edhe pastrimi i tyre ishte shumë vështirë. Në këto salla garantohej pastërtia por jo steriliteti. Në një nga sallat e lindjes natyrale xhami i dritares ishte i thyer.
- në dhomat e pacientëve nuk respektohej raporti numër shtretërish për sipërfaqe; në dhomat e pacienteve funksiononin me tualete të përbashkëta; pjesa më e madhe e tyre kishte probleme me lagështinë dhe plasaritjet e shkaktuara nga tërmeti i vitit 2019; hapësirat kishin pllaka të rrëzuara duke nxjerr në pah suvanë.
- hapësirat spitalore nuk ishin të veshura me rezin; shumë hapësira të dyshemesë dhe tavanit kishin lagështi dhe myk si dhe dyert dhe dritaret e dhomave ishin defekteze për shkak të viteve të përdorimit; frigoriferi i placentave nuk ishte në një dhomë të veçantë por ishte në një hapësirë e cila ishte e aksesueshme dhe nga pacientët;
- dhoma ku mbahen foshnjat e sapo lindura ishte një hapësirë shumë e vogël si dhe lavamani në të cilin lahen foshnjat e sapolindura edhe pse ishte i bollshëm në përmasa, nuk ishte i sistemuar në ambientin e duhur; dritaret nuk ishin të pajisura me rrjetë mbrojtëse nga insektet dhe jo të gjitha ishin dopio xham;
- nga auditimi i llogarisë 214 ka rezultuar se rreth 60% e pajisjeve mjekësore dhe mjeteve të tjera (si arredim spitalor) në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik.

✓ Në SUOGJ óMbretëresha Geraldinëô rezultuan problematika infrastrukturore, në arredim dhe në pajisjet mjekësore:

- nga auditimi i llogarisë ekonomike nr. 214 rezultoi përafërsisht rreth 58% e pajisjeve mjekësore dhe arredimi në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik në masë 100% të vlerës, por janë ende në përdorim të stafit;



**KONTROLLI I LARTË ISHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- raporti numër shtretërisht për  $m^2$  në dhomat e pacientëve nuk respektohet, por pavarësisht kësaj sipas specialistëve të akreditimit të QKCSA, ky standard plotësohet në  $m^3$  (vëllim) e jo në sipërfaqe;
- në dhomat e pacienteve mungonin zilet për thirrjen e mjekëve dhe infermiereve; jo të gjitha dhomat ishin të pajisura me tualete duke u bërë të vështira për tu aksesuar nga pacientet; në sallën e lindjes normale ishin dy shtretër lindje, si pasojë e daljes nga funksioni e sallës tjetër të lindjes në tërmetin e nëntorit 2019.
- muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko-kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuara të BE në shtëpi.
- ✓ Në Spitalin Rajonal Vlorë, numri faktik i shtretërve në këtë maternitet prej vitit 2018 është 65 shtretër ndërkohë që numri i planifikuar i shtretërve për këtë shërbim është 80. Me kërkesën nr. 42/65 datë 19.09.2018 drejtuar MSHMS është kërkuar nga Spitali Rajonal Vlorë ndryshimi i numrit të shtretërve nga 368 në 321 mbështetur në standardet e veçanta të infrastrukturës në të cilën theksohet rëndësia e dendësisë dhe distancës së shtretërve brenda ambienteve pasi ky numër nuk ka ndryshuar që prej vitit 1980. Por nga MSHMS ende nuk ka pasur një miratim të këtij ndryshimi.
- dhoma e lindjes natyrale ishte e veshur me rezin ndërkohë që salla e operacionit dhe ambientet e tjera jo; dhomat ishin të pajisura me tualet por shtretërit nuk respektonin hapësirat e lejuara për  $m^2$  si dhe mungonin zilet për thirrjen e personelit mjekësor nga pacientet. Dyert dhe dritaret e dhomave ishin defekte dhe të vjetërsuara; sfungjeri i shtratit të lindjes ishte i amortizuar; lavamani për larjen e foshnjës ishte porcelan dhe me përmasa shumë të vogla për të kryer funksionin që ka; muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale; nga intervistimi i mjekëve neonat u konstatuan mungesa në pajisje mjekësore si: ambu dhe aparate aspirimi për foshnjat. Këto pajisje ishin funksionale por ishin të vjetëruara (8 vite përdorim).
- ✓ Në Spitalin Rajonal Korçë rezultoi se hapësirat në godinën e re të maternitetit: përmasat e dyerve, korridoreve dhe dhomave ishin shumë të vogla duke krijuar jo pak herë probleme në lëvizshmërinë e pacientëve në kundërshtim me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, SPI 1.22<sup>10</sup>. Nga auditimi u konstatua se edhe pse ky maternitet kishte vetëm dy vite që kishte përfunduar: shtretërit e lindjes ishin të amortizuar, sfungjeri ishte i konsumuar, si dhe pjesët metalike ishin ndryshkur. Një prej krevateve ishte thyer tek pjesa e mbajtjes së pajisjeve mjekësore si dhe mbajtësja e këmbëve nuk arrinte të qëndronte statike.
- Nga verifikimi i dhomave të pacienteve u konstatuan se pjesa më e madhe e komodinave të blera ishin të thyera edhe pse kishin vetëm 2 vjet përdorim si dhe gjithashtu dyert, dritaret dhe pajisjet e tualetit ishin defekte; krevatet e bebeve ishin prishur te pjesa e sustës për uljen dhe ngritjen e foshnjës.

<sup>10</sup> Spitali duhet të sigurojë lëvizshmëri të mirë të pacientëve, personelit dhe të vizitorëve si dhe personave me aftësi të kufizuara fizike.



**KONTROLLI I LARTË ISHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Reaminacioni i maternitetit nuk ishte funksional. Hapësirat e Repartit të Neonatologjisë ishin të mjaftueshme për fluksin që ky maternitet kishte. Kapaciteti maksimal në 10 pozicione për trajtimin e bebeve me probleme shëndetësore, por nuk kishte fluks.
- Muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale. Jo të gjitha hapësirat ishin të veshura me rezin.
- Me kontratën nr. 1570 prot., datë 02.10.2018 janë blerë 6 shiringa elektrike me një vlerë totale 601,200 lekë (6\*100,200), por nga auditimi rezultoi se vetëm 4 shiringa ishin në përdorim dhe dy prej tyre nuk ishin vënë asnjëherë në funksion.

Mbi infeksionet Spitalore

- Në SUOGJ óKoço Gliozheniô ka rezultuar se:
  - nga auditimi i regjistrave të depistimeve si dhe nga intervista me mjeken mikrobiologe mostrat e marra nga pajisjet mjekësore, ambientet e brendshme të spitalit si (dyshe, krevate, inkubator, parvaze dritarësh etj) rezultojnë të kontaminuara. Kjo situatë vjen si rrjedhojë edhe e faktit se në këtë spital godina (ambientet e brendshme të saj) dhe pajisjet mjekësore janë të amortizuara, e për këtë arsye arrihet që të garantohet pastërti dhe higjienë në nivele shumë të mira, por jo sterilitet.
- Në SUOGJ óMbretëresha Geraldinëô ka rezultuar se:
  - depistimet për mikro - organizma bakterial kryheshin dy herë në muaj nga një mjeke mikrobiologe e caktuar me këtë detyrë. Megjithatë, nga rezultatet e një vlerësimi dhe monitorimi të ambienteve të bllokut operator të Obstetrikës në Maternitetin óMbretëresha Geraldinëô kryer nga ISHP në vitin 2019, *u konstatua*:
    - Nga totali i 40 mostra të testuara rezultojnë 7,5 % e tyre me shtame mikrobike.
    - Nga totali i 40 mostrave të marra në ambjentet e sallës operatorë rezultuan 37 mostra negative dhe 3 mostra me izolim dhe identifikim të mikrobeve patogene.
  - Nga 40 mostra të totalit, 37 prej tyre rezultuan negative = 92 %
  - Staphylocoçus Aures = 2 shtame mikrobike = 5 %;
  - E.Coli = 1 shtam mikrobik = 2,5 %, pra: o 92 % negativ dhe 7,5 % të kontaminuara <sup>11</sup>
- Në Spitalin Rajonal Vlorë ka rezultuar se:
  - në vite nuk janë kryer depistime të rregullta për ngarkesën mikrobale të ambienteve spitalore (ajri uji, pajisjet mjekësore, sipërfaqet e thata etj), për shkak të mungesës së mjekes mikrobiologe në strukturën organizative të këtij spitali, si edhe për shkak të mungesës së laboratorit mikrobiologjik, problem ky i rregulluar me punësimin e një mjekeje mikrobiologe.
  - nga auditimi i dokumentacionit të depistimeve të kryera vendosur në dispozicion grupit të auditimit ka rezultuar se, për periudhën objekt auditimi: janë kryer mesatarisht 1 në 2 depistime në vit, në kushtet kur udhëzuesi përkatës sugjeron të paktën 4 në vit. ndërkohë që të gjithë spitalet e tjerë të audituar kryenin mesatarisht 2 në muaj.
- Në Spitalin Rajonal Korçë ekzistojnë dhe funksionojnë strukturat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Depistimet realizoheshin dhe dokumentohen

<sup>11</sup> Buletin nr. 1 në 2019, Instituti i Shëndetit Publik, fq. 25.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

rregullisht në një regjistër një herë në muaj. Ky spital nuk kishte një mjek epidemiolog dhe për këtë arsye depistimet realizoheshin nga infermierja infeksioniste. Nga auditimi i regjistrave të depistimeve rezultoi se pajisjet më të kontaminuara janë aspiratorët, lavamanët etj.

- ✓ Nga auditimi u konstatua se në Spitalin Rajonal Vlorë dhe në Spitalin Rajonal Korçë edhe pse reparti i gjinekologjisë dhe obstetrikës kishin autoklavë për sterilizimin e pajisjeve mjekësore, për lindjet normale përdorshin paketat e pajisjeve të sterilizuara të koncesionarit S. S. shpk ndryshe nga Spitalet Universitare të cilët përdorin autoklavat e tyre. Përdorimi i paketave kishte një vlerë të konsiderueshme prej 16,680 lekë për set për një shërbim të cilin mund ta kryenin nëpërmjet autoklavës. Duke gjykuar me parimet e eficiencës dhe ekonomicitetit mund të themi se për SRV dhe SRK janë shpenzuar vetëm për vitin 2019 në kundërshtim me këto dy parime vlerat respektive prej 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë ndërkohë që këto shpenzime mund të ishin përdorur për të mbuluar nevoja të tjera të këtij shërbimi.

**Rekomandime:**

- **3.1 MSHMS** në kuadër të ofrimit të mëmësisë së sigurt dhe arritjes së objektivave të Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, të marrë masa për planifikimin dhe realizimin e investimeve infrastrukturore në Spitalet Universitare dhe Rajonale të vendit, për të garantuar dhe siguruar përputhshmërinë me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe Spitalore, në përfitim edhe të procesit të akreditimit:
  - brenda kompetencave ligjore, të kërkojë zyrtarisht të gjitha strukturave spitalore që ofrojnë shërbim obstetrik në gjinekologjik në vendin tonë, të kryejnë një vlerësim paraprak të infrastrukturës spitalore, pajisjeve mjekësore duke evidentuar problematikat dhe nevojat për përmirësim që ato kanë.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS-ja në 23 Tetor 2020, i ka akorduar SUOGJ óKoco Gliozheni, për vitin 2021-2023 një fond prej 51,000,000 lekë të reja me tvsh për Rikonstruksionin e Bllokut të Lindjes; Sallave të Operacinit me 2 salla të reja shtesë duke rritur kapacitetet si dhe Repartin e Ri të Urgjencë Pranimit si një shërbim i munguar aktualisht tek ne në vite. Po me këtë planifikim, na është akorduar edhe një fond prej 20,000,000 lekë të reja me tvsh për berjen e paisjeve të reja për këto ambjente. Më vonë ky buxhet, po prej MSHMS u rrit me 9,000,000 lekë të reja për pjesën ndërtimore dhe 10,000,000 lekë të reja për pjesën e paisjeve duke kaluar 60,000,000 lekë të reja për rikonstruksionin dhe 30,000,000 lekë të reja për paisje dhe aparatura. Më hollësisht po Ju bëjmë me dije se afati përfundimtar i rikonstruksionit i cili është duke u zbatuar, përfundon në dt. 06.04.2022. Ky rikonstruksion do të bëjë që komplet shërbimi i Obstetrikës ku futen: Blloku i lindjeve; Dhomat e zgjimit; Dhomat e lehonave si dhe dhoma e neonatit që përmendet në raport. Dhomat e lindjeve do të jenë të gjitha të veshura me Linoleum antibacterial. Të gjitha dhomat e lindjeve do të kenë akses të vetin seicila në një tualet më vete. Sistemi i Gazeve; Elektrik; Hydrtaulik; Sigurisë si dhe ai i Kondicionimit do të jenë



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

plotësisht të reja. Gjithashtu, edhe paisjet për këto ambiente si psh., Shtratet e Lindjes që përmenden me të drejtë në raport, me të gjitha paisjet që kërkon një dhomë lindje, do të jenë të paisura me aparatura dhe paisje komplet të reja. Për sa i përket termoizolimit, ku futen edhe dritaret, Ju bëjmë me dije se ky investim ka përfunduar në vitin 2004, kohë kur teknologjia e dyerve dhe dritareve ishte me tek xham. Ky element do të korrigjohet plotësisht me termoizolim me sistemin kapot i cili do të shërbejë edhe për gjenerimin e energjisë elektrike nga panelet diellore, çka do ta bëjë spitalin tonë, të parin institucion spitalor në ballkan që do të gjenerojë të gjithë sasinë e energjisë së nevojshme vjetore nëpërmjet energjisë diellore.

Ky projekt është duke u diskutuar në bashkëpunim me MSHMS, me donatorët që kanë rënë dakort parimisht për financimin e tij.

Përsa i përket Frigoriferit ku mbahen placentat, për arsye të mungesave të hapësirave dhe kushteve ai ishte i sistemuar në një nga parabanjat e Blokut, por cilësojmë se ky banak frigorifer ka qenë në cdo moment i mbyllur me kyc, gjë e cila eviton plotësisht aksesueshmërin nga pacientet apo kushdo qoftë tjetër person, të këtyre mjetëve.

Përsa i përket infeksioneve spitalore, në mënyrë të rregullt si kontrole të palajmëruara edhe periodike, janë kryer egzaminime laboratorike si nga laboratorit ynë edhe nga ISHP-ja që na është përgjigjur në kohë rekord sa herë që kemi kërkuar ndihmën e tyre për të bërë një Double check.

Me përfundimin e investimit të nisur dhe atyre që po planifikojmë, institucioni do të plotësojë të gjitha kushte për të qenë një institucion i akredituar sipas gjithë kritereve.

Përsa i përket personelit dhe mangësive, Ju informojmë se aktualisht, kemi 2 vende bosh për Obstetër Gjinekolog të cilat ngelën vakant nga kalimi si pedagog në departament, në muajin Nëntor 2022. Përsa i përket numrit të mjekëve neonat, nga 7 mjekë në strukturë, kemi efektiv 6. Nuk kemi asnjë mungesë me mjek Anestezist Reanimator apo personel infermieror.

(info nga Spitali K.Glozheni)

Me urdhërin e prokurimit nr.443 datë 27.07.2020 është shpallur procedura e prokurimit óRikonstruksioni i godinave të Maternitetit óMbretëresha Geraldinë dhe ndërtimi i ri 3 kat Tiranë, me fond limit 668.493.718,32 lekë.

**Statusi: I pranuar/ Në proces**

- **3.2** MSHMS, në kuadër të miratimit të Planit Shtetëror Spitalor, të rishikojë shpërndarjen e numrit të shtretërve në shërbimin spitalor në rang vendi, e veçanërisht për shërbimin obstetrik ñ gjinekologjik, duke vlerësuar konkretisht numrin e shtretërve, numrin e pacientëve, normën e shfrytëzimit të shtratit, numrin e mjekëve të nevojshëm, me qëllim garantimin e një shërbimi racional dhe optimal, e duke përmbledhur gjetjet nga ky vlerësim në një Raport të posaçëm të publikuar në faqen zyrtare të këtij institucioni.

**Janar 2022**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** Është një proces që do ndiqet pas miratimit të Planit Shtetëror Spitalor.

**Statusi: I pranuar/ Pa zbatuar**

- **3.3** Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë, për të garantuar minimizimin e kostove dhe përdorimin me eficiencë dhe ekonomikitet të shpenzimeve, të vendosin në përdorim



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

autoklavat në dispozicion për sterilizimin e mjeteve kirurgjikale të përdorura në lindjet normale duke shmangur shpenzimet për furnizimin me sete sterile të koncesionarit.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** *Spitali Rajonal Vlorë*- Ky rekomandim nuk mund të gjej zbatim, pasi nga ana e MSHMS dhe Koncesionarit Saniservice sh.p.k është lidhur: ókontratë koncesionare për ofrimin e shërbimit të integruar të furnizimit të setit të personalizuar të instrumentave kirurgjikale steril, furnizimin me materiale mjekësore sterile njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve të rrezikshme biologjike dhe dizifektimin e sallave kirurgjikale, me nr. 1440/40, datë 10.12.2015. Mbështetur mbi këtë fakt, Spitali Rajonal Vlorë nuk mund të ofrojë një shërbim që mbulohet nga kontrata e cituar. Gjithashtu, theksojmë se kjo kontrat mbulon instrumentat mjekësor që përdoren në sallën e lindjes (nga korrespondenca e kryer ndërmjet SVR dhe FSDKSH evidentohet problematika me veglat e seteve të maternitetit, të cilat janë jashtë funksionit).

Rekomandimi nuk mund të gjej zbatim, pasi shërbimi i sterilizimit nëse do të kryhej nga ne do të kërkonte punonjës për sterilizimin (kjo nuk mund të ofrohet nga ana jonë, pasi nuk e lejon kontrata koncesionare si dhe në strukturën analitike të Spitalit Rajonal Vlorë, që përcaktohet dhe miratohet nga MSHMS nuk ka punonjës sterilizimi.

Gjithashtu, problematik tjetër që e bën të pamundur zbatimin e rekomandimit janë kërkesat e vazhdueshme, me nr. prot. 1677, datë 12.05.2021 të Shefit të Shërbimit Obsterik-Gjinekologjik, Kryeinfermiere e shërbimit si dhe nga Kryeinfermiere e përgjithshme, ku theksohet se: óAutoklavi është i amortizuar dhe jashtë funksionit.

Me shkresë nr. prot. 1681, datë 12.05.2021 SVR i është drejtuar FSDKSH mbi problematikat që ka për autoklavin e amortizuar, i cili është jashtë funksionit dhe pa asnjë opsion riparimi, mbi këtë fakt stafi mjekësor është i detyruar të kërkoj paketat e sterilizimit nga koncesionari saniservice për shërbimin e obstetrikës.

Me shkresën nr. prot. 590/1, datë 17.05.2021 FSDKSH ka kthyer përgjigje për kërkesën tonë.

*Spitali Rajonal Korçë*- Nëpërmjet Urdhërit nr. 35, datë 15.07.2021 ka ngritur një grup pune me qëllim vlerësimin e efekteve negative financiare të shkaktuara nga mungesa e përdorimit të autoklavës dhe furnizimi me sete sterile nga koncesionari, si dhe ka vendosur në punë autoklavat me qëllim minimizimin e kostove dhe performimin me eficiencë dhe efektivitet të të ardhurave. Gjatë vitit 2021, në 471 lindje normale, janë përdorur sete të personalizuar nga koncesionari në 107 raste dhe 364 të tjera janë mbuluar me instrumentat e spitalit.

**Statusi: Zbatuar pjesërisht**

*Për Pyetjen: 4. A kanë spitalet staf të mjaftueshëm, të kualifikuar dhe të trajnuar për të siguruar kujdesin e duhur për pacientin?*

**4. Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Në kundërshtim me nenin 39 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 óPër Shërbimin Spitaloró, i ndryshuar dhe VKM nr. 403, datë 19.06.2004 óPër Krijimin dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitaloró, nuk është ngritur dhe nuk ka funksionuar ky Komiteti Shtetëror për Planifikimin Spitalor, deri në vitin 2019, kur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 9 datë 10.01.2019 është ngritur dhe ka nisur funksionimin kjo strukturë.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- ✓ MSHMS, në kuadër të zbatimit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 në 2021, nuk ka proceduar me hartimin e kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.
- ✓ Indikatorët e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 në 2020 lidhur me zhvillimin profesional të stafit ende nuk janë implementuar në nivelin e duhur.
- ✓ MSHMS ende nuk ka marrë asnjë masë për rishikimin e shpërblimeve të stafit dhe vlerësimin e performancës në shërbimin spitalor në vendin tonë.
- ✓ Sa i takon mungesave në personel shëndetësor dhe trajnimeve, nga auditimi ka rezultuar se:
  - Në Spitalin Rajonal Korçë (shërbimi obstetrik në gjinekologjik) mungon 1 mjek neonat dhe 1 mjek obstetër gjinekolog. Struktura e miratuar për këtë shërbim është 70 punonjës.
  - Shërbimi obstetrik në gjinekologjik nuk ka mjek reanimator, por këtë funksion e mbulojnë mjekët reanimator të Spitalit, të cilët vetëm në vitin 2019 janë rritur në numër duke shkuar nga 1 në 3; Për vitin 2019, 3 mjek obstetër gjinekolog kanë marrë pjesë në Kongresin e 3<sup>-të</sup> të Ortodontisë pranë Shoqatës Kombëtare të Profesionistëve Dentarë dhe një infermiere mami ka kryer një trajnim me temë óMaieutika në përkujdesjen geriatrike, certifikata këto të cilat nuk lidhen me profilin dhe shërbimin mjekësor në të cilën këta janë të angazhuar; se numri mesatar pacient për mjek të shërbimit obstetrik në gjinekologjik në Spitalin Rajonal Korçë është më i lartë se në Spitalin Rajonal Vlorë respektivisht, 340 e 210 pacientë për mjek.
  - Në Spitalin Rajonal Vlorë mungojnë mjekët obstetër në gjinekolog dhe mjek neonat, e konkretisht nga 9 mjek obstetër në gjinekolog, 1 është titullari i institucionit i cili nuk e ushtron profesionin, 1 mjeke është me leje lindje, 7 janë të punësuar aktualisht, nga të cilët 3 janë mjek me kontratë të cilët kanë mbushur moshën për pension por janë punësuar me kontratë nga spitali në mungesë të këtyre figurave profesionale.
  - Në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik óKocó Gliozheniô shërbimi i obstetrikës nga 55 punonjës të miratuar në vitin 2019 kishte 52 punonjës si pasojë e disa largimeve për specializim ose me leje lindje në pozicionin e mjekëve dhe mamive.
  - Shërbimi i neonatologjisë nga 7 mjek të planifikuar për ofrimin e shërbimit janë vetëm 3 të tillë.
  - Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik óMbretëresha Geraldinëô kishte mangësi në numrin e punonjësve të miratuar 2 mjek më pak në shërbimin e obstetrikës, 1 më pak në patologjinë e shtatzënisë, 1 më pak në shërbimin e gjinekologjisë dhe 3 mjek neonatolog më pak në shërbimin e neonatologjisë.
- ✓ Në spitalet, SUOGJ óKoco Gliozheniô, Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë - këshillimi i nënave të reja nga stafi nuk bëhet në formën e trajnimeve të hapura ku mund të marrin pjesë të gjithë nënat, por kryet sipas rastit në pavion nga mamatë e turnit.
- ✓ Në të gjitha spitalet objekt auditimi, administrimi dhe dokumentimi i trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor i shërbimit obstetrik në gjinekologjik nga specialistët për edukimin në



**KONTROLLI I LARTË I SHËNDETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

vazhdim kishte mangësi, pasi jo gjithmonë ishte i mundur gjurmimi i të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi.

**Rekomandim:**

- **4.1** MSHMS të marrë masat e duhura në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor, si dhe për përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rekomandimin:** MSHMS mund të kontribuojë me institucionet përgjegjëse për hartimin e kurrikulave të cilat janë jashtë fushës së përgjegjësisë së MSHMS.

Përsa i përket edukimit në vazhdim aktualisht sapo është ngritur Agjencia e sigurimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe shoqëror me VKM nr. 637, datë 27.10.2021 për krijimin dhe mënyrën e organizimit të funksionimit të Agjencisë së igrimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe shoqëror. Agjencia është në procesin e ngritjes dhe do të ndjekë me përparësi çështjet e edukimit në vazhdim si dhe çështje të cilësisë dhe akreditimit.

**Statusi: Zbatuar pjesërisht**

Në lidhje me sa më sipër është mbajtur Aktkonstatimi datë 08.02.2022 (Protokolluar në MSHMS me nr. prot. 429/3, datë 08.02.2022)

*Nga subjekti i auditimit nuk është sjell asnjë dokumentacion apo argument shtesë në lidhje me konstatimet e bëra nga grupi i auditimit.*

**IV KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:**

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresën nr. prot. 647/8, datë 06.07.2021, konstatohet se pjesa më e madhe e tyre është në proces zbatimi ose e zbatuar pjesërisht.

**I. Për sa më sipër rikërkojmë që** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Spitali Universitar Obstetrik - Gjinekologjik ôKoço Gliozheniô, Spitali Universitar ôMbretëresha Geraldinë, Spitali Rajonal Korçë dhe Spitali Rajonal Vlorë *të marrin masa të zbatojnë të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara, të zbatuara pjesërisht si më poshtë:*

**A. MASA PËR PËRMIRËSIME LIGJORE**

**1.1** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj në kuadër të hartimit dhe përmirësimit të bazave ligjore dhe rregulloreve për ôSigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatalô referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**1.2** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj ligjore:

- në kuadër të hartimit, përmirësimit dhe miratimit të protokolleve klinike të unifikuara në nivel vendi për sigurimin e mëmësisë së sigurt.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- për hartimin dhe miratimin e një sistemi konkret referimi të unifikuar për menaxhimin e rasteve me rrezikshmëri të lartë dhe ndarjen e përgjegjësisë të stafit mjekësor midis niveleve të referimit.

**Brenda datës 30.12.2022**

**2.1** MSHMS, në zbatim të nenit 41 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 óPër Shërbimin Spitalorô, i ndryshuar, të ndërmarrë të gjitha hapat ligjore të nevojshme për të hartuar dhe propozuar pranë Këshillit të Ministrave, Planin Shtetëror Spitalor.

**Brenda datës 30.12.2022**

## **B. MASA ORGANIZATIVE**

**1.3** MSHMS të marrë të gjitha iniciativat e nevojshme, brenda kompetencave ligjore, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit, Sporteve dhe Rinisë, në drejtim të përditësimit dhe përmirësimit të cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**1.4** MSHMS të kryejë një vlerësim të veçantë sa i takon infrastrukturës, burimeve njerëzore, dhe pajisjeve mjekësore të institucioneve shëndetësore spitalore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal.

**Brenda datës 30.10.2022**

**1.5** MSHMS të krijojë regjistrin kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).

**Brenda datës 30.12.2022 dhe në vijimësi**

**1.6** MSHMS të kryejë, për të gjitha maternitetet, vlerësimin e cilësisë së materniteteve publike të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik.

**Brenda datës 30.12.2022**

**1.7** MSHMS të zhvillojë dhe zbatojë një paketë për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**1.8** MSHMS të marrë masa për të kryer çdo 2 vjet analizat për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulimit së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.

**Brenda datës 30.12.2022 dhe çdo 2 vjet në vijim**

**1.9** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme për të realizuar institucionalizimin eurvejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale; për të ngritur sistemin e mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si edhe në veçanti sistemin kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara; për të ngritur sistemin e monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

**Brenda datës 30.12.2022**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**2.2** MSHMS të marrë masa për të kryer një vlerësim gjithëpërfshirës të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues në të cilin të evidentohet qartë statusi i zbatimit të dokumentit deri në fund të periudhës 2017 në 2020 e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Brenda datës 30.12.2022**

**2.3** MSHMS të kryejë një analizë specifike kosto përfitim të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues me qëllim evidentimin e përfitimeve financiare nga zbatimi i objektivave vendosur në të, e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Brenda datës 30.10.2022**

**2.4** MSHMS të hartojë strategjinë e radhës për shëndetin seksual dhe riprodhues në përputhje me kriterin SMART, duke parashikuar objektiva specifike, të matshme, të realizueshme, realiste dhe me afat të përcaktuar, nëpërmjet të cilave të evidentohen me saktësi fondet e parashikuara dhe institucionet e ngarkuara për zbatimin e tyre, e të ngrejë për këtë qëllim një sistem monitorimi e vlerësimi eficient me strukturat përkatëse përgjegjëse për këtë funksion.

**Brenda datës 30.12.2022**

**2.5** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme me qëllim ndryshimin e rregullores së brendshme të institucionit:

- duke rikrijuar pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, sektorin e shëndetit seksual dhe riprodhues; si dhe
- duke krijuar një strukturë e cila të merret ekskluzivisht me administrimin spitalor, në mënyrë që Drejtoria e Politikave dhe Strategjive të mund të kryej detyrat e saj funksionale, në përfitim të mirëmenaxhimit të punës brenda kësaj drejtorie.

**Brenda datës 30.10.2022**

**2.6** MSHMS në bashkëpunim me FSDKSH, ISHP, OSHKSH, si dhe institucione të tjera të fushës, të punojë me qëllim hartimin dhe publikimin zyrtar të një buletini statistikor shëndetësor, në të cilin të përmbledhen dhe raportohen të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informacionit shëndetësor, në përfitim të marrëdhënies së transparencës me publikun e gjerë, palët e interesit, si edhe për qëllime studimore kërkimore nga Institucionet e Arsimit të Lartë në vendin tonë e më gjerë.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**2.7** MSHMS të marrë iniciativat referuar kompetencave ligjore dhe të sigurojë të dhëna statistikore që reflektojnë situatën e indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore private.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**3.1** MSHMS në kuadër të ofrimit të mëmësisë së sigurt dhe arritjes së objektivave të Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, të marrë masa për planifikimin dhe realizimin e investimeve infrastrukturore në Spitalet Universitare dhe Rajonale të vendit, për të garantuar dhe siguruar përputhshmërinë me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe Spitalore, në përfitim edhe të procesit të akreditimit.

**Në vijimësi**

Brenda kompetencave ligjore, tûi kërkojë zyrtarisht të gjitha strukturave spitalore që ofrojnë shërbim obstetrik në gjinekologjik në vendin tonë, të kryejnë një vlerësim paraprak të



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

infrastrukturës spitalore, pajisjeve mjekësore duke evidentuar problematikat dhe nevojat për përmirësim që ato kanë.

**Brenda datës 30.10.2022**

**3.3** Spitali Rajonal, Vlorë dhe Spitali Rajonal, Korçë, për të garantuar minimizimin e kostove dhe përdorimin me eficiencë dhe ekonomikitet të shpenzimeve, të vendosin në përdorim autoklavat në dispozicion për sterilizimin e mjeteve kirurgjikale të përdorura në lindjet normale, duke shmangur shpenzimet për furnizimin me sete sterile të koncesionarit.

**Menjëherë**

**3.2** MSHMS, në kuadër të miratimit të Planit Shtetëror Spitalor, të rishikojë shpërndarjen e numrit të shtretërve në shërbimin spitalor në rang vendi, e veçanërisht për shërbimin obstetrik në gjinekologjik, duke vlerësuar konkretisht numrin e shtretërve, numrin e pacientëve, normën e shfrytëzimit të shtratit, numrin e mjekëve të nevojshëm, me qëllim garantimin e një shërbimi racional dhe optimal, e duke përmbledhur gjetjet nga ky vlerësim në një Raport të posaçëm të publikuar në faqen zyrtare të këtij institucioni.

**Brenda datës 30.09.2022**

**4.1** MSHMS të marrë masat e duhura në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor, si dhe për përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.

**Brenda datës 30.10.2022 dhe në vijimësi**

**II.** Për të gjitha rekomandimet e tjera, që konsiderohen *në proces zbatimi*, inkurajohet përshpejtimi i realizimit të plotë të tyre brenda 30.09.2022 dhe në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

#### **4. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “EFEKTIVITETI I SHËRBIMIT TË INSTITUCIONEVE TË EKZEKUTIMIT TË VEPRAVE PENALE”**

##### **PËRMBLEDHJE:**

Kontrolli i Lartë i Shtetit në zbatim të programit të auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022, mbi “Verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet për 6-mujorin e parë të vitit 2021 si dhe shkresës 0Njoftim fillim auditimi” nr. 121/4 prot, datë 24.01.2022, ushtroi auditim në 5 (pesë) subjektet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: ***“Efektiviteti i Shërbimit të Institucioneve të Ekzekutimit të Vendimeve Penale”***, përkatësisht: Ministria e Drejtësisë, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë.

Auditimi i kryer në vitin 2021, kishte si periudhë auditimi nga data 01.01.2016 - 31.12.2019 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me Vendimin nr. 20 datë 16.02.2021 të Kryetarit të KLSH-së si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. prot. 648/12, datë 18.02.2021. Auditimi u krye nga data 25.01.2022 deri më datë 08.02.2022, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- a.** Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2021, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjekti i audituar, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;
- b.** Nxjerrjen nga Titullari i njësisë publike të akteve administrative të nevojshme, si vendime, urdhër për zbatimin e masave organizative;
- c.** Të tjera masa e rekomandime që i përcillen subjektit të audituar nëpërmjet Vendimit të Kryetarit të Kontrollit të Lartë të Shtetit.

Në subjektet objekt auditimi u mbajt Akt-Verifikimi nr.1( një për të gjitha subjektet), i cili është dërguar me postë përkatësisht në Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë.

##### **Në përfundim të procesit të auditimit, rezulton se:**

**I.** Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.

*-Në zbatim të nenit 15, shkronja “j”, të ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, subjektet objekt auditimi nuk kanë kthyer përgjigje mbi planin e masave, referuar kërkesës ligjore. Bën përjashtim vetëm Ministria e Drejtësisë, e cila ka dërguar planin e masave nëpërmjet shkresës Nr.1052/3 datë 09.03.2021.*

**II.** Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.

*-Nga ana e subjekteve të audituar nuk janë marrë masa për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna, në zbatim të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, neni 30, Rekomandimet e KLSH – së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku përcaktohet se:*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*“Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna”.*

### **III. Rekomandimet e KLSH**

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 648/12, datë 18.02.2021, janë rekomanduar gjithsej:

✓ **Masa organizative 16 rekomandime**

### **IV. Statusi i pranimit të rekomandimeve të KLSH**

Sipas masave të marra nga institucionet respektive, shkresës të përcjellë nga MD në KLSH Nr.1052/3 datë 09.03.2021, Mbi planin e masave, lidhur me rekomandimet e lëna rezulton se:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Masa Organizative    | 16          | 16      | -          |

### **I/1HYRJA**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në 6-mujorin e parë të vitit 2021, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 648/2, datë 30.09.2020. Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022 dhe shkresës nr. 121/5 prot., datë 24.01.2022 “Njoftim për fillim projekt auditimi tematik për zbatimin e rekomandimeve”, Rekomandimet e lëna në Raportit Përfundimtar i Auditimit të mëparshëm me temë “Efektiviteti i Shërbimit të Institucioneve të Ekzekutimit të Vendimeve Penale” me konkluzionet përkatëse janë miratuar me Vendimin nr. 20, datë 16.02.2021 të Kryetarit të KLSH-së dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat nr. 648/12 prot, datë 18.02.2021.

Auditimi u kryenga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH, i përbërë:

1. E. K., *përgjegjës grupi*

2. A.T., *anëtar*

3. A.Th., *anëtar*

Auditimi ka filluar më, 25.01.2022

Auditimi ka përfunduar më, 08.02.2022

### **I/2. OBJEKTI AUDITIMIT:**

Zbatimi i masave të rekomanduara në auditimin e mëparshëm të dërguara në Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithme të Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë me shkresën nr. 648/12 prot., datë 18.02.2021, së bashku me Raportin Përfundimtar të Auditimit, nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

### **I/3. QËLLIMI AUDITIMIT:**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të raportit vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tremujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3 e nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.

### **I/4. METODOLOGJIA E AUDITIMIT:**

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti në lidhje me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH-ja për përmirësimin e gjendjes së subjektit në të ardhmen.

### **I/5. KONKLUZIONI:**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjektet Ministria e Drejtësisë, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresën nr. 648/12 prot., datë 18.02.2021, rezulton se nga **16 (gjashtëmbëdhjetë) masa të rekomanduara** gjithsej të cilat janë pranuar nga subjektet e audituara. Nga këto masa:

- ✓ janë zbatuar **6 rekomandime** ose 38% e tyre
- ✓ janë në proces zbatimi **8 rekomandime** ose 50% e tyre
- ✓ janë zbatuar pjesërisht **1 rekomandim** ose 6% e tyre
- ✓ nuk është zbatuar **1 rekomandim** ose 6% e tyre

Nga sa shihet niveli i realizmit është në masën 38%. Nga sa shihet lidhur me masat e marra evidentohet se, institucionet objekt auditimi e kanë vlerësuar procesin e zbatimit të rekomandimeve.

Në mënyrë të përmbledhur statusi i rekomandimeve të pranuar paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Pranuar | Statusi i zbatimit |                    |                   |            |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         | Zbatuar            | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 1   | Masa Organizative    | 16      | 6                  | 1                  | 8                 | 1          |

## **II. OPINION I PËRGJITHSHËM MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE :**

Pavarësisht nga puna e bërë, ku niveli i zbatimit të rekomandimeve është rreth 38 %, për disa nga masat organizative të lëna (institucionet) nuk kanë mundur implementimin e tyre. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara për përmbushjen e rekomandimeve të lëna dhe garantimin e një menaxhimi më të mirë të shërbimit të ofruar nga IEVP.

## **III. ZBATIMI I REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMIN E MËPARSHËM**

### **MASA ORGANIZATIVE**

**I. Për pyetjen audituese: "A kanë IEVP-të burime njerëzore të mjaftueshme për të realizuar shërbimet institucionale?"**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Gjetje:**

1. Rritja e numrit të vendeve vakante në sistem gjatë viteve të fundit, veçanërisht në radhët e punonjësve të policisë së burgjeve, konstatohet edhe në tre IEVP-të në auditim. P.sh. numri i pozicioneve vakante në IEVP Peqin është rritur nga 2 në gusht 2017 në 48 në të njëjtin muaj të 2020. Në IEVP Rrogozhinë vërehet gjithashtu një rritje e theksuar e vendeve vakante gjatë vitit të fundit.
  2. Krahas mungesave në radhët e punonjësve të policisë në burgje, grupi i auditimit konstatoi edhe shqetësime në lidhje me stafin civil, veçanërisht mjekët. Nga të dhënat e vendosura në dispozicion rezulton se aktualisht është plotësuar 73% e organikës së mjekëve në IEVP. Nga vizitat e zhvilluar në terren, u konstatua se në disa raste, mjekët ishin punësuar me kohë të pjesshme dhe punonin me orar të kufizuar në IEVP.
  3. Pozicionet vakante që krijohen në IEVP bëjnë që të rritet ngarkesa e punës për punonjësit aktualë të Policisë së Burgjeve, të cilëve iu duhet të punojnë orë shtesë për të mbuluar edhe shërbimin.
  4. Një çështje tjetër e konstatuar nga grupi ishte statusi i policit të burgjeve në kontrast me atë të policit të shtetit, ku këta të fundit përfitojnë statusin e nëpunësit civil ndërsa policët e burgjeve jo.
  5. Kriteret për pranim në të dyja këto institucione janë të ngjashme, ndërsa kualifikimi dhe trajnimi që përfitojnë punonjësit e Policisë së Shtetit është i një niveli shumë më të lartë se sa ata të Policisë së Burgjeve.
  6. Një pjesë e konsiderueshme e IEVP-ve funksionojnë me drejtues të komanduar dhe jo të emëruar. Madje, në disa IEVP është kthyer në praktikë ndryshimi i një Drejtori të komanduar me një tjetër me të njëjtin status.
- Për sa më sipër, është rekomanduar:

**Rekomandimi 1**

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masat e nevojshme për të mbuluar mungesat e krijuara nga pozicionet vakante në stafin e IEVP-ve, nëpërmjet rekrutimit të burimeve të reja apo rialokimit të atyre ekzistuese.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*DPB ka zhvilluar disa procese të rekrutimit, në bashkëpunim dhe me mbështetje të Akademisë së Sigurisë.*

*Plotësimi i vendeve vakante është në proces. Të rekrutuarit e fundit kanë përfunduar trajnimin me datë 02.02.2022 dhe po emërohen. Një proces tjetër rekrutimi do të hapet dhe MD është duke vlerësuar nxjerrjen e një akti normativ provizor, për të mos u kufizuar moshë deri në 35 vjeç, siç parashikohet në Ligjin Nr.80/2020.*

*Lidhur me mos përfitimin e statusit civil nga Policia e Burgjeve:*

*Fusha e veprimit të Ligjit Nr.152/2013, “Për nëpunësin civil”, është parashikuar në nenin 2 dhe nenin<sup>12</sup> 3. Kështu nuk ka rëndësi të parashikohet në Ligjin e Policisë së Burgjeve apo në Ligjin e Policisë së Shtetit, që punonjësit e këtyre strukturave janë nëpunës civil, pasi këtë e ka parashikuar vetë Ligji i nëpunësit civil”, por ne mendojmë se në aspektin praktik, ka nevojë të*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*nxirren nga ana e DAP, akte nëligjore zbatuese, specifiku për punonjësit e policisë së burgjeve, për të cilët për shkak të konsumit profesional, lodhjes nga qëndrimi i gjatë në shërbimin e sigurisë, ka nevojë për rotacion, ose qarkullim, brenda sistemit të burgjeve, siç edhe parashikohet në Rec 97 (12).*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti e ka pranuar dhe e ka në proces zbatimin rekomandimin.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

**Rekomandimi 2**

Ministria e Drejtësisë, me asistencën e Drejtorisë së Burgjeve apo në bashkëpunim me institucione të tjera, të shqyrtojë mundësinë e ndryshimit të procesit të pranimit në Policinë e Burgjeve, në linjë me procesin e aplikuar nga Policia e Shtetit (nëpërmjet një institucioni si Akademia e Sigurisë), me qëllim të mëtejshëm ndryshimit të statusit dhe nivelit të kualifikimit të punonjësve të Policisë së Burgjeve në linjë me ata të Policisë së Shtetit.

**Deri në Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**MD**

*Ministria e Drejtësisë ka lidhur marrëveshje me Ministrinë e Brendshme me nr. 3253 Prot datë 19.03.2018, me objekt forcimin e kapaciteteve profesionale të punonjësve të policisë së burgjeve , zhvillimin deri në 4 procese testimi në vit, për pranimin e kandidatëve të rinj , etj dhe mbi këtë bazë, të gjitha proceset e testimit për rekrutim, për ngritje në gradë dhe të trajnimit të punonjësve të rinj, i ka zhvilluar në bashkëpunim me Akademinë e Sigurisë, nga fillimi i vitit 2018 e në vijim, por ky bashkëpunim është kufizuar gjatë këtij viti për shkak të pandemisë.*

**Përgjigje e DPB**

*Theksojmë se të gjitha testimet për rekrutim janë bërë me të njëjtët parametra si të Policisë së Shtetit dhe janë kryer nga stafi i Akademisë së Sigurisë dhe DPB, në ambjentet e Akademisë.*

*VKM nr.881, date 28.10.2020 “Për dhënien e statusit të veçantë të Akademisë së Sigurisë”, parashikon trajnimin e të gjithë punonjësve të agjencive të sigurisë në Akademinë e Sigurisë. Për këtë po punohet në grupe pune për përcaktimin e kuotave të studimit, programet dhe planifikimin.*

*Lidhur me procedurat e rekrutimit, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve ka marrë asistencë nga ekspertë të KE, në kuadër të projektit mbështetje horizontale për sistemin e burgjeve të Ballkanit Perendimor dhe Turqisë, realizuar në vitin 2017-2018.*

*DPB vazhdon të ketë mbështetje nga organizmat ndërkombëtare, si KE dhe Ambasada Amerikane për fuqizimin e trajnimeve të stafit. Ka rishikuar të gjithë curlikulat, janë krijuar ambjente të reja trajnimi këtu në DPB, me kapacitete rreth 90 pjesmarrës dhe jemi në finalizim të organikës së re më të kompletuar të Qendrës së Trajnimit, ndërkohë do të vazhdojmë bashkëpunimin me Akademinë e Sigurisë.*

*DPB e ka vlerësuar trajnimin e stafit si prioritet dhe duke patur edhe mbështetjen e partnereve si Ambasada Amerikane, KE, OSCE, KSHH etj ka bërë të mundur ofrimin e trajnimeve sistematike, cilësore dhe në përputhje me nevojat e stafit.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe kanë nisur zbatimin e tij.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**.

### **Rekomandimi 3**

Drejtorja e Përgjithshme e Burgjeve të propozojë pranë Ministrisë së Drejtësisë emrat për drejtues të IEVP-ve, me qëllim emërimin e tyre, duke e ruajtur komandimin si një mjet të përkohshëm për situata të caktuara.

**Deri në Qershor 2021 dhe në vazhdimësi**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

##### **MD**

*Gjatë muajit Dhjetor 2020 dhe janar 2021, janë përzgjedhur 5 drejtues të IEVP-ve të cilët janë emëruar (Korça, Jordan Misja, Peqin, Vlora, Burrel). Aktualisht janë vetëm 3 pozicione me drejtues të komanduar, të cilat janë në proces përzgjedhje.*

##### **DPB**

*Jemi në proces të emërimit të drejtorëve në të gjithë IEVP, si dhe të zv/drejtorëve.*

*Janë edhe tre vende vakante në pozicionin e drejtorit (Shkodër dhe Kukës dhe Lushnjë), të cilat po mbulohen nga Zv/Drejtorët dhe punonjës të komanduar nga DPB. Aktualisht kemi emruar 50 punonjës civil me kod pune në IEVP.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti e ka pranuar dhe e ka në proces implementimi rekomandimin.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**.

## **II. Për pyetjen audituese; "A zotërojnë IEVP-të infrastrukturë në përputhje me standardet?"**

### **Gjetje:**

1. Në zbatim të Urdhrit nr.8927/1 datë 27.09.2018, i ndryshuar, i cili klasifikon IEVP-të sipas sistemeve të sigurisë, si dhe kundrejt kapaciteteve për secilën IEVP që grupi i auditimit ka siguruar nga DPB, rezultojnë se: për vitin 2016, 2017 dhe 2018, IEVP Peqin dhe IEVP Rrogozhinë kanë funksionuar përtej kapaciteteve akomoduese për të dënuarit.
2. Krahasimi i kushteve të këtyre hapësirave midis subjekteve në auditim si dhe me standardet evropiane, ka dallime të ndjeshme në të cilat rezultojnë se: në IEVP Rrogozhinë ofrohen standarde tepër të ulta të kompletimit të dhomave të fjetjes. Strehimi nuk respekton dinjitetin njerëzor, në veçanti kushteve higjienike, kushteve të ngrohjes dhe ajrimit.
3. Nga intervistat me të paraburgosur dhe të dënuar në IEVP Rrogozhinë rezultojnë se: ambientet e dhomave të fjetjes, sallave të aktivitetit fizik, lavanterisë dhe tualeteve janë kompletuar prej familjarëve të tyre në vazhdimësi. Gjatë vëzhgimit në terren nga grupi i auditimit, u vu re që ambientet e brendshme të kuzhinës dhe ato të rrugës së ushqimit siguroheshin në kushte të ulta infrastrukturore dhe higjieno-sanitare.
4. Nga informacioni i evidencave mbi prokurimet publike siguruar nga subjekti rezultojnë se: nuk ka asnjë vlerësim financiar në regjistrat e parashikimit dhe në regjistrat e realizimit të prokurimeve publike, për zërin e investimeve në IEVP Rrogozhinë.
5. Në lidhje me ushqimin e siguruar në IEVP-të subjekt auditimi, normat e miratuara të ushqimit ditor për të dënuarit i klasifikojnë vlerat energjike të ushqimit sipas të dënuarve të punësuar dhe



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

të mitur, të pa punësuar dhe të dënuar me probleme shëndetësore, konkretisht në 3033k/kal; 2615k/kal; dhe 3345k/kal. Në këto subjekte mungonte uji i pijshëm për të dënuarit.

6. Gjatë fazës së terrenit grupi i auditimit konstatoj se: hapësirat bibliotekare nuk ofrojnë literaturën bazë për të drejtat dhe trajtimin e të paraburgosurve dhe të dënuarve, legjislacionin bazë penal, procedural penal. Mungon përmbajtja e titujve shkencor dhe artistik si dhe përditësimi i tyre.

7. Gjatë zhvillimit të intervistave me përfituesit e shërbimit të IEVP-ve, konkretisht me të paraburgosur dhe të dënuar e IEVP Rrogozhinë, rezultoi se: hapësirat e zhvillimit të aktiviteteve sportive janë të kufizuara dhe në terren të papërshtatshëm për shëndetin dhe në IEVP-të Vlorë dhe Peqin, mungojnë mjetet didaktike për zhvillimin e aktiviteteve fizike.

#### **Rekomandimi 4**

Ministria e Drejtësisë në bashkëpunim me Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve dhe IEVP Rrogozhinë të hartojnë planin e masave për respektimin e kushteve infrastrukturore sipas standardeve të legjislacionit në fuqi dhe në harmoni me ato ndërkombëtare.

**Brenda muajit Mars 2021**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

##### **MD**

*Në lidhje me këtë rekomandim, Ministria e Drejtësisë do të ndërmarrë masat e nevojshme duke përfshirë ngritjen e grupeve të punës me qëllim hartimin e këtij plani masash. Është hartuar një preventiv për përmirësimin e kushteve në IEVP Rrogozhinë. Është parashikuar në PBA, si investim, por për mungesë të fondeve nuk mund të zbatohet këtë vit. Nga IEVP Rrogozhinë do të merren masa për përmirësimin e kushteve higjieno sanitare, dhe përmirësimin e aktivitetit ditor, për të zgjidhur kohën e ajrimit dhe qëndrimin jashtë qelive, ndërsa DPB do të vlerësojë më mirë shpërndarjen e të burgosurve duke mos e populluar këtë institucion me kapacitetin e parashikuar*

##### **DPB**

*IEVP Rrogozhinë është një ndërtesë e adaptuar në fillim të viteve 2000 dhe si e tillë nuk plotëson në mënyrë të kënaqshme tre kushte bazë të arkitekturës dhe infrastrukturës së një institucioni penitenciar, sigurinë, trajtimin dhe mbështetjen e programeve rehabilituese. Nga DPB janë bërë investime vit pas viti dhe do të planifikohen investime të tjera, por ky institucion ka nevojë për një rikonstruktim të plotë, gjë që kërkon dhe sasi të madhe fondesh. DPB është duke e vlerësuar IEVP në kuadër të hartës së re gjyqësore, për të parashikuar investime që e ndryshojnë krejtësisht infrastrukturën duke mos kryer investime të vogla që nuk e ndryshojnë situatën.*

*DPB në bashkëpunim me MD, është duke hartuar një masterplan për zhvillimin e sistemit të burgjeve në përputhje me hartën e re gjyqësore, ku parashikohet një investim i plotë në IEVP Rrogozhinë.*

##### **IEVP Rrogozhinë**

*Në lidhje me infrastrukturën e ambienteve të banimit ju theksoj se: Të gjitha ambientet e brendshme të banimit të dënuarve janë të adaptuara dhe të përshtatura që nga koha që ky institucion ka filluar veprimtarinë e tij si IEVP. Të gjitha shërbimet, e fjetjes, jetësës, ushqimit, shëndetësore, pushimit, higjieno sanitare, aktiviteteve sportive, recesione librash, fetare etj. i janë ofruar dhe plotësuar duke patur angazhimin total të sektorëve të administratës së IEVP-së.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe nuk e kanë zbatuar.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **i pazbatuar**.

#### **Rekomandim 5**

Ministria e Drejtësisë në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të rishikojnë normën ushqimore të të dënuarve ku të parashikojnë moshën e të dënuarve, shëndetin, kushtet fizike, fenë, kulturën dhe natyrën e punës që kryejnë si dhe në respektim të rekomandimeve të Këshillit të Evropës mbi rregullat e burgjeve.

**Brenda 6-mujorit të parë të 2021**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

##### **MD**

*Në lidhje me këtë rekomandim, Ministria e Drejtësisë është në proces të finalizimit të aktit të ri nënligjor i cili do të përcaktojë normën ushqimore për të burgosurit dhe të paraburgosurit në zbatim të ligjit nr. 81/2020.*

##### **DPB**

*Norma aktuale e ushqimit është përcaktuar në Urdhërin e Përbashkët në MD dhe MSH, me nr.104/5 datë 19.07.2006, Nr.205/3, datë 27.07.2006, ku norma është e veçantë, për të dënuarit e rritur, të punësuarit, të sëmurë.*

*MD dhe MSHMS, kanë hartuar një draft të ri lidhur me normën e ushqimit të të burgosurve.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe janë në proces implementimi.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**

#### **Rekomandimi 6**

Drejtoria e Përgjithshme të Burgjeve dhe IEVP Peqin, Rrogozhinë dhe Vlorë të sigurojnë ujin e pijshëm për të paraburgosurit dhe të dënuarit.

**Brenda 6-mujorit të parë të 2021**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

##### **DPB**

*Drejtoritë e IEVP-ve kanë kontratë me Drejtorinë e UK, për furnizim me uji të pishëm dhe janë abonent të rregullt. Cilësia e ujit është verifikuar herë pas here.*

##### **IEVP Peqin**

*Institucioni jonë furnizohet me linjë të re tubacioni nga depoja kryesore e Qytetit direct në depon e institucionit tonë. Uji që përdoret në institucionin tonë është i monitoruar çdo ditë nga përfaqësuesit të institutit të Shëndetit Publik, duke marrë mostra uji pothuajse çdo ditë në ambiente, ku nga përgjigjet periodike të analizave rezulton se uji është brenda parametrave.*

*(Bashkëlidhur përgjigjeve nga IEVP Peqin, janë vënë në dispozicion të grupit të auditimit të gjitha shkresat vërtetuese në lidhje me realizimin e këtyre rekomandimeve).*

##### **IEVP Rrogozhinë**

*Për sa i përket ujit të pijshëm, ai sigurohet nga Ndërmarrja e Ujësjellës Kanalizimeve të Bashkisë Rrogozhinë aty ku furnizohen edhe qytetarët e këtij qyteti. Nga ana e institucionit paguhen rregullisht brënda afateve faturat e ujit të nxjerra nga matësit e montuar nga*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*Ndërmarrja UK. Gjithashtu në çdo tre muaj, nga institucioni ynë në DShP Kavajë, ujit të pijshëm i bëhen analizat bakteriologjike rregullisht.*

**IEVP Vlorë**

*Ju infomojmë se ne IEVP-Vlorë çdo i paraburgosur furnizohet t me 130 L ujë në ditë sipas normave të Komunitetit European.*

*Të paraburgosurit e akomoduar në IEVP-Vlorë në asnjë moment nuk kanë mbetur pa u furnizuar me ujë të pijshëm dhe kur rrjeti i Ujësjellsit Vlorë ka patur probleme, në bashkëpunim me Zjarrfikëset Vlorë dhe Ujësjellës Kanalizime Vlorë janë marrë të gjitha masat që të furnizohen normalisht me ujë.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe e kanë zbatuar atë.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

**Rekomandimi 7**

IEVP-të Peqin, IEVP Rrogozhinë dhe IEVP Vlorë të marrin masa për të kompletuar bibliotekat me literaturën bazë për të drejtat dhe trajtimin e të paraburgosurve dhe të dënuarve, legjislacionin bazë penal, procedural penal si dhe të pasurojnë përmbajtjen e titujve shkencor dhe artistik.

**Brenda 6-mujorit të parë të 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**DPB**

*Lidhur me pasurimin e bibliotekave, IEVP kanë siguruar një sasi librash nëpërmjet buxhetit dhe donacioneve, por nuk mund të themi se ato janë të pasura mjaftueshëm.*

**IEVP Peqin**

*Ju bëjmë me dije se në institucionin tonë është në funksion biblioteka për të dënuarit e pajisur me literaturë të mjaftueshme, për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve, legjislacionin bazë, si dhe librat artistikë. Së fundmi nga shoqata (366) Elbasan na është dhuruar një sasi e konsiderueshme librash për të dënuarit. Nga inventari i bibliotekës rezulton se të dënuarit kanë në dispozicion 548 tituj librash dhe broshura, konventa për të drejtat e të dënuarve*

**IEVP Rrogozhinë**

*Në lidhje me bibliotekën e të dënuarve jemi në bashkëpunim me shoqatën e ShKBBSH-së për pajisjen e saj me rafte si dhe nga një gazetar i RTSh-së jemi në pritje të dhurimit të 1500 librave, pasi kemi kontaktuar me të.*

**IEVP Vlorë**

*Përsa i përket rekomandimit të pestë të Auditimit të Performancës ku theksohet se: “IEVP-Vlorë të marrë masa për të kompletuar bibliotekën me literaturën bazë për të drejtat dhe trajtimin e të paraburgosurve dhe të dënuarve, legjislacionin penal, procedurat penale si dhe të pasurojnë përmbajtjen e titujve shkencor dhe artistik “ iu bëjmë me dije se, Drejtoresh e Bibliotekës së Qytetit të Vlorës “Shefqet Mysaraj” Znj. Elma Rama ka dhuruar për IEVP-Vlorë 100 libra të fushave të ndryshme ( romane, tregime, libra shkencore ) për të paraburgosurit e akomoduar në institucion, gjithashtu një donacion është bërë dhe nga Shoqata jofitim prurëse “ALBA ACCESS OPEN “ e cila ka dhuruar libra të ndryshëm ( fjalë kryqe, tregime, romane ) etj*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*Aktualisht pranë Bibliotekës së institucionit gjenden rreth 800 libra të profileve të ndryshëm , si shkencore, historik, autobiografik dhe normalisht kodi procedurës penale, legjislacionet në fuqi etj.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe janë në proces implementimi. IEVP Peqin dhe IEVP Vlorë e kanë zbatuar rekomandimin ndërsa IEVP Rrogozhinë është në proces.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi**

**Rekomandimi 8**

IEVP-të Peqin, IEVP Rrogozhinë dhe IEVP Vlorë të marrin masa për të kompletuar ambientet e përbashkëta, ambientet sportive dhe dhomat e prindërimit, me pajisjet didaktike për vendosjen në funksion të tyre si dhe mjetet e nevojshme të komunikimit më zyrat korrespondente të avokatit të popullit, të tillë që të përafrojnë jetën në burg sa më shumë që të jetë e mundur me aspektet pozitive të jetës në komunitet.

**Brenda 6-mujorit të parë të 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**DPB**

*DPB nuk ka prokuruar pajisje të sallave fitnes në burgje. Në praktikën e deri para disa vitesh të dënuarit i kanë siguruar vetë këto pajisje, por DPB e ka ndaluar këtë praktikë, pasi thellon hierarkinë në burgje dhe është burim konflikti e shfrytëzimi.*

**IEVP Peqin**

*Në të gjithë sektorët e godinave të brendshëm janë të afishuara numrat e kontaktit me institucionet e Av. Popullit, K.H.SH dhe Njesisë Antikorrupsion.*

*Gjithashtu të dënuarve ju garantohet e drejta e korespondencës nëpërmjet kutisë postare.*

*Dhoma e prindërimit është e pajisur me të gjitha kushtet dhe materialet e nevojshme për krijimin e një ambjenti sa më të përshtatur për fëmijët e të dënuarve, e pikturuar në mure, e paisur me lodra për fëmijë etj.*

*Ju bëj me dije se nga ana jonë u morën të gjitha masat për përmbushjen e rekomandimeve në lidhje me kompletimin e ambjenteve të përbashkëta si (Tavolina plastike, stola çlastike, tavolina piopongu, kutia shahu, tavëll etj).*

**IEVP Vlorë**

*Përsa i përket rekomandimit të Auditimit të Performancës ku theksohet se “ IEVP-Vlorë të marri masat për të kompletuar ambientet e përbashkëta, ambientet sportive dhe dhomat e prindërimit me mjete didaktike për vendosjen në funksion të tyre si dhe mjetet e nevojshme të komunikimit me zyrat korrespondente të avokatit të popullit, të tillë që të përafrojnë jetën në burg sa më shumë që të jetë e mundur me aspekte pozitive të jetës në komunitet” iu informojmë se në ambiente të regjimit të brendshëm sektori edukimit ka marrë të gjitha masat duke afishuar në ambiente të përbashkëta dhe në ambiente pranë aparateve telefonik numrat e aparateve telefonik numrat e telefonit të avokatit të popullit, ku të gjithë të paraburgosurit që janë të akomoduar në IEVP-Vlorë të komunikojnë në çdo moment me Avokatine Popullit, pa pagesë. Gjithashtu sërish nga sektori i Edukimit është realizuar një komunikim me kompanin Nisatel që operon në institucionin tonë dhe i është kërkuar që numrat e Avokatit të Popullit, Komitetit të Helsinkit të jenë numra jeshil .*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

*Përsa i përket kompletimit të ambiente të takimit me familjarët, prindërimin në distancë, ju bëjme me dije se me urdhër nr 6285 datë 14.06.2021 "Mbi procedurën e vizitave të burgosurve me familjarët në kushtet e pandemisë dhe masat parandaluese janë ndaluar takimet me familjarët nga afër dhe për këtë arsye dhoma e takimit të prindërve me fëmijët e mitur është hequr deri në një urdhër të dytë. Orenditë dhe pajisjet e nevojshme të dhomës për të realizuar takimin e prindërimin në distancë janë në institucion, por për shkak të pezullimit të takimeve, përkohësisht janë hequr nga ambienti i takimit fizik, si ( tavolina e fëmijëve të mitur, karriket për fëmijë, lodrat e ndryshme që mund të luajnë fëmijët që vijnë në takim). Në momentin e parë që do të lejohen takimet fizike në kuadër të prindërimin në distancë, padiskutim që dhoma e prindërimin do të kompletohet dhe do të jetë funksionale , siç ka qenë përpara rënies së pandemisë.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet e audituar konstatohet se subjektet e kanë pranuar rekomandimin dhe janë në proces implementimi. IEVP Peqin e ka zbatuar plotësisht këtë rekomandim, IEVP Vlorë pjesërisht ndërsa IEVP Rrogozhinë nuk e ka zbatuar.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.**

**III. Për Pyetjen: "A janë efektive programet e punësimit në sistemin penitenciar?"**

**Gjetje:**

1. Në asnjë nga IEVP-të e audituara nuk ka të dënuar të punësuar jashtë ambienteve të institucionit, p.sh. nga një subjekt privat që kërkon forcë pune.
2. Urdhri i Ministrit të Drejtësisë nr. 2259, datë 11.03.2008 përcakton se kryetar i komisionit që merret me përcaktimin e punësimit të të dënuarve do të jetë zv/drejtori i IEVP-së përkatëse, por sipas organikës aktuale rezulton se ky pozicion nuk figuron më në IEVP-të e vendit.
3. Nga vizitat e grupit në ambientet e IEVP-ve dhe diskutimet me stafin u vu re se nuk kishte ndonjë sistem për mbikëqyrjen e të punësuarve, për të verifikuar kryerjen faktike të punës.
4. VKM-ja e fundit që rregullon shpërblimin e të dënuarve daton që në vitin 1993, shumë kohë përpara miratimit të vetë ligjit për të drejtat dhe trajtimin e të burgosurve.
5. Mungesa e shpërblimit për punën e të dënuarve lidhet edhe me probleme të tjera. Kështu, atyre nuk u paguhen sigurimet shoqërore dhe rrjedhimisht puna e kryer nuk u njehet si vjetërsi për efekt pensioni.

**Rekomandimi 9**

Ministria e Drejtësisë, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, së bashku me IEVP-të përkatëse të nxisin punësimin e të dënuarve në subjekte të tjera jashtë institucionit ku vuajnë dënimin, nëpërmjet fushatave promovuese, marrëveshjeve të bashkëpunimit, etj.

**Deri në Qershor 2021 dhe në vazhdimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**MD**

*Çështja e punësimit është konsideruar nga DPB, shumë e rëndësishme në kuadër të rehabilitimit të dënuarve, të menaxhimit të kohës së dënimit por edhe në funksion të të ardhurave për personat që janë duke vuajtur dënimin dhe uljes së kostos së IEVP. Aktualisht kemi përfunduar draftimin e VKM për punësimin e të burgosurve, e cila do të miratohet në kuadër të hartimit të akteve*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*nënligjore në zbatim të Ligjit Nr.81/2020 “Për të drejta dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve”.*

**DPB**

Gjatë kësaj periudhe lidhur me punësimin e të dënuarve kemi këto zhvillime:

Në tetor 2021 u miratua VKM nr. 602, datë 13.10.2021 “Për rregullat e posaçme për organizimin e punësimit të të burgosurve, kushtet, kohëzgjatjen e punës dhe shpërblimin e saj”. Kjo VKM ka përcaktuar rregulla të posaçme për organizimin e punësimit të të burgosurve për: nevoja të IEVP-ve, nga subjektet private dhe vetpunësimi.

Për vitin 2021 janë punësuar në sistemin e burgjeve mesatarisht **517** të burgosur, prej të cilëve **120** të paraburgosur dhe **397** të dënuar.

**Numri i të burgosurve të punësuar gjatë 2016-2021**

| <i>Viti</i>            | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| <i>Kategoria</i>       |      |      |      |      |      |      |
| <b>Të paraburgosur</b> | 160  | 162  | 144  | 144  | 138  | 120  |
| <b>Të dënuar</b>       | 463  | 486  | 505  | 487  | 394  | 397  |

*Për herë të parë në historinë e sistemit të burgjeve në vitin 2019 është hapur uebsiti ‘Made in Prison Albania’. Gratë e dënuara vazhdojnë të ekspozojnë dhe shesin punimet e tyre artistike “hand-made”.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

**Rekomandimi 10**

Ministria e Drejtësisë të bëjë përditësimin e Urdhrit të Ministrit të Drejtësisë nr. 2259, datë 11.03.2008, duke reflektuar ndryshimet që kanë ndodhur ndër vite në sistemin e burgjeve.

**Deri në Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Ju kemi informuar se është miratuar VKM Nr.602, datë 13.10.2021 për procedurat e punësimit dhe shpërblimit të të burgosurve dhe janë shfuqizuar të gjitha aktet e mëparshme.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

**Rekomandimi 11**

Ministria e Drejtësisë të propozojë pranë Këshillit të Ministrave ndryshimin e VKM nr.228, datë 19.05.1993 për mënyrën e shpërblimit të punës së të dënuarve me heqje lirie, në mënyrë që të sigurohet një pagesë e duhur për të dënuarit e punësuar.

**Deri në Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

## **MD**

*Kuvendi i Shqipërisë, me angazhimin e veçantë të Ministrisë së Drejtësisë ka miratuar në korrik 2020, paketën e re penitenciare të ligjeve, e cila është një paketë e plotë ligjore, që synon të rregullojë menaxhimin në sistemin penitenciar në Shqipëri, nën frymën e konventave europiane dhe ndërkombëtare më të mira që rregullojnë këtë fushë dhe në zbatim të së cilës është në proces finalizimi, nxjerrja e akteve nënligjore përkatëse, brenda afateve të përcaktuara në këto ligje nga ana e Drejtorisë së Përgjithshme të Kodifikimit dhe Harmonizimit të Legjislacionit, në konsultim dhe bashkëpunim me grupet e interesit, si dhe institucionet bashkë përgjegjëse sipas parashikimeve të këtyre ligjeve.*

## **DPB**

*Në përfundim është miratuar VKM Nr.602, datë 13.10.2021 për procedurat e punësimit dhe shpërblimit të të burgosurve.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

## **IV. Për pyetjen audituese: "A ofrojnë programet e edukimit siguri për riintegrimin në shoqëri të të dënuarve?"**

### **Gjetje:**

1. Gjatë fazës së terrenit grupi i auditimit u njoh me dokumentacionin e I EVP-ve ku rezultoi se: I EVP Vlorë dhe I EVP Peqin në kuadër të Marrëveshjes së Bashkëpunimit me nr. 526 Prot, datë 17.01.2018 dhe nr. 729, datë 18.01.2018 e lidhur mes Ministrisë së Drejtësisë dhe MASR, ushtrojnë procesin arsimor, ndërsa në I EVP Rrogozhinë, grupit të auditimit nuk iu vendos asnjë evidencë mbështetëse si Regjistra dhe foto të zhvillimit të procesit mësimor.
2. Njëkohësisht grupi i auditimit kërkoj informacione mbështetëse prej DPB mbi marrëveshjet dhe programet e miratuar trajnuese dhe profesionale të cilët u përgjigjën se: marrëveshja e bashkëpunimit për formimin profesional të burgosurve është në proces ri-shikimi.
3. Për të bazuar opinionin auditues si evidencë mbështetëse, grupi i auditimit gjatë zhvillimit të intervistave me përfituesit e shërbimit të I EVP-ve, konkretisht me të paraburgosur dhe të dënuar, rezultoi se: shumica e tyre nuk kanë qenë pjesë e programeve trajnuese, sikurse nuk kanë as dijeni mbi kryerjen e kurseve profesionale për zhvillimin e aftësive. Rregullisht ata ndjejnë frymën e bashkëpunimit të organizatave fetare të cilat iu mundësojnë predikimin e rriteve fetare në regjimin e brendshëm.
4. Për secilën prej evidencave të siguruara nga subjekti I EVP Vlorë dhe I EVP Peqin mbi rehabilitimin dhe integrimin e të dënuarve grupi konstaton se, marrëveshjet e bashkëpunimit përveç afatit të vlefshmërisë nuk citojnë pikën e kontakti, afate për dërgim raporte narrative, raporte analitike apo dokumentacioni tjetër justifikues.
5. Grupi i auditimit nga dokumentacioni mbështetës prej I EVP Peqin dhe I EVP Vlorë konstaton se: për periudhën objekt auditimi, numri mesatar i individëve të cilët kanë kryer më parë vepra penale dhe kanë vuajtur me parë dënim penitenciar është i lartë.
6. Vetëm për vitet 2016 dhe 2017 në I EVP Vlorë kanë qenë respektivisht 44 dhe 78 persona recidivist, ndërsa për I EVP Peqin kanë qenë 45 recidivist për vitin 2016 dhe 30 persona për 2017.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

### **Rekomandimi 12**

IEVP Rrogozhinë në bashkëpunim me institucionet rajonale arsimore, të marri masa për të bërë efektive marrëveshjet ndërinstitucionale në kuadër të zhvillimit të procesit arsimor në burg për arsimin e detyrueshëm 9-vjeçar.

**Brenda 6-mujorit të parë të 2021**

#### **Përgjigja institucionit:IEVP Rrogozhinë**

*Në bashkëpunim me Drejtorinë Arsimore, në ambientet e rajonit të banimit vazhdon procesi arsimor me të dënuarit për vazhdimin e shkollës 9-të vjeçare. Nga Drejtoria Arsimore janë të angazhuar 5 (pesë) arsimtarë që vazhdojnë procesin arsimorë me të dënuarit. Gjithashtu janë ndjekur edhe kurset profesionale, por për shkak të pandemisë kurset janë ndërprerë. Jemi në komunikim dhe presin përgjigje për vazhdimin e kurseve.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i **pranuar dhe i zbatuar**.

### **Rekomandimi 13**

Drejtorja e Përgjithshme e Burgjeve të hartojë modalitete mbi ndjekjen reale të marrëveshjeve ndërinstitucionale me objekt arsimimin dhe trajnimet e vazhdueshme profesionale të paraburgosurve dhe të dënuarve në IEVP, si dhe të hartoj databazën e të dënuarve që kanë zhvilluar këto programe.

**Brenda vitit 2021**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

##### **DPB**

*Është në zbatim marrëveshja me MAS për arsimin e të burgosurve dhe po rishikohet me qëllim që të lehtësohet procesi.*

*Krahas marrëveshjes për arsimimin po finalizohet marrëveshja me Ministrinë e Ekonomisë për formimin profesional të të burgosurve.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar, janë duke u ndjekur modalitetet për ndjekjen e marrëveshjeve por nuk ka dokumentim të krijimit të database.

ky rekomandim konsiderohet i **pranuar dhe në proces zbatimi**.

### **Rekomandimi 14**

Drejtorja e Përgjithshme e Burgjeve në bashkëpunim me IEVP-të, të kujdeset për të mundësuar trajnime dhe kualifikime të veçanta në fushat përkatëse, duke monitoruar procesin dhe përmbajtjen e kurikulave të trajnimit në vazhdimësi.

**Brenda muajit Mars 2021 dhe në vazhdimësi**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Trajnimi dhe kualifikimi i të burgosurve është një proces i vazhdueshëm që sigurisht nuk është arritur në përmasat maksimale për arsye të shumta.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i **pranuar dhe në proces zbatimi**.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

### **Rekomandimi 15**

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve në bashkëpunim me IEVP-të, të orientojnë praktikat e programeve të individualizuara profesionale drejt modeleve ndërkombëtare dhe metodave interaktive.

**Brenda muajit Mars 2021 dhe në vazhdimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**MD**

*Stafi i burgjeve ka në dispozicion metodologjinë e hartimit të planit individual të dënimit si dhe udhëzime lidhur me vlerësimin e riskut dhe të nevojave të cilat janë produkte të ofruar nga KE me ekspertë*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

### **Rekomandimi 16**

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, së bashku me IEVP-të përkatëse të ngrenë një sistem më eficient monitorimi të punës faktike të të dënuarve dhe llogaritjen përkatëse të ditëve të punës;

**Në vazhdimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

**MD**

*Me qëllim zbatimin e procedurave aktuale të punësimit, evitimin e korrupsionit, të punësimeve fiktive e preferenciale, të diskriminimit e tj, DPB në mënyrë të vazhdueshme ka ushtruar kontroll mbi procedurat e punësimit, madje të shtrira shumë kohë më pare.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

## **IV. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME**

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresën nr. 648/12 prot., datë 18.02.2021, konstatohet se pjesa më e madhe e tyre është në proces zbatimi ose e zbatuar pjesërisht.

*I. Për sa më sipër **rikërkojmë** që Ministria e Drejtësisë, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, IEVP Peqin, IEVP Rrogozhinë, IEVP Vlorë, të marrin masa të zbatohen të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara ose të zbatuara pjesërisht si më poshtë:*

### **A. MASA ORGANIZATIVE**

4. Ministria e Drejtësisë në bashkëpunim me Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve dhe IEVP Rrogozhinë të hartojnë planin e masave për respektimin e kushteve infrastrukturore sipas standardeve të legjislacionit në fuqi dhe në harmoni me ato ndërkombëtare.

**Brenda datës 30.12.2022**

8. IEVP-të Peqin, IEVP Rrogozhinë dhe IEVP Vlorë të marrin masa për të kompletuar ambientet e përbashkëta, ambientet sportive dhe dhomat e prindërimit, me pajisjet didaktike për vendosjen në funksion të tyre si dhe mjetet e nevojshme të komunikimit më zyrat korrespondente të



**KONTROLLI I LARTË I SHETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

avokatit të popullit, të tillë që të përafrojnë jetën në burg sa më shumë që të jetë e mundur me aspektet pozitive të jetës në komunitet.

**Brenda datës 30.12.2022**

**II.** Për të gjitha rekomandimet e tjera, që konsiderohen në proces zbatimi, inkurajohet përsheptimi i realizimit të plotë të tyre brenda 30.09.2022 dhe në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.

**5. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “SISTEMI I MENAXHIMIT TË SHËRBIMIT SHËNDETËSOR NË IAP”**

**PËRMBLEDHJE:**

Kontrolli i Lartë i Shtetit në zbatim të programit të auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022 mbi “Verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet për 6-mujorin e parë të vitit 2021 si dhe shkresës “Njoftim fillim auditimi” me nr.121/4 prot, datë 24.01.2022, ushtroi auditim në 4 (katër) subjektet pjesë e Auditimit të Përformancës me temë: “Sistemi i Menaxhimit të Shërbimit Shëndetësor në Institucionet e Arsimit Parashkollorë, përkatësisht: Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Bashkinë Vlorë, Drejtorinë Qendrore të Operatorit të Kujdesit Shëndetësor, Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve.

Auditimi i kryer në vitin 2021, kishte si periudhë auditimi nga data 01.01.2017-31.12.2019. Konkluzionet e tij janë miratuar me Vendimin nr. 16 datë 12.02.2021 të Kryetarit të KLSH-së, si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. 649/18, /19, /20 prot, datë 16.02.2021. Auditimi mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna u krye nga data 25.01.2022 deri më datë 08.02.2022, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- a.** Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2021, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjekti i audituar, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;
- b.** Nxjerrjen nga Titullari i njësisë publike të akteve administrative të nevojshme, si vendime, urdhër për zbatimin e masave organizative;
- c.** Të tjera masa e rekomandime që i përcillen subjektit të audituar nëpërmjet Vendimit të Kryetarit të Kontrollit të Lartë të Shtetit.

Në subjektet objekt i auditimit u mbajtën Akt-Verifikimet përkatëse, të cilat janë regjistruar përkatësisht në MSHMS me nr. 429/2 prot, datë 08.02.2022, në Bashkinë Vlorë nr. 848/2 prot, datë 08.02.2022, në DQOSHKSH nr. 499 prot, datë 08.02.2022 dhe DPÇK nr. 1015/3 prot, datë 08.02.2022 si dhe u trajtuan observimet e paraqitura. Projektraporti i auditimit u dërgua me shkresën nr. 121/17 prot, datë 23.02.2022, për të cilin nuk janë paraqitur observime.

**Në përfundim të procesit të auditimit, rezulton se:**

**I. Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*-Në zbatim të nenit 15, shkronja “j”, të ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, vetëm Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nëpërmjet saj ka kthyer përgjigje në KLSH mbi planin e masave me shkresën nr. 937/1 prot, datë 16.03.2021 për MSHMS dhe OSHKSH institucion varësie i saj, ndërsa dy subjektet e tjerë objekt auditimi nuk kanë kthyer përgjigje referuar kërkesës ligjore.*

**II. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.**

*-Nga ana e subjekteve të audituar nuk janë marrë masa për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna, në zbatim të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, neni 30, Rekomandimet e KLSH – së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku përcaktohet se:*

*“Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna”.*

**III. Rekomandimet e KLSH**

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 649/18, /19, /20 prot, datë 16.02.2021, janë rekomanduar gjithsej:

✓ **Masa organizative 20 rekomandime**

**IV. Statusi i pranimit të rekomandimeve të KLSH**

Sipas masave të marra nga institucionet respektive si dhe shkresës të përcjellë nga MSHMS në KLSH nr. 937/1 prot, datë 16.03.2021 Mbi planin e masave, lidhur me rekomandimet e lëna rezultojnë se:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Masa Organizative    | 20          | 20      | -          |

**I/1 HYRJA**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në 6-mujorin e parë të vitit 2021, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve”. Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022 dhe shkresës nr. 121/4 prot., datë 24.01.2022 “Njoftim për fillim projekt auditimi tematik për zbatimin e rekomandimeve”. Rekomandimet e lëna në Raportin Përfundimtar të Auditimit të mëparshëm me temë “Sistemi i Menaxhimit të Shërbimit Shëndetësor në Institucionet e Arsimit Parashkollor” me konkluzionet përkatëse, janë miratuar me Vendimin nr. 16 datë 12.02.2021 të Kryetarit të KLSH-së dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat nr. 949/18, /19, /20 prot, datë 16.02.2021.

Auditimi u krye nga Grupi i Audituesve Shtetërorë të KLSH-së, me përbërjen:

1. Klarenc Xhaferaj, përgjegjës grupi



**KONTROLLI I LARTË I SHETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

2. J. Zh., anëtar

3. H. K., anëtar

Auditimi ka filluar më, 25.01.2022

Auditimi ka përfunduar më, 08.02.2022

**I/2. OBJEKTI AUDITIMIT:**

Objekt i këtij auditimi është zbatimi i masave të rekomanduara nga KLSH në auditimin e mëparshëm, përcjell në Ministrinë e Shëndetësisë dhe OSHKSH me shkresën nr. 949/18 prot., datë 16.02.2021, në Bashkinë Vlorë me nr. 649/20 prot, datë 16.02.2021, në Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve nr. 649/19 prot, datë 16.02.2021, së bashku me Raportin Përfundimtar të Auditimit.

**I/3. QËLLIMI AUDITIMIT:**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të raportit vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tremujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3 e nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.

**I/4. METODOLOGJIA E AUDITIMIT:**

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti në lidhje me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH për përmirësimin e gjendjes së subjektit në të ardhmen.

**I/5. KONKLUZIONI:**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjektet Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Bashkia Vlorë, Drejtoria Qendrore e Operatorit të Kujdesit Shëndetësor, Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresën nr. 949/18 prot., datë 24.01.2021, rezulton se **20 (njëzetë) masat gjithsej të rekomanduara** janë pranuar nga subjektet e audituara. Nga këto masa:

- ✓ janë zbatuar **3 rekomandime** ose 15% e tyre,
- ✓ janë zbatuar pjesërisht **2 rekomandime** ose 10% e tyre,
- ✓ gjenden në proces zbatimi **15 rekomandime** ose 75% e tyre,

Nga sa shihet niveli i realizmit është në masën 15%. Megjithatë, referuar veprimeve të ndërmarra, evidentohet se institucionet objekt auditimi e kanë vlerësuar procesin e zbatimit të rekomandimeve.

Në mënyrë të përmblëdhur statusi i rekomandimeve të pranuar paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Pranuar | Statusi i zbatimit |                    |                   |            |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         | Zbatuar            | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 1   | Masa Organizative    | 20      | 3                  | 2                  | 15                | 0          |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

## **II. OPINION I PËRGJITHSHËM MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE :**

Pavarësisht nga puna e bërë, niveli i zbatimit të plotë të rekomandimeve është rreth 15 %. Për një masë të konsiderueshme të masave organizative të lëna, institucionet nuk kanë arritur implementimin e plotë të tyre. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara, për përmbushjen e rekomandimeve të lëna dhe garantimin e një menaxhimi më të mirë të shërbimit shëndetësor, në institucionet e arsimit parashkollor.

## **III. ZBATIMI I REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMIN E MËPARSHËM**

### **MASA ORGANIZATIVE**

*I. Për pyetjen audituese: Si është argumentuar dhe mbështetur shërbimi i mjekut dhe si është reflektuar ai në strategjitë dhe planet e veprimit të MSHMS?*

#### **Gjetje nga auditimi:**

1. Shërbimi i mjekut në IAP është i pa argumentuar dhe i pa mbështetur në zbatim të Urdhrit nr.18, datë 17.01.2019 për óMiratimin e Rregullores së Brendshme për Mënyrën e Organizimit dhe Funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësorë. Nuk ka analizë dhe vlerësim të shërbimit si edhe mungon baza ligjore e kuadri rregullator.
2. Shërbimi i mjekut në IAP nuk është përfshirë në prioritetet strategjike të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020 dhe Planet e Veprimit të MSHMS.
3. Mungesa e informacionit mbi historikun e shërbimit nga MSHMS. Gjatë fazës së terrenit grupi i auditimit ka hasur në mënyrë të vazhdueshme vështirësi në grumbullimin e evidencës qoftë nëpërmjet dokumenteve të shkruara por edhe nëpërmjet intervistave e pyetësorëve, hulumtimeve, për të kuptuar historikun e shërbimit dhe arsyet e mos shtrirjes së tij në gjithë territorin.

#### **Rekomandimi:**

1. Drejtoritë Rajonale të OSHKSH Tiranë dhe Vlorë të kryejnë vlerësimin e shërbimit të mjekut në IAP.

**Mars 2021**

#### **Përgjigja e subjektit të audituar:**

*-Drejtoritë Rajonale Tiranë dhe Vlorë, në zbatim të rekomandimeve mbi Auditimin e Performancës së kryer nga Institucioni i KLSH-së mbi “Sistemin e menaxhimit të Shërbimit Shëndetësor në IAP”, kanë kryer vlerësimet e performancës së këtij shërbimi.*

*-Drejtoria Rajonale Tiranë në vlerësimin e këtij shërbimi, përveç paraqitjes së situatës nga verifikimet e kryera, ka lënë dhe detyra për ndjekje nga NJVKSH Tiranë që lidhen me mbulimin e shërbimit, për domosdoshmërinë e sigurimit të pajisjeve dhe dokumentacionit të domosdoshëm për stafet shëndetësore në ofrimin e shërbimeve si dhe për bashkëpunimin me institucionet e Bashkisë Tiranë me qëllim ofrimin më cilësor dhe monitorim më të mirë të shërbimit shëndetësor në IAP.*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*Për sa më lart, DROSHKSH Tiranë ka vendosur në dijeni dhe DQOSHKSH me shkresën 1183 Prot., datë 27.04.2021 dhe protokolluar pranë DQOSHKSH me Nr. 1222, datë 28.04.2021.*

*-Drejtoria Rajonale Vlorë në zbatim të këtij rekomandimi ka kryer vlerësimin e ofrimit të shërbimit shëndetësor në IAP, bazuar në karakteristikat e ofrimit të këtij shërbimit që janë të ndryshme nga ofrimi i këtij shërbimi në Tiranë. Ky vlerësim është kryer më datë 06.04.2021, me Nr. Prot. 2985/7, me lëndë “Mbi adresimin e rekomandimeve të KLSH mbi “Vlerësimin e shërbimit të mjekut në IAP”.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti e ka pranuar dhe e ka në proces zbatimin e rekomandimit.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**.

**Rekomandimi:**

2. Drejtoria Qendrore e OSHKSH të ngrejë një grup pune me specialistë/ekspertë të Drejtorisë së Harmonizimit të Kujdesit Shëndetësor në bashkëpunim me Drejtorinë e Racionalizimit të Kujdesit Shëndetësor dhe Drejtorinë e Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor, për të kryer identifikimin e nevojave vlerësimin e shërbimit të mjekut në IAP, bazuar në të dhënat që do grumbullohen nga Drejtoritë Rajonale OSHKSH, studime dhe praktika të mira, me qëllim dizajnimin e një sistemi eficient të menaxhimit të shërbimit në gjithë territorin.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Drejtoria Qendrore e OSHKSH, në funksion të zbatimit të rekomandimeve, pas marrjes së raportit mundësoi shpërndarjen e raportit/rekomandimeve tek stafi përgjegjës për ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve. Në e-mailin e dërguar nga Dr. e Përgjithshme datë 22.02.2021, specifikohet që në varësi të rekomandimeve personat e ngarkuar sipas drejtorive të punojnë për adresimin e rekomandimeve. Në funksion të kësaj detyre, grupi me përfaqësues nga drejtori të ndryshme pranë OSHKSH, pas vlerësimeve të kryera edhe nga DROSHKSH-të e Tiranës dhe Vlorës, përgatiti një plan pune për veprime të mëtejshme që lidhen me një vlerësim më të gjerë, më dhënien e mendimeve për përmirësimin e shërbimeve si dhe në vazhdimësi për përmirësimin e kuadrit rregullator të ofrimit të shërbimit me qëllim dizajnimin e një sistemi eficient të menaxhimit të shërbimeve në të gjithë territorin e vendit. Ky veprim është dokumentuar në Memon e përgatitur dhe dërguar nga grupi me Nr. Prot. 12222/1, datë 04.05.2021.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti e ka pranuar dhe e ka në proces implementimi rekomandimin.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**.

**Rekomandimi:**

3. MSHMS të marrë masa për përfshirjen e shërbimit të mjekut në IAP në dokumentet strategjike sipas vlerësimit të kryer nga Drejtoria Qendrore e OSHKSH.

**Dhjetor 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN Nga 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka hartuar dhe është miratuar nga Këshilli i Ministrave me Vendim nr.405, datë 20.5.2020 “Për miratimin e Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020-2025”, Strategjinë e Kujdesit Shëndetësor Parësor, parashikon vizionin që do të ketë ministria për kujdesin shëndetësor parësor përfshirë edhe IAP.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin. Është hartuar dhe miratuar strategjia e KSHP për periudhën 2020-2025 e cila është gjithëpërfshirëse, por nuk disponohet zbërthimi i kësaj strategjie në plane veprimi lidhur me shërbimin e mjekut në IAP.

Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

**II. Për pyetjen audituese: Si ka qenë kuadri ligjor dhe rregullator që përcakton qartë funksionet dhe detyrat e institucioneve dhe si janë dizenuar strukturat përgjegjëse?**

**Gjetje nga auditimi:**

1. MSHMS nuk ka arritur të dizenjoj dhe të rregulloj akte nënligjore, në mirë funksionimin e sistemit të menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP, në zbatim të Ligjit nr.10 107 datë 30.3.2009 për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë dhe i ndryshuar, neni 40 pika 2.
2. Drejtoria e Përgjithshme e Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në MSHMS referuar Urdhrit nr.178 datë 22.02.2018 për Miratimin e Rregullores së Brendshme, Organizimin dhe Funksionimin e MSHMS dhe neni 14, nuk ka përgatitur raporte specifike apo informacione të ndryshme dhe propozime konkrete, në funksion të sistemit të menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP.
3. MSHMS nuk ka caktuar dhe ngarkuar zyrtarin përgjegjës për mbikëqyrjen e Operatorit, në zbatim të Urdhrit nr.18, datë 17.01.2019 për Miratimin e Rregullores së Brendshme për Mënyrën e Organizimit dhe Funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, neni 28.
4. Rregullorja e OSHKSH miratuar me Urdhrin nr. 18 datë 17.01.2019 për Miratimin e Rregullores së Brendshme për Mënyrën e Organizimit dhe Funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor nuk ka të përcaktuar detyrat mbi të cilat drejtoritë e varësisë, DR OSHKSH-të dhe NJVKSH-të duhet të ushtrojnë funksionet e tyre në ofrimin e shërbimit shëndetësor në IAP.

*(Trajtuar më hollësisht në pyetjen 3.1.2 faqe 24-27 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Rekomandimi:**

1. Në zbatim të Ligjit nr.10107, datë 30.3.2009 óPër Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë i ndryshuar, neni 40 pika 2, MSHMS të marrë masat në dizenjimin dhe rregullimin e akteve nënligjore dhe në përditësimin e dokumenteve rregullatore ekzistuese.

**Shtator 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Këshilli i Ministrave ka miratuar me Vendim nr.405, datë 20.5.2020 “Për miratimin e strategjisë së zhvillimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri 2020-2025”, strategjinë e kujdesit shëndetësor parësor e cila parashikon vizionin që do të ketë ministria për kujdesin shëndetësor parësor përfshirë edhe IAP.*

*Strategjia ka një parashikim si më poshtë vijon:*

*3.6.2. Objektivi specifik 2 i politikës 5 Të sigurojmë një bashkëpunim të qëndrueshëm mes individëve, familjeve dhe komuniteteve dhe institucioneve të KSHP. Treguesit e performancës dhe rezultatet e pritshme Aktivizimi i individëve: - Përshkallëzim i afrimit të individëve që janë indiferentë ndaj kujdesit shëndetësor parësor përmes intensifikimit të programeve ekzistuese të depistimit/kontrollit, aktiviteteve në shkolla, fushatave informuese, partneritetit me organizata që punojnë në nivel komunitar, dhe ndërhyrjeve specifike për grupime apo shtresa të caktuara të popullatës;*

*Gjithashtu me urdhrin e Kryeministrit nr 121 datë “Për miratimin e strukturës dhe të organikës së MSHMS” është miratuar edhe ngritja e sektorit të kujdesit parësor. Ngritja e këtij sektori të munguar prej disa vitesh do të ndihmojë në zbatimin e strategjisë si dhe në hartimin e akteve rregullatore për këtë nënfushë të shëndetësisë.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar, duke qenë se është hartuar strategjia e zhvillimit për vitet 2020-2025 dhe institucioni është ristrukturuar muajt e fundit ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

**Rekomandimi:**

2. Drejtoria e Përgjithshme e Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në MSHMS të sigurojë burimet njerëzore për realizimin e detyrave në funksion të sistemit të menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP, të përcaktuara në Urdhrin nr.178, datë 22.02.2018 óPër Miratimin e Rregullores së brendshme për organizimin dhe funksionimin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale".

**Maj 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në zbatim të urdhrit të Kryeministrit nr 121, datë 28.10.2021 “Për miratimin e strukturës dhe të organikës së Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Social”, ka ndërmarrë ristrukturimin e Drejtorisë së Përgjithshme të Politikave dhe jo vetëm , duke krijuar një drejtori të vecantë që është Drejtoria e Politikave të Kujdesish Parësor dhe Shëndetit Publik me sektorë për shërbimin parësor dhe shëndetin publik, që do ketë në fokus*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*edhe këtë shërbim. Detyrat e së cilës do të pasqyrohen edhe në rregulloren e brendshme të MSHMS-së e cila është në proces miratimi.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**Rekomandimi:**

3. MSHMS të ngarkojë zyrtarin përgjegjës për mbikëqyrjen e Operatorit në realizimin e objektivave të miratuara politike dhe të menaxhimit të ligjshmërisë dhe përshtatshmërisë së veprimeve të tyre administrative në zbatim të Urdhrit nr.18, datë 17.01.2019 për óMiratimin e rregullores së brendshme për mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësoró, neni 28.

**Janar 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Me ristrukturimin e MSHMS, me Urdhrin e Kryeministrit nr 121 datë 28.10.2021, “Për miratimin e strukturës dhe të organikës së MSHMS”, po hartohet rregullorja e re e ministrisë ku do të përcaktohet edhe njësia përgjegjëse për mbikëqyrjen e institucioneve të varësisë. Aktualisht është draft.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**Rekomandimi:**

4. OSHKSH, të propozojë përditësimin e rregullores miratuar me Urdhrin nr.18, datë 17.01.2019 óPër miratimin e rregullores së brendshme për mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësoró për të përcaktuar qartazi detyrat mbi të cilat drejtoritë e varësisë, DR OSHKSH dhe NJVKSH duhet të ushtrojnë funksionet e tyre në ofrimin e shërbimit shëndetësor në IAP.

**Mars 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në lidhje me rekomandimin më sipër Drejtoria Qendrore e OSHKSH, bazuar dhe eksperiencën e krijuar në këtë periudhë dyvjeçare të funksionimit të këtij institucioni, me eksperiencën dhe praktikën e punës në përballjen me situatën e paparashikuar të emergjencës shëndetësore që po kalojmë si dhe në praktikën dhe rolet institucionale në përballimin e pandemisë CoVID-19, është në komunikim me aktorë të tjerë përfshirë dhe Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për përmirësimin sa më të gjerë të bazës ligjore organizative dhe funksionale të strukturave të Operatorit në të gjitha nivelet e tij, ku përfshihen dhe rolet dhe funksionet e institucioneve të varësisë në ushtrimin e funksioneve në ofrimin e shërbimit shëndetësor në IAP.*

*Megjithatë, ofrues direkt të dedikuar për IAP ka vetëm në NJVKSH Tiranë dhe për NJVKSH-të e tjera të vendit (përfshirë dhe Tiranën), shërbimi për këtë kategori ofrohet, financohet dhe mbulohet nga stafet e QSH-ve (MPF/Staf infermieror) sipas paketës bazë të shërbimeve të kujdesit parësor (VKM Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga FSDKSH”, i ndryshuar), ku një ndër shërbimet e kësaj pakete që duhet të ofrohet nga QSH është dhe*



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*KUJDESI SHËNDETËSOR PËR FËMIJËT 0 -14 vjeç. Shërbimet që ndër të tjera dhe detyrimisht mbulohen sipas paketës janë:*

- *Shërbimet parandaluese ku përfshihen: ndjekja e rritjes dhe zhvillimit, imunizimi, ushqyerja, këshillimi sipas moshës për rritjen dhe zhvillimin e shëndetshëm si dhe mbrojtjen e fëmijës nga dhuna dhe abuzimi),*
- *Shërbimet promovuese, edukuese.*
- *Shërbimet trajtuese, kurative në përputhje me udhëzuesit dhe protokollet klinike përkatëse në fuqi.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**III. Për pyetjen audituese: Si ofrohet në praktikë, përmes strukturave përgjegjëse, shërbimi mjekësor në arsimin parashkollor?**

**Gjetje nga auditimi:**

1. Mungon kuadri rregullator i mirë përcaktuar për ofrimin e shërbimit mjekësor në arsimin parashkollor.
2. Ecuria e ngritjes së strukturave që ofrojnë shërbimin e mjekut në IAP nuk ka qenë pozitive. Shërbimi i mjekut ofrohet vetëm në Bashkinë Tiranë dhe mungon shtrirja e tij në të gjithë territorin.
3. Mungon struktura e dedikuar për dhënien e shërbimit në Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor Tiranë dhe Vlorë.
4. Mungon struktura menaxhuese dhe koordinuese e shërbimit mjekësor në arsimin parashkollor, në Bashkinë Vlorë.

**Rekomandimi:**

1. Me qëllim përmirësimin e situatës, rekomandojmë që nga ana e Drejtorisë Qendrore të Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, të merren masa për unifikimin e rregulloreve të Njërive Vendore të Kujdesit Shëndetësor duke patur parasysh specifikat e secilës strukturë.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në zbatim të këtij rekomandimi dhe në vazhdimësi të masave të marra për zbatimin e rekomandimeve si dhe pas vlerësimeve të ofrimit të shërbimit, nga DQOSHKSH është punuar për përmirësimin e rregulloreve organizative dhe funksionale të NJVKSH. Fokusi i ndryshimeve dhe përmirësimeve ka të bëjë me rolet dhe funksionet e stafit Mjek/Infermier të shërbimit shëndetësor pranë IAP-ve në NJVKSH Tiranë si dhe me përgjegjësitë e sektorit mbikëqyrës të këtij shërbimi. Gjithashtu në Draft-Rregullore janë parashikuar përmirësime të ndjeshme mbi rolin dhe përgjegjësitë e Sektorëve të Kujdesit Parësor në NJVKSH-të e tjera të vendit. Mbas një*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*punë parapërgatitore, Draft Rregulloret për organizmin dhe funksionimin e NJVKSH-ve, me shkresën Nr. 3635, datë 09.12.2021 të DQOSHKSH, ju është dërguar të gjitha DROSHKSH-ve që në bashkëpunim me NJVKSH të mund të japin mendimet dhe opinionet e tyre në hartimin e Rregulloreve të reja të organizimit dhe funksionimit të NJVKSH-ve.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i **pranuar dhe në proces zbatimi.**

**Rekomandimi:**

2. Drejtoria Qendrore e OSHKSH pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, të ngrejë struktura të dedikuara për shërbimin në varësi të nevojave.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*1-Në zbatim të këtij rekomandimi ju bëjmë me dije se struktura të dedikuara për shërbimin shëndetësor pranë IAP ka vetëm në NJVKSH Tiranë dhe në përgjithësi për të gjitha NJVKSH-të e tjera të vendit ky shërbim monitorohet nga personel i kualifikuar infermieror i inkuadruar pranë Sektorëve të Kujdesit Parësor, të Vlerësimit të Cilësisë dhe Promocionit, pasi shërbimet shëndetësore në shkolla dhe institucionet parashkollore ofrohet direkt nga stafet e QSH-ve (MPF/Staf infermieror) sipas paketës bazë të shërbimeve të kujdesit parësor (VKM Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga FSDKSH”, i ndryshuar.*

*2- Nga Drejtoria Qendrore e OSHKSH në lidhje me gjendjen dhe nevojat e shërbimit shëndetësor dhe të mjekut në IAP është kryer vlerësim i gjendjes. Konkretisht, gjatë periudhës Maj-Qershor 2021 është kryer një vlerësim i gjerë mbi ofrimin e shërbimit stomatologjik në Shqipëri dhe veçanërisht në Tiranë, shërbim i cili ofrohet falas dhe mbulon gjithë grup-moshën 0-18 vjeç dhe që në Tiranë ofrohet në shumicën e rasteve pranë shkollave.*

*Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale, me qëllim përmirësimin cilësor të ofrimit shërbimit mjekësor në IAP/Shkolla ku përfshihet dhe shërbimi stomatologjik për grup moshat 0-18 vjeç, si dhe bazuar në vlerësimin e kryer mbi nevojat e shërbimit, në muajin Shtator 2021, mundësoi çeljen e fondeve për blerjen e uniteve dentare “Për kujdesin dentar tek fëmijët” për shërbimin stomatologjik në vlerën 14.000.000 pa TVSH.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe shpjegimeve të paraqitura në dy përgjigjet e paraqitura nga ana subjektit të audituar vlerësimi i kryer nga DQOSHKSH mbi shërbimin e mjekut në IAP (shërbimi stomatologjik) është vetëm për një element dhe jo i fokusuar në Institucionet e Arsimit Parashkollor. Për sa më sipër ky rekomandim konsiderohet i **pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.**

**Rekomandimi:**

3. Drejtoria Qendrore e OSHKSH pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, të plotësojë kuadrin rregullator, duke mirë përcaktuar detyrat dhe funksionet.

**Qershor 2021**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në zbatim të këtij rekomandimi dhe në vazhdimësi të masave të marra nga strukturat e Operatorit për zbatimin e rekomandimeve, me iniciativën dhe nën drejtimin e Dr. të Përgjithshëm në datë 17.06.2021 pranë zyrave të Drejtorisë Qendrore të Operatorit është zhvilluar një takim mbi ofrimin e shërbimit shëndetësor në çerdhe, kopshte dhe shkolla me mjekët e përgjithshëm të NJVSKH Tiranë që punojnë pranë këtyre institucioneve. Gjithashtu në këtë takim dhe me qëllim bashkërendimin e punës u ftuan dhe përfaqësues të shërbimit parësor të NJVSKH Tiranë, Drejtorisë Rajonale Tiranë, Drejtorisë së Ofritit të Shërbimit Shëndetësor në DQOSHKSH.*

*Takimi i zgjeruar u përqëndrua në:*

- a. Diskutime me mjekët e çerdheve, kopshteve dhe shkollave mbi detyrat e përcaktuara për personelin që mbulon shërbimin shëndetësor në çerdhe/kopshte dhe shkolla.*
- b. Vlerësimin e detajuar të situatës aktuale në të cilën ndodhet shërbimi duke evidentuar problematikat e hasura gjatë ofritit të shërbimit.*
- c. Rekomandime të ndryshme mbi përmirësimin e ofritit të këtij shërbimi.*

*Më në detaje mbi problematikat që hasen në terren, mbi konkluzionet dhe rekomandimet e këtij takimi për përmirësimin e shërbimeve, gjenden të përshkruara në relacionin mbi takimin e zhvilluar në Drejtorinë Qendrore të Operatorit me personelin (mjekë të përgjithshëm) që ofrojnë direkt shërbimin shëndetësor në çerdhe, kopshte dhe shkolla, datë 17.06.2021 dhe nr. Prot. 1222/2, të DQOSHKSH.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim gjendet në fazë implementimi dhe konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

**Rekomandimi:**

4. Bashkia Vlorë të marrë masa për plotësimin e strukturës e cila do të menaxhojë shërbimet në IAP.

**Dhjetor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në bazë të rekomandimeve Bashkia Vlorë ka ngritur Sektorin e Arsimit, Çerdheve dhe Sportit me vendim nr. 12 datë 11.02.2020 “Për disa ndryshime organizative të Bashkisë Vlorë dhe institucioneve të varësisë dhe funksioneve të deleguara për vitin 2020. Rregullorja e sektorit funksionon në bazë të vendimit nr. 30 datë 12.06.2020 “Për miratimin e rregullores së organizimit dhe funksionimit të njësisë së Bashkisë Vlorë për administrimin e shërbimeve në arsimin parashkollor (Kopshte dhe Çerdhe)”. Në strukturën e tij ky sektor ka: Përgjegjës sektori, Specialist arsimi, Specialist Sporti, Teknolog ushqimore dhe Specialist Sociolog. Është shpallur vendi i lirë për pozicionin e mjekut, por duke mos u paraqitur asnjë kandidat, ky pozicion në strukturën e mëvonshme u plotësua me figurën e specialistit sociolog.*

*Bashkia Vlorë administron aktualisht:*

- 3 Çerdhe;
- 8 Kopshte me ushqim;
- 11 Kopshte pa ushqim në qytet;
- 28 Kopshte pa ushqim në Njësitë Administrative;



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*Sektori i Arsimit, Çerdheve dhe Sportit ka kryer këto procese:*

***Për Çerdhet***

1. Është krijuar një databazë për të gjitha çerdhet ku pasqyrohen të dhënat e mëposhtme:
  - 1.1 Vendndodhja, adresa e saktë dhe shenjëzimi në hartë (google maps);
  - 1.2 Personeli, kontaktet telefonike e postë elektronike;
  - 1.3 Numri i fëmijëve sipas grup-moshave, vendbanimit, me aftësi ndryshe, gjinisë;
  - 1.4 Numri i shtretërve;
2. Analiza mbi situatën aktuale në çerdhe.
3. Raportim në Drejtorinë përkatëse për nevoja për ndërhyrje, riparime të lehta dhe rikonstruktime të pjesshme
  - Dezinfektim
  - Pastrim të hapësirave të gjelbra
4. Përshtatja për here te pare në çerdhe të një programi edukimi për fëmijët.
5. Monitorim në mënyrë periodike në të gjitha çerdhet në qytet.
6. Kontroll ditor i ushqimit për çerdhet, pranë magazinës së Qendrës Ekonomike.
7. Raportim të frekuentimit ditor të fëmijëve.
8. Raportim i rasteve me Covid-19 dhe dezinfektim të ambienteve të çerdheve.
9. Krijimi i një formulari aplikimi të unifikuar për të gjitha çerdhet.

***Për Kopshtet***

*Ne zbatim të VKB nr. 97 në datë 28.12.2020, Për miratimin e “Planit të përmirësimit të shërbimit në arsimin parashkollor në Bashkinë Vlorë”, Sektori i Arsimit, Çerdheve dhe Sportit ka punuar në përmirësimin e shërbimit në arsimin parashkollor dhe në promovimin e arsimit parashkollor në Bashkinë Vlorë. Sektori i Arsimit, Çerdheve dhe Sportit ka kryer këto procese:*

1. Është krijuar një data bazë për të gjitha kopshtet ku pasqyrohen të dhënat e mëposhtme:
  - Vendndodhja, adresa e sakte dhe shenjëzimi në harte (google maps);
  - Personeli;
  - Numri i fëmijëve sipas grup-moshave, vendbanimit, me aftësi ndryshe, gjinisë;
  - Numri i shtretërve;
  - Bordet, Këshilli i prindërve dhe Komisionet e ndryshme (etikes dhe sjelljes,
  - Kërkesat për regjistrime që nuk arrihet të përmbushen;
2. Përditësimin e PEI në çdo IA në bashkëpunim me Qendrën PAK (grup pune: psikolog, punonjës social dhe logopedisë në bazë të Urdhrit të Brendshëm Nr.83 , datë 31.03.2021 “Për ngritjen e grupit të punës për hartimin e planit edukativ individual PEI për fëmijët me Aftësi të Kufizuara”.
3. Kontroll ditor i ushqimit për çerdhet, pranë magazinës së Qendrës Ekonomike
4. Raportim të frekuentimit ditor të fëmijëve
5. Raportim i rasteve me Covid-19 dhe dezinfektim të ambienteve të kopshtit.
6. Raportim në Drejtorinë përkatëse për nevoja për ndërhyrje, riparime të lehta dhe rikonstruktime të pjesshme
  - Pastrim të hapësirave të gjelbra.
7. Janë zhvilluar takime me drejtuesit e kopshteve në zbatim të Urdhrit të Brendshëm nr. 147 datë 08.06.2021 “Për procedurat e aplikimit dhe të regjistrimit në kopshte dhe çerdhe, për vitin shkollor 2021-2022” për të respektuar regjistrimin në kopshte dhe



**KONTROLLI I LARTË I SHËNDETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*çerdhe sipas rajonizimit. Është bërë ndarja sipas lagjeve për secilin kopsht në qytet ku ka pasur problematika të mëparshme.*

**7.1 Krijimi i një formulari aplikimi të unifikuar për të gjitha kopshtet**

**8. Janë organizuar aktivitete të përbashkëta mes komunitetit dhe kopshteve:**

- Festa e 1 Qershorit.
- Aktivitete gjate gjithë muajit te ndërgjegjësimit të Autizmit.

**9. Është krijuar një dosje për secilin kopsht e cila përmban:**

- Planin edukativ te kopshtit
- Planin vjetor
- Planin afatmesëm
- Rregulloren e brendshme te kopshtit
- Këshillin e prindërve proces-verbal për çdo mbledhje
- Bordin e kopshtit proces-verbal për çdo mbledhje (fotokopje)
- Këshillin e mësuesve proces-verbal për çdo mbledhje (fotokopje)
- Komisionin e shëndetit, sigurisë dhe mirëmbajtjes proces-verbal për çdo mbledhje (fotokopje)
- Higjienën e kopshtit, nga muaji shtator – prill

**10. U monitoruan në mënyrë periodike te gjitha kopshtet ne qytet.**

**11. Për rritjen e kapaciteteve te stafit te kopshteve janë zhvilluar trajnime për stafin:**

- Praktikat e Mira të Higjienës në kuzhinë
- Standardet Profesionale për Drejtuesit e IA-ve Parashkollore

**12. Për të bërë të mundur me kosto 0 ose minimale kryerjen e disa shërbimeve në IA janë bërë marrëveshje bashkëpunimi nder-institucionale me:**

- Drejtorinë Rajonale te Operatorit te Kujdesit Shëndetësor Vlorë, me nr. prot 8500 datë 27.05.2021
- Drejtorinë Rajonale te Formimit Profesional Vlorë, me nr. prot, 8501 datë 27.05.2021
- Shkollën e mesme Industriale “Pavarësia” Vlorë, me nr. prot, 8499 datë 27.05.2021
- Shkollën artistike “Naim Frashëri” Vlorë, me nr. prot 8503 datë 27.05.2021
- Shkollën e mesme Tregtare Vlorë, me nr. prot. 8502 datë 27.05.2021

**13. Pjesë e Komisionit të Vlerësimit të Dosjeve të mësuesve të arsimit parashkollor që aplikojnë në portal. Procesi u krye në bashkëpunim me Zyrën Vendore Arsimore Vlorë.**

**14. Shkëmbim informacioni me DROSHKSH Vlorë në lidhje me monitorimin e kartelave të vaksinave në çerdhe, kopshte dhe shkolla me nr. prot. 8455 datë 01.10.2020.**

**15. Po punohet për një shtesë në marrëveshjen DROSHKSH Vlorë me nr. prot 8500 datë 27.05.2021 për shkëmbim periodik të informacionit mbi monitorimin frekuent të stafit mjekësor në çerdhe e kopshte.**

*Në bazë të rekomandimeve të DPAP është punuar për një formular të unifikuar për monitorimin e kopshteve. Formular i cili do të hyjë në funksion për monitorimin e kopshteve gjatë vitit 2022.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

**Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**IV. Për pyetjen audituese: Cili është roli dhe cilat janë përgjegjësit e subjekteve në zinxhirin e ofrimit të shërbimit?**

**Gjetje nga auditimi:**

1. Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve në analizat vjetore dhe realizimin e objektivave për periudhën në auditim 2017-2019 nuk ka të parashikuar objektiva specifike mbi shërbimin e mjekut dhe rolin e mjekut të institucionit.
2. Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Tiranë, Sektori i shërbimit shëndetësor parësor dhe vlerësimit të cilësisë kryen shpërndarjen e mjekëve në çerdheve dhe kopshte në bazë të një grafiku jo real dhe të pa monitoruar.

**Rekomandimi:**

1. Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve të vendosë objektiva në mënyrë matjen e progresit dhe efektivitetit të punës së mjekut dhe shërbimit mjekësor.

**Në përcaktimin e objektivave për vitin 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve ka për mision zbatimin e politikave shëndetësore në fuqi, ofrimin e kujdesit edukativ, psiko-social dhe koordinimin e kujdesit shëndetësor për fëmijët që frekuentojnë çerdhet dhe kopshtet publike të Tiranës. Mjeku DPÇK nuk ofron shërbim mjekësor/shëndetësor në çerdhe dhe kopshte por ka rol koordinues dhe bashkëpunues me mjekët e OSHKSH. Detyrat funksionale të mjekut të DPÇK janë të përcaktuara në rregulloren e organizimit dhe funksionimit të DPÇK, me Vendim Nr.987, datë 10.01.2022. Këto detyra zbatohen dhe dokumentohen në relacione mujore, akt-monitorime, shkresa zyrtare dhe memo të brendshme. Matja e progresit dhe efektivitetit të punës së mjekut relatohet në analizat mujore dhe vjetore në të cilat pasqyrohen arritjet, problematikat nëse ka pasur, si dhe evidentohen objektivat e përcaktuara. Dokumentacioni për punën e realizuar gjatë 6-mujorit të I-rë të vitit 2021:1. Analiza vjetore për vitin 2020 dhe objektivat e vitit 2021 me Nr.1710 Prot, datë 30/12/2020;2. Planet e punës për 6-mujorin e I-rë të vitit 2021 të Drejtorisë së Zhvillimit dhe Kujdesit. Shkresa me Nr.1 prot, datë 05.01.2021; Shkresa me Nr. 134 prot, datë 01.02.2021; Shkresa me Nr.253 prot, datë 01.03.2021; Shkresa me Nr.413 prot, datë 01.04.2021; Shkresa me Nr. 524 prot, datë 04.05.2021;Shkresa me Nr.693 prot, datë 01.06.2021;3. Planet e punës për 6-mujorin e I-rë të vitit 2021 të DPÇK; Shkresa me Nr.1/3 prot, datë 05.01.2021;Shkresa me Nr. 134/3 prot, datë 02.02.2021;Shkresa me Nr. 253/3 prot, datë 01.03.2021; Shkresa me Nr. 413/3 prot, datë 01.04.2021;Shkresa me Nr. 524/3 prot, datë 04.05.2021; Shkresa me Nr. 693/3 prot, datë 01.06.2021; 4. Relacionet mujore të mjekëve DPÇK për 6-mujorin e I-rë të vitit 2021; 5. Raportimet në mënyrë elektronike të rasteve me sëmundje infektive në çerdhe/kopshte pranë OSHKSH (nga një shembull komunikimi për çdo muaj).;6. Shkresa drejtuar OSHKSH-së: Shkresa me Nr.612 prot, datë 18.05.2021;Shkresa me Nr.120 prot, datë 29.01.2021; Shkresa me Nr.244 prot, datë 26.02.2021; Shkresa me Nr.410 prot, datë 31.03.2021; Shkresa me Nr.511 prot, datë 29.04.2021; Shkresa me Nr.659 prot, datë 27.05.2021; Shkresa me Nr.842 prot, datë 30.06.2021; 7. Materiale dhe fletëpalosje informuese.;8. Një shembull të rekomandimit të*



**KONTROLLI I LARTË I SHËTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*zëvendësimit të produkteve ushqimore që shkaktojnë alergji dhe intolerancë me produkte të tjera...;9. Plani i masave për stinën e verës me Nr.628 prot, datë 21.05.2021.; 10. Një model akt-monitorimi që plotësohet nga mjeku DPÇK në çerdhe dhe kopsht; 11. Një model i kartelës stomatologjike që plotësohet nga stomatologu i DPÇK për fëmijët në çerdhe. ;12. Një model fletë rekomandimi stomatologjik drejtuar prindërve për nevojat kuruese të fëmijëve.;13. Shembuj të databazës mujore për ndjekjen e rasteve me COVID-19 në çerdhe dhe kopshte.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

**Rekomandimi:**

2. Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Tiranë, Sektori i shërbimit shëndetësor parësor dhe vlerësimit të cilësisë të marrë masa për mirë organizimin dhe monitorimin frekuent të stafit mjekësor të atashuar në çerdhe e kopshte.

**Janar 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në kuadër të rekomandimeve të lëna nga KLSH për shërbimin mjekësor në IAP, NJVKSH Tiranë referon masat dhe veprimet si më poshtë:*

1. *Listë prezencat për muajin Janar 2021 me shkresën e dërguar nga Drejtoria e Përgjithshme e Cerdheve dhe Kopshteve, me nr.120 prot., datë 29.01.2021, e protokolluar në NJVKSh Tiranë me nr.222 prot. me datë 02.02.2021.*
2. *Në kuadër të bashkëpunimit ndërinstitutional, me kërkesë të DROShKSh Tiranë dhe NJVKSh Tiranë, çdo fund muaji dërgohet pranë institucionit të NJVKSH listëprezencat për mjekët, nga drejtuesit e kopshteve dhe çerdheve sipas një formati të përcaktuar nga DPCK. Kjo listë-prezencë dërgohet çdo muaj dhe është në vazhdimësi.*
3. *Gjithashtu ka një komunikim të përditshëm në rrugë elektronike ndërmjet mjekes së DPCK Vojsava Karafili dhe NJVKSh Tiranë, në lidhje me problematikat ditore në Kopshte dhe Cerdhe për situatën e pandemisë nga Covid - 19. NJVKSh Tiranë, në përgjigje të këtij informacioni dërgon në vatra epidemiologët për hetimin e rasteve.*
4. *Në marrëveshjen ekzistuese ndërinstitutionale nuk janë shtuar pika të tjera, pasi kjo marrëveshje ka rezultuar efiçente për monitorimin e ofrimit të shërbimit shëndetësor në IAP dhe gjithashtu për shkak të ngarkesës së shërbimit për vaksinimin masiv të popullatës ndaj Covid - 19 në pika të ndryshme në Tiranë. Për vitin 2022 nga ana e NJVKSH-së Tiranë është menduar rishikimi i bashkëpunimit për një shërbim akoma dhe më efiçent dhe gjithëpërfshirës.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**V. Për pyetjen audituese: Si ka qenë niveli i bashkëpunimit mes institucioneve përgjegjëse për ofrimin e shërbimit të mjekut në AP?**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Gjetje nga auditimi:**

1. Drejtoria e Përgjithshme e Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në MSHMS nuk ka linja bashkëpunimi me OSHKSH në marrjen e informacioni mbi ofrimin e kujdesit shëndetësor në çerdhe e kopshte.
2. Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Tiranë për periudhën në auditim 2017-2019 nuk ka bashkëpunimin dhe shkëmbim informacioni me Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve që lidhen me shërbimin e mjekut.

**Rekomandimi:**

1. Drejtoria e Përgjithshme e Politikave dhe Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në MSHMS të marrë masat në vendosjen e linjave të bashkëpunimit me strukturën e varësisë OSHKSH me qëllim mirë funksionimin e këtij sistemi.

**Janar 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në lidhje me këtë rekomandim ju sqarojmë se Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në zbatim të urdhrit të Kryeministrit nr. 121, datë 28.10.2021 “Për miratimin e strukturës dhe të organikës së Mistrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, ka ndërmarrë ristrukturimin e Drejtorisë së Përgjithshme të Politikave dhe jo vetëm, duke krijuar një drejtori të vecantë që është Drejtoria e Politikave të Kujdesit Parësor dhe Shëndetit Publik me tre sektorë që janë Sektori i Kujdesit Parësorit dhe Sektori i Kujdesit për Nënë dhe Fëmijën si dhe Sektori i Programeve të Shëndetit Publik, Promocionit dhe Parandalimit që do ketë në fokus edhe këtë shërbim, duke vendosur linja bashkëpunimi të vazhdueshme me strukturat përkatëse.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**Rekomandimi:**

2. Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Tiranë të marrë masa në bashkëpunim me Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve për hartimin e një marrëveshjeje bashkëpunimi në lidhje me shërbimin e mjekut.

**Mars 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*-Nga ana e DPÇK në vijim të rekomandimeve të auditit të KLSH lidhur me “Vlerësimin e performancës së çerdheve dhe kopshteve” për përpilimin e një platforme bashkëpunimi ndërmjet DPÇK dhe OSHKSH, nga ana e DPÇK është dërguar zyrtarisht draft-marrëveshja me Nr.652 prot., datë 09.06.2020.*

*-Nga ana e NJVKSH Tiranë, në kuadër të rekomandimeve të lëna nga KLSH për shërbimin mjekësor në IAP, NJVKSH Tiranë referon masat dhe veprimet si më poshtë:*

*Në marrëveshjen ekzistuese ndërinstytucionale me DPÇK nuk janë shtuar pika të tjera, pasi kjo marrëveshje ka rezultuar efiçente për monitorimin e ofrimit të shërbimit shëndetësor në IAP dhe gjithashtu për shkak të ngarkesës së shërbimit për vaksinimin masiv të popullatës ndaj Covid - 19 në pika të ndryshme në Tiranë.*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

*Për vitin 2022 nga ana e NJVKSH-së Tiranë është menduar rishikimi i bashkëpunimit për një shërbim akoma dhe më eficient dhe gjithëpërfshirës.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjekteve të audituar, DPÇK dhe NJVKSH-Tiranë, mbi dërgimin e draft-marrëveshjes e cila nuk rezulton të jetë finalizuar nga OSHKSH, ky rekomandim konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.**

*VI. Për pyetjen audituese: Si është sistemi i raportimit të ecurisë së shërbimit?*

**Gjetje nga auditimi:**

1. Sistemi i raportimit të shërbimit të mjekut në IAP është i munguar. Nga evidenca e grumbulluar gjatë fazës së terrenit, intervistat dhe pyetësorët në Njësinë Vendore të Kujdesit Shëndetësor Tiranë, rezulton se nuk respektohet mënyra e raportimit e përcaktuar në Rregullores nr. 2370 datë 09.06.1998 për óShërbimin Shëndetësor në Çerdheó dhe Rregullores nr. 2560 Datë 29.7.1998 për óShërbimin Shëndetësor në institucionet parashkollore dhe shkollorëó.
2. Ka mungesë të kontrollit të brendshëm me fokus shërbimin e mjekut në IAP. Gjatë fazës së terrenit grupi i auditimit konstatoi se për periudhën objekt auditimi nuk ka funksionuar sistemi i raportimit dhe kontrollit mbi shërbimin e ofruar në IAP.

**Rekomandimi:**

1. Pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, Drejtoria Qendrore e OSHKSH të marrë masa për përditësimin e Rregullores Nr. 2370 datë 09.06.1998 për Shërbimin Shëndetësor në Çerdhe dhe Rregullores nr. 2560 datë 29.7.1998 për Shërbimin Shëndetësor në institucionet parashkollore dhe shkollorë dhe të përcaktojë sistemin e raportimit.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në kuadër të zbatimit të rekomandimeve dhe konkretisht për rekomandimin më sipër, DQOSHKSH ka përditësuar Rregulloren Nr. 2370 datë 09.06.1998 për Shërbimin Shëndetësor në Çerdhe dhe Rregulloren nr. 2560 datë 29.7.1998 për Shërbimin Shëndetësor në institucionet parashkollore dhe shkollorë. Ky përditësim është bazuar dhe në vlerësimet e situatave të këtij shërbimi sipas nivele, në takimet e zhvilluara me aktorë të ndryshëm të shërbimit , etj, Draft-Rregullorja funksionale e përmirësuar mbi mënyrën e ofrimit të shërbimeve shëndetësore në institucionet e arsimit parashkollor dhe arsimit bazë/mesëm si dhe Draft-Rregullorja funksionale e përmirësuar mbi mënyrën e ofrimit të shërbimeve shëndetësore në çerdhe, ju është dërguar të gjitha DROSHKSH-ve me shkresën Nr. 3635, datë 09.12.2021 në të cilën ju është kërkuar që në bashkëpunim me NJVKSH të mund të japin mendimet dhe opinionet e tyre në hartimin përfundimtar të Rregulloreve të reja funksionimit që lidhen direkt me ofrimin e këtij shërbimi. Kjo praktikë e ndjekur nga ana e DQOSHKSH mundëson që menjëherë pas opinionëve të dhëna nga ana e DROSHKSH të vazhdohet me komunikimet me MSHMS për miratimin e Udhëzimeve.*



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**Rekomandimi:**

2. Pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, Drejtoria Qendrore e OSHKSH të marrë masa për përfshirjen në sistemin e raportimit edhe Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve, si strukturë menaxhuese e IAP.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në lidhje me këtë rekomandim, NJVKSH Tiranë është në komunikim të vazhdueshëm në rrugë elektronike me DPCK (mjeken Vojsava Karafili), në lidhje me problematikat ditore në Kopshte dhe Cerdhe për mbarëvajtjen e këtij shërbimi si dhe për monitorimin mbi situatën e pandemisë nga Covid - 19. NJVKSh Tiranë, në përgjigje të këtij informacioni mbi nevojat e DPCK, në zbatim të protokolleve dhe udhëzimeve për parandalimin e përhapjes së Pandemisë, dërgon në vatra stafet e shërbimit epidemiologjik për hetimin e rasteve.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**Rekomandimi:**

3. Drejtoria e Auditimit të Brendshëm pranë Drejtorisë Qendrore të OSHKSH të planifikojë kryerjen e auditimeve me fokus shërbimin e mjekut në IAP.

**Në vazhdimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Në lidhje me këtë rekomandim, DQOSHKSH ka një staf të vogël (dy persona) në strukturën audituese për të gjithë 36 NJVKSH dhe 4 Drejtoritë Rajonale dhe kjo situatë nuk jep shumë mundësi për auditime kaq specifike. Megjithatë në programin e ardhshëm të Auditimit të këtij sektori për NJVKSH Tiranë, ndër të tjera detyra për të audituar është parashikuar të fokusohet dhe në shërbimet e Mjekëve në IAP.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

**VII. Për pyetjen audituese: Si matet performanca e shërbimi të mjekut në AP?**

**Gjetje nga auditimi:**

1. Mungojnë indikatorët e mirë përcaktuar, të cilët matin cilësinë e shërbimit të ofruar në zbatim të Urdhrit nr.18, datë 17.01.2019 për óMiratimin e Rregullores së Brendshme për Mënyrën e Organizimit dhe Funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, neni 6.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Rekomandimi:**

1. Drejtoria Qendrore e OSHKSH, pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, të përcaktojë nëpërmjet një grupi pune indikatorët që do të shërbejnë për matjen e cilësisë së punës së kryer nga mjekët që ofrojnë shërbimin.

**Qershor 2021**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

*Për zbatimin e këtij rekomandimi, pas vlerësimeve të kryera mbi ofrimin e këtij shërbimi, pas takimeve të ndryshme me të gjitha aktorët në vlerësimin e ofrimit të këtij shërbimi, dhe rekomandimeve të grupit të punës, ka hartuar dhe miratuar ndryshimin e Udhëzimit Nr 1 datë 22/01/2021 të Drejtorisë Qendrore të OSHKSH “Mbi mënyrën e plotësimit dhe raportimit të pasqyrave të Informacionit shëndetësor bazuar në formatet e standardizuara”.*

*Në pikën II mbi plotësimin e pasqyrave, nënpika b të Udhëzimit Nr. 1 datë 22/01/2021 “Mbi mënyrën e plotësimit dhe raportimit të pasqyrave të Informacionit shëndetësor bazuar në formatet e standardizuara”, DQOSHKSH ka shtesën me përmbajtje si vijon: Me qëllim monitorimin dhe ndjekjen e ofrimit të shërbimit shëndetësor në çerdhe, kopshte dhe shkolla në pasqyrën OSHP 6 mbi aktivitetin e NJVKSH do të shtohen treguesit e ofrimit të këtij shërbimi shëndetësor sipas tabelës bashkëngjitur Aneks 1 si dhe shpjegimet përkatëse për plotësimin e shtesës së tabelës OSHP 6.*

*Ky ndryshim në lidhje me matjen dhe vlerësimin e indikatorit të ofrimit të shërbimeve në IAP është dërguar pranë gjithë strukturave të varësisë për zbatim me shkresën me Nr. 1222/3, datë 16/07/2021, shoqëruar me ndryshimin e Udhëzimit, tabelën e ndryshuar si dhe shpjegimet përkatëse për matjen dhe vlerësimin e indikatorit.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar dokumentacioneve dhe përgjigjes së subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

**VIII. Për pyetjen audituese: Si rezulton feedback-u i shërbimit për periudhën 2017-2019?**

**Gjetje nga auditimi:**

1. Strukturat përgjegjëse, OSHKSH dhe Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve nuk kanë feedback institucional apo ndër-institucional mbi funksionimin e procesit në ofrimin e shërbimit shëndetësor në IAP.

**Rekomandimi:**

1. Subjektet nën auditim të shohin mundësinë e kryerjes së procesit të feedback-ut në mënyrë të vazhdueshme me qëllim përmirësimin e efektivitetit të sistemit të menaxhimit të shërbimit shëndetësor.

**Në vazhdimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar:**

Nga subjektet e audituara nuk ka patur komente lidhur me këtë rekomandim.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:**

Referuar ecurisë dhe shkallës së implementimit të deritanishëm të rekomandimeve, ndryshimeve strukturore të ndodhura në MSHMS si dhe ndryshimeve në aktet nënligjore e rregullative që lidhen e ndikojnë mbi shërbimin shëndetësor në IAP, ky rekomandim vlerësohet **i pranuar** dhe **në proces zbatimi**.

**IV. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME**

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresën nr. 649/18, /19, /20 prot, datë 16.02.2021, konstatohet se pjesa më e madhe e tyre është në proces zbatimi ose e zbatuar pjesërisht.

*I. Për sa më sipër **rikërkojmë** që Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Bashkia Vlorë, Drejtoria Qendrore e Operatorit të Kujdesit Shëndetësor, Drejtoria e Përgjithshme e Çerdheve dhe Kopshteve të marrin masa të zbatojnë të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara ose të zbatuara pjesërisht si më poshtë:*

**A. MASA ORGANIZATIVE**

5. Drejtoria Qendrore e OSHKSH pas vlerësimit të shërbimit të mjekut në IAP, të ngrejë struktura të dedikuara për shërbimin në varësi të nevojave.

**Brenda datës 30.10.2022**

6. Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Tiranë të marrë masa në bashkëpunim me Drejtorinë e Përgjithshme të Çerdheve dhe Kopshteve për hartimin e një marrëveshjeje bashkëpunimi në lidhje me shërbimin e mjekut.

**Deri 30.09.2022**

**II.** Për të gjitha rekomandimet e tjera, që konsiderohen *në proces zbatimi*, inkurajohet përsheptimi i realizimit të plotë të tyre brenda 30.09.2022 dhe në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

## **6. PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË “MANAXHIMI I TRANSPORTIT HEKURUDHOR NË SHQIPËRI”**

### **PËRMBLEDHJE:**

Kontrolli i Lartë i Shtetit ushtroi auditim në Ministrinë e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudha Shqiptare sh.a. mbi "Për verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e kryer gjatë 6-mujorit të parë të vitit 2021 në lidhje me Raportin e Auditimit të Performancës “Menaxhimi i Transportit Hekurudhor në Shqipëri” me nr. 651/9 prot, datë 17.02.2021, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në vitin 2021, hartimi i programeve (plan veprimeve) nga subjekti i audituar, duke ngarkuar me detyra personat përgjegjës dhe përcaktuar afatet konkrete për zbatimin e rekomandimeve për çdo njësi vartëse;
- Nxjerrjen nga titullari i njësisë publike të akteve administrative të nevojshme, si:
  - a. vendimeve (urdhrave) për zbatimin e masave organizative;
  - b. vendimet për marrjen e masave administrative.

*Në përfundim të procesit të auditimit, rezulton se:*

### **I. Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.**

- Në zbatim të nenit 15, shkronja ôjô, të ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetitô, KLSH ka të drejtë të vendos një afat kohor të për zbatimin e rekomandimeve dhe të informohet nga subjektet e audituara ose institucionet më të larta rreth programeve të tyre, për të zbatuar rekomandimet e bëra sipas paragrafëve të mësipërm, brenda 20 ditëve nga data e marrjes së kërkesës. Ministria e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudha Shqiptare sh.a. nuk ka kthyer përgjigje në KLSH duke mos respektuar afatin 20 ditor.

### **II. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.**

-Nga ana e subjekteve të audituar nuk janë marrë masat për të raportuar në Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi ecurinë e .zbatimit të rekomandimeve të lëna në zbatim të Ligjit nr. 154/2014 datë 27.11.2014 ôPër organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetitô, neni 30, Rekomandimet e KLSH ô së dhe ecuria e zbatimit të tyre, paragrafi 2, ku përcaktohet se: “Subjekti i audituar, brenda 6 muajve nga data e njoftimit të i raportit të auditimit, i raporton Kontrollit të Lartë të Shtetit mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të lëna”. Nga subjektet e audituara nuk ka informacion mbi zbatimin e rekomandimeve.

### **III. Rekomandimet e KLSH**

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. prot. 17.02.2021, janë rekomanduar gjithsej 17 masa organizative, nga të cilat:

- janë pranuar 15 nga 17 (2 rekomandime rezultojnë të papranuara)
- janë zbatuar plotësisht 4
- janë pa zbatuar 7
- janë në proces 4



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

#### **IV. Statusi i pranimit të rekomandimeve të KLSH**

Sipas masave të marra nga institucionet respektive, mbi planin e masave, lidhur me rekomandimet e lëna rezultojnë se:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Rekomanduar | Pranuar | Pa pranuar |
|-----|----------------------|-------------|---------|------------|
| 1   | Organizative         | 17          | 15      | 2-         |

##### **I/1 HYRJA**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna në 6-mujorin e parë të vitit 2021, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 754/5 prot., datë 05.07.2021. Auditimi i zbatimit të rekomandimeve u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 121 prot, datë 24.01.2022. Për zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e Performancës të evaduar në 6 mujorin e parë të vitit 2021.

Konkluzionet përkatëse janë miratuar me Vendimin nr. 19, datë 16.02.2021 të Kryetarit të KLSH-së dhe janë përcjellë në subjektin e audituar me shkresën nr. 651/9 prot, datë 17.02.2021.

Auditimi u kryenga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH, i përbërë:

1. Xhuljeta Çelaj, përgjegjës grupi;
2. Dritan Osmani, anëtar;

##### **I/2. OBJEKTI AUDITIMIT:**

Zbatimi i masave të rekomanduara në auditimin e mëparshëm të dërguara me shkresën nr. 651/9 prot, datë 17.02.2021, së bashku me Raportin Përfundimtar të Auditimit, nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH.

##### **I/3. QËLLIMI AUDITIMIT:**

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve, kryhet në funksion të hartimit të raportit vjetor të aktivitetit të Kontrollit të Lartë të Shtetit, që paraqitet në Kuvendin e Shqipërisë brenda tre mujorit të parë të vitit pasardhës, bazuar në pikën 3 e nenit 31, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”.

##### **I/4. METODOLOGJIA E AUDITIMIT:**

Auditim i plotë i gjithë dokumentacionit të paraqitur nga subjekti në lidhje me zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH-ja për përmirësimin e gjendjes së subjektit në të ardhmen.

##### **I/5. KONKLUZIONI:**

Nga auditimi në terren i dokumentacionit të paraqitur nga subjekti MIE dhe Hekurudha Shqiptare sha, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresën nr. prot. 651/9 prot, datë 17.02.2021, rezultojnë se nga 17 masa të rekomanduara (*masa organizative*), janë pranuar nga subjekti 15 në masën **88%**. Nga të pranuarat (**15**): janë zbatuar plotësisht 4, ose 26.5 % e tyre, janë në proces zbatimi 4 masa ose 26.5 % dhe janë pa zbatuar 7 masa ose 47 %.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Në mënyrë të përmbledhur statusi i rekomandimeve të pranua paraqitet si më poshtë:

| Nr. | Lloji i rekomandimit | Pranuar | Statusi i zbatimit |                    |                   |            |
|-----|----------------------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|------------|
|     |                      |         | Zbatuar            | Zbatuar pjesërisht | Në proces zbatimi | Pa zbatuar |
| 2   | Masa Organizative    | 15      | 4                  |                    | 4                 | 7          |

## **II. OPINION I PËRGJITHSHËM MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE :**

Pavarësisht nga puna e bërë, niveli i zbatimit të rekomandimeve është ende i ulët, në nivelin 26.5 %, pasi për disa nga masat organizative të lëna (institucionet) ende nuk kanë mundur implementimin e tyre. Kërkon më tepër impenjim dhe bashkëpunimi midis dy subjekteve të audituara për zbatimin e rekomandimeve të lëna për përmirësimin e menaxhimit më të sistemit hekurudhor në RSH.

## **III. ZBATIMI I REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMIN E MËPARSHËM** **MASA ORGANIZATIVE**

**I. Për pyetjen:** A kanë siguruar strukturat përgjegjëse zbatimin e kuadrit ligjor/rregullator?

### **1 .Gjetje nga auditimi:**

- Ministria e Infrastrukturës dhe Energjisë nuk ka një Rregullore të Brendshme për organizimin dhe funksionimin e saj.
- Autoriteti Rregullator Hekurudhor nuk është ngritur dhe nuk funksionon në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 55.
- Autoriteti i Sigurisë Hekurudhore nuk është ngritur dhe nuk funksionon në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 69.
- Autoriteti Kombëtar i Investigimit të Aksidenteve dhe Incidenteve Hekurudhore nuk është ngritur dhe nuk funksionon në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 75.
- Autoriteti Licencues Hekurudhor nuk është ngritur dhe nuk funksionon në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 17.
- Rrjeti hekurudhor shqiptar, në kundërshtim me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 114 nuk është i elektrifikuar dhe trenat tërhiqen nga lokomotiva me naftë.
- Sipërmarrësit Hekurudhor (publikë dhe privatë) nuk zotërojnë Certifikatën e Sigurisë në përputhje me Rregulloren Nr. 2638, datë 10.06.2011 Mbi Pajisjen me Leje Veprimtare të Transportuesve Hekurudhorë.
- Deklarata e Rrjetit nuk është publikuar në faqen zyrtare të internetit të administruesit të infrastrukturës<sup>1</sup>.
- Ministri i Ministrisë së Infrastrukturës dhe Energjisë nuk ka miratuar Kushtet Teknike për kryqëzimet ndërmjet rrugëve dhe hekurudhave referuar Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 122.
- Rregullorja për kontrollin dhe mirëmbajtjen e infrastrukturës hekurudhore nuk është miratuar nga Ministri i MIE.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Aktet ligjore dhe nënligjore për sanksionet për kundërvajtjet administrative nuk janë hartuar dhe miratuar referuar Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, referuar Nenit 158 dhe 159.

**Rekomandime:**

1. Ministri i MIE të marrë masa për hartimin dhe miratimin e Rregullores së Brendshme të organizimit dhe funksionimit të saj.

**Maj 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 1:** MIE ka miratuar Rregulloren për Organizimin dhe Funksionimin e Brendshëm të Ministrisë së Infrastrukturës dhe Energjisë me Urdhrin nr. 469, datë 30.12.2021 të Ministrit të Infrastrukturës dhe Energjisë.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ka miratuar rregulloren përkatëse. **(Statusi: Zbatuar)**

2. MIE të ndërmarrë masat e nevojshme për të siguruar funksionimin e plotë të Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodit Hekurudhor të Republikës së Shqipërisë, duke mundësuar ngritjen e Autoritetit Rregullator Hekurudhor, Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore, Autoritetit Kombëtar të Investigimit të Aksidenteve dhe Incidenteve Hekurudhore dhe Autoritetit Licencues Hekurudhor.

**Gusht 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 2:** MIE në zbatim të ligjit nr. 142/2016, datë 22.12.2016 óKodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisëó, ka miratuar paketën ligjore që mundëson ndarjen e Hekurudhës Shqiptare sh.a në zbatim të ligjit nr. 90/2021, datë 01.07.2021, óPër ndarjen e shoqërisë óHekurudha Shqiptareó sh.a. si dhe ngritjen e autoriteteve të reja hekurudhore:

- Autoriteti i Sigurisë Hekurudhore me ligjin nr. 88/2021, datë 01.07.2021, óPër krijimin e Autoritetit të Sigurisë Hekurudhoreó.
- Autoriteti Rregullator Hekurudhor me ligjin nr. 89/2021, datë 01.07.2021, óPër krijimin e Autoritetit Rregullator Hekurudhoró dhe;
- Autoriteti Kombëtar të Investigimit të Aksidenteve dhe Incidenteve Hekurudhore dhe Detare me ligjin nr. 91/2021 datë 01.07.2021 óPër krijimin, organizimin dhe funksionimin e Autoritetit Kombëtar të Investigimit të Aksidenteve dhe Incidenteve Hekurudhore dhe Detareó.
- Autoriteti Licencues Hekurudhor funksionon në zbatim të VKM nr. 657, datë 31.10.2018, óPër përcaktimin e Autoritetit Licencues Hekurudhoró.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ka miratuar aktet përkatëse. **(Statusi: Zbatuar)**

3. Certifikimi i sipërmarrësve hekurudhorë duhet të kryhet në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodit Hekurudhor të Republikës së Shqipërisë.

**6 muaj pas krijimit të Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore**

**Përgjigja e institucionit për rek. 2:** Institucionet nuk kanë dhënë feedback mbi zbatimin e këtij rekomandimi.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni nuk ka marrë asnjë masë në lidhje me zbatimin e këtij rekomandimi. **(Statusi: Pa Zbatuar/Pa Pranuar)**

4. Deklarata e Rrjetit të publikohet në faqen zyrtare të administruesit të infrastrukturës në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodit Hekurudhor të Republikës së Shqipërisë, neni 28.

**Gusht 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 4:** HSH sha ka publikuar Deklaratën e rrjetit.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ka zbatuar rekomandimin. **(Statusi: Zbatuar)**

5. Pas krijimit të Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore, Ministri i Ministrisë së Infrastrukturës dhe Energjisë të miratojë Kushtet Teknike për kryqëzimet ndërmjet rrugëve dhe hekurudhave referuar Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 122.

**6 muaj pas krijimit të Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore**

**Përgjigja e institucionit për rek. 5:** MIE nuk është shprehur mbi masat e marra me qëllim zbatimin e këtij rekomandimi. **(Statusi: Pa Zbatuar, Pa Pranuar)**

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni nuk ka marrë asnjë masë në lidhje me zbatimin e këtij rekomandimi. **(Statusi: Pa Zbatuar/Pa Pranuar)**

6. MIE të marrë masat për të hartuar dhe miratuar aktet ligjore dhe nënligjore për sanksionet për kundërvajtjet administrative në zbatim të Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 158 dhe 159.

**Gusht 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 6:** Është brenda afateve ligjore dhe në përfundim miratimi i akteve nënligjore në zbatim të paketës së mësipërme hekurudhore, konkretisht është përfunduar drafti dhe në diskutimet e fundit i rregullores për metodologjinë, procedurat, standardet dhe praktikatat për kryerjen e investigimit të aksidenteve dhe të incidenteve hekurudhore dhe detare si dhe propozimi për organikat dhe strukturat e autoriteteve hekurudhore të reja që do të ngrihen. Pas ngritjes së këtyre autoriteteve të reja do të hartohen dhe aktet e tjera në zbatim të kodit hekurudhor.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ka nisur veprimet për zbatimin e këtij rekomandimi por procesi ende nuk ka përfunduar. **(Statusi: në proces)**

**II. Për Pyetjen:** A ka qenë e mjaftueshme mbështetja financiare për të arritur objektivat në sektorin hekurudhor?

**2. Gjetje nga auditimi:**

- Administratori i Përgjithshëm i Hekurudha Shqiptare SH. A si dhe Drejtuesi i Ekipit të Menaxhimit të Programit Buxhetor për transportin hekurudhor në MIE nuk kanë raportuar pranë MFE dhe Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE financimet e huaja për



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

programin e Transportit Hekurudhor për vitin 2018, për të qenë pjesë e buxhetit të planifikuar për vitin 2018, dhe rrjedhimisht nuk kanë raportuar realizimin e tij për këtë vit. Gjithashtu, nuk kanë raportuar pranë Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE realizimin e buxhetit për financimet e huaja për vitin 2019.

- Në sektorin hekurudhor për periudhën 2016-2019, janë investuar rreth 14% të fondeve të nevojshme për arritjen e objektivave të vendosura në Strategjinë Sektoriale të Transportit 2016-2020.

- Nga 6 veprime prioritare të parashikuara në Strategjinë Sektoriale të Transportit për zhvillimin e transportit hekurudhor në periudhën 2016-2020, vetëm 2 prej tyre janë realizuar pjesërisht ndërsa, 4 të tjera nuk janë realizuar ende. Bazuar në Veprimin e parë Prioritar për këtë sektor, është miratuar Kodi i ri Hekurudhor, ndërsa zbatimi i akteve të tjera ligjore dhe nënligjore që kërkon hyrja në fuqi e Kodit të ri hekurudhor nuk ka nisur, pas aktet nuk janë miratuar ende. Gjithashtu, nuk janë kryer ndarja totale e organeve të ndryshme, ngritja e strukturave të reja organizative, ndarja e llogarive të menaxhuesit të infrastrukturës dhe ndërmarrjes hekurudhore, publikimi i deklaratës së parë të rrjetit nga ana e menaxhuesit të infrastrukturës, etj. të cilat ishin planifikuar të përfundonin në vitin 2018.

- Shumica e projekteve janë planifikuar të realizohen me financime të huaja, ku në disa raste burimet e financimit ende nuk ishin gjetur dhe/apo mbeteshin për tu kërkuar, si p.sh. për Veprimin e parë Prioritar, të lidhur me miratimin e Kodit të ri Hekurudhor si dhe të akteve nënligjore që kërkonte hyrja në fuqi e Kodit të ri, nga 0.5 mln euro të planifikuara për realizimin e këtij prioriteti 0.425 mln euro mbeteshin për t'u kërkuar tek donatorët ndërkombëtarë. Po kështu, për Veprimin e tretë Prioritar i cili kishte të bënte me formimin e organeve të reja hekurudhore pas hyrjes në fuqi të Kodit të ri Hekurudhor, 3.6 milion euro të nevojshme për arritjen e objektivit, mbeteshin për t'u kërkuar tek donatorët.

- Niveli i realizimit të veprimeve prioritare për periudhën 2016-2019 është 5%.

- Midis të dhënave të vëna në dispozicion grupit të auditimit nga Hekurudha Shqiptare SH. A dhe MIE dhe atyre të raportuara në raportin e tretë të Monitorimit të Strategjisë, vërehen diferenca mbi zbatimin e projekteve të parashikuara në Strategjinë Sektoriale të Transportit për sektorin e hekurudha dhe realizimit të fondeve për këto projekte. Nga analizimi i Raportit të tretë të Monitorimit për Strategjinë Sektoriale të Transportit të vitit 2019 rezulton se Projekti nr. 2, në Veprimin Prioritar nr. 6 óKrijimi i sistemit elektronik të transmetimit për sektorin rrugor ose sistemeve specifike hekurudhore.ó, me vlerë 135.000 euro, i cili duhet të realizohej me fonde të buxhetit të shtetit, është kryer.3 Ndërsa referuar përgjigjes zyrtare të MIE ky projekt nuk është realizuar dhe për të nuk ka pasur shpenzime buxhetore. Veprimi Prioritar nr. 7 óPërmirësimi i gjendjes aktuale të linjave kryesore dhe gjithëpërfshirëse hekurudhore që marrin pjesë në Zgjerimin e Rrjetit Gjithëpërfshirës/Kryesor të Vendeve Fqinje në Rajonin e Ballkanit Perëndimoró, me vlerë 22.8 milion euro në Raportin e tretë të Monitorimit të Strategjisë Sektoriale të Transportit është raportuar ónë progresó. Referuar përgjigjeve të pyetësorit të drejtuar nga grupit të auditimit, Hekurudha Shqiptare SH.A nuk ka informacion lidhur me këtë veprim prioritar. Ndërsa, MIE ka përcjellë informacion se nuk ka shpenzime buxhetore për këtë veprim prioritar, dhe nuk ka përcaktuar nivelin aktual të zbatimit të tij.

**Rekomandime:**

7. Hekurudha Shqiptare SH. A si dhe Drejtuesi i Ekipit të Menaxhimit të Programit Buxhetor për transportin hekurudhor në MIE të ndërmarrin masat e nevojshme për të raportuar pranë MFE dhe



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT "PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021"**

Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE projektet e huaja të përfituara, të cilat kanë ndikim në buxhetin e shtetit, për të siguruar transparencë mbi financimet e huaja të kryera në programin Transporti Hekurudhor. Gjithashtu, brenda muajit shkurt të vitit pasardhës të përfundimit të vitit buxhetor, të paraqesin pranë Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE, raportin e monitorimit të zbatimit të buxheti me shifra dhe narrative, duke siguruar paraqitjen në to edhe të nivelit të realizimit të financimeve të huaja.

**Brenda muajit shkurt 2021 dhe në vijimësi**

8. MIE në bashkëpunim me Hekurudha Shqiptare SH. A të analizojnë në mënyrë të kujdesshme totalin e fondeve të investuara dhe efektivitetin e tyre për sektorin e hekurudhës për periudhën 2016- 2019, të identifikojë arsyet që kanë ndikuar në nivelet e ulëta të investimeve për këtë periudhë dhe të ndërmarrin masa për rritjen e tyre.

**Qershor 2021 e në vazhdimësi**

**Përgjigja e institucionit për rek. 7 dhe 8:**

**MIE:** Është bërë analiza si çdo vit, por duke qenë se investimet janë më të vogla se kërkesat e rrjetit hekurudhor, efienca e tyre zvogëlohet dhe nuk arrihen objektivat për sigurimin e një gjendje teknike të mirë të infrastrukturës hekurudhore. Duke akorduar fond më të vogël se kërkesa arrihet rikonstruksion i pjesshëm dhe jo i plotë i linjës duke siguruar gjendje teknike të pjesshme sigurie lëvizjeje.

**Hekurudha Shqiptare sha:** ka vënë në dispozicion raportimet mujore në MIE mbi investimet e kryera.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucionet nuk kanë vendosur në dispozicion dokumentacionin e nevojshëm, i cili të dëshmojë zbatimin e rekomandimeve nr. 7 dhe nr. 8.

**(Statusi: Pa Zbatuar)**

9. MIE të analizojë në mënyrë të kujdesshme arritjen e veprimeve prioritare në sektorin e hekurudhës, të parashikuara në dokumentin strategjik të zhvillimit të transporti, të identifikojë për secilin prej tyre shkaqet e mos arritjes së tyre dhe niveleve të ulët të financimeve, dhe të ndërmarrë masat e nevojshme për përmirësim.

**Gusht 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 9:** Është bërë analizë në çdo periudhë për gjendjen në lidhje me zbatimin e veprimeve prioritare, janë nxjerrë shkaqet objektive dhe është punuar për përmirësim të vazhdueshëm deri në realizim të plotë. Për vonesën në realizimin e veprimeve të para prioritare problem ka qenë miratimi me vonesë i paketës hekurudhore që tashmë është realizuar. Është realizuar si çdo vit, në bashkëpunim të ngushtë me Hekurudhat Shqiptare sh.a., shpërndarja efektive e fondeve të akorduara në mënyrë ruajtjen e mos degradimit të mëtejshëm të infrastrukturës dhe mjeteve hekurudhore, duke plotësuar veprimet e tjera prioritare, si dhe investimin në pjesën shqiptare të projekteve me fonde të huaja.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ende nuk ka përfunduar analizimin e të arritjeve prioritare në sektorin e hekurudhës.

**(Statusi: Në proces)**

10. Në vijim të analizimit të shkaqeve të cilat kanë ndikuar në mosrealizimin e objektivave të parashikuara për transportin hekurudhor për periudhën 2016 - 2019 MIE të kenë ato në



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

konsideratë, në përditësimin e Strategjisë Sektoriale të Transportit, me qëllim që të vendos objektiva të arritshëm dhe të mbështetur me fonde të cilat kanë siguri se do të përfitohen.

**Me përditësimin e Strategjisë Sektoriale të Transportit**

**Përgjigja e Institucionit për rek. 10:**

**HSH:** I gjithë rrjeti hekurudhor shqiptar është i përfshirë në studime prefizibileti, fizibiliteti dhe projekte rikonstruksioni linjash, duke mundësuar përmirësimin e infrastrukturës së brendshme hekurudhore dhe ndërtimin e saj sipas standardeve evropiane dhe realizimin e lidhjeve të reja kufitare me Maqedoninë e Veriut, me Greqinë dhe me Kosovën.

**MIE:** Në hartimin e dokumenteve strategjike prioritare mbetet rikonstruksioni i plotë i infrastrukturës hekurudhore, realizimi i lidhjeve të reja kufitare dhe zëvendësimi i mjeteve hekurudhore me mjete ekologjike.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni nuk ka proceduar me analizimin e shkaqeve të mosrealizimit të objektivave për periudhën 2016 në 2019, me qëllim reflektimin e tyre në strategjinë e re.

**(Statusi: Pa Zbatuar)**

11. MIE në bashkëpunim me Hekurudha Shqiptare SH. A, të raportojë në mënyrë të saktë dhe të detajuar realizimin e projekteve dhe fondet e alokuara për to në Raportet e Monitorimit të Strategjisë, për të siguruar transparencë mbi arritjen e objektivave në Sektorin e Hekurudhës.

**Gusht 2021 dhe në vijimësi**

**Përgjigja e Institucionit për rek. 11:**

**MIE:** Monitorimi i strategjisë sektoriale të transportit është bërë në mënyrë shumë transparente duke sjellë dhe argumentet faktikë për mosarritjen e objektivave dhe synimeve.

**Hekurudha Shqiptare sh.a.:** MIE ka realizuar raportet në bashkëpunim me HSH, dhe i ka shpallur në publikim për donatorët. Transparenca është arritur tërësisht, përmes funksioneve të integruar të sistemit të planifikimit strategjik të fondeve, të cilin HSH e ka përdorur me planifikimin strategjik të projekteve të paketës së vetme të financimit SPP. Tashmë funksionet e integruara realizohen dhe monitorohen përkatësisht në AFMIS (MIS). Raportet janë realizuar në mënyrë të saktë dhe të plotë sepse janë miratuar nga Komiteti Kombëtar i Investimeve i cili mbikëqyr me transparencë. Të gjitha raportet kanë marrë miratimin me shkrim të Ministrisë së Infrastrukturës dhe asaj të financave dhe ekonomisë si administruese e sistemeve të integruara të menaxhimit të informacionit financiar AFMIS, IPSIS, SPI, etj.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni ka marrë masa për zbatimin e rekomandimit.

**(Statusi: Zbatuar)**

**III. Për pyetjen:** A është përmirësuar cilësia e shërbimit dhe siguria në sektorin hekurudhor gjatëperiudhës 2016-2019?

**3. Gjetje nga auditimi:**

- Numri i udhëtarëve që përdorin transportin hekurudhor ka ardhur në rënie nga viti 2016 në vitin 2019. Përkatësisht, në vitin 2016 kanë përdorur transportin hekurudhor 86.688 udhëtarë dhe në vitin 2019 numri ka rënë në 59.787 udhëtarë.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN Nga 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

- Çdo qytetar shqiptar për periudhën 2016-2019 ka udhëtuar mesatarisht me tren rreth 1 km. Kjo mesatare është qindra e mijëra herë më e ulët se ajo e vendeve evropiane.
- Volumi i mallrave që janë transportuar në hekurudhë në transportin e brendshëm ka ardhur në rënie nga viti 2016 në vitin 2019. Përkatesisht, në vitin 2016 janë transportuar 37.927 ton mallra dhe në vitin 2019 janë transportuar 10.094 ton mallra.
- Hekurudha Shqiptare nuk disponon të dhëna lidhur me vonesat e trenave. Grafiku i lëvizjes së trenave të udhëtarëve dhe mallrave nuk zbatohet me korrektësi duke sjellë vonesa në oraret e lëvizjes së trenave. Nga HSH-ja konstatohet që këto vonesa janë kryesisht në mbërritje por përveç konstatimeve nuk ka një regjistër ku të regjistrohen këto të dhëna më pas të mund të kryhet një analizë e mirëfilltë e shkaqeve.
- Pjesa më e madhe e stacioneve kryesore hekurudhore në Shqipëri nuk plotësojnë kushtet dhe standardet kombëtare sa i përket elementëve të sigurisë dhe cilësisë së shërbimit. Godinat e stacioneve hekurudhore janë të dëmtuara dhe nuk i janë nënshtruar rikonstruktimit ndër vite.
- Për vitet 2016 - 2019, shpejtësia mesatare e lëvizjes së trenave në linjat funksionale ka qenë mesatarisht 36 km/orë. 4 Treguesit teknik të infrastrukturës hekurudhore të vendit tonë janë të ulët dhe ndikojnë drejtpërdrejtë në shpejtësinë e lëvizjes së trenave duke shkruar në disa zona deri në 10 km/orë.
- Në rrjetin hekurudhor të vendit tonë numërohen gjithsej 163 kalesa hekurudhore të paligjshme. Vija hekurudhore ndërpritet nga kalesa hekurudhore të paligjshme jashtë çdo rregulli duke u bërë burim për shkaktimin e aksidenteve.
- Sistemi hekurudhor në Shqipëri për periudhën 2016 në 2019 nuk ka shënuar përmirësime në treguesit e sigurisë hekurudhore siç janë avaritë hekurudhore, aksidentet dhe fatalitetet.
- Infrastruktura hekurudhore e vendit tonë është e amortizuar. Në të mungojnë ballasti, traversat dhe sinjalistika hekurudhore. Sasia e zëvendësuar e traversave të drurit për 10 vite është 32.650 copë nga 460.000 copë që duhej të ishte. 5 Në vijën hekurudhore mungojnë pothuajse tërësisht tabelat sinjalistike të shpejtësisë, të kujdesit dhe gurët kilometrik.
- Urat hekurudhore të Ishmit dhe Rrogozhinës kanë dalë jashtë përdorimit duke ndikuar drejtpërdrejt në nxjerrjen jashtë funksionit të vijave hekurudhore që kalojnë në to.

**Rekomandime:**

12. Hekurudha Shqiptare SH. A të marrë masa për eliminimin e të gjitha kalesave të paligjshme në brendësi të stacioneve hekurudhore.

**Gusht 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 12:** Fenomeni i hapjeve të kalesave në nivel në mënyrë të paligjshme nga banorët që banojnë përreth është një problem që edhe aktualisht HSH nuk e ka zgjidhur ende pavarësisht masave dhe njoftimeve pranë institucioneve përkatës për prishjen e këtyre kalesave. Në projektet e reja të rikonstruksioneve të linjës Hekurudhore Vorë në Shkodër - Kufijë, Durrës - Rrogozhinë dhe Durrës - Tiranë disa nga kalesat e paligjshme të integrohen me ndërtimin e rrugëve lidhëse me kalesat ekzistuese. Kjo është realizuar me dëgjuesat publike që u bënë me banoret që preken nga rikonstruksioni i linjave hekurudhore.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Institucioni nuk ka marrë masa për eliminimin e kalesave të paligjshme.

**(Statusi: Pa Zbatuar)**



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

13. Hekurudha Shqiptare SH. A të marrë masa për përmirësimin e kushteve të shërbimit dhe cilësisë së godinave të stacioneve hekurudhore.

**Gusht 2021 e në vazhdimësi**

**Përgjigja e institucionit për rek. 13:** Pavarësisht gjendjes së rëndë të infrastrukturës së stacioneve Hekurudhore (kominikimi me radio, gjendja e ndërrueseve) deri më sot nuk ka ndodhur asnjë avari hekurudhore që lidhet me sigurinë e lëvizjes së trenave. Çdo stacion hekurudhor sipas kushteve ka të detyrueshme zbatimin e urdhrave të veçante që lëshohen nga sektori përkatës për funksionimin e tij. Niveli i ulet i investimeve për mirëmbajtjen i dhënë nga Buxheti i shtetit ka kushtëzuar HSH që të ketë primare përdorimin e këtyre investimeve për superstrukturën hekurudhore (çakëll, aksesore, traversa). Bazuar në fonte e dhëna është parë e domosdoshme edhe investimeve të Stacioneve Hekurudhore janë bërë rikonstruksion Stacioni Vorë, Kavajë dhe Rrogozhinë. Theksojmë se: Godinat e Stacioneve Hekurudhore që ndodhen në linjën Hekurudhore Durrës - Tiranë, Vorë, Shkodër Kufijë, Durrës në Rrogozhinë. Stacionet aktuale do të bëhen rikonstruksion sipas standardeve të BE.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Disa masa për rikonstruksion godinash janë marrë me qëllim përmirësimin e infrastrukturës.

**(Statusi: Në Proces)**

14. MIE në bashkëpunim me Hekurudhën Shqiptare SH. A dhe Drejtorinë e Inspektoratit Hekurudhor të ngrenë një grup pune me qëllim prishjen e të gjithë kalesave të paligjshme në rang vendi dhe të nxjerrin përgjegjësit që me veprime dhe mos veprimet e tyre kanë sjellë lejimin e këtyre kalesave të paligjshme. Gjithashtu, në punën për prishjen e kalesave të paligjshme MIE dhe H-SH-ja duhet të drejtohen dhe të përfshijnë edhe subjekte të tjera shtetërore si IKMT dhe Bashkitë në territorin e të cilave janë ndërtuar këto kalesa hekurudhore.

**Gusht 2021 e në vazhdimësi**

**Përgjigja e institucionit për rek. 14:**

**HSH:** si për rekomandimin nr. 12.

**MIE:** i ka dhënë mbështetjen e plotë administrative për prishjen e kalesave të paligjshme hekurudhore dhe ndërtimeve pa leje në afërsi të pronës hekurudhore, Drejtorisë së Inspektimit Hekurudhor e cila ka vepruar në bashkëpunim me Hekurudhën Shqiptare sh.a. dhe organet e tjera shtetërore të nevojshme për këto qëllime.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** MIE dhe Hekurudha Shqiptare sha nuk kanë ngritur grupin e punës me qëllim prishjen e kalesave të paligjshme.

**(Statusi: Pa Zbatuar)**

15. HSH-ja në bashkëpunim me MIE-n të marrin masa që të hartojnë një regjistër/bazë të dhënash ku të regjistrojnë të dhënash specifike mbi vonesat e trenave dhe arsyet e vonesave.

**Gusht 2021 e në vazhdimësi**

**Përgjigja e institucionit për rek. 15:**

**HSH:** janë marrë masat sipas regjistrit të sektorit të trafikut, vendoset nga HSH, NJBMIHEK dhe TIK, ISO/IEC 27001:2013 Certifikimi i Sistemit Për Menaxhimin e Sigurisë së



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

Informacionit. HSH, NJBMIHEK, është përgjegjës për monitorimin e trafikut hekurudhor, kjo do të thotë që regjistrat e nisjeve dhe mbërritjeve të trenave që bëhen elektronik dhe që mirëmbahet nga sektori përgjegjës i drejtimit të trafikut hekurudhor.

HSH, sektori i trafikut, i ka të gjitha regjistrimet e lëvizjes së trenave të mallrave dhe udhëtarëve. Regjistrimet për lëvizjen e trenave të mallrave në zonën kufitare sipas protokollit zyrtar i cili i shpërndahet të gjithë organeve kufitare nga hekurudha shqiptare e autorizuar nga sekretariati teknik MIE, me MB, MSHMS, MBZHR, MFE.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Janë marrë masa për hartimin e regjistrat bazë të të dhënave në sektorin e trafikut por procesi do të përfundojë me ngritjen e një sistemi elektronik.

**(Statusi: Në Proces)**

16. HSH-ja në bashkëpunim me MIE-n të marrin masa për zëvendësimin e të gjitha aseteve hekurudhore si traversa, ballasti, shina, tabela sinjalizuese, aksesore etj. të cilat janë evidentuar nga strukturat përgjegjëse hekurudhore si të amortizuara.

**Gusht 2021**

17. HSH-ja në bashkëpunim me MIE-n të marrin masa për përmirësimin e gjendjes së veprave të artit dhe veçanërisht urave të dëmtuara dhe të dala jashtë funksionit nga shkaqe natyrore, me qëllim bërjen funksionale të linjave hekurudhore që kalojnë në këto vepra arti.

**Nëntor 2021**

**Përgjigja e institucionit për rek. 16 dhe 17:**

**MIE:** Riparimi i veprave të artit të linjave hekurudhore dhe pjesëve përbërëse të linjave, zëvendësimi i sinjalistikës së dëmtuar apo të munguar bëhet sipas investimeve që planifikohen dhe realizimi në varësi të akordimit të fondeve.

**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Për rekomandimet nr. 16 dhe nr. 17 nuk është marrë asnjë masë nga dy institucionet subjekt auditimi.

**(Statusi: Pa Zbatuar)**

*Lidhur me sa më sipër subjekti MIE ka paraqitur observacion mbi projekraportin e auditimit me nr. 801/2, prot., datë 30.03.2022, protokolluar me tonën nr. 121/20, prot., datë 31.03.2022, në të cilën shprehin se gjetjes mbi zbatimin e rekomandimeve të evidentuara nga KLSH janë në proces zbatimi dhe përmirësimi.*

#### **IV. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME**

Në përfundim të procesit të auditimit të zbatimit të rekomandimeve të auditimit të performancës me temë *Menaxhimi i Transportit Hekurudhor* në Shqipëri është konstatuar një nivel i ulët i zbatimit të rekomandimeve nga 2 subjektet e auditimit, Ministria e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudha Shqiptare sha., në masën 26.5% ose 4 rekomandime nga 15 të pranuar; Rezultojnë të pazbatuara 7 rekomandime (ose në masën 47% të totali). Janë ende në proces 4 rekomandime ose 26.5% e totali dhe rezultojnë të pa pranuar 2 rekomandime.

Gjithashtu është evidentuar se të dy subjektet nuk kanë respektuar afatin ligjor prej 20 ditësh, për informimin e KLSH mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve e lëna



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

dhe afatin ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të lëna.

*I. Për sa më sipër **rikërkojmë** që Ministria e Infrastrukturës dhe Energjisë dhe Hekurudha Shqiptare sh.a. të marrin masa të zbatojnë të gjitha rekomandimet që rezultuan të pa zbatuara ose të pa pranuar si më poshtë:*

#### **A. MASA ORGANIZATIVE**

**3.** Certifikimi i sipërmarrësve hekurudhorë duhet të kryhet në përputhje me Ligjin Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodit Hekurudhor të Republikës së Shqipërisë.

#### **Menjëherë dhe në vijimësi**

**5.** Pas krijimit të Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore, Ministri i Ministrisë së Infrastrukturës dhe Energjisë të miratojë Kushtet Teknike për kryqëzimet ndërmjet rrugëve dhe hekurudhave referuar Ligjit Nr. 142/2016, datë 22.12.2016, Kodi Hekurudhor i Republikës së Shqipërisë, Neni 122.

#### **Menjëherë pas krijimit të Autoritetit të Sigurisë Hekurudhore**

**7.** Hekurudha Shqiptare SH. A si dhe Drejtuesi i Ekipit të Menaxhimit të Programit Buxhetor për transportin hekurudhor në MIE të ndërmarrin masat e nevojshme për të raportuar pranë MFE dhe Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE projektet e huaja të përfituara, të cilat kanë ndikim në buxhetin e shtetit, për të siguruar transparencë mbi financimet e huaja të kryera në programin Transporti Hekurudhor. Gjithashtu, brenda muajit shkurt të vitit pasardhës të përfundimit të vitit buxhetor, të paraqesin pranë Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar në MIE, raportin e monitorimit të zbatimit të buxheti me shifra dhe narrative, duke siguruar paraqitjen në to edhe të nivelit të realizimit të financimeve të huaja.

#### **Menjëherë dhe në vijimësi**

**8.** MIE në bashkëpunim me Hekurudha Shqiptare SH. A të analizojë në mënyrë të kujdesshme totalin e fondeve të investuara dhe efektivitetin e tyre për sektorin e hekurudhës për periudhën 2016- 2019, si dhe të identifikojë arsyet që kanë ndikuar në nivelet e ulëta të investimeve për këtë periudhë dhe të ndërmarrin masa për rritjen e tyre.

#### **Brenda datës 30.10.2022**

**10.** Në vijim të analizimit të shkaqeve, të cilat kanë ndikuar në mosrealizimin e objektivave të parashikuara për transportin hekurudhor për periudhën 2016-2019, MIE të mbajë sa më sipër në konsideratë, në përditësimin e Strategjisë Sektoriale të Transportit, me qëllim që të vendosë objektiva të arritshme dhe të mbështetura me fonde të cilat kanë siguri se do të përfitohen.

#### **Në vijimësi**

**12.** Hekurudha Shqiptare SH. A të marrë masa për eliminimin e të gjitha kalesave të paligjshme në brendësi të stacioneve hekurudhore.

#### **Menjëherë**

**14.** MIE, në bashkëpunim me Hekurudhën Shqiptare SH. A dhe Drejtorinë e Inspektoratit Hekurudhor të ngrenë një grup pune, me qëllim prishjen e të gjithë kalesave të paligjshme në rang vendi dhe të nxjerrin përgjegjësit që me veprime dhe mos veprimet e tyre kanë sjellë lejimin e këtyre kalesave të paligjshme. Gjithashtu, në punën për prishjen e kalesave të paligjshme MIE dhe H-SH-ja duhet të drejtohen dhe të përfshijnë edhe subjekte të tjera shtetërore si IKMT dhe Bashkitë në territorin e të cilave janë ndërtuar këto kalesa hekurudhore.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERI NË 30.06.2021”**

**Menjëherë**

16. HSH, në bashkëpunim me MIE të marrin masa për zëvendësimin e të gjitha aseteve hekurudhore si traversa, ballasti, shina, tabela sinjalizuese, aksesore etj. të cilat janë evidentuar nga strukturat përgjegjëse hekurudhore si të amortizuara.

**Brenda datës 30.10.2022**

17. HSH, në bashkëpunim me MIE-n të marrin masa për përmirësimin e gjendjes së veprave të artit dhe veçanërisht urave të dëmtuara dhe të dala jashtë funksionit nga shkaqe natyrore, me qëllim bërjen funksionale të linjave hekurudhore që kalojnë në këto vepra arti.

**Brenda vitit 2023**

II. Për të gjitha rekomandimet e tjera, që konsiderohen *në proces zbatimi*, inkurajohet përsheptimi i realizimit të plotë të tyre brenda 30.09.2022 dhe në mbështetje të nenit 30, pika 2, të ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 *“Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”*, brenda 6 muajve nga përcjellja e rekomandimeve tona, të raportohet me shkrim pranë KLSH, mbi ecurinë e zbatimit të tyre.

## KONTROLLI LARTË I SHTETIT

- A. G. (*Përgjegjës i Raportit Përmbledhës* mbi zbatimin e rekomandimeve)
- L. B. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë Efektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike)
- B. A.
- E. D.
- E.Ll. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë Fondi rezervë i Institutit të Sigurimeve Shoqërore)
- A. S.
- L.Gj.
- S. R. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë *“Mëmësia e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal”*)
- M. L.
- D. M.
- Sh. B.
- E. K. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë *“Efektiviteti i shërbimit të IEVP”*)
- A. T.
- A. Th.
- K.Xh. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë *“Sistemi i menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAP”*)
- J. Zh.
- H. K.
- Xh. Ç. (*Përgjegjës i grupit* për zbatimin e rekomandimeve në auditimin me temë *“Manaxhimi i transportit hekurudhor në Shqipëri”*)
- D. O.



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**ANEKSE**

**Aneksi 1**  
**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

**Auditim performace me temë : óEfektiviteti i politikave në ruajtjen dhe administrimin e siteve arkeologjike ”**

*Në 000/lekë*

| N r.   | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |            | Pranuar subjekti |       | Papranuar subjekti |       | Shkalla e pranimit |       | Statusi i rekomandimeve te pranuar |       |                    |       |                |       |            |         |            |       |                |       |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|------------|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|------------------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|---------|------------|-------|----------------|-------|
|        |                                         | Nr.                  | Vlera lekë | Nr.              | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr.                | Vlera | Zbatuar                            |       | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |       | Nga e cila |         | Pa zbatuar |       | Ne proces gjyq |       |
|        |                                         |                      |            |                  |       |                    |       |                    |       | Nr.                                | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr.            | Vlera | Arkëtuar   | Mbjetja | Nr.        | Vlera | Nr.            | Vlera |
|        |                                         |                      |            |                  |       |                    |       |                    |       |                                    |       |                    |       |                |       |            |         |            |       |                |       |
| 1      | Masa organizative                       | 62                   | -          | 60               | -     | 2                  | -     | 97 %               | -     | 25                                 | -     | 0                  | -     | 19             | -     | -          | -       | 16         | -     | -              | -     |
| 2      | Masa shpërblim dëmi                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                  | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 3      | Masa për eliminimin e paligjshmërive .. | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                  | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 4      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                  | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 5      | Masa disiplinore                        | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                  | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 6      | Masa Administrative                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                  | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| TOTALI |                                         | 62                   | -          | 60               | -     | 2                  | -     | 97 %               | -     | 25                                 | -     | 0                  | -     | 19             | -     | -          | -       | 16         | -     | -              | -     |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 2**

**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

Auditim performance me temë : **Fondi rezervë i Institutit të Sigurimeve Shoqërore**

*Në 000/lekë*

| N<br>r. | LLOJET E MASAVE                         | Rekoman<br>duar<br>gjithsej |                   | Pranuar<br>subjekti |           | Pa<br>pranuar<br>nga<br>subjekti |           | Shkalla e<br>pranimit |           | Statusi I rekomandimeve te pranuar |           |                       |           |                   |           |              |            |               |           |                      |           |
|---------|-----------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------|----------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------------|-----------|--------------|------------|---------------|-----------|----------------------|-----------|
|         |                                         | Nr<br>.                     | Vle<br>ra<br>lekë | N<br>r.             | Vle<br>ra | N<br>r.                          | Vle<br>ra | Nr.                   | Vle<br>ra | Zbatuar                            |           | Zbatuar<br>pjesërisht |           | Proces<br>zbatimi |           | Nga e cila   |            | Pa<br>zbatuar |           | Ne<br>proces<br>gjyq |           |
|         |                                         |                             |                   |                     |           |                                  |           |                       |           | N<br>r.                            | Vle<br>ra | N<br>r.               | Vle<br>ra | N<br>r.           | Vle<br>ra | Arkët<br>uar | Mbe<br>tja | N<br>r.       | Vle<br>ra | N<br>r.              | Vle<br>ra |
|         |                                         |                             |                   |                     |           |                                  |           |                       |           |                                    |           |                       |           |                   |           |              |            |               |           |                      |           |
| 1       | Masa organizative                       | 11                          | -                 | 11                  | -         | -                                | -         | 100<br>%              | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | 11            | -         | -                    | -         |
| 2       | Masa shpërblim dëmi                     | -                           | -                 | -                   | -         | -                                | -         | -                     | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | -             | -         | -                    |           |
| 3       | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. | -                           | -                 | -                   | -         | -                                | -         | -                     | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | -             | -         | -                    |           |
| 4       | Për eliminimin e efekteve ....          | -                           | -                 | -                   | -         | -                                | -         | -                     | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | -             | -         | -                    |           |
| 5       | Masa disiplinore                        | -                           | -                 | -                   | -         | -                                | -         | -                     | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | -             | -         | -                    |           |
| 6       | Masa Administrative                     | -                           | -                 | -                   | -         | -                                | -         | -                     | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | -             | -         | -                    |           |
| TOTALI  |                                         | 11                          | -                 | 11                  | -         | -                                | -         | 100<br>%              | -         | -                                  | -         | -                     | -         | -                 | -         | -            | -          | 11            | -         | -                    | -         |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUdhËN nga 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 3**

**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

**Auditim performance me temë: “Mëmësia e sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal**

*Në 000/lekë*

| Nr .   | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |            | Pranuar subjekti |       | Papranuar subjekti |       | Shkalla e pranimit |       | Statusi i rekomandimeve te pranuara |       |                    |       |                |       |            |        |            |       |                |       |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|------------|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------------------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|--------|------------|-------|----------------|-------|
|        |                                         | Nr.                  | Vlera lekë | Nr .             | Vlera | Nr .               | Vlera | Nr.                | Vlera | Zbatuar                             |       | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |       | Nga e cila |        | Pa zbatuar |       | Ne proces gjyq |       |
|        |                                         |                      |            |                  |       |                    |       |                    |       | Nr .                                | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr .           | Vlera | Arkëtuar   | Mbetja | Nr .       | Vlera | Nr .           | Vlera |
| 1      | Përmirësim Legjislacioni                | 3                    | -          | 3                | -     |                    | -     | 15%                | -     | -                                   | -     | 1                  | -     | 2              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 2      | Masa organizative                       | 17                   | -          | 17               | -     |                    | -     | 75%                | -     | -                                   | -     | 2                  | -     | 10             | -     | -          | -      | 5          | -     | -              | -     |
| 3      | Masa shpërbllim dëmi                    | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 4      | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 5      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 6      | Masa disiplinore                        | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 7      | Masa Administrative                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| TOTALI |                                         | 20                   | -          | 20               | -     |                    | -     | 100 %              | -     | -                                   | -     | 3                  | -     | 12             | -     | -          | -      | 5          | -     | -              | -     |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 4**

**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

**Auditim performance me temë: ÓEfektiviteti i shërbimit të IEVP”**

*Në 000/lekë*

| Nr .   | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |             | Pranuar subjekti |         | Papranuar subjekti |          | Shkalla pranimit |        | Statusi I rekomandimeve te pranuar |        |                    |       |                |        |            |         |            |        |                |        |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|-------------|------------------|---------|--------------------|----------|------------------|--------|------------------------------------|--------|--------------------|-------|----------------|--------|------------|---------|------------|--------|----------------|--------|
|        |                                         | Nr.                  | Vler a lekë | Nr.              | Vle r a | Nr .               | Vl e r a | Nr.              | Vle ra | Zbatuar                            |        | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |        | Nga e cila |         | Pa zbatuar |        | Ne proces gjyq |        |
|        |                                         |                      |             |                  |         |                    |          |                  |        | Nr .                               | Vle ra | Nr.                | Vlera | Nr .           | Vle ra | Arkët uar  | Mbet ja | Nr .       | Vle ra | Nr .           | Vle ra |
| 1      | Masa organizative                       | 16                   | -           | 16               | -       | -                  | -        | 100%             | -      | 6                                  | -      | 1                  | -     | 8              | -      | -          | -       | 1          | -      | -              | -      |
| 2      | Masa shpërblim dëmi                     | -                    | -           | -                | -       | -                  | -        | -                | -      | -                                  | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -       | -          | -      | -              | -      |
| 3      | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. | -                    | -           | -                | -       | -                  | -        | -                | -      | -                                  | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -       | -          | -      | -              | -      |
| 4      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -           | -                | -       | -                  | -        | -                | -      | -                                  | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -       | -          | -      | -              | -      |
| 5      | Masa disiplinore                        | -                    | -           | -                | -       | -                  | -        | -                | -      | -                                  | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -       | -          | -      | -              | -      |
| 6      | Masa Administrative                     | -                    | -           | -                | -       | -                  | -        | -                | -      | -                                  | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -       | -          | -      | -              | -      |
| TOTALI |                                         | 16                   | -           | 16               | -       | -                  | -        | 100 %            | -      | 6                                  | -      | 1                  | -     | 8              | -      | -          | -       | 1          | -      | -              | -      |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 5**

**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

Auditim performance me temë: **“Sistemi i menaxhimit të shërbimit shëndetësor në IAPô**

*Në 000/lekë*

| Nr .   | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |            | Pranuar subjekti |       | Papranuar subjekti |       | Shkalla e pranimit |       | Statusi I rekomandimeve te pranuara |       |                    |       |                |       |            |        |            |       |                |       |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|------------|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------------------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|--------|------------|-------|----------------|-------|
|        |                                         | Nr.                  | Vlera lekë | Nr .             | Vlera | Nr .               | Vlera | Nr.                | Vlera | Zbatuar                             |       | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |       | Nga e cila |        | Pa zbatuar |       | Ne proces gjyq |       |
|        |                                         |                      |            |                  |       |                    |       |                    |       | Nr .                                | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr .           | Vlera | Arkët uar  | Mbetja | Nr .       | Vlera | Nr .           | Vlera |
| 1      | Masa organizative                       | 20                   | -          | 20               | -     | -                  | -     | 100%               | -     | 3                                   | -     | 2                  | -     | 15             | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 2      | Masa shpërblim dëmi                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              |       |
| 3      | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              |       |
| 4      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              |       |
| 5      | Masa disiplinore                        | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              |       |
| 6      | Masa Administrative                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -      | -          | -     | -              |       |
| TOTALI |                                         | 20                   | -          | 20               | -     | -                  | -     | 100 %              | -     | 3                                   | -     | 2                  | -     | 15             | -     | -          | -      | -          | -     | -              | -     |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUDHËN NGA 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 6**

**Përmbledhëse e masave sipas llojit.**

Auditim performance me temë: **“Manaxhimi i transportit hekurudhor në Shqipëri”**

| Nr .   | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |            | Pranuar subjekti |       | Papranuar subjekti |       | Shkalla e pranimit |       | Statusi i rekomandimeve te pranuara |        |                    |       |                |        |            |        |            |       |                |       |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|------------|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------------------------------------|--------|--------------------|-------|----------------|--------|------------|--------|------------|-------|----------------|-------|
|        |                                         | Nr.                  | Vlera lekë | Nr .             | Vlera | Nr .               | Vlera | Nr.                | Vlera | Zbatuar                             |        | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |        | Nga e cila |        | Pa zbatuar |       | Ne proces gjyq |       |
|        |                                         |                      |            |                  |       |                    |       |                    |       | Nr.                                 | Vlera  | Nr.                | Vlera | Nr .           | Vlera  | Arkëtuar   | Mbetja | Nr .       | Vlera | Nr .           | Vlera |
| 1      | Masa organizative                       | 17                   | -          | 15               | -     | 2                  | -     | 88%                | -     | 4                                   | 26.5 % |                    |       | 4              | 26.5 % | -          | -      | 7          | -     | -              | -     |
| 2      | Masa shpërblim dëmi                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -      | -                  | -     | -              | -      | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 3      | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. |                      | -          |                  | -     | -                  | -     |                    | -     | -                                   | -      |                    | -     |                | -      | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 4      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -      |                    | -     | -              | -      | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 5      | Masa disiplinore                        | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -      |                    | -     | -              | -      | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| 6      | Masa Administrative                     | -                    | -          | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -      |                    | -     | -              | -      | -          | -      | -          | -     | -              | -     |
| TOTALI |                                         | 17                   | -          | 15               | -     |                    | -     | 88%                | -     | 4                                   | 26.5 % |                    | -     | 4              | 26.5 % | -          | -      | 7          | -     | -              | -     |



**KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**  
**DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS**  
**RAPORT “PËR ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE PËR PERIUdhËN nga 01.01.2021**  
**DERINË 30.06.2021”**

**Aneksi 7**  
**Përmbledhëse e masave të gjashtë auditimeve.**

| Nr.    | LLOJET E MASAVE                         | Rekomanduar gjithsej |           | Pranuar subjekti |       | Papranuar subjekti |       | Shkalla e pranimit |       | Statusi i rekomandimeve te pranuara |       |                    |       |                |       |            |         |            |       |                |       |
|--------|-----------------------------------------|----------------------|-----------|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|-------------------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|---------|------------|-------|----------------|-------|
|        |                                         | Nr.                  | Vlera lek | Nr.              | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr.                | Vlera | Zbatuar                             |       | Zbatuar pjesërisht |       | Proces zbatimi |       | Nga e cila |         | Pa zbatuar |       | Ne proces gjyq |       |
|        |                                         |                      |           |                  |       |                    |       |                    |       | Nr.                                 | Vlera | Nr.                | Vlera | Nr.            | Vlera | Arkëtuar   | Mbjetja | Nr.        | Vlera | Nr.            | Vlera |
|        |                                         |                      |           |                  |       |                    |       |                    |       |                                     |       |                    |       |                |       |            |         |            |       |                |       |
| 1      | Përmirësim Legjislatcioni               | 3                    | -         | 3                | -     | -                  | -     | 100%               | -     | -                                   | -     | 1                  | 33.3% | 2              | 66.7% | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 2      | Masa organizative                       | 143                  | -         | 139              | -     | 4                  | -     | 97.2%              | -     | 38                                  | 26.8% | 5                  | 3.6%  | 56             | 40.8% | -          | -       | 40         | 28.2% | -              | -     |
| 3      | Masa shpërblim dëmi                     | -                    | -         | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 4      | Masa për eliminimin e paligjshmërisë .. | -                    | -         | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 5      | Për eliminimin e efekteve ....          | -                    | -         | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 6      | Masa disiplinore                        | -                    | -         | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| 7      | Masa Administrative                     | -                    | -         | -                | -     | -                  | -     | -                  | -     | -                                   | -     | -                  | -     | -              | -     | -          | -       | -          | -     | -              | -     |
| TOTALI |                                         | 146                  | -         | 142              | -     | 4                  | 2.7%  | 97.3%              | -     | 38                                  | 27.3% | 6                  | 4.2%  | 58             | 40.3% | -          | -       | 40         | 28.8% | -              | -     |