



**Raport për auditimin tematik të ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, QSUNT dhe Spitalet Rajonale Durrës, Lezhë, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë dhe Berat.**

**RAPORT I AUDITIMIT TEMATIK  
“MBI ZBATIMIN E REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMET E  
PERFORMANCËS TË EVADUARA NË GJASHTË MUJORIN E DYTË TË  
VITIN 2023”**

**MBI AUDITIMIN ME TEMË: “TRAJTIMI I SËMUNDJEVE TUMORALE”**

**NË SUBJEKTET:**

- ✓ **MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE**
- ✓ **QENDRA SHËNDETËSORE UNIVERSITARE “NËNË TEREZA”**
- ✓ **SPITALI RAJONAL DURRËS**
- ✓ **SPITALI RAJONAL LEZHË**
- ✓ **SPITALI RAJONAL FIER**
- ✓ **SPITALI RAJONAL VLORË**
- ✓ **SPITALI RAJONAL SHKODËR**
- ✓ **SPITALI RAJONAL ELBASAN**
- ✓ **SPITALI RAJONAL KORÇË**
- ✓ **SPITALI RAJONAL BERAT**

**Prill 2025**

## **PËRMBAJTJA**

<b>I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE:</b> .....	<b>3</b>
1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit.....	3
2. Respektimi i afatit ligjor prej 20 ditësh.....	3
3. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh.....	4
4. Statusi i pranimit të rekomandimeve.....	5
<b>II. HYRJA</b> .....	<b>5</b>
II.1 Objekti auditimit:.....	6
II.2 Qëllimi auditimit.....	6
II.3 Metodologjia e auditimit:	6
II.4 Konkluzioni.....	6
II.5 Opinion i përgjithshëm mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna.....	7
<b>III. Zbatimi i rekomandimeve të lëna në auditimin e mëparshëm</b> .....	<b>7</b>
<b>IV TRAJTIMI I OBSERVACIONEVE</b>	<b>28</b>
<b>V. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME</b> .....	<b>33</b>

## I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

### 1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), Nr. 1485 prot. datë 12/12/2024 me objekt “Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e performances me temë: “Trajtimi i sëmundjeve tumorale”, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2023”, ushtroi auditim tematik në 10 (dhjetë) subjektet pjesë e Auditimit të Përformancës me temë: “Trajtimi i sëmundjeve tumorale”, përkatësisht: Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, QSUNT dhe Spitalet Rajonalë Durrës, Lezhë, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë dhe Berat. Auditimi i kryer në vitin 2023, kishte si periudhë auditimi nga data 01.01.2020 deri më datë 31.12.2023 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 117 datë 18.07.2023 të Kryetarit të KLSH-së** si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr.1184/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37 prot., datë 19.07.2023.

Auditimi u krye nga data 16.12.2024 deri më datë 17.01.2025, 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 2023, 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 e audituara u mbajtën Akt-Verifikimet përkatëse të cilat janë regjistruar përkatësisht:

- Në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Akt-Verifikimi nr. 1, datë 14.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Lezhë, Akt-Verifikimi nr. 2, datë 15.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Shkodër, Akt-Verifikimi nr. 3, datë 15.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Fier, Akt-Verifikimi nr. 4, datë 16.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Vlorë, Akt-Verifikimi nr. 5, datë 16.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Korçë, Akt-Verifikimi nr. 6, datë 21.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Elbasan, Akt-Verifikimi nr. 7, datë 21.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Durrës, Akt-Verifikimi nr. 8, datë 15.01.2025
- Në Spitalin Rajonal Berat, Akt-Verifikimi nr. 9, datë 22.01.2025
- Në QSUNT, Akt-Verifikimi nr. 10, datë 20.01.2025.

Projekt Raportet i janë dërguar subjekteve të mësipërme me shkresat nr. 1485/4-1485/13 datë 17.02.2025.

**2. 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-së, mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna.

Nga auditimi u konstatua se:

-Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka *miratuar nga titullari Programin e Punës nëpërmjet shkresës nr. 956/9 datë 09.08.2023 për masat në zbatim të rekomandimeve të*

raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”(ka miratuar nga titullari Programin e Punës nëpërmjet shkresës nr. 1197/20 datë 10.08.2023 për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Lezhë, ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, dërguar me shkresën nr. 757/3 datë 17.08.2023, jashtë afatit të parashikuar kjo në mospërputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Shkodër, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

Spitali Rajonal Fier, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Vlorë, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Korçë, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Elbasan, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Durrës, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

-Spitali Rajonal Berat, nuk ka miratuar nga titullari Programin e Punës për masat në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të Kontrollit të Lartë të Shtetit, kjo në mos përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” nenit 15, shkronja j.

**3. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh**, për raportimin në KLSH, të ecurisë 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 këtij afati rezultoi se:

- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- QSUNT ka dërguar raportim në KLSH me shkresën nr. 3074 prot. datë 26.12.2024, jo brenda afatit të parashikuar, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Lezhë, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Shkodër, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Fier, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Vlorë ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve, nëpërmjet shkresës nr. 39 prot datë 04.01.2024.
- Spitali Rajonal Korçë nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Elbasan, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Durrës, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Spitali Rajonal Berat, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.

### 3. Statusi i pranimit të rekomandimeve:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. nr.1184/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37 prot., datë 19.07.2023, janë rekomanduar gjithsej 12 masa. Niveli i realizimit të masave sipas llojit të tyre, paraqitet si më poshtë:

Masa organizative: Nga 12 masa të rekomanduara, janë pranuar plotësisht 12 rekomandime ose 100% e tyre.

-Nga masat e pranuar janë zbatuar plotësisht 4rekomandime; janë zbatuar pjesërisht 5 rekomandime, është në proces zbatimi 1 rekomandim, si dhe 2 rekomandime rezultojnë të pa zbatuara;

Sipas masave të marra nga institucionet respektive, shkresave të përcjella në KLSH mbi planin e masave si dhe shpjegimet e paraqitura për secilin rekomandim në fazën e verifikimit të tyre, rezulton se:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar
1	Masa për ndryshime ligjore apo përmirësime ligjore	-	-	-
2	Organizative	12	12	0

## II. HYRJA

Kontrolli i Lartë i Shtetit auditoi Zbatimin e rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme në subjektet e lartpërmendur mbështetur në programet respektive të auditimit të miratuar nga Kryetari i Kontrollit të Lartë të Shtetit, me objekt: “Për verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e gjashtë mujorit të dytë të vitit 2023”, në përputhje me kërkesat e ligjit nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit” dhe në zbatim të Rregullores së Procedurave të Auditimit dhe të Manualit për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të auditimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit dhe Regjistrin elektronik institucional.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit Nr. 1485 prot. datë 12/12/2024. Rekomandimet e lëna në Raporti Përfundimtar i Auditimit të mëparshëm me temë “Trajtimi i sëmundjeve tumorale”, me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 117 datë 18.07.2023 të Kryetarit të KLSH-së** dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat nr.1184/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37 prot., datë 19.07.2023.

Auditimi u krye nga Grupi i Audituesve Shtetërore të KLSH-së, me përbërje:

1. A. G. përgjegjës grupi
2. E. K, anëtar
3. A. S, anëtar
4. E. H, anëtar

Auditimi ka filluar më, 16.12.2024

Auditimi ka përfunduar më, 17.01.2025

### II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, QSUNT dhe Spitalet Rajonalë Durrës, Lezhë, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë, Berat, me shkresat nr.1184/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37 prot., datë 19.07.2023.

### II.2. Qëllimi i 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”.

### II.3. 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.

### II.4. Konkluzioni:

Nga auditimi i dokumentacionit të paraqitur nga subjektet Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, QSUNT dhe Spitalet Rajonalë Durrës, Lezhë, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë, Berat, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se nga 12 (dymbëdhjetë) masa të rekomanduara gjithsej nga të cilat janë pranuar nga subjektet e audituara.

Nga masa e pranuar:

janë zbatuar 4 rekomandime ose 33% e tyre,

janë zbatuar pjesërisht 5 rekomandime ose 42% e tyre,

gjendet në proces zbatimi 1 rekomandim ose 8% e tyre,

gjenden pa zbatuar 2 rekomandime ose 17% e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Ndryshime apo përmirësime ligjore	-	-		-	
2	Masa organizative	12	4	5	1	2
	<b>Gjithsej</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Në numër dhe në % statusi i masave paraqitet si më poshtë:

Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	12	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	12	100%
	<b>Nga të pranuarat:</b>		<b>Në % ndaj të pranuarave</b>
1	Zbatuar Plotësisht	4	33%
2	Zbatuar pjesërisht	5	42%
3	Në proces zbatimi	1	8%
4	Pa zbatuar	2	17%

## II.5. Opinion i përgjithshëm mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna:

Pavarësisht nga puna e bërë dhe masat e marra, niveli i zbatimit të plotë të rekomandimeve është i ulët. Për disa nga masat organizative të lëna (institucionet) nuk kanë mundur të realizojnë tërësisht ato që kërkon rëndësia dhe ndjeshmëria e lartë e temës objekt auditimi. Kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara për përmbushjen e rekomandimeve të lëna për garantimin e një trajtimi dinjitoz të pacientëve që vuajnë sëmundje tumorale.

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

Nga të dhënat e paraqitura gjatë auditimit prej subjekteve të audituara, përgjigjet me shkrim dhe dokumentacionit të tyre, ecuria e zbatimit të rekomandimeve të lëna paraqitet si më poshtë:

### A. MASA ORGANIZATIVE

**4.1 Për pyetjen e auditimit: A reflektojnë politikat, strategjitë dhe dokumentet e hartuara nga MSHMS impakt dhe zgjidhje racionale për shërbimin dhe trajtimin e pacientëve me sëmundje tumorale?**

**4.1.1 A kanë siguruar aktivitetet e depistimit dhe këshillimit, parandalimin, përmirësimin dhe uljen e numrit të sëmundjeve tumorale?**

**1.Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim (2020-2022) Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk disponon:

- a. Raporte monitorimi dhe vlerësimi në përfundim të Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit në Shqipëri 2011-2020.
- b. Raporte monitorimi, vlerësimi për ecurinë e kancerit për vitet 2021-2022.
- c. Regjistri Kombëtar i Kancerit nuk ka të dhëna në kohë reale të rasteve të reja për ecurinë e sëmundjeve tumorale si dhe mortalitetin e shkaktuar nga kanceri.

**1.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Institutin e Shëndetit Publik, të hartojnë raportet e monitorimit dhe vlerësimit për përfundimin e Programit të Kancerit në Shqipëri 2011-2020 si dhe të publikojnë raporte vlerësimi për ecurinë e kancerit në Shqipëri duke pasuruar Regjistrin Kombëtar të Kancerit.

## **Menjëherë dhe në vijimësi**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Instituti i Shëndetit publik ka publikuar në website zyrtar Raportin e parë kombëtar të kancerit 2015-2019, i përfshirë në Raportin Kombëtar mbi Sëmundjet Tumorale 2021.*

*Në vijim të raporteve të përvitshëm vlerësues në shtator 2023u përgatitën raportet mbi kanceret 2015-2022 dhe raporti mbi kancerin e gjirit 2015-2022.<sup>1</sup>*

*Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka miratuar në tetor 2022 me Urdhrin nr. 550 datë 27.09.2022 "Programin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit 2021 – 2030" (bashkëlidhur) ku përcaktohen në mënyrë të detajuar lidhja me objektivat strategjike global dhe kombëtar, si dhe masat që do të merren deri në vitin 2030 për realizimin e vizionit të programit të kontrollit dhe parandalimit të kancerit: "më pak të sëmurë me kancer, më shumë jetë të shpëtuar, më shumë kujdes dhe mbështetje për të sëmurët me kancer".*

*Në këtë dokument janë përcaktuara qartazi të gjithë masat që duhet të merren në të gjithë nivelet e sistemit shëndetësor duke filluar nga parandalimi në kujdes parësor, diagnostikimi dhe trajtimi i patologjive tumorale, kujdesi paliativ për të sëmurët me kancer dhe sistemet e informacionit. Në këtë dokument politik nën Qëllimin e Politikës II: Progresi drejt Mbulimit Universal Shëndetësor"Objektivi Specifik 1 "Sigurimi i përgjigjes së sistemit shëndetësor ndaj nevojave shëndetësore të popullatës nëpërmjet përmirësimit të qeverisjes, zhvillimit të politikave, transparencës dhe llogaridhënies" nën masën 2.1.1 "Zhvillimi i mekanizmave mbrojtës financiarë për mbulimin me kujdes shëndetësor pranë vendbanimeve të qytetarëve" (fq.57):2.1.1 b. Ofrimi i Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Qafës së Mitrës 2.1.1 c. Ofrimi i Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Gjirit.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2. Gjetje nga auditimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka ndryshuar dhe miratuar:

- a. Rregulloren për përcaktimin e kriterëve dhe normave shëndetësore për të sëmurët paliativ pranë institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale.
- b. Protokollet klinike të cilat janë prej vitit 2014, ndonëse lista e barnave esenciale që përdoren në kujdesin paliativ është pasuruar.

---

<sup>1</sup> [1\\_Raporti-kancer-2015-2019-draft-final-nov-2021-edited.pdf](#)

**2.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa të rishikojë dhe pasurojë protokollin klinik të kujdesit paliativ si dhe të miratojë rregulloren për përcaktimin e kriterëve dhe normave shëndetësore për të sëmuret paliativ pranë institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale.

**Në vijimësi**

**Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Në fushën e kujdesit paliativ është miratuar Ligji nr.138 datë 16.10.2014 "Për kujdesin paliativ në Republikën e Shqipërisë" dhe janë miratuar 12 protokolle për kujdesin paliativ me Urdhërin nr.450 datë 24.10.2014 të Ministrit të Shëndetësisë "Për miratimin e protokolleve klinike të kujdesit paliativ", të cilat do të rishikohen nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë me qëllim përditësimin e tyre. Është ngritur grupi i punës me urdhrin nr. 382, date 12.07.2024 "Për ngritjen e grupit të punës për rishikimin e protokolleve klinike të kujdesit paliativ, të miratuara me urdhrin nr. 450, date 20.10.2014 "Për miratimin e protokolleve klinike të kujdesit paliativ". Në lidhje me institucionet e ekzekutimit të veprave penale këto institucione janë nën juridiksionin e Ministrisë së Drejtësisë. Vuajtësit e dënimit nga institucionet peritenciare marrin shërbimin shëndetësor pranë institucionit të ekzekutimit të vendimeve penale si dhe në institucionin e veçantë shëndetësor të burgjeve, që janë nën varësinë e ministrisë përgjegjëse për drejtësinë. Për shërbime shëndetësore të cilat nuk ofrohen nga institucionet e sipërcituara në zbatim të marrëveshjeve në fuqi shërbimet shëndetësore ofrohen pranë institucioneve shëndetësore publike në varësi të ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**3. Gjetje nga auditimi:**

- a. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka përcaktuar qartë objektivat në lidhje me numrin e depistimeve të kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 krahasuar me Programin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit 2021- 2030 për depistimet e kryera për vitin 2022, si dhe nuk i kanë realizuar objektivat e parashikuara për këto depistime.
- b. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk argumenton kostot e shpenzimeve për depistimin e kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës për periudhën e auditimit.

**3.1. Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për vitet në vazhdim që të analizojë kostot e depistimeve të kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës, si dhe të planifikojnë saktë shpenzimet në PBA të cilat të jenë në raporte të drejta me numrin e grave të depistuar, sipas objektivave të Programit Kombëtar të Kancerit 2021-2030.

**Brenda vitit 2023**

**Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale planifikon në Projektbuxhetin Afatmesëm shpenzimet buxhetore për programet e depistimit nën programin 07450 (shëndeti publik) në përputhje me numrin e grave që depistohen çdo vit për të dy programet si dhe numrin e qytetarëve që depistohen nëpërmjet Programit të Kontrollit Mjekësor Bazë që përfshin matjen e 44 parametrave shëndetësor çdo vit për qytetarët e grup moshës 35-70 vjeç, duke*

*përfshirë dhe analizën e feçe gjak okult afër depistimit të kancerit kolorektal dhe kapjen e hershme dhe diagnostikimin e leukozave dhe anemive.*

*Në lidhje me analizimin e kostove të depistimit çdo vit gjatë procesit të hartimit të PBA Instituti i Shëndetit Publik paraqet kërkesën pranë ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë për planifikimin e fondeve buxhetore për programin e shëndetit publik ku përfshihen edhe programi i kancerit të qafës së mitrës dhe programi i kancerit të gjirit bashkë me analizën e kostove të depistimit dhe parashikimet për numrin e grave që do të depistohen sipas programeve.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

#### **4.2.1 Për pyetjen audituese: A ka qenë efektiv shërbimi i Spitalit Onkologjik në trajtimin e sëmundjeve tumorale për periudhën në auditim?**

**1. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Shpenzimet financiare për trajtimin e sëmundjeve tumorale, nuk janë rritur, por janë mbajtur pothuajse të pandryshueshme, ndërkohë që numri i pacientëve të diagnostikuar dhe të trajtuar me sëmundje tumorale është në rritje.

b. Ka mungesa të stafit me burime njerëzore për rrjedhojë shtohen ditët e gjata të pritjes për pacientët, duke ulur efektivitetin e shërbimit të trajtimit si dhe duke shtuar kostot financiare të pacientëve dhe familjarëve.

c. Numri i poltronëve “shtrat virtual” është në sasi të vogël vetëm 19 poltrona, ndonëse gjatë ditës trajtohen me kimioterapi 75-80 pacientë, të cilët nuk janë vetëm nga qarku Tiranë, por nga i gjithë vendi, duke sjellë për pacientët dhe familjarët e tyre kosto për transport dhe akomodim.

d. Spitali Onkologjik e ka të pamundur të krijojë kushte shtrimi në spital për të gjithë pacientët të cilët kanë nevojë, pasi shërbimi me radioterapi është i centralizuar. Në total janë trajtuar të hospitalizuar vetëm 9% të pacientëve, ndërsa 91% të pacientëve kanë marrë trajtimin e seancave të radioterapisë jo të hospitalizuar.

e. Pranë Spitalit Onkologjik, nuk është ngritur dhe vënë në funksion njësi e kujdesit paliativ (hospis ditor/hospis 24 orë), për të bërë të mundur trajtimin e të sëmurëve paliativ me kancer në stadin terminal.

**1.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Spitalin Onkologjik, të marrin masa për shtimin e buxheteve financiare, për maksimizimin e eficiencës së burimeve njerëzore në shërbim të pacientit duke plotësuar vendet vakante, për shtimin e numrit të poltroneve dhe shtretërve, për funksionimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe krijimin e ambienteve sa më të mira, për trajtim cilësor e në kohë të pacientëve që trajtohen me sëmundje tumorale.

**Menjëherë**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*QSUNT ka marrë masa për plotësimin e vendeve vakante - sipas shkresës nr. 1197/7 prot. date 27.06.2023 ne vazhdon sa here për të plotësuar vendet vakante. Shkrese nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale për investime në vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale për vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS.*

## **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

- a. Në Spitalin Onkologjik nuk është funksionale pajisja mjekësore e Brakiterapi (Kyriterapi), duke sjellë mos trajtimin për 600 gra paciente me Ca gjinekologjik me radioterapi, që përbën faktor risku për shëndetin e tyre.
- b. Mos vendosja në funksion e aparatit të Ortovoltazhit, nga Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza, për mungesë të ambienteve, ka sjellë mostrajtimin e 200 pacientëve me radioterapi, që vuajnë nga tumoret e lëkurës (Melanoma).
- c. Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” nuk ka arritur në kohë, sigurimin e elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) duke mos ofruar shërbim për 250 pacientë me shërbim radioterapi në Spitalin Onkologjik.
- d. Në spital mungon sistemi i kondicionimit, dhomat e pacientëve të katit të III kanë prani të lagështirës si dhe kati nëntokë i godinës së është jo funksional i cili aktualisht shërben si vend grumbullimi për pajisjet e amortizuara. Niveli i papastërtisë në katin nëntokë është mjaft i lartë dhe përbën risk potencial për infektive.

**2.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për sigurimin e pajisjeve të Brankiterapisë, të elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) si dhe rehabilitimin e ambienteve për vendosjen e aparatit të Ortovoltazhit, për trajtimin e pacientëve me sëmundjet tumorale.

**Menjëherë**

## **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkresë nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale për investime në vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale për vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS. Hartim Raport -ekspertizës së re me nr.1006/6,prot, datë 21.05.2024. Shkresë nr.1006/9,prot, date 23.05.2024 nga ZMR për instalimin e sistemit të brakiterapisë e miratuar nga KMR me nr.25.05.2024, leja me nr.11 datë 25.05.2024 zhvillim instalimi.Raport Ekspertiza nr.1006/17 .prot, datë 18.06.2024. Qsunt aplikim për license ZMR-se me shkresë nr.1006/22.prot , datë 08.07.2024. Shkresë nr.1006/99.prot date 02.10.2024. License nr.890, date 05.07.2024 me shtojce mbi perfaqesimin e QSUNT.*

## **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2.2 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për dezinfektimin, pastrimin dhe rehabilitimin e katit nëntokë, eliminimin e lagështirës si dhe sigurimin e ajrit të kondicionuar për të gjithë godinën.

**Menjëherë**

## **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkresë nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale për investime në vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale për vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS.*

*Shkresa nr. 1197/6prot, date 27.06.2023 dhe shkresa nr. 1197/9 prot. date 27.06.2023.*  
*Shkresa nr.1900.prot, datë 05.10.2023 nga DSHM.*  
*Shkresa nr.1900/1.prot, datë 12.10.2023 për UPT.*  
*Shkresa nr 2374/1.prot, datë 24.10.2023 kthim pergjigje nga UTP.*  
*Shkresa nr.2374/4.prot, datë 14.11.2023.*  
*Shkresa nr.56/2.prot, datë 18.01.2024 kërkesë për bashkëpunim.*  
*Shkresa nr.142/1.prot, datë 30.01.2024.*  
*Shkresa nr.56/4,prot, datë 08.02.2024 për MSHMS.*  
*Shkresanr.822/2,prot,datë19.6.2024kthimpergjigjengamSHMS.*  
*Shkrese nr.56/7.prot, datë 04.07.2024.*  
*Shkresa nr.142/5,prot, datë 02.09.2024.*  
*Shkresa nr.142/6,prot, datë 25.092024.*  
*Shkresa nr.142/8,prot, datë 27.09.2024.*  
*Shkresa nr.56/13,prot, datë 08.10.2024 .*  
*Shkresa nr.56/14,prot, datë 16.10.2024.*  
*Marreveshje kryerje oponente me nr.56/16, prot date 22.10.2024.*  
*Shkresa nr .56/17.prot date 23.10.2024.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

#### **4.2.2 Për pyetjen e auditimit: A ka qenë efektive ngritja e sistemeve të njësive të kimioterapisë pranë spitaleve rajonale?**

**3. Gjetje nga auditimi:** Në Spitalin Rajonal të Lezhës nuk funksionon njësia e kimioterapisë, ndërkohë në Spitalet Rajonale Durrës, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë, Berat, këto njësi janë funksionale, duke konstatuar se:

- a. Detyrat funksionale të njësive së kimioterapisë nuk janë të pasqyruara në rregulloret e brendshme të funksionimit të spitaleve.
- b. Spitalet Rajonale nuk kanë kapacitete spitalore të plota me burime njerëzore mjekë onkologë, me pajisje dhe materiale mjekësore, me shtretër të dedikuar, duke mos përballuar skemat e trajtimit të kimioterapisë.
- c. Mungojnë sistemet e informatizuar dhe të dhënat mbi numrin e pacientëve të diagnostikuar me sëmundje tumorale, duke u mbajtur në regjistra manuale, të cilët nuk rakordojnë me të dhënat e raportuara nga Spitali Onkologjik në Tiranë.
- d. Në Spitalet Rajonale Shkodër, Elbasan dhe Berat, stafi shëndetësor nuk përgatit një plan kujdesi për ndjekjen e gjendjes shëndetësore të pacientit të kujdesit paliativ.
- e. Spitalet rajonale nuk mund të planifikojnë numrin e pacientëve si raste të reja me kancer si dhe nuk mund të planifikojnë numrin e pacientëve bazuar në skemat e mjekimit që do të delegojë Spitali Onkologjik në Tiranë kundrejt spitaleve, duke shtuar mundësinë e riskut në 62 Pyetësori nr. 1 datë 27.01.2023 dhe nr .2 datë 23.03.2023 50 rritje për mungesa të medikamenteve anti tumoralë në trajtimin në kohë të pacientëve që vuajnë me kancer.

**3.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalin Rajonal Lezhë të marrin masa për vënien në funksionim të njësisë së kimioterapisë.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Njësia e kimioterapisë në Spitalin Rajonal Lezhë është në funksion të plotë që prej Nëntorit të vitit 2023, konfirmuar edhe me email nga Drejtoria e Spitalit Lezhë pas kalimit kapital të pajisjes mjekësore KAPA nga Qendra Spitalore Rajonale “Shefqet Ndroqi”.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Lezhë):**

*Eshte montuar paisja “KAPE” per sherbimin e Kimioterapise me Dt-08/03/2023 e cila eshte terhequr nga Spitali “Shefqet Ndroqi”. Ky sherbim ka funksionuar deri ne Janar 2024, ky sherbim eshte nderprere si rezultat fillimit te rikonstruksionit total te godines se Sherbimeve Spitalore (te cilat jane te reduktuara si rezultat i transferimit ne ish maternitetin e vjeter). Gjithashtu kemi bere kerkese per vendosjen e aparaturave te reja ne Sherbimet Spitalore ku nje nder to eshte edhe paisja “KAPE”.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**3.2 Rekomandimi:** Spitalet Rajonale të marrin masa për pasqyrimin e detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë në rregulloren e brendshme të institucionit si dhe të përgatitjes së planin e kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Lezhë):**

*Spitali Rajonal Lezhë nuk ka dokumentuar përgjigje.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Shkodër):**

*Me shkresën me Nr.1602/2 Prot, urdhër i brendshëm Nr. 153 datë 31.08.2023 është ngritur grupi i punës për hartimin e detyrave funksionale të njësisë së kimioterapisë.*

*Me shkresën me Nr.1602/3 Prot, urdhër i brendshëm Nr.154 datë 31.08.2024 është ngritur urdhëri për përgatitjen e planit të kujdesit për ndjekjen e gjendjes shëndetësore të pacientëve në kujdesin paliativ.*

*Me shkresën me Nr.1602/4 Prot datë 11.09.2023 është hartuar nga grupi i punës Rregullorja e funksionimit të Repartit të Onkologjisë (Kimioterapisë) pranë Spitalit Rajonal Shkodër.*

*Me shkresën me Nr.1602/5 Prot datë 11.09.2023 është ngritur plani i punës i kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit.*

*Me shkresën me Nr.1602/6 Prot datë 15.09.2024, vendim i Drejtorisë së Institucioni për implementimin e Rregullores së funksionimit të Repartit të Onkologjisë (Kimioterapisë) në Rregulloren e Brendshme të Spitalit Rajonal Shkodër.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Vlorë):**

*Nga Spitali Rajonal Vlorë është hartuar “Rregullore e funksionimit të Repartit të Onkologjisë (Kimioterapisë) pranë Spitalit Rajonal Vlorë me nr. 387 prot datë 26.01.2022 (Rregullore qe është ende në fuqi).*

*Nga Institucioni është hartuar “Rregullore për mënyrën e funksionimit të Kujdesit Paliativ në Spitalin Rajonal Vlorë” me nr. 602 prot datë 08.02.2023, detyrat e mjekut dhe ekipi i kujdesit paliativ, detyrat operacional të mjekut gjatë aktivitetit të përditshëm, detyrat e infermierit, infemieri ne kujdesin palativ, detyrat e punonjësit social. (Kjo rregullore është ende në fuqi).*

*Me shkresën nr. 3314 prot datë 24.08.2023 është hartuar plan veprimi për sëmundjet tumorale për vitin 2023.*

*Me shkresën nr. 3110 prot datë 31.07.2024 është hartuar plan veprimi për sëmundjet tumorale për vitin 2024.*

*Nga ana e Spitalit Rajonal Vlorë është hartuar “Plani i kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit”.*

*Detyrat funksionale për njësinë e kimioterapinë, janë përcaktuar në rregullore të veçanta për këtë shërbim të sipërcituara gjithashtu këto detyra janë bërë pjese e Rregullores së Brendshme të Spitalit Rajonal Vlorë.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Korcë):**

*Drejtoria e Shërbimit Spitalor Korcë pas lënies së rekomandimit nga KLSH ka ngritur grup pune për hartimin e rregullores për mënyrën e funksioni it të kujdesit paliativ në spital.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Fier):**

*Është hartuar projekt rregullorja e brendshme, e cila është për miratim nga Bordi drejtues i spitalit.*

*Pacienti që ka nevojë për mjekim paliativ merr shërbimin e nevojshëm në Klinikën e kemioterapisë dhe kujdesit paliativ terapia shënohet në kartelën ditore të sëmurit.*

*Medikamentet që kanë nevojë të sëmurët paliativ përshkruhen në recetat e rimbursueshme pranë mjekut të familjes.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Elbasan):**

*Mjekimi dhe ndjekja e pacientëve që përfitojnë mjekim Paliativ ndahet në: Shërbim Spitalor Ditor dhe Shërbim Ambulator në Poliklinikë. Në shërbimin spitalor ditore, paraqiten pacientë që mund të transportohen në spital dhe përfitojnë terapi me transfusion gjaku/plazme, antibiotikoterapi, elektrolit terapi me transfusion gjaku/plazme, antibiotikoterapi, elektrolitë, terapi antidolorifikë si dhe ushqime paraenterale. Për këtë shërbim mbahet regjistër ditore si dhe regjistër Palliacioni (rastet e reja). Në shërbimin ambulator në poliklinikë, paraqiten pacientë ose familjarë të tyre (në rastet e pacientëve terminale që e kanë të pamundur për shkak të stadi të sëmundjes) u ofrohet mjekim i rimbursuar, me mjekim stupefiante, opioide dhe simptomatikë, sipas listës së barnave të rimbursuara. Mjekimi shkruhet në rekomandimin e mjekut të familjes, i cili më pas përshkruan recetën elektronike e cila ekzekutohet në farmaci. Ky shërbim pasqyrohet në regjistrin e vizitave onkologjike të përditëshme. Në rastet kur pacienti jeton në zona rurale, mbahet kontakt i vazhdueshëm me mjekun e zonës, qoftë rekomandime apo kontakt me telefon. Në vazhdim të procesit të autonomisë spitalore, Spitali Rajonal Elbasan është duke punuar në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për hartimin e një rregullore të re Spitalore dhe Manualin e Procedurave Standarte. Në përgjigje të rekomandimeve të lëna nga grupi i KLSH-s , është hartuar dhe miratuar “ Plan Kujdesi Për Pacientët Paliativ”, dokument i protokolluar me nr.551 prot, datë 20.07.2023 ( bashkangjitur një kopje e skanuar).*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Durrës):**

*Ne datën 31.08.2023 me vendim nr.22 të Bordit Drejtues të SRD është miratuar Rregullorja e Brendshme “Per organizmin dhe funksionimin e Spitalit Rajonal Durrës”. Bashkangjitur keni materialin ku evidnetohet rregullorja dhe detyrat funksionale të njesise se kemioterapise dhe kujdesit paliativ (neni 57 e ne vazhdim).*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Berat):**

*Paraqitja e detyrave funksionale që ka njësia e Kimioterapisë është pasqyruar tek procedurat standarte operacionale të shërbimeve dhe klinikave, pjesë e rregullores së brendëshme. Plani i kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit përgatitet nga mjekët Specialist Onkolog.*

Përmbledhjen e statusit të rekomandimit 3.2 në spitalet rajonale e gjeni të pasqyruar në Aneksin 1/1 bashkëlidhur Raportit.

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**3.3 Rekomandimi:** Spitali Onkologjik të koordinojnë punën me spitalet rajonale për përcaktimin e skemave të trajtimit me kimioterapi në varësi të kapaciteteve që këta kanë, për të siguruar në kohë medikamentet mjekësore anti tumorale.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Me urdhrin nr. 482 date 11.09.2024 MSHMS ka riorganizuar funksionimin e shërbimit për sëmundjet tumorale ne rang vendi duke përcaktuar QSUT si qendër kombëtare për përcaktimin e skemës së trajtimit për pacientet e rinj me kimioterapi, radioterapi për pacientet e rinj dhe referimin e pacienteve pranë njësisë të kimioterapise ne spitalet rajonale, QSR Shefqet Ndroqi si qendër kombëtare për tumoret e pulmonit, krijimin e Tumor Bordeve dhe caktimin e shërbimit onkologjik ne QSUT si institucion mbështetës nëpërmjet programit te patronazhimit per funksionimin e njësisë të kimioterapise ne rang kombëtar.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Skemat e trajtimit me kimioterapi, ashtu sikundër shërbimet e tjera mjekësore, hartohen dhe miratohen nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS) dhe janë përcjellë përmes shkresës nr. 6076/3 prot. datë 16.01.2019 shkresë “Dërgim urdhëri të Urdhërit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS) nr. 738 datë 22.10.2018, nr. 6076 prot.” mbi miratimin e 230 Udhërrëfyesve të Praktikës Klinike Mjekësore dhe Protokolleve të Praktikës Klinike, për shërbimet shëndetësore sipas tematikave përkatëse. Skemat e trajtimit jane aktualisht dhe perdoren ne sherbimin e Onkologjikut.*

*Me urdhrin nr. 482 date 11.09.2024 MSHMS ka riorganizuar funksionimin e shërbimit për sëmundjet tumorale ne rang vendi duke përcaktuar QSUT si qendër kombëtare për përcaktimin e skemës së trajtimit për pacientet e rinj me kimioterapi, radioterapi për pacientet e rinj dhe referimin e pacienteve pranë njësisë të kimioterapise ne spitalet rajonale, QSR Shefqet Ndroqi si qendër kombëtare për tumoret e pulmonit, krijimin e Tumor Bordeve dhe caktimin e shërbimit onkologjik ne QSUT si institucion mbështetës nëpërmjet programit te patronazhimit per funksionimin e njësisë të kimioterapise ne rang kombëtar.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**3.4 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale të marrin masa për plotësimin e vendeve të lira të punës me mjekë dhe

infirmierë, për plotësimin me shtretër të dedikuar për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativ si dhe të krijohet një sistem i informatizuar raportimi on line për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale.

## **Menjëherë**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Ministria përgjegjëse për shëndetësinë ka marrë të gjithë masat e nevojshme për plotësimin me mjekë onkolog të të gjithë spitaleve rajonale në zbatim të kontratave për të gjithë mjekët që përfundojnë specializimin afatgjatë pranë Fakultetit të Mjekësisë dhe janë kuotë e mbuluar me ministrinë përgjegjëse për shëndetësinë nëpërmjet platformës së rekrutimit të mjekëve në sistemin shëndetësor publik "Mjekë për Shqipërinë" si dhe Programit të Bonusit. Gjithashtu ne lidhje me plotësimin e vendeve të lira të punës me infermier të gjithë procesi i rekrutimit duke filluar nga shpallja e vendeve të lira prej vitit 2018 kryhet vetëm nëpërmjet Portalit infermier për Shqipërinë.*

*Në bazë të vendimit Nr. 327, data 28.05.2014 "Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes e të Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Publik ose Privat". ofruesit e kujdesit shëndetësor, publikë dhe privatë, që ushtrojnë veprimtarinë në fushën e shëndetësisë në Republikën e Shqipërisë, në përputhje me tipin e veprimtarisë dhe licencën ushtrimin e veprimtarisë raportojnë të dhëna në sistemin e informacionit shëndetësor, duke përfshirë edhe Regjistrin e Kancerit.*

*Instituti i Shëndetit Publik përgjigjet për organizimin e regjistrave kombëtarë". mbështetur ne të dhënat e raportuara sipas pikës 2 të këtij vendimi, për mbledhjen. Ruajtjen, analizën dhe interpretimin e të dhënave, brenda strukturës së tij.*

*Struktura përgjegjëse në ministrinë përgjegjëse për shëndetësinë në koordinim me Institutin e Shëndetit Publik dhe strukturat raportuese do të monitorojnë në mënyrë periodike funksionimin e Regjistrit të Kancerit.*

*Gjithashtu në kuadër të zbatimit të Projektit Përmirësimi i Sistemit Shëndetësor është duke u zbatuar aktiviteti i Sistemit të Informacionit Spitalor rajonal (RHIS), i cili është duke u implementuar si një sistem i integruar për menaxhimin e të dhënave/proceseve aktualisht në 4 spitale rajonale përkatësisht spitalet Durrës, Shkodër, Vlorë dhe Elbasan për të vijuar më pas shtrirjen edhe në 7 spitalet e tjera rajonale.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar ( SR Lezhë):**

*Spitali Rajonal Lezhë nuk ka dokumentuar përgjigje.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Shkodër):**

*Me shkresën me Nr. 2233/9 Prot, datë 06.06.2023 e ardhur nga Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale, e protokolluar në institucionin tonë me Nr.1619, datë 09.06.2023 është bërë emërimi me kontratë 3 vjeçare nga MSHMS i mjekes onkologe Znj. A. Xh.*

*Me shkresën me Nr. 2199 Prot, urdhër Nr. 350 datë 02.05.2023 e sjellë nga MSHMS për ndryshimet në Struktura të Spitalit Rajonal Shkodër dhe e portokolluar në institucionin tonë me Nr. 1548/1 Prot datë 08.06.2023 është shtuar një mjek onkolog pranë Kabinetit të kimioterapisë dhe Kujdesi Paliativ.*

*Me shkresën me Nr. 147/ 34 Prot datë 20.06.2023 e ardhur nga Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, e protokolluar në institucionin tonë me Nr. 1720 Prot datë 20.06.2023 është bërë emërimi i mjekes onkologe Znj. L. Z.*

*Aktualisht stafi i kimioterapisë nuk ka vende vakante duke plotësuar numrin plan 3 mjek dhe po aq fakt si dhe 4 infermier plan dhe po aq fakt sipas strukturës së miratuar të SRSH-së.*

*Kabineti i Kemioterapisë është pajisur me 4 poltronë të posaçëm për kemioterapinë me datë 08.11.2022 me anë të fletë hyrjes me Nr. 8.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Vlorë):**

*Organika e ardhur nga MSHMS me Nr. 255/1 prot datë 13.02.2023, me nr. Urdhëri Ministri 84 datë 13.02.2023 “Për miratimin e Organikës dhe strukturës në Spitalin Rajonal Vlorë”, ka në përbërje të saj Klinika e Kemioterapisë dhe Kujdesit Palativ.*

*Në organikën e SRV*

*Klinika e Kemioterapisë dhe Kujdesit Palativ*

*Mjek onkolog 2 (plan dhe fakt 2 mjek), plotësuar mungesat.*

*Infermier për kimioterapinë 2*

*Infermier për kujdesin paliativ 2*

*Nga sektori i Burimeve Njerëzore është plotësuar vendi vakant në organikën e SRV me 1 mjek plus (një mjek).*

*Urdhër emërimi nr. 4320 prot datë 29.10.2024, i mjekes onkologe, pranë Spitalit Rajonal Vlore. Aktualisht kabineti i kimoterapise dhe kujdesit palativ ka në përbërje dy mjek onkolog., është i plotë në përputhje me organikën e SRV.*

*Në lidhje me rritjen e numrit të shtretërve të dedikuar për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativit, në zbatim të Ligjit nr. 55/2022 “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, Spitali Rajonal Vlorë si institucion që ka fituar autonomin menaxheriale me Vendim Bordi Nr. 1 datë 04.01.2024 me nr protokolli 38, ka miratuar ndryshim e ambienteve të shërbimit të kimioterapisë duke e zhvendosur pranë ambienteve të Bankës së Gjakut, me qëllim rritjen e hapësirave në dispozicion të pacientit, akomodimin më të mirë dhe mbi të gjitha në përputhje me objektivat strategjik të përcaktuara në planin institucional për shtimin e numrit të shtretërve për këtë shërbim. Mbështetur në këtë fakt aktualisht është rritur nr. i shtretërve 5 poltrona për kimio dhe 2 shtretër paliativi. Gjithashtu në shërbimin e patologjisë së Spitali Rajonal Vlorë janë 4 shtretër të dedikuar për shtrime për pacient të kimiopalativit.*

*Në lidhje me sistemin e informatizuar raportimi on line për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale. Nga ana e SRV është trajnuar personeli për kartelat elektronike (në proces zbatimi implementimi i kartelave elektronike).*

*Gjithashtu nëpërmjet telemjekësisë realizohet komunikimi mjek rajonal dhe QSUT për cdo rast të nevojshëm. Gjithashtu ka gjetur zbatim referimi elektronik.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Korçë):**

*Shërbimi i Kujdesit Paliativ NË Spitalin Rajonal Korçë është ngritur nga shkurt i vitit 2017 me Urdhër i Ministrit nr. 531 datë 18.10.2012 Për ngritjen dhe funksionimin e kujdesit paliativ në spitalet rajonale të vendit, NJKP funksionon me 4 shtretër ditorë në një dhomë të Shërbimi i Kirurgjisë. Shërbimi i Kujdesit Paliativ ofrohet nga ekipi multidiplinar si: një mjek onkolog, 3 infermierë, një punonjës social.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Fier):**

*Plotësimi i vendeve vakante për mjek bëhet sipas Udhëzimit nr 205, datë 09.04.2024 të Ministrit të Shëndetësisë “Për procedurat e punësimit, emerimit, pezullimit, lirim, dhe të disiplinës së mjekëve në institucione shëndetësore publike në RSh, nëpërmjet platformës elektronike. Zyra e burimeve njerëzore raporton vendet vakante pranë drejtorisë rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Vlorë.*

*Plotësimi i vendeve vakante për infermierët bëhet sipas Udhëzimit nr 204 datë 09.04.2024 të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale “ Për Procedurat e Punësimit, emërimin, pezullimit, lirim të disiplinës për Profesionet e Shkencave Teknike në Institucionet Shëndetësore Publike në Republikën e Shqipërisë.*

*Nga Zyra e Burimeve Njerëzore nuk ka asnjë vonesë në raportimin e vendeve vakante mjek apo TSHM, pranë drejtorisë Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Vlorë, institucion i cili bën dhe punësimin e tyre.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Elbasan):**

*Spitali Rajonal Elbasan ka në funksion Shërbimin Paliativ, miratuar me Organikë dhe Strukturë me urdhër 383, datë 22.06.2023 nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si Klinika e Kujdesit Paliativ dhe Njësia e Kimioterapisë. Kjo Klinikë është pjesë e shërbimit të Patologjisë dhe ka të punësuar 2 mjekë onkolog të cilët ushtrojnë shërbimin e tyre, sipas grafikut në Poliklinikën e Specialiteteve dhe në pavionin e dedikuar me 9 shtretër të dedikuar në Spital, 6 infermier, nga të cilët 4 punojnë në Pavionin Paliativ dhe 2 punojnë si infermier të mjekëve onkolog në Poliklinikë.*

*Në Pavion ka 9 shtretër, nga të cilët, 6 për pacientët e Kimioterapisë dhe 3 shtretër për pacientët paliativ. ( Struktura e skanuar).*

*Sipas rekomandimeve të lëna nga grupi i KLSH-s për raportimin online të rasteve të reja, Spitali Rajonal Elbasan ka krijuar një database elektronik ( format exeli) për të gjithë regjistrat manual në pavion, për të qenë gati në momentin kur Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të kërkojë të dhëna për krijimin e një regjistr kombëtarë.(bashkangjitur i skanuar “Urdhër për hedhjen e regjistrave.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Durrës):**

*Referuar informacionit nga sektori i Burimeve Njerëzore struktura e njesise se kimioterapise dhe kujdesit paliativ eshte plotesuar me emerimin e mjekes se re. Staf i infermieror eshte i plotesuar ne perputhje me strukturen. Ne Spitalin Rajonal Durres, Kabineti Onkologjise/ Kujdesi Paliativ jane te punesuar 4 Mjete Onkolog, 3 ne sherbimin spitalor dhe 1 ne Poliklinik si dhe 4 Infermier (2 ne sherbinimin ditor Kimioterapi dhe 2 per Kujdesin Paliativ). Ne kete kabinet jane ne funksion 6 poltrone (shtreter te dedikuar per sherbimin e kimioterapise) dhe 4 shtreter per terapine ditore paliative. Ne sherbimin e Patologjise jane edhe 2 shtreter te dedikuar sherbimit Paliativ per shtrime me shume se 24 ore.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Berat):**

*Shërbimi i kimioterapisë dhe kujdesit paliativ është i plotësuar si me personel mjek dhe infermier në bazë të strukturës analitike të miratuar nga MSHMS, ashtu edhe me numrin e shtretërve për dhënien e këtij shërbimi.*

*Nuk është realizuar ende një sistem i informatizuar për raportime online për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale.*

Përmbledhjen e statusit të rekomandimit 3.4 në MSHMS dhe spitalet rajonale e gjeni të pasqyruar në Aneksin 1/2 bashkëlidhur Raportit.

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**4.3 Për pyetjen e auditimit: A është monitoruar dhe vlerësuar periodikisht cilësia e kujdesit për shërbimin e trajtimit të sëmundjeve tumorale dhe uljen e mortalitetit?**

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

a. Drejtoria e Përgjithshme të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk ka realizuar raporte monitorimi mbi treguesit e performancës spitalore në Spitalin Onkologjik, në lidhje mbi trajtimin e sëmundjeve tumorale.

b. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nëpërmjet Shërbimit të Onkologjisë, nuk ka pasur efektivitet në programin e patronazhit ndër spitalor, për edukimin në vazhdim të shërbimeve të kimioterapisë në Spitalet Rajonale si dhe nuk ka raportuar 2 herë në vit pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

**1.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, të marrin masa për monitorimin periodik të ecurisë së treguesve të performancës spitalore me objektiva konkrete dhe të kryhet raportimi periodik, për përmirësimin e procesit të trajtimit të sëmundjeve tumorale.

**Menjëherë dhe në vijimësi**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Në lidhje me këtë rekomandim ju informojmë se treguesit e performancës spitalore janë pjesë e kontratave ndërmjet FSDKS H dhe spitaleve dhe si të tilla monitorohen në mënyrë periodike nga fondi.*

*Strukturat përgjegjëse në ministrinë përgjegjëse për shëndetësinë në bashkëpunim me FSDKSH dhe OSHKSH do të monitorojnë në mënyrë periodike treguesit e performancës spitalore.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*QSUNT raporton vetëm rastet e mortalitetit/ vdekshmërisë spitalore (në nivel spitali) të rasteve me sëmundje tumorale. Pjesa më e madhe e rasteve të mortalitetit/ vdekshmërisë së personave me sëmundje tumorale ndodhin në kushte shtëpie dhe kategorizohen te rastet e mortalitetit/ vdekshmërisë në nivel kombëtar të cilat nxirren, përpunohen dhe raportohen nga INSTAT. sqaroj se QSU “Nënë Tereza” ka detyrë dhe përgjegjësi raportimi vetëm mortalitetin/ vdekshmërinë spitalore (në nivel spitali) të rasteve me sëmundje tumorale. Kurse mortaliteti/ vdekshmëria në nivel kombëtar është raportim jashtë spitalor dhe nuk është përgjegjësi e QSU “Nënë Tereza”, por duhet nxjerrë nga INSTAT.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

## **2. Gjetje nga auditimi:**

a. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk raportojnë të dhëna të njëjta për rastet e reja me kancer.

b. Të dhënat për mortalitetin përpunohen nga Instituti i Statistikave dhe nuk integrohen në Regjistrin Kombëtar të Kancerit në administrim të Institutit të Shëndetit Publik, duke mos dhënë raporte reale mbi prevalencën e sëmundjes dhe të mortalitetit.

**2.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore Universitare Nënë Tereza, Institutin e Shëndetit Publik dhe me Spitalet Rajonale, të rakordojnë në vijimësi për rastet e reja, ecurinë e mortalitetit të sëmurëve me kancer në mënyrë që të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të kancerit duke dalë në të dhëna të konsoliduara dhe reale.

## **Menjëherë dhe në vijimësi**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (MSHMS):**

*Në lidhje me raportimin e vdekshmërisë sipas shkaqeve specifike, duke përfshirë edhe vdekshmërinë me shkak kancerin, INSTAT është institucioni përgjegjës, në bazë të Ligjit Nr. 17/2018 “Për Statistikat Zyrtare”, Programi Kombëtar për Statistikat Zyrtare 2017-2021, si dhe Ligji nr. 30/2022 Për Miratimin e Programit Kombëtar për Statistikat Zyrtare 2022-2026”.*

*INSTAT siguron këto të dhëna nga skeda e plotësuar nga mjeku, nëpërmjet Drejtorisë ë Përgjithshme të Gjendjes Civile dhe publikohen çdo vit si pjesë e treguesve social-shëndetësia nën emërtimin “shkaqet e vdekjeve”.*

*Informacioni Shëndetësor i menaxhuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale bazohet në Ligjin Nr. 10107, i datës 30.03.2009 “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, Vendimin Nr. 327, data 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes e të Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor. Publik ose Privat” dhe bazohet në aktivitetin e institucioneve shëndetësore.*

*Me urdhrin nr. 482, datë 11.09.2024 MSHMS i ka lënë detyrë të gjithë spitaleve që trajtojnë pacientë me sëmundje tumorale të raportojnë pranë ISHP të dhënat për popullimin e regjistrit kombëtar të kancerit. Departamenti i statistikave të spitaleve dhe departamenti i statistikave të njësisë vendore të kujdesit shëndetësor dërgojnë informacione shëndetësore për aktivitetin e spitaleve me treguesit perkateste performances për çdo spital dhe shërbim, si dhe treguesit për veprimtarinë e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor, duke përfshirë edhe shëndetin e gruas dhe fëmijëve. Rastet e mortalitetit të ndodhura në spitalet publike raportohen nga spitalet ndërkohë nëse fataliteti ndodh në kushte shtëpie nuk është detyrim i strukturës spitalore dhe strukturave të tjera shëndetësore raportimi i tyre.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*QSUNT raporton vetëm rastet e mortalitetit/ vdekshmërisë spitalore (në nivel spitali) të rasteve me sëmundje tumorale. Pjesa më e madhe e rasteve të mortalitetit/ vdekshmërisë së personave me sëmundje tumorale ndodhin në kushte shtëpie dhe kategorizohen të rastet e mortalitetit/ vdekshmërisë në nivel kombëtar të cilat nxirren, përpunohen dhe raportohen nga INSTAT. sqaroj se QSU “Nënë Tereza” ka detyrë dhe përgjegjësi raportimi vetëm mortalitetin/ vdekshmërinë spitalore (në nivel spitali) të rasteve me sëmundje tumorale. Kurse mortaliteti/ vdekshmëria në nivel kombëtar është raportim jashtë spitalor dhe nuk është përgjegjësi e QSU “Nënë Tereza”, por duhet nxjerrë nga INSTAT.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Lezhë):**

*Spitali Rajonal Lezhë nuk ka dokumentuar përgjigje.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Shkodër):**

*Regjistri CA 2023-2024 i Spitalit Rajonal Shkodër, dërgohet pranë DROSHKSH në mënyrë periodike dhe më pas përcillet prej tyre pranë ISHP.*

### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Vlorë):**

*Me shkresë nr. 1885 prot. datë 05.05.2022 i jemi drejtuar NJVKSH Vlorë si dhe Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Vlorë për skedat e rasteve me kancer përkatësisht: Shërbimi Paliativ për vitet 2020-2021 -100 skeda.*

*Kabineti i Onkologjisë-Poliklinikë për rastet me kancer për vitet 2020-2021 në total 349 skeda.*

*Me shkresën nr. 876 prot datë 01.03.2024 janë referuar 237 skeda në total për vitin 2022, raste të reja me kancer pranë SRV.*

*Me shkresën nr. 3786 prot datë 11.09.2024 ka dal Urdhëri Nr. 482 datë 11.09.2024 “Mbi mënyrën e organizimit dhe funksionimit të ofrimit të shërbimit për sëmundjet tumorale në bazë të së cilit ka dal urdhëri i brendshëm me nr. 5059 prot datë 17.12.2024 si dhe urdhëri I brendshëm nr. 5060 prot datë 17.12.2024 “Për krijimin e Bordit Tumoral”.*

*Gjithashtu me shkresë nr. 2560/5 prot datë 19.04.2024 ka dal Udhëzimi i MSHMS Nr. 559 datë 31.10.2024 “Për zbatimin e programit të depistimit të kancerit të gjirit”, në bazë të së cilit ka dal urdhëri i brendshëm nr. 4697 prot datë 21.11.2024.*

#### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Korçë):**

*Drejtoria e Shërbimit Spitalor raporton si numër rastesh të reja me kancer vetëm rastet të cilët paraqiten në spital me përgjigjen e biopsisëdhe që kartelizohen në Poliklinikë dhe rezultojnë 195 raste të reja me kancer. Ecuria e mortalitetit është vështirë të gjurmohet dhe dokumentohet pasi nuk ka një praktikë të mirëfilltë raportimi.*

#### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Fier):**

*Mjekët onkologë të Spitalit Rajonal Fier kanë përgatitur një formular për pacientët që trajtohen me Kemioterapi në të cilin pasqyrohet të dhënat për pacientin, data e fillimit të kemioterapisë; Diagnoza; lloji i medikamentit dhe numri i cikleve të kryera.*

*Çdo pacient i cili paraqitet për herë të parë në shërbimin e poliklinikës ku hapet dhe kartela mjekësore, plotësohet formulari specifik për sëmundjet tumorale dhe këta formularë dorëzohen pranë NJVKSH, e cila bën përpunimin e të dhënave.*

#### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Elbasan):**

*ISHP Elbasan dërgon në menyrë sporadike formularin TIP, ku Spitali Rajonal Elbasan raportohen të dhëna në lidhje me rastet e reja. Mortaliteti nuk kërkohet dhe nuk raportohet nga Ishp.( bashkangjitur një model formulari TIP)*

*Është e vështirë nga ana jonë të identifikohen rastet e vdekjeve ( Mortaliteti) pasi këto raste raportohen tek mjeku i familjes.*

#### **Përgjigja e subjektit të audituar (SR Durrës):**

*Mbi raportimin e rasteve te reja:*

*Çdo pacient i ri që paraqitet në Kabinetin e Onkologjisë, i pajisur me diagnozë dhe përgjigje biopsie kartelizohet dhe regjistrohet në Regjistrin Themeltar të Kancerit në kliniken tonë. Për çdo pacient të ri plotësohet formulari “Regjistri i Kancerit në Shqipëri- Formulari i Denoncimit”me të dhënat përkatëse. Rubrikën Folloë-up -Ndjeka është plotësuar në mungesë të një udhëzimi për plotësimin e kësaj rubrike si edhe në mungesë të informacionit për çdo pacient në vazhdimësi. Këto të dhëna i raportohen DROSHKSH nga Kryeinfermieri i Spitalit Durrës.*

*Mbi raportimin e Mortalitetit:*

*Për pacientët të cilët ndërrojnë jetë në spital plotësohet Skeda e Vdekjes si edhe kartele e pacientit, e cila dorëzohet në kartoteken e spitalit. Sipas vendimit VKM nr. 327, datë 28.5.2014 “Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes e të raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat”, plotësohet*

*Regjistri I Vdekshmërisë Spitalore sipas diagnozës dhe të dhënave përkatëse. Më pas këto të dhëna përpunohen 1 herë në vit, çdo vit nga Departamenti I Statistikës në Drejtorinë e Spitalit Durrës dhe i raportohen FSDKSH Drejtoria Rajonale Durrës dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.*

**Përgjigja e subjektit të audituar (SR Berat):**

*Spitali kryen një raportim të rasteve të reja dhe të mortalitetit të të sëmurëve me kancer nëpërmjet formularëve të denoncimit, këto formularë dërgohen në NJVKSH.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**4.2.1 Për pyetjen e auditimit: A ka qenë efektiv shërbimi i Spitalit Onkologjik në trajtimin e sëmundjeve tumorale për periudhën në auditim?**

**1. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Shpenzimet financiare për trajtimin e sëmundjeve tumorale, nuk janë rritur, por janë mbajtur pothuajse të pandryshueshme, ndërkohë që numri i pacientëve të diagnostikuar dhe të trajtuar me sëmundje tumorale është në rritje.

b. Ka mungesa të stafit me burime njerëzore për rrjedhojë shtohen ditët e gjata të pritjes për pacientët, duke ulur efektivitetin e shërbimit të trajtimit si dhe duke shtuar kostot financiare të pacientëve dhe familjarëve.

c. Numri i poltronëve “shtrat virtual” është në sasi të vogël vetëm 19 poltrona, ndonëse gjatë ditës trajtohen me kimioterapi 75-80 pacientë, të cilët nuk janë vetëm nga qarku Tiranë, por nga i gjithë vendi, duke sjellë për pacientët dhe familjarët e tyre kosto për transport dhe akomodim.

d. Spitali Onkologjik e ka të pamundur të krijojë kushte shtrimi në spital për të gjithë pacientët të cilët kanë nevojë, pasi shërbimi me radioterapi është i centralizuar. Në total janë trajtuar të hospitalizuar vetëm 9% të pacientëve, ndërsa 91% të pacientëve kanë marrë trajtimin e seancave të radioterapisë jo të hospitalizuar.

e. Pranë Spitalit Onkologjik, nuk është ngritur dhe vënë në funksion njësi e kujdesit paliativ (hospis ditor/hospis 24 orë), për të bërë të mundur trajtimin e të sëmurëve paliativ me kancer në stadin terminal.

**1.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Spitalin Onkologjik, të marrin masa për shtimin e buxheteve financiare, për maksimizimin e eficiencës së burimeve njerëzore në shërbim të pacientit duke plotësuar vendet vakante, për shtimin e numrit të poltroneve dhe shtretërve, për funksionimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe krijimin e ambienteve sa më të mira, për trajtim cilësor e në kohë të pacientëve që trajtohen me sëmundje tumorale.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*QSUNT ka marre masa per plotesimin e vendeve vakante - sipas shkreses nr. 1197/7 prot. date 27.06.2023 ne vazhdon sa here per te plotesuar vendet vakante. Shkrese nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit per shpenzimet kapitale per*

*investime ne vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesem per shpenzimet kapitale per vitin 2025-2026"drejtuar MSHMS.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Në Spitalin Onkologjik nuk është funksionale pajisja mjekësore e Brakiterapi (Kyriterapi), duke sjellë mos trajtimin për 600 gra paciente me Ca gjinekologjik me radioterapi, që përbën faktor risku për shëndetin e tyre.

b. Mos vendosja në funksion e aparatit të Ortovoltazhit, nga Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza, për mungesë të ambienteve, ka sjellë mostrajtimin e 200 pacientëve me radioterapi, që vuajnë nga tumoret e lëkurës (Melanoma).

c. Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” nuk ka arritur në kohë, sigurimin e elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) duke mos ofruar shërbim për 250 pacientë me shërbim radioterapi në Spitalin Onkologjik.

d. Në spital mungon sistemi i kondicionimit, dhomat e pacientëve të katit të III kanë prani të lagështirës si dhe kati nëntokë i godinës së është jo funksional i cili aktualisht shërben si vend grumbullimi për pajisjet e amortizuara. Niveli i papastërtisë në katin nëntokë është mjaft i lartë dhe përbën risk potencial për infektive.

**2.1 Rekomandimi:** Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për sigurimin e pajisjeve të Brankiterapisë, të elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) si dhe rehabilitimin e ambienteve për vendosjen e aparatit të Ortovoltazhit, për trajtimin e pacientëve me sëmundjet tumorale.

**Menjëherë**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkrese nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale per investime ne vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale per vitin 2025-2026"drejtuar MSHMS. Hartim Raport -ekspertizës se re me nr.1006/6,prot, datë 21.05.2024. Shkrese nr.1006/9,prot, date 23.05.2024 nga ZMR për instalimin e sistemit të brakiterapise e miratuar nga KMR me nr.25.05.2024, leja me nr.11datë 25.05.2024 zhvillim instalimi.Raport Ekspertiza nr.1006/17 .prot, datë 18.06.2024. Qsunt aplikim per license ZMR-se me shkrese nr.1006/22.prot , datë 08.07.2024. Shkrese nr.1006/99.prot date 02.10.2024. License nr.890, date 05.07.2024 me shtojce mbi perfaqesimin e QSUNT.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2.2 Rekomandimi:** Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për dezinfektimin, pastrimin dhe rehabilitimin e katit nëntokë, eliminimin e lagështirës si dhe sigurimin e ajrit të kondicionuar për të gjithë godinën.

**Menjëherë**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkresë nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale për investime në vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale për vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS. Shkresë nr. 1197/6 prot, date 27.06.2023 dhe shkresë nr. 1197/9 prot. date 27.06.2023. Shkresë nr. 1900, prot, datë 05.10.2023 nga DSHM. Shkresë nr. 1900/1, prot, datë 12.10.2023 për UPT.*

*Shkresë nr 2374/1, prot, datë 24.10.2023 kthim përgjigje nga UTP.*

*Shkresë nr. 2374/4, prot, datë 14.11.2023.*

*Shkresë nr. 56/2, prot, datë 18.01.2024 kërkesë për bashkëpunim.*

*Shkresë nr. 142/1, prot, datë 30.01.2024.*

*Shkresë nr. 56/4, prot, datë 08.02.2024 për MSHMS.*

*Shkresë nr. 822/2, prot, datë 19.6.2024 kthim përgjigje nga MSHMS.*

*Shkresë nr. 56/7, prot, datë 04.07.2024.*

*Shkresë nr. 142/5, prot, datë 02.09.2024.*

*Shkresë nr. 142/6, prot, datë 25.09.2024.*

*Shkresë nr. 142/8, prot, datë 27.09.2024.*

*Shkresë nr. 56/13, prot, datë 08.10.2024 .*

*Shkresë nr. 56/14, prot, datë 16.10.2024. Marreveshje kryerje oponente me nr. 56/16, prot date 22.10.2024. Shkresë nr. 56/17, prot date 23.10.2024.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

#### **4.2.1 A ka qenë efektiv shërbimi i Spitalit Onkologjik në trajtimin e sëmundjeve tumorale për periudhën në auditim?**

**1. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Shpenzimet financiare për trajtimin e sëmundjeve tumorale, nuk janë rritur, por janë mbajtur pothuajse të pandryshueshme, ndërkohë që numri i pacientëve të diagnostikuar dhe të trajtuar me sëmundje tumorale është në rritje.

b. Ka mungesa të stafit me burime njerëzore për rrjedhojë shtohen ditët e gjata të pritjes për pacientët, duke ulur efektivitetin e shërbimit të trajtimit si dhe duke shtuar kostot financiare të pacientëve dhe familjarëve.

c. Numri i poltronëve "shtrat virtual" është në sasi të vogël vetëm 19 poltrona, ndonëse gjatë ditës trajtohen me kimioterapi 75-80 pacientë, të cilët nuk janë vetëm nga qarku Tiranë, por nga i gjithë vendi, duke sjellë për pacientët dhe familjarët e tyre kosto për transport dhe akomodim.

d. Spitali Onkologjik e ka të pamundur të krijojë kushte shtrimi në spital për të gjithë pacientët të cilët kanë nevojë, pasi shërbimi me radioterapi është i centralizuar. Në total janë trajtuar të hospitalizuar vetëm 9% të pacientëve, ndërsa 91% të pacientëve kanë marrë trajtimin e seancave të radioterapisë jo të hospitalizuar.

e. Pranë Spitalit Onkologjik, nuk është ngritur dhe vënë në funksion njësi e kujdesit paliativ (hospis ditor/hospis 24 orë), për të bërë të mundur trajtimin e të sëmurëve paliativ me kancer në stadin terminal.

**1.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë "Nënë Tereza" në bashkëpunim me Spitalin Onkologjik, të marrin masa për shtimin e buxheteve

financiare, për maksimizimin e eficiencës së burimeve njerëzore në shërbim të pacientit duke plotësuar vendet vakante, për shtimin e numrit të poltroneve dhe shtretërve, për funksionimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe krijimin e ambienteve sa më të mira, për trajtim cilësor e në kohë të pacientëve që trajtohen me sëmundjet tumorale.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*QSUNT ka marre masa per plotesimin e vendeve vakante - sipas shkreses nr. 1197/7 prot. date 27.06.2023 ne vazhdon sa here per te plotesuar vendet vakante. Shkrese nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit per shpenzimet kapitale per investime ne vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesem per shpenzimet kapitale per vitin 2025-2026"drejtuar MSHMS.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Në Spitalin Onkologjik nuk është funksionale pajisja mjekësore e Brakiterapi (Kyriterapi), duke sjellë mos trajtimin për 600 gra paciente me Ca gjinekologjik me radioterapi, që përbën faktor risku për shëndetin e tyre.

b. Mos vendosja në funksion e aparatit të Ortovoltazhit, nga Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza, për mungesë të ambienteve, ka sjellë mostrajtimin e 200 pacientëve me radioterapi, që vuajnë nga tumoret e lëkurës (Melanoma).

c. Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” nuk ka arritur në kohë, sigurimin e elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) duke mos ofruar shërbim për 250 pacientë me shërbim radioterapi në Spitalin Onkologjik.

d. Në spital mungon sistemi i kondicionimit, dhomat e pacientëve të katit të III kanë prani të lagështirës si dhe kati nëntokë i godinës së është jo funksional i cili aktualisht shërben si vend grumbullimi për pajisjet e amortizuara. Niveli i papastërtisë në katin nëntokë është mjaft i lartë dhe përbën risk potencial për infektive.

**2.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për sigurimin e pajisjeve të Brankiterapisë, të elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) si dhe rehabilitimin e ambienteve për vendosjen e aparatit të Ortovoltazhit, për trajtimin e pacientëve me sëmundjet tumorale.

**Menjëherë**

**Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkrese nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit per shpenzimet kapitale per investime ne vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesem per shpenzimet kapitale per vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS. Hartim Raport -ekspertizës se re me nr.1006/6,prot, datë 21.05.2024. Shkrese nr.1006/9,prot, date 23.05.2024 nga ZMR për instalimin e sistemit të brakiterapise e miratuar nga KMR me nr.25.05.2024, leja me nr.11datë 25.05.2024 zhvillim instalimi. Raport Ekspertiza nr.1006/17 .prot, datë 18.06.2024. Qsunt aplikim per license ZMR-se me shkrese nr.1006/22.prot , datë 08.07.2024. Shkrese nr.1006/99.prot date 02.10.2024. License nr.890, date 05.07.2024 me shtojce mbi perfaqesimin e QSUNT.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

**2.2 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për dezinfektimin, pastrimin dhe rehabilitimin e katit nëntokë, eliminimin e lagështirës si dhe sigurimin e ajrit të kondicionuar për të gjithë godinën.

**Menjëherë**

### **Përgjigja e subjektit të audituar (QSUNT):**

*Shkresë nr. 1398/40 prot. date 03.08.2023 "Relacion mbi hartimin e projekt-buxhetit për shpenzimet kapitale për investime në vitin 2024 dhe plan buxheti afatmesëm për shpenzimet kapitale për vitin 2025-2026" drejtuar MSHMS*

*Shkresa nr. 1197/6 prot, date 27.06.2023 dhe shkresa nr. 1197/9 prot. date 27.06.2023.*

*Shkresa nr. 1900 prot, datë 05.10.2023 nga DSHM.*

*Shkresa nr. 1900/1 prot, datë 12.10.2023 për UPT.*

*Shkresa nr 2374/1 prot, datë 24.10.2023 kthim përgjigje nga UTP.*

*Shkresa nr. 2374/4 prot, datë 14.11.2023.*

*Shkresa nr. 56/2 prot, datë 18.01.2024 kërkesë për bashkëpunim.*

*Shkresa nr. 142/1 prot, datë 30.01.2024.*

*Shkresa nr. 56/4, prot, datë 08.02.2024 për MSHMS.*

*Shkresanr. 822/2, prot, datë 19.6.2024 kthim përgjigje nga MSHMS.*

*Shkresë nr. 56/7 prot, datë 04.07.2024.*

*Shkresa nr. 142/5, prot, datë 02.09.2024.*

*Shkresa nr. 142/6, prot, datë 25.09.2024.*

*Shkresa nr. 142/8, prot, datë 27.09.2024.*

*Shkresa nr. 56/13, prot, datë 08.10.2024.*

*Shkresa nr. 56/14, prot, datë 16.10.2024.*

*Marreveshje kryerje oponente me nr. 56/16, prot date 22.10.2024.*

*Shkresa nr .56/17 prot date 23.10.2024.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

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

#### **IV. TRAJTIMI I OBSERVACIONEVE**

Në vijim të Projektraportit të dërguar, nga ana e subjekteve të audituara janë paraqitur observacione lidhur me Akt-Verifikimet nr. 1, datë 14.01.2025 dhe Akt-Verifikimi nr. 2, datë 15.01.2025, mbajtur mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna, përkatësisht subjektet MSHMS dhe Spitali Rajonal Lezhë.

- Nëpërmjet shkresës “Kthim përgjigje”, nr. 78/1 datë 16.01.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/2 datë 20.01.2025, Spitali Rajonal Lezhë ka paraqitur observacione si më poshtë vijon:

Observacioni i subjektit:

*Njohjen e dërgimit të planit të masave 20 ditore dhe Raportimi 6 mujor mbi masën e zbatimit të rekomandimeve të lëna.*

*Lidhur me rekomandimin 3.2 Spitalet Rajonale të marrin masa për pasqyrimin e detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë në rregulloren e brendshme të institucionit si dhe të përgatisin planin e kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit, Spitali Rajonal Lezhë nuk ka evidentuar zbatimin e rekomandimit në formatin “Plotësimi i rekomandimeve”, kërkuar nga grupi i auditimit në email-in e datës 17.12.2024, por ka dërguar në këtë fazë Rregulloren e funksionimit të Kimioterapisë dhe Rregullore për mënyrën e funksionimit të Kujdesit Paliativ.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

*Lidhur me 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-së, mbi planin e veprimeve të subjektit për zbatimin e rekomandimeve të lëna, është dërguar Plani i veprimit, i cili nuk është në respektim të afatit ligjor prej 20 ditësh nga marrja e Raportit Përfundimtar të auditimit.*

*Lidhur me Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecurisë 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", Spitali Rajonal Lezhë ka dërguar dokumentin Realizimi i rekomandimeve të lëna, jashtë afatit të parashikuar prej 6 muajsh.*

Dokumentet e paraqitur janë jashtë afatit ligjor të parashikuar dhe si i tillë nuk merren në konsideratë nga grupi i auditimit.

Rekomandimi 3.2 për pasqyrimin e detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë në rregulloren e brendshme të institucionit konsiderohet i zbatuar ndërsa pjesa “të përgatisin planin e kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit”, nuk është zbatuar. Nga grupi i auditimit ky rekomandim konsiderohet pjesërisht i zbatuar.

Lidhur me Rekomandimin 3.4 Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale të marrin masa për plotësimin e vendeve të lira të punës me mjekë dhe infermierë, për plotësimin me shtretër të dedikuar për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativ si dhe të krijohet një sistem i informatizuar raportimi on line për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale, Spitali Rajonal Lezhë në përgjigjen e tij: Struktura është e plotësuar me mjekë dhe infermierë dhe nuk ka vende vakante për tu plotësuar. Pas rikonstruksionit i është dedikuar hapësira si dhe plotësimi me shtretër për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativ.

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për zbatimin e rekomandimit, për këtë arsye nuk merret në konsideratë dhe statusi i mbetet i pa zbatuar.

Lidhur me Rekomandimin 2.1, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore Universitare Nënë Tereza, Institutin e Shëndetit Publik dhe me Spitalet Rajonale, të rakordojnë në vijimësi për rastet e reja, ecurinë e mortalitetit të sëmurëve me kancer në mënyrë që të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të kancerit duke dalë në të dhëna të konsoliduara dhe reale, Spitali Rajonal Lezhë ka dërguar Raportim i rasteve me kancer për vitin 2024.

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:** Subjekti ka paraqitur evidencë për zbatimin e rekomandimit, për këtë arsye merret në konsideratë dhe statusi i zbatuar sa i takon këtij subjekti por jo rekomandimit në tërësi.

- Nëpërmjet shkresës nr. 5018/3 datë 23.01.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/3 datë 27.01.2025, MSHMS ka paraqitur observacione lidhur me Akt Verifikimin Nr. 1 datë 14.01.2025, si më poshtë vijon:

Lidhur me Rekomandimin 2.1 Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa të rishikojë dhe pasurojë protokollin klinikë të kujdesit paliativ si dhe të miratojë rregulloren për përcaktimin e kriterëve dhe normave shëndetësore për të sëmurët paliativ pranë institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale.

#### **Observacioni i subjektit (MSHMS):**

*Në zbatim të marrëveshjeve në fuqi ndërmejt MSHMS dhe Ministrisë së Drejtësisë në institucionet shëndetësore publike ofrohen ato shërbime shëndetësore që nuk mbulojnë nga institucionet e ekzekutimit të veprave penale dhe institucionin e vecantë shëndetësor të burgjeve. Të sëmurët paliativ pavarësisht statusit të tyre përfitojnë kujdes shëndetësor sipas protokolleve dhe udhërrëfyesve klinikë të miratuar të cilët janë në fuqi aktualisht. Me urdhrin nr. 382 datë 12.07.2024 është ngritur grupi i punës “Për rishikimin e protokolleve klinikë të kujdesit paliativ të miratuar me urdhrin nr. 450 datë 20.10.202”.*

*Grupi i punës ka në proces finalizimin e rishikimit të protokolleve.*

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për zbatimin e rekomandimit, për këtë arsye nuk merret në konsideratë dhe statusi i mbetet i pa zbatuar.

Lidhur me Rekomandimin 1.1 Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, të marrin masa për monitorimin periodik të ecurisë së treguesve të performancës spitalore me objektiva konkrete dhe të kryhet raportimi periodik, për përmirësimin e procesit të trajtimit të sëmundjeve tumorale.

#### **Observacioni i subjektit (MSHMS):**

*MSHMS do të krijojë një grup monitorimi me përfaqësues nga FSDKSH, OSHKSH dhe Drejtoria e Politikave Spitalore për monitorimin e treguesve të performancës spitalore që janë pjesë dhe e kontratave ndërmjet FSDKSH dhe spitaleve. Në kontratën e financimit të spitaleve, një nga anekset pjesë integrale e kontratës janë të listuara indikatorët e performancës të cilat raportohen 1 herë në 6 muaj dhe një herë në 12 muaj.*

*Ky është një proces raportimi në vijimësi nga të gjitha spitalet, gjithashtu treguesit e aktivitetit dhe indikatorët e performancës raportohen edhe në MSHMS.*

**Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:** Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për zbatimin e rekomandimit, për këtë arsye nuk merret në konsideratë dhe statusi i mbetet i pa zbatuar.

- Nëpërmjet shkresës nr. 335 datë 20.02.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/14 datë 24.02.2025, Spitali Rajonal Elbasan ka dërguar “Shkresë përcjellëse mbi zbatimin e rekomandimeve të Akt-Verifikimit nr.7, bashkëngjitur Plani i Veprimit për përmbushjen e rekomandimeve të lëna.
- Nëpërmjet shkresës nr. 873 datë 24.02.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/15 datë 26.02.2025, Spitali Rajonal Vlorë ka dërguar Deklaratë mbi njohjen e Projekt Raportit të Zbatimit të Rekomandimeve për auditimin e performancës me temë: Trajtimi i sëmundjeve tumorale.
- Nëpërmjet shkresës nr. 1174 datë 25.02.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/16 datë 27.02.2025, Spitali Rajonal Berat ka paraqitur observacione lidhur me projekt raportin e auditimit, si më poshtë vijon:

### **Observacioni i subjektit:**

*Për rekomandimin 3.2:*

Spitalet Rajonale të marrin masa për pasqyrimin e detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë në rregulloren e brendshme të institucionit si dhe të përgatisin planin e kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit. *Në zbatim të këtij rekomandimi është Rregullore e Brendshme nr. 4042 datë 06.09.2023 miratuar me vendim Nr.1 të Bordit të Spitalit datë 07.02.2024, ku është realizuar pasqyrimi i detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë, gjithashtu është hartuar edhe plani i kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit.*

*Për rekomandimin 3.4:*

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale Lezhë, Fier të marrin masa për plotësimin e vendeve të lira të punës me mjekë dhe infermierë, për plotësimin me shtretër të dedikuar për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativ.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale të krijohet një sistem i informatizuar raportimi on line për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale.

*SRB ka marrë të gjitha masat për plotësimin e vendeve të lira të punës me mjekë dhe infermierë si dhe plotësimin me shtretër të dedikuar për shërbimin paliativ.*

*Përsa i përket sistemit të informatizuar të raportimit jemi në pritje të një koordinimi me instancat e tjera përkatëse.*

*Për rekomandimin 2.1:*

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore Universitare Nënë Tereza, Institutin e Shëndetit Publik dhe me Spitalet Rajonale, të rakordojnë në vijimësi për rastet e reja, ecurinë e mortalitetit të sëmurëve me kancer në mënyrë që të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të kancerit duke dalë në të dhëna të konsoliduara dhe reale.

*SRB për pacientë të rinj hap një kartelë të pajisur me ekzaminimet përkatëse dhe përgjigje biopsie.*

*Rasti regjistrohet në regjistrin themeltar të kancerit që ndodhet në Poliklinikën e Specialiteteve të SRB dhe pasi plotësohet formulari tip i denoncimit dërgohet për raportim pranë NJVKSH Berat.*

### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

Subjekti ka paraqitur në mbështetje të observacionit dokumentet e mëposhtëm:

1. Urdhër nr.195 datë 27/07/2023 për marrjen dijeni dhe zbatimin e rekomandimeve të Raportit Përfundimtar të Auditimit nr.1184/32 datë 19.07.2023.

2. Urdhër nr.4105 datë 08.09.2023 për ngritjen e Komisionit të ndjekjes, monitorimit, raportimit për mbarëvajtjen e Shërbimit të Kimioterapisë.
3. Shkresë nr. 660 datë 06/02/2024 drejtuar Bordit Drejtues të SRB
4. Vendimi nr.1 datë 07/02/2024 mbi mbledhjen e Bordit të Spitalit Rajonal Berat, i cili ndër pikat e agendës ka Miratim në parim të Rregullores së Brendshme të SRB.
5. Fotokopje të disa faqeve nga Rregullore e Brendshme e SRB nr.4042 prot., datë 06.09.2023 me detyrat dhe përgjegjësitë e mjekut onkolog.
6. Një formular të emërtuar Plani i kujdesit Paliativ për ecurinë e pacientit.

Sa i takon observacionit të subjektit dhe dokumentacionit të dërguar për pasqyrimin e detyrave funksionale të kimioterapisë në Rregulloren e Brendshme, nuk ka evidencë për zbatimin e rekomandimit të lënë. Gjithashtu Plani i kujdesit paliativ që është dërguar, nuk është një format i miratuar dhe përmban të dhëna të cilat lidhen mediagnozën e pacientit dhe trajtimin mjekësor të tij.

Për këto arsye observacioni i subjektit nuk merret në konsideratë dhe statusi i mbetet i pa zbatuar.

Sa i takon observacioneve mbi rekomandimet nr. 3.4 dhe 2.1, nuk ka evidencë të plotësimit të tyre, për këtë arsye observacioni i subjektit nuk merret në konsideratë dhe statusi i mbetet i pa zbatuar në tërësinë e tij.

- Nëpërmjet shkresës nr. 881/3 prot., datë 07.03.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/17 datë 11.03.2025, MSHMS ka dërguar Programin e punës për zbatimin e rekomandimeve të lëna në projekt raportin e zbatimit të rekomandimeve.
- Nëpërmjet shkresës nr. 78/4 prot., datë 13.03.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/18 datë 17.03.2025, Spitali Rajonal Lezhë ka paraqitur observacione lidhur me projekt raportin e auditimit, si më poshtë vijon:

Observacioni i subjektit:

Dërgim i planit të veprimeve për zbatimin e rekomandimeve, nëpërmjet shkresës nr. 757/3 prot., datë 17/08/2023 “Njoftim mbi masat e marra në zbatim të rekomandimeve të lëna” së bashku me formatin e detajuar të planit të veprimit.

Dërgim i raportimit 6 mujor mbi masën e zbatimit të rekomandimeve, për të cilën është dërguar një format për realizimin e rekomandimeve të lëna, miratuar nga titullari i institucionit( pa shkresë përcjellëse).

Rregullore e funksionimit të Kimioterapisë me nr. 757/4 prot., datë 21.08.2023.

Rregullore për mënyrën e funksionimit të Kujdesit paliativ me nr. Prot., 757/4 datë 21.08.2023.

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

Dokumentet e paraqitura nga ana e subjektit mbi planin e masave 20 ditore janë jashtë afatit ligjor të parashikuar dhe si i tillë nuk merret në konsideratë nga grupi i auditimit.

Dokumentacioni i përcjellë mbi raportimin 6 mujor nuk ka datë dhe shkresë përcjellëse drejtuar KLSH. Si i tillë nuk merret në konsideratë.

Lidhur me Rekomandimi 3.2, i cili është trajtuar edhe më sipër në observacionin e paraqitur nga subjekti mbi Akt Verifikimin e lënë, nuk evidenton argumenta të rinj për tu marrë në konsideratë nga grupi i auditimit, për këtë arsye statusi i këtij rekomandimi mbetet pjesërisht i zbatuar.

- Nëpërmjet shkresës nr. 359/1 prot., datë 19.03.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/19 datë 25.03.2025, Agjencia e Sigurimit e Cilësisë të Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror ka paraqitur informacion mbi marrjen e masave për rekomandimet e lëna nga KLSH.

- Nëpërmjet shkresës nr. 697/1 prot., datë 20.03.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/20 datë 25.03.2025, Spitali Rajonal Fier ka paraqitur informacion mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH, lënë gjatë auditimit e performancës me temë: Trajtimi i sëmundjeve tumorale”.
- Nëpërmjet shkresës nr. 1305 prot., datë 20.03.2025, protokolluar në KLSH me nr. 1485/21 datë 25.03.2025, Spitali Rajonal Vlorë ka paraqitur informacion mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH, lënë gjatë auditimit e performancës me temë: Trajtimi i sëmundjeve tumorale”.

#### **Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së:**

Infomacioni i dërguar nëpërmjet shkresave 1485/19, 1485/20, 1485/21 të datës 25.03.2025, nuk merret në konsideratë pasi është dërguar jashtë afatit të parashikuar.

## **V. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:**

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr.1184/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37 prot., datë 19.07.2023, konstatohet se një pjesë e madhe e tyre është e zbatuar pjesërisht, pazbatuar ose në proces zbatimi. Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **rikërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

### **A. MASA ORGANIZATIVE**

#### **4.1 Për pyetjen e auditimit: A reflektojnë politikat, strategjitë dhe dokumentet e hartuara nga MSHMS impakt dhe zgjidhje racionale për shërbimin dhe trajtimin e pacientëve me sëmundje tumorale?**

4.1.1 A kanë siguruar aktivitetet e depistimit dhe këshillimit, parandalimin, përmirësimin dhe uljen e numrit të sëmundjeve tumorale?

**1. Gjetje nga auditimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka ndryshuar dhe miratuar:  
a. Rregulloren për përcaktimin e kriterëve dhe normave shëndetësore për të sëmurët paliativ pranë institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale.

b. Protokollet klinike të cilat janë prej vitit 2014, ndonëse lista e barnave esenciale që përdoren në kujdesin paliativ është pasuruar.

**1.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa të rishikojë dhe pasurojë protokollet klinike të kujdesit paliativ si dhe të miratojë rregulloren për përcaktimin e kriterëve dhe normave shëndetësore për të sëmurët paliativ pranë institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale.

**Në vijimësi**

**Për pyetjen audituese 4.2 A është siguruar infrastruktura financiare e nevojshme, për stafin mjekësor, për medikamente, për aparatura mjekësore, për ambiente për njësitë e kimioterapisë dhe shërbimit paliativ, në shërbimin dhe trajtimin e sëmundjeve tumorale?**

4.2.1 A ka qenë efektiv shërbimi i Spitalit Onkologjik në trajtimin e sëmundjeve tumorale për periudhën në auditim?

**2. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Shpenzimet financiare për trajtimin e sëmundjeve tumorale, nuk janë rritur, por janë mbajtur pothuajse të pandryshueshme, ndërkohë që numri i pacientëve të diagnostikuar dhe të trajtuar me sëmundje tumorale është në rritje.

b. Ka mungesa të stafit me burime njerëzore, për rrjedhojë shtohen ditët e gjata të pritjes për pacientët, duke ulur efektivitetin e shërbimit të trajtimit si dhe duke shtuar kostot financiare të pacientëve dhe familjarëve.

c. Numri i poltronëve “shtrat virtual” është në sasi të vogël vetëm 19 poltrona, ndonëse gjatë ditës trajtohen me kimioterapi 75-80 pacientë, të cilët nuk janë vetëm nga qarku Tiranë, por nga i gjithë vendi, duke sjellë për pacientët dhe familjarët e tyre kosto për transport dhe akomodim.

d. Spitali Onkologjik e ka të pamundur të krijojë kushte shtrimi në spital për të gjithë pacientët të cilët kanë nevojë, pasi shërbimi me radioterapi është i centralizuar. Në total janë trajtuar të hospitalizuar vetëm 9% të pacientëve, ndërsa 91% të pacientëve kanë marrë trajtimin e seancave të radioterapisë jo të hospitalizuar.

e. Pranë Spitalit Onkologjik, nuk është ngritur dhe vënë në funksion njësi e kujdesit paliativ (hospis ditor/hospis 24 orë), për të bërë të mundur trajtimin e të sëmurëve paliativ me kancer në stadin terminal.

**2.1 Rekomandimi:** Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Spitalin Onkologjik, të marrin masa për shtimin e buxheteve financiare, për maksimizimin e eficiencës së burimeve njerëzore në shërbim të pacientit duke plotësuar vendet vakante, për shtimin e numrit të poltronave dhe shtretërve, për funksionimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe krijimin e ambienteve sa më të mira, për trajtim cilësor e në kohë të pacientëve që trajtohen me sëmundje tumorale.

**Menjëherë**

**3. Gjetje nga auditimi:** Për periudhën në auditim, në Spitalin Onkologjik, konstatohet se:

a. Në Spitalin Onkologjik nuk është funksionale pajisja mjekësore e Brakiterapi (Kryterapi), duke sjellë mos trajtimin për 600 gra paciente me Ca gjinekologjik me radioterapi, që përbën faktor risku për shëndetin e tyre.

b. Mos vendosja në funksion e aparatit të Ortovoltazhit, nga Drejtorja e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza, për mungesë të ambienteve, ka sjellë mostrajtimin e 200 pacientëve me radioterapi, që vuajnë nga tumoret e lëkurës (Melanoma).

c. Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” nuk ka arritur në kohë, sigurimin e elementëve (Tubusa, Pompa dhe Maska termo plastike) duke mos ofruar shërbim për 250 pacientë me shërbim radioterapi në Spitalin Onkologjik.

d. Në spital mungon sistemi i kondicionimit, dhomat e pacientëve të katit të III kanë prani të lagështirës si dhe kati nëntokë i godinës së është jo funksional i cili aktualisht shërben si vend grumbullimi për pajisjet e amortizuara. Niveli i papastërtisë në katin nëntokë është mjaft i lartë dhe përbën risk potencial për infektim.

**3.1 Rekomandimi:** Drejtoria e Përgjithshme e Qendrës Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” në bashkëpunim me Polin e Administrimit të Integruar të Spitalit Onkologjik, të marrin masa për dezinfektimin, pastrimin dhe rehabilitimin e katit nëntokë, eliminimin e lagështirës si dhe sigurimin e ajrit të kondicionuar për të gjithë godinën.

**Menjëherë**

#### **4.2.2 A ka qenë efektive ngritja e sistemeve të njësive të kimioterapisë pranë spitaleve rajonale?**

**4. Gjetje nga auditimi:** Në Spitalin Rajonal të Lezhës nuk funksionon njësia e kimioterapisë, ndërkohë në Spitalet Rajonale Durrës, Fier, Vlorë, Shkodër, Elbasan, Korçë, Berat, këto njësi janë funksionale, duke konstatuar se:

a. Detyrat funksionale të njësive së kimioterapisë nuk janë të pasqyruara në rregulloret e brendshme të funksionimit të spitaleve.

b. Spitalet Rajonale nuk kanë kapacitete spitalore të plota me burime njerëzore mjekë onkologë, me pajisje dhe materiale mjekësore, me shtretër të dedikuar, duke mos përballuar skemat e trajtimit të kimioterapisë.

c. Mungojnë sistemet e informatizuar dhe të dhënat mbi numrin e pacientëve të diagnostikuar me sëmundje tumorale, duke u mbajtur në regjistra manuale, të cilët nuk rakordojnë me të dhënat e raportuara nga Spitali Onkologjik në Tiranë.

d. Në Spitalet Rajonale Shkodër, Elbasan dhe Berat, stafi shëndetësor nuk përgatit një plan kujdesi për ndjekjen e gjendjes shëndetësore të pacientit të kujdesit paliativ.

e. Spitalet rajonale nuk mund të planifikojnë numrin e pacientëve si raste të reja me kancer si dhe nuk mund të planifikojnë numrin e pacientëve bazuar në skemat e mjekimit që do të delegojë Spitali Onkologjik në Tiranë kundrejt spitaleve, duke shtuar mundësinë e riskut në 62 Pyetësi nr. 1 datë 27.01.2023 dhe nr .2 datë 23.03.2023 50 rritje për mungesa të medikamenteve anti tumorale në trajtimin në kohë të pacientëve që vuajnë me kancer.

**4.1 Rekomandimi:** Spitalet Rajonale të marrin masa për pasqyrimin e detyrave funksionale që ka njësia e kimioterapisë në rregulloren e brendshme të institucionit si dhe të përgatisin planin e kujdesit paliativ për ecurinë e pacientit.

**Menjëherë**

**4.2 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale Lezhë, Fier të marrin masa për plotësimin e vendeve të lira të punës me mjekë dhe infermierë, për plotësimin me shtretër të dedikuar për shërbimin e kimioterapisë dhe paliativ.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Spitalet Rajonale të krijohet një sistem i informatizuar raportimi on line për të gjithë ecurinë e pacientëve me sëmundje tumorale.

**Menjëherë**

### **4.3 A është monitoruar dhe vlerësuar periodikisht cilësia e kujdesit për shërbimin e trajtimit të sëmundjeve tumorale dhe uljen e mortalitetit?**

#### **5. Gjetje nga auditimi:**

- a. Drejtoria e Përgjithshme të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk ka realizuar raporte monitorimi mbi treguesit e performancës spitalore në Spitalin Onkologjik, në lidhje mbi trajtimin e sëmundjeve tumorale.
- b. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nëpërmjet Shërbimit të Onkologjisë, nuk ka pasur efektivitet në programin e patronazhit ndër spitalor, për edukimin në vazhdim të shërbimeve të kimioterapisë në Spitalet Rajonale si dhe nuk ka raportuar 2 herë në vit pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

**5.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, të marrin masa për monitorimin periodik të ecurisë së treguesve të performancës spitalore me objektiva konkrete dhe të kryhet raportimi periodik, për përmirësimin e procesit të trajtimit të sëmundjeve tumorale.

**Menjëherë dhe në vijimësi**

#### **6. Gjetje nga auditimi:**

- a. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk raportojnë të dhëna të njëjta për rastet e reja me kancer.
- b. Të dhënat për mortalitetin përpunohen nga Instituti i Statistikave dhe nuk integrohen në Regjistrin Kombëtar të Kancerit në administrim të Institutit të Shëndetit Publik, duke mos dhënë raportime reale mbi prevalencën e sëmundjes dhe të mortalitetit.

**6.1 Rekomandimi:** Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore Universitare Nënë Tereza, Institutin e Shëndetit Publik dhe me Spitalet Rajonale, të rakordojnë në vijimësi për rastet e reja, ecurinë e mortalitetit të sëmurëve me kancer në mënyrë që të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të kancerit duke dalë në të dhëna të konsoliduara dhe reale.

**Menjëherë dhe në vijimësi**

#### **Të tjera**

Për të gjitha masat e dhëna të cilat nga auditimi i kryer kanë rezultuar me statusin *në proces zbatimi*, duke vlerësuar proceset e ndërmarra nga subjektet e audituara dhe afatet e nevojshme për implementimin e plotë të tyre, kërkohet përmbushja e plotë e tyre brenda **vitit 2025**.

Për sa më sipër u mbajt ky Raport Përfundimtar Auditimi.

## **KONTROLLI I LARTË I SHTETIT**

