



RAPORT AUDITIMI TEMATIK

“MBI AUDITIMIN E ZBATIMIT TË REKOMANDIMEVE TË LËNA NË AUDITIMET E EVADUARA NGA DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS NË GJASHTËMUJORIN E DYTË TË VITIT 2024”,

për auditimet si më poshtë:

1. Auditim performance me temë “Respektimi i standardeve në trajtimin dhe eliminimin e mbetjeve spitalore, në parandalimin e rrezikut për shëndetin e personelit shëndetësor, pacientëve dhe mbrojtjen e mjedisit”;
2. Auditim performance me temë “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”;
3. Auditim performance me temë “Zbatimi i Planit Kombëtar për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike”;
4. Auditim performance me temë “Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik”;
5. Auditim performance me temë “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri”;
6. Auditim performance me temë “Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemim spitalor publik”.

Tiranë, 2026

P Ë R M B A J T J A

1.	PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE	3
2.1	“RESPEKTIMI I STANDARDEVE NË TRAJTIMIN DHE ELIMINIMIN E MBETJEVE SPITALORE, NË PARANDALIMIN E RREZIKUT PËR SHËNDETIN E PERSONELIT SHËNDETËSOR, PACIENTËVE DHE MBROJTJEN E MJEDISIT”	7
2.2	“PROCESI I BIRËSIMIT TË FËMIJËVE DHE GARANTIMI I TË DREJTAVE TË TYRE PËR MIRËRRITJE DHE EDUKIM”	49
2.3	“ZBATIMI I PLANIT KOMBËTAR PËR PËRSHTATJEN NDAJ NDRYSHIMEVE KLIMATIKE”	76
2.4	“POLITIKAT DHE RESPEKTIMI I TË DREJTAVE TË PERSONAVE ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR NË SHËRBIMIN SPITALOR PSIKIATRIK”	96
2.5	“EFEKTIVITETI DHE SIGURIA E BARNAVE QË QARKULLOJNË NË SHQIPËRI”	127
2.6	“EFEKTIVITETI I PAJISJEVE MJEKËSORE NË SISTEMIN SPITALOR PUBLIK”	174
3.	ANEKSE.....	202

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Në zbatim të Programit të Auditimit nr. 1203 prot, datë 18.12.2025, Kontrolli i Lartë i Shtetit (KLSH) zhvilloi auditimin tematik me objekt, “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të Performancës në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024*”. Auditimi është kryer mbështetur në Manualin “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit si dhe regjistrin institucional”, miratuar me Vendimin nr. 67, datë 23.06.2020, të Kryetarit të KLSH-së, Auditimi u zhvillua në 18 subjektet si më poshtë vijon:

1. Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale;
2. Ministria e Drejtësisë;
3. Ministria e Mjedisit;
4. Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve;
5. Komiteti Shqiptar i Birësimeve ;
6. Shërbimi Social Shtetëror;
7. Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore;
8. Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore;
9. Qendra Spitalore Universitare " Nënë Tereza";
10. Spitali Universitar i Traumës;
11. Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi;
12. Spitali Rajonal Shkodër;
13. Spitali Rajonal Durrës;
14. Spitali Rajonal Korçë;
15. Spitali Rajonal Vlorë;
16. Spitali Psikiatrik “Dr. Sadik Dinçi” Elbasan;
17. Spitali Psikiatrik “Ali Mihal” Vlorë;
18. Njësinë Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër.

Auditimi u krye nga audituesit si vijon:

Për Raportin përmbledhës mbi zbatimin e rekomandimeve u angazhuan:
K.Xh dhe M.M.

Për Raportet e veçanta mbi zbatimin e rekomandimeve u angazhuan audituesit si më poshtë:

- 1- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin e performancës me temë, “Respektimi i standardeve në trajtimin dhe eliminimin e mbetjeve spitalore, në parandalimin e rrezikut për shëndetin e personelit shëndetësor, pacientëve dhe mbrojtjen e mjedisit”.
 - K.Xh, përgjegjës grupi;
 - B.K, anëtar.
- 2- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin e performancës me temë, “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirëritje dhe edukim”;
 - V.K, përgjegjëse grupi;
 - A.H, anëtar.

3- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin e performancës me temë, “Zbatimi i Planit Kombëtar për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike”;

- M.K, përgjegjëse grupi;
- A.Ç, anëtare;
- T.A, anëtar (*i larguar*).

4- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin, “Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik”;

- B.L, përgjegjës grupi;
- S.S, anëtar.

5- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin, “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri”;

- M.M, përgjegjëse grupi;
- I.S, anëtare.

6- Për zbatimin e rekomandimeve në auditimin, “Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik”;

- E.K, përgjegjëse grupi;
- A.S, anëtar.

Auditimi ka filluar më, datë 19.12.2025.

Auditimi ka përfunduar më, datë 16.01.2026.

Periodha e auditimit: për auditimet e Departamentit të Auditimit të Performancës të evaduara në periudhën **01.07.2024 - 31.12.2024**.

Subjektet e audituara sipas temave përkatëse paraqiten si më poshtë:

Nr.	Auditimet:	Subjektet e audituara:
1.	Për auditimin e performancës me temë, “ <i>Respektimi i standardeve në trajtimin dhe eliminimin e mbetjeve spitalore, në parandalimin e rrezikut për shëndetin e personelit shëndetësor, pacientëve dhe mbrojtjen e mjedisit</i> ”;	- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale; - Spitali Rajonal Shkodër; - Spitali Rajonal Durrës; - Spitali Rajonal Korçë; - Spitali Rajonal Vlorë.
2.	Për auditimin e performancës me temë, “ <i>Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim</i> ”;	- Ministria e Drejtësisë; - Komiteti Shqiptar i Birësimeve; - Shërbimi Social Shtetëror.
3.	Për auditimin e performancës me temë, “ <i>Zbatimi i Planit Kombëtar për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike</i> ”.	- Ministria e Mjedisit.

4.	Për auditimin e performancës me temë, <i>“Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik”</i> .	- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale; - Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”; - Spitali Psikiatrik “Dr. Sadik Dinçi” Elbasan; - Spitali Psikiatrik “Ali Mihal” Vlorë; - Njësinë Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër, - Ministria e Drejtësisë; - Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve.
5.	Për auditimin e performancës me temë, <i>“Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri”</i> .	- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale; - Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.
6.	Për auditimin e performancës me temë, <i>“Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemim spitalor publik”</i> .	- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale; - Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore; - Qendra Spitalore Universitare " Nënë Tereza"; - Spitali Universitar i Traumës; - Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Nga auditimi rezultoi se, nga ana e këtyre institucioneve janë marrë masa mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna nga grupet e auditimit të KLSH efektet e të cilave trajtohen më poshtë.

Nga auditimi tematik “Për zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e mëparshme”, mbështetur në ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, standardet e INTOSAI-t, Manualët e Auditimit të KLSH, për periudhën 01.07.2024 deri më 31.12.2024, rezultoi se **niveli i pranimi të rekomandimeve** nga auditimi i ushtruar mbi zbatimin e rekomandimeve, paraqitet sipas tabelës vijon:

Tabela mbi nivelin e pranimi të rekomandimeve sipas llojit:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar Në numër
1	Propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi	5	5	-
2	Masa Organizative	123	122	1
	Total	128	127	1

Në **18** subjekte të audituara, nga KLSH, janë rekomanduar gjithsej **128** masa nga të cilat janë pranuar **127** masa ose rreth **99.2 %** e tyre.

Sipas llojit ato paraqiten:

- Propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi, janë rekomanduar **5** masa të cilat janë pranuar në masën **100%**.
- Masa organizative, janë rekomanduar **123** masa nga të cilat janë pranuar **122** masa ose rreth **99.2%**.

Në numër dhe në % statusi i zbatimit sipas llojit të masave, paraqitet sipas tabelës vijon:

Tabelat mbi statusin e zbatimit të rekomandimeve në total:

Nr.	Masa gjithsej të rekomanduara	Në numër	Në %
1	Totali	128	100%
2	Pa pranuar	1	0.8%
3	Pranuar	127	99.2%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar	43	33.9%
2	Zbatuar pjesërisht	21	16.5%
3	Në proces	16	12.6%
4	Pa zbatuar	47	37%

Nga 127 masa të pranuar gjithsej, janë zbatuar 43 masa ose 33.9%, zbatuar pjesërisht 21 masa ose 16.5%, në proces zbatimi 16 masa ose 12.6% dhe pazbatuar 47 masa ose 37% e tyre.

Tabelat mbi statusin e zbatimit të rekomandimeve sipas llojit:

Nr.	Propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi	Në numër	Në %
1	Totali	5	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	5	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar	1	20%
2	Zbatuar pjesërisht		
3	Në proces	2	40%
4	Pa zbatuar	2	40%

Nr.	“Masave Organizative”	Në numër	Në %
1	Totali	123	100%
2	Pa pranuar	1	0.8%
3	Pranuar	122	99.2%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar	42	34%
2	Zbatuar pjesërisht	21	17%
3	Në proces	14	11%
4	Pa zbatuar	45	37%

Analizuar sipas llojit të masave të rekomanduara rezulton se:

- Janë rekomanduar gjithsej 5 masa “**Propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi**”, të pranuar nga subjektet e audituara. Nga këto, është zbatuar plotësisht 1 masë ose 20%, janë në proces zbatimi 2 masa ose 40%, dhe janë të pazbatuara 2 masa ose 40% e tyre.
- Janë rekomanduar gjithsej 123 “**Masa organizative**”, të pranuar nga subjektet e audituara. Nga këto, janë zbatuar plotësisht 42 masa ose 34%, janë zbatuar pjesërisht 21 masa ose 17%, janë në proces zbatimi 14 masa ose 11%, dhe janë të pazbatuara 45 masa ose 37% e tyre.

Në përfundim, grupi i auditimit konkludoi se veprimtaria e 18 subjekteve të audituara, në drejtim të çështjeve që lidhen me zbatimin e rekomandimeve, nuk ka qenë plotësisht efektive.

2.1- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “RESPEKTIMI I STANDARDEVE NË TRAJTIMIN DHE ELIMINIMIN E MBETJEVE SPITALORE, NË PARANDALIMIN E RREZIKUT PËR SHËNDETIN E PERSONELIT SHËNDETËSOR, PACIENTËVE DHE MBROJTJEN E MJEDISIT”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), në zbatim të programit të auditimit tematik me nr. 1203 prot. datë 18.12.2025 dhe objekt, “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të Performancës në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024*”, ushtroi auditim në institucionet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: “*Respektimi i standardeve në trajtimin dhe eliminimin e mbetjeve spitalore, në parandalimin e rrezikut për shëndetin e personelit shëndetësor, pacientëve dhe mbrojtjen e mjedisit*”, përkatësisht: Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale si dhe Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë.

Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi veprimtarinë e institucioneve të mësipërme nga data 01.01.2020 deri më datën 31.12.2023 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 140 datë 29.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së** dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. 968/14 prot., nr. 968/15 prot., nr. 968/16 prot., nr. 968/17 prot., nr. 968/18 prot., datë 30.07.2024. Auditimi u krye nga data 18.12.2025 deri më datë 16.01.2026, 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 2024, 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 përkatësisht:

- Akt-verifikimi nr. 1 datë 13.01.2026, mbajtur në Spitalin Rajonal Durrës (SRD);
 - Akt-verifikimi nr. 2 datë 14.01.2026, mbajtur në Spitalin Rajonal Vlorë (SRV),
 - Akt-verifikimi nr. 3 datë 15.01.2026, mbajtur në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale (MSHMS);
 - Akt-verifikimi nr. 4 datë 15.01.2026, mbajtur në Spitalin Rajonal Shkodër(SRSH);
 - Akt-verifikimi nr. 5 datë 16.01.2026, mbajtur në Spitalin Rajonal Korçë (SRK).
- Projektraporti i auditimit dërguar drejt subjekteve të audituara më datë 26.02.2026.

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 rezultoi se:

- MSHMS ka hartuar Program Pune për masat në zbatim të rekomandimeve të lëna, dhe ka njoftuar Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 1105/3 prot datë 21.08.2024.
- Spitali Rajonal Durrës ka dërguar raportim në KLSH, mbi zbatimin e rekomandimeve me shkresën nr. 418/8 prot, datë 15.08.2024, regjistruar në KLSH me nr. 968/22 prot, datë 22.08.2024. Drejtori

i Spitalit Rajonal Durrës me Urdhrin nr. 117 datë 06.08.2024 ka urdhëruar strukturat përgjegjëse për zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH referuar Raportit Përfundimtar të Auditimit.

- Spitali Rajonal Vlorë ka dërguar në KLSH planin e veprimit, me shkresën regjistruar në KLSH me nr. 968/19 prot, datë 09.08.2024. Drejtori i Spitalit Rajonal Vlorë me shkresën nr. 3146 prot, datë 02.08.2024 ka urdhëruar strukturat përgjegjëse për zbatimin e rekomandimeve të lëna referuar Raportit Përfundimtar të Auditimit.

- Spitali Rajonal Shkodër ka dërguar raportim në KLSH me shkresën nr. 1424/14 prot, datë 13.08.2024 si dhe ka nxjerrë disa urdhra të brendshëm mbi zbatimin e rekomandimeve.

- Spitali Rajonal Korçë ka dërguar raportim me shkresën e paraqitur në KLSH nr. 968/20 prot, datë 14.08.2024. Gjithashtu, është nxjerrë Urdhri nr. 54 datë 09.08.2024 mbi krijimin e grupeve të punës për analizimin dhe zbatimin e rekomandimeve të lëna

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:

- MSHMS nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve.

- Spitali Rajonal Durrës nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve.

- Spitali Rajonal Vlorë Nga 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 Korçë nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.

3. Statusi i rekomandimeve të lëna:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 968/14 prot., nr. 968/15 prot., nr. 968/16 prot., nr. 968/17 prot., nr. 968/18 prot., datë 30.07.2024., janë rekomanduar gjithsej 32 masa:

Masa për ndryshime ligjore apo përmirësime ligjore, 1 rekomandim.

Masa organizative, 31 rekomandime.

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, rezultojnë se:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar
1	Propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi	1	1	0
2	Masa organizative	31	31	0

II. HYRJA

Auditimi mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të Performancës në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me Ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 1203 prot., datë 18.12.2025. Rekomandimet e lëna në Raporti Përfundimtar i Auditimit të mëparshëm me temë, “*Respektimi i standardeve në trajtimin dhe eliminimin e mbetjeve spitalore, në parandalimin e rrezikut për shëndetin e personelit shëndetësor, pacientëve dhe mbrojtjen e mjedisit*”, me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 140 datë 29.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së**, dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat me nr. 968/14 prot., nr. 968/15 prot., nr. 968/16 prot., nr. 968/17 prot., nr. 968/18 prot., datë 30.07.2024.

Auditimi u krye nga grupi i audituesve shtetërorë të KLSH-së, me përbërje:

1. K.Xh, përgjegjës grupi,
2. B.K, anëtar.

Auditimi ka filluar më, 18.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara nga KLSH në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale si dhe Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë.

II.2. Qëllimi auditimit:

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

II.3. Metodologjia e auditimit:

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

II.4. Konkluzioni:

Nga auditimi i dokumentacionit të paraqitur nga subjektet, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale si dhe Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se 32 (tridhjetë e dy) masa të rekomanduara gjithsej janë pranuar nga subjektet e audituara.

Nga masa e pranuar:

- janë zbatuar 3 rekomandime ose 9% e tyre,
- janë zbatuar pjesërisht 13 rekomandime ose 41% e tyre,

- gjenden në proces zbatimi 2 rekomandime ose 6% e tyre,
- gjenden pa zbatuar 14 rekomandime ose 44% e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Ndryshime apo përmirësime ligjore	1			1	
2	Masa organizative	31	3	13	1	14
	Gjithsej	32	3	13	2	14

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

Nr.	Statusi i masave Për ndryshim apo përmirësim ligjor	Në numër	Në %
1	Totali	1	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	1	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht		
2	Zbatuar pjesërisht		
3	Në proces zbatimi	1	100%
4	Pa zbatuar		

Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	31	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	31	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	3	10%
2	Zbatuar pjesërisht	13	42%
3	Në proces zbatimi	1	3%
4	Pa zbatuar	14	45%

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 nga subjektet e audituara paraqitet mjaft i ulët vetëm 9% e totalit të masave. Ndërkohë rreth 41% e rekomandimeve paraqiten të zbatuar pjesërisht dhe 6% e tyre gjenden në proces zbatimi. Masat e pazbatuara janë rreth 44% të totalit, të cilat i përkasin kryesisht Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale.

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. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI

1. Pyetje e auditimit: A disponohet baza e plotë ligjore dhe rregullatore për menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

1. Gjetje nga auditimi: Baza rregullatore mbi të cilën kryhet administrimi i mbetjeve nuk ka reflektuar ndryshimet e ndodhura në legjislacionin dhe përkatësisht:

-VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “Për administrimin e mbetjeve spitalore” është hartuar dhe miratuar në zbatim të kërkesave të Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme” dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta”. Me miratimin dhe hyrjen në fuqi të Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011, “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”, këto dy ligje janë shfuqizuar në tërësi¹. Në nenin 68 të, Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 që bën fjalë për “vazhdimin e efekteve të disa akteve nënligjore”, përcaktohet se, VKM nr. 798 datë 29.9.2010, do të mbeten në fuqi deri në shfuqizimin e tij me akt të veçantë. Kjo VKM në disa pika të saj i referohet në mënyrë të veçantë pikërisht Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 dhe Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “ të cilat kanë rreth 13 vjet që janë të shfuqizuara. Konkretisht, i referohet në përkufizimet e pikave: 8.3, 8.7, 8.12,13, dhe paragrafit të parafundit të Shtojcës nr.5. -Ndërkohë në Katalogun Kombëtar të Mbetjeve miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021² përcaktohen rreth 9 lloje dhe kategori të ndryshme mbetjesh spitalore (të rrezikshme dhe jo të rrezikshme), ndërsa në VKM nr. 798, datë 29.9.2010 janë përcaktuar vetëm 4 kategori të mbetjeve spitalore të rrezikshme. Veç kategorizimit të 5 lloj mbetjesh më pak sa përcakton katalogu i mbetjeve, nuk ka të përcaktuar që mbetjet e rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjën yll “*” për të ndarë dhe qartësuar se, kush janë mbetjet spitalore të rrezikshme nga mbetjet spitalore të pa rrezikshme.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të bashkëpunojë me Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit dhe të marrin iniciativat ligjore të nevojshme për rishikimin dhe përmirësimin e VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “ Për miratimin e rregullores, për administrimin e mbetjeve spitalore”, për të harmonizuar rregullat për administrimin e mbetjeve spitalore me Ligji nr. 10463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi, MSHMS ka bashkëpunuar me Ministrinë e Mjedisit për të bashkërenduar masat për rishikimin dhe përmirësimin e VKM nr. 798, datë 29.9.2010.

Në kuadër të matricës së projektakteve të Ministrisë së Mjedisit, miratuar me VKM nr. 818, datë 26.12.2024 "Për miratimin e programit analitik të projektakteve që do të paraqiten për shqyrtim në Këshillin e Ministrave gjatë vitit 2025", është planifikuar hartimi i projektvendimit "Për miratimin e kërkesave për menaxhimin e mbetjeve spitalore", në katërmujorin e II, të vitit 2025.

Ky projektvendim, propozim i Ministrit të Mjedisit dhe Ministrit të Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, është në fazën e bashkërendimit me ministritë e linjës.

¹- Nenin 69 “Shfuqizimet” i Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta” “Shfuqizimet”.

² -Mbetje të rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjën yll “*”, të miratuara me vendimin nr. 99, datë 18.2.2005, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër evidentohet se është bashkëpunuar me ministrinë e Mjedisit marrë nisma për rishikimin e VKM nr. 798 datë 29.09.2010. Megjithatë ende nuk paraqiten rezultate konkrete për ndryshimet e nevojshme në këtë akt. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe në proces zbatimi*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, në proces zbatimi.

B. MASA ORGANIZATIVE

5.1 Pyetje e auditimit: A disponohet baza e plotë ligjore dhe rregullatore për menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

1. Gjetje nga auditimi: Baza rregullatore mbi të cilën kryhet administrimi i mbetjeve nuk ka reflektuar ndryshimet e ndodhura në legjislacionin dhe përkatësisht:

-VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “Për administrimin e mbetjeve spitalore” është hartuar dhe miratuar në zbatim të kërkesave të Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme” dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta”. Me miratimin dhe hyrjen në fuqi të Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011, “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”, këto dy ligje janë shfuqizuar në tërësi³. Në nenin 68 të, Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 që bën fjalë për “vazhdimin e efekteve të disa akteve nënligjore”, përcaktohet se, VKM nr. 798 datë 29.9.2010, do të mbeten në fuqi deri në shfuqizimin e tij me akt të veçantë. Kjo VKM në disa pika të saj i referohet në mënyrë të veçantë pikërisht Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 dhe Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “ të cilat kanë rreth 13 vjet që janë të shfuqizuara. Konkretisht, i referohet në përkufizimet e pikave: 8.3, 8.7, 8.12,13, dhe paragrafit të parafundit të Shtojcës nr.5.

-Ndërkohë në Katalogun Kombëtar të Mbetjeve miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021⁴ përcaktohen rreth 9 lloje dhe kategori të ndryshme mbetjesh spitalore (të rrezikshme dhe jo të rrezikshme), ndërsa në VKM nr. 798, datë 29.9.2010 janë përcaktuar vetëm 4 kategori të mbetjeve spitalore të rrezikshme. Veç kategorizimit të 5 lloj mbetjesh më pak sa përcakton katalogu i mbetjeve, nuk ka të përcaktuar që mbetjet e rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjën yll “*” për të ndarë dhe qartësuar se, kush janë mbetjet spitalore të rrezikshme nga mbetjet spitalore të pa rrezikshme.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të përmirësojë “Udhëzuesin Kombëtar të Administrimit të Sigurt të Mbetjeve Spitalore”, në lidhje me kategorizimin e mbetjeve spitalore, në harmonizim dhe në përputhje me katalogun shqiptar të mbetjeve të miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi, MSHMS hartoi **draft urdhrin** për ngritjen e grupit të punës për rishikimin brenda vitit 2025 të Udhëzuesit Kombëtar të Administrimit të Sigurt të Mbetjeve Spitalore në harmonizim dhe në përputhje me Katalogun Shqiptar të Mbetjeve, miratuar me VKM nr. 402 datë 30.06.2021.

³- Nenin 69 “Shfuqizimet” i Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta” “Shfuqizimet”.

⁴ -Mbetje të rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjën yll “*”, të miratuara me vendimin nr. 99, datë 18.2.2005, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

Duke qene se kjo praktikë ishte paralelisht me atë të koordinimit me Ministrinë e Mjedisit për bashkëhartimin e draftvendimit për menaxhimin e mbetjeve spitalore, statusi i saj mbeti pezull deri në parashikimin final të saj në draftvendim.

Puna për rishikimin e udhëzuesit do të fillojë pas miratimit në Këshillin e Ministrave të projektvendimit "Për miratimin e kërkesave për menaxhimin e mbetjeve spitalore", në përputhje me parashikimet e draftvendimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se përmirësimi i udhëzuesit kryhet prej MSHMS dhe rekomandimi i adresohet përputhshmërisë së tij me VKM nr. 402, datë 30.6.2021, argumentet paraqitura nuk gjejnë mbështetje. Kjo pasi rreth 18 muaj më pas udhëzuesi nuk rezulton të jetë rishikuar. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

1.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit të ndërmarrin hapat e nevojshëm për hartimin e një strategjie afatgjatë për mbetjet spitalore në vend, me qëllim përmbushjen e standardeve për menaxhim, trajtim dhe eliminimin e sigurt të tyre, mbrojtjen e shëndetit dhe mjedisit dhe garantuar përdorimin me efektivitet, efikasitet dhe ekonomicitet të fondeve publike.

Në vijimësi

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Për këtë rekomandim, në përgjigjen e saj me nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024, ju informon se në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030, që është dokumenti ombrellë për fushën e shëndetësisë, nuk është parashikuar hartimi i një dokumenti strategjik të dedikuar për mbetjet spitalore, ndaj gjetjet dhe rekomandimet që lidhen me to do të adresohen në aktet rregullatore që do të hartohen sipas programit të masave.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i KLSH i adresohet bashkëpunimit me ministrinë përgjegjëse për mjedisin në hartimin e një strategjie të dedikuar për mbetjet spitalore për aq kohë sa kjo rrymë e mbetjeve është gjithmonë prezente në sistemin shëndetësor dhe faktit që kjo fushë mbart problematika tepër të rëndësishme në aspektin shëndetësor dhe atë mjedisor. Duke qenë se MSHMS nuk rezulton të ketë vlerësuar së bashku me Ministrinë e Mjedisit qëndrimin, rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Nga katër Spitalet Rajonale nën auditim, tre prej tyre në rregulloret e brendshme, nuk kanë të përfshirë në përbërje të grupeve të administrimit edhe specialistë nga sektorët e mbrojtjes së mjedisit, edhe pse në strukturat e këtyre spitaleve funksionojnë sektorët përkatës. Veç sa më sipër, Spitali Rajonal Korçë nuk ka pasur rregullore të brendshme për administrimin e mbetjeve spitalore për vitet 2020 - 2022, si dhe rregullorja që është në fuqi e këtij spitali dhe rregullorja e Spitalit Rajonal Shkodër i referohen⁵ dy ligjeve të cilat janë shfuqizuar me Ligji nr. 10463, datë 22.9.2011. Ndërsa rregullorja e brendshme e administrimit të mbetjeve spitalore të Spitalit Rajonal Durrës në grupin e administrimit ka të përfshirë specialist të mbrojtjes së mjedisit, por kjo rregullore në tërësinë e saj nuk është hartuar sipas përmbajtjes së udhëzuesit të MSHMS.

⁵ -Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 "Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme" dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 "Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta".

2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të përmirësojë “Udhëzuesin për hartimin e rregullores së brendshme për administrimin e mbetjeve spitalore nga prodhuesve të mbetjeve”, në lidhje me përbërjen e Grupit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore për të përfshirë edhe një specialist të mbrojtjes së mjedisit por edhe aspekte të tjera në funksion të mirë administrimit të procesit.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi, MSHMS hartoi draft urdhrin për ngritjen e grupit të punës për rishikimin brenda vitit 2025 të udhëzuesit “Për hartimin e rregullores së brendshme për administrimin e mbetjeve spitalore nga prodhuesit e mbetjeve”.

Duke qene se kjo praktikë ishte paralelisht me atë të koordinimit me Ministrinë e Mjedisit për bashkëhartimin e draftvendimit për menaxhimin e mbetjeve spitalore, statusi i saj mbeti pezull deri në parashikimin final të saj në draftvendim.

Puna për rishikimin e udhëzuesit do të fillojë pas miratimit në Këshillin e Ministrave të projektvendimit "Për miratimin e kërkesave për menaxhimin e mbetjeve spitalore", në përputhje me parashikimet e draftvendimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ndryshimi i udhëzuesit kryhet prej MSHMS dhe rekomandimi i adresohet rregullimit të veprimtarisë në funksion të mirë administrimit të procesit të menaxhimit të mbetjeve. Rreth 18 muaj më pas udhëzuesi ende nuk rezulton të jetë rishikuar.

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

2.2 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Vlorë dhe Korçë të rishikojnë rregulloret e brendshme të administrimit të mbetjeve spitalore duke përfshirë në Grupin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore edhe specialist të mbrojtjes së mjedisit si dhe ti harmonizojnë ato, në përputhje me kërkesat e Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve” dhe akteve nënligjore të nxjerra në zbatim të tij.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Nga ana e Spitalit Rajonal Vlorë mbështetur në Urdhrin e Brendshëm nr. 3146 prot datë 02.08.2024 për zbatimin e rekomandimeve për vitin 2024 është hartuar :

Rregullore e Brendshme për Administrimin e Mbetjeve Spitalore të Rrezikshme për Spitalin Rajonal Vlorë me nr. 3787 prot datë 25.09.2024.

Për vitin 2025 është rishikuar dokumentacioni i mëposhtëm për asrye të ndryshimit të Titullarit të Institucionit dhe Specialistëve të Sektorit Mjedisor:

Nga ana e SRV është hartuar me nr. 4544 prot datë 20.10.2025 Rregullore e Brendshme për Administrimin e Mbetjeve Spitalore”, në rregulloren e brendshme janë përfshirë në përbërjen e Grupit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore Specialist të Sektorit Mjedisor të cilët janë të certifikuar në fushën e mbrojtjes së mjedisit përkatësisht znj. F.R. dhe R.B. (Bashkëlidhur po ju vendosim në dispozicion trajnimet në fushën mjedisore të kryera nga të dy specialistet e sektorit mjedisor të SRV)

Nga ana e SRV për çdo shërbim është hartuar rregullore individuale për administrimin e mbetjeve të rrezikshme përkatësisht:

- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme Kirurgji 2025 me nr. 4642 prot, datë 24.10.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme ORL-Okulistika 2025 me nr. 4841 prot, datë 04.11.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme Pediatri/ 2025 me nr. 4597 prot, datë 22.10.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme ne Shërbimin e Imazherisë 2025 me nr. 4852 prot, datë 05.11.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme Morgu për 2025 me nr. 4888 prot, datë 06.11.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme Poliklinika e Specialiteteve për 2025 me nr. 4915 prot, datë 07.11.2025.
- Rregullore e Brendshme për administrimin e mbetjeve Spitalore të Rrezikshme në shërbimin e dispancerisë / Patologjisë për 2025 me nr. 4974 prot, datë 11.11.2025.

Në lidhje me rekomandimin tuaj për përfshirje në **rregulloret e brendshme të administrimit të mbetjeve spitalore në Grupin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore** edhe specialist të mbrojtjes së mjedisit (inxhinier mjedisor) theksojmë se: Spitali Rajonal Vlorë ka varësi nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe është kompetenca e saj hapja në strukturën e SRV i Inxhinierit mjedisor. Nga ana e SRV nuk mund të bëhen ndryshime në organogramën e saj pa miratimin e MSHMS dhe këto ndryshime nuk mund të bëhen pa cenuar numrin e përgjithshëm të punonjësve. Aktualisht pozicioni i përgjegjës të sektorit është vend vakant nga ana e SRV është bërë shpallja te Operatori Qendror dhe është kërkuar që në këtë pozicion të punësohet një inxhinier mjedisi.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar sa më sipër, nga ana e KLSH është kërkuar përfshirja e detyrueshme e një specialisti të mbrojtjes së mjedisit në Grupin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore dhe jo hapja e pozicioneve të reja të punës. Kjo lind nevojën që në aktet e brendshëm rregullatorë lidhur me kërkesat e vendit të punës brenda strukturës ekzistuese të rishikohet formimi në fushën e mjedisit. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH Ngriti komisionin për rishikimin e rregullores me Urdhrin e Brendshëm nr.101, dt. 09.08.2024. Zbatimi i këtij urdhri me anë të shkresës nr. 1424/19 dt.10.09.2024 është paraqitur propozimi përkatës nga grupi i ngarkuar me këtë detyrë sipas udhrit të mësipërm. Me shkresën nr. 1424/20 prot, datë 10.09.2024 është miratuar Rregullorja e re.(Bashkëngjitur shkresat përkatëse).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Korçë ka hartuar rregulloren e brendshme për menaxhimin e mbetjeve spitalore, me nr. 2332/1 prot, datë 25.11.2024, në të cilën janë përfshirë grupe të administrimit të mbetjeve dhe Specialistë të mbrojtjes së mjedisit. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Spitali Rajonal Korçë ka miratuar Rregullore e re mbi administrimin e mbetjeve. Në Grupin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore është përfshirë edhe Shefi i Sektorit Ambiental (mjedisi). Ky

funkcion nuk garanton pjesëmarrjen e specialistit të mjedisit në bazë të kërkesave të vendit të punës sipas Projekt-Rregullores nr. 1059 prot, datë 23.05.2025. Aktualisht në këtë funksion qëndron punonjës me formim në fushën ekonomike. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

3. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale paraqesin mangësi sa i përket Planeve të Administrimit të Mbetjeve Spitalore të cilat duhet të hartohen prej tyre dhe të miratohen në MSHMS dhe përkatësisht:

-Të dy Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore të hartuara nga Spitali Rajonal i Durrësit si ai që ka qenë në fuqi deri në vitin 2021 dhe plani që është në fuqi aktualisht nuk janë të miratuar në MSHMS. Plan i Administrimit të Mbetjeve Spitalore me nr.555/1, datë 13.09.2021 që është në fuqi, nuk është i përditësuar dhe harmonizuar me kodet e reja të mbetjeve të rrezikshme pasi, i referohen kodeve të mbetjeve sipas VKM nr. 99, datë 18.2.2005, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”, e cila është shfuqizuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021 “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

-Spitali Rajonal i Shkodrës, për vitet 2020, nuk ka hartuar dhe miratuar Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore. Ndërsa vetën 2021 ka hartuar draft-Planin i cili ka qenë në zbatim për vitet 2022 dhe 2023, por është i pa miratuar nga Drejtori i Spitalit dhe nga MSHMS.

-Spitali Rajonal Vlorë, për katër vitet 2020-2023, ka hartuar Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore, të cilët nuk janë të miratuar nga MSHMS.

-Spitali Rajonal Korçë për të katër vitet 2020-2023 nuk ka hartuar dhe miratuar Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore.

3.1 Rekomandimi:

-Spitali Rajonal Durrës, të përditësojë dhe harmonizojë Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore, me kodet e reja të mbetjeve spitalore sipas VKM nr. 402, datë 30.6.2021 “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”, si dhe ta dërgojë planin për miratim në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

-Spitali Rajonal Shkodër, të përditësojë Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore dhe ta dërgojë për miratim në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

-Spitali Rajonal Vlorë, të dërgojë për miratim, Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

-Spitali Rajonal Korçë, të hartojë Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore dhe ta dërgojë për miratim, në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e lënë nga KLSH, bëjmë me dije se Spitali Rajonal Durrës ka ndërmarrë masat përkatëse për përmirësimin e kuadrit të brendshëm rregullator në fushën e menaxhimit të mbetjeve spitalore.

Konkretisht, gjatë vitit 2024, Spitali Rajonal Durrës ka dërguar për miratim në Ministrinë e Shëndetësisë rregulloren e brendshme për menaxhimin e mbetjeve spitalore datë 14.08.2025 nr.418/5 prot dhe ka rishikuar dhe miratuar në Bord rregulloren e brendshme për menaxhimin e mbetjeve spitalore, e cila është miratuar me Vendim Bordi, nr. 1729/3, datë 24.12.2024.

Rregullorja e re synon harmonizimin me udhëzuesin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe përmirësimin e procedurave për administrimin, trajtimin dhe monitorimin e mbetjeve spitalore, në funksion të mbrojtjes së shëndetit publik dhe mjedisit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Vlorë ka dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore për vitin 2025. (Shkresa nr. 4643 prot, datë 24.10.2025)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH ngriti komisionin për hartimin e Planit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore me Urdhrin e Brendshëm nr.100, dt. 09.08.2024.

Zbatimi i këtij urdhri me anë të shkresës: Kërkesë për miratim nr.1424/16 dt.02.09.2024 dhe shkresa e miratimit Planit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore nr.1424/17 datë 02.09.2025. Kërkesa për miratim në MSHMS është kryer me shkresën nr. 1424/18 prot, datë 03.09.2024. (Bashkëngjitur shkresat përkatëse).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

SRSH Shkodër ka kryer miratimin dhe dërgimin e Planit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore referuar rekomandimit të dhënë. Ky plan nuk rezulton të ketë marrë ende miratim nga MSHMS. Sa më sipër rekomandimi për SRSH konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Korçë ka hartuar Planin e Administrimit të mbetjeve spitalore, me nr. 2332/2 prot, datë 25.11.2024. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Është miratuar Plani i Administrimit të Mbetjeve Spitalore nga Drejtori Rajonal por ky plan nuk është dërguar në MSHMS për miratim. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

2. Pyetje e auditimit: A kryhet menaxhimi i mbetjeve spitalore duke respektuar standardet e përcaktuara ?

2.1 Pyetje e auditimit: *A kryhen rregullisht proceset e ndarjes në burim, grumbullimit, ruajtjes, përpunimit deri në asgjësim të mbetjeve ?*

1. Gjetje nga auditimi: *Për periudhën objekt auditimi, prodhuesit e mbetjeve spitalore (spitalet rajonale), nuk kanë respektuar masat për administrimin e mbetjeve spitalore të gjeneruara, për sa i përket ndarjes në burim të mbetjeve spitalore, ambalazhimit, etiketimit, magazinimit, trajtimit, transportimit dhe asgjësimit në mënyrën më të mirë të përshtatshme. Referuar bazës ligjore në fuqi, spitalet janë përgjegjëse për të siguruar që mbetjet të menaxhohen dhe asgjësohen në mënyrën e duhur.*

1.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale të marrin masa për të respektuar parimet më të mira të administrimit të mbetjeve spitalore, për sa i përket proceseve, që nisin nga ndarja e duhur në burim, transporti i sigurt, magazinimi sipas kërkesave, deri në asgjësimin e sigurt të mbetjeve.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka ndërmarrë masa për përmirësimin e administrimit të mbetjeve spitalore të gjeneruara, në përputhje me bazën ligjore në fuqi.

Konkretisht, janë forcuar praktikat për ndarjen në burim të mbetjeve spitalore, si dhe janë marrë masa për ambalazhimin dhe etiketimin e tyre sipas kategorive përkatëse, me qëllim garantimin e trajtimit, transportimit dhe asgjësimit të sigurt të mbetjeve, nëpërmjet subjekteve të licencuara.

Spitali Rajonal Durrës do të vijojë monitorimin dhe zbatimin e këtyre masave, në funksion të respektimit të parimeve më të mira të administrimit të mbetjeve spitalore, nga momenti i gjenerimit deri në asgjësimin përfundimtar.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se evidentohet përmirësim sa i takon administrimit dhe kryesisht ambalazhimit të tyre por nuk ka pasur përmirësime në kushtet e magazinimit të mbetjeve, rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Ju bëjmë me dije se Spitali Rajonal Vlorë ,ka kryer përherë të njëjtën procedurë për diferencimin e mbetjeve në burim nga stafi infermieror i çdo shërbimi, transportin e sigurt për në depon kryesore, magazinimin në depon e disponueshme deri në tërheqjen e realizuar nga operatori përgjegjës për asgjësimin e tyre.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se, SRV nuk garanton ende ambiente të përshtatshme magazinimi, rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Është kryer lidhja e kontratave me operatorë ekonomikë të kualifikuar, të cilët ofrojnë shërbime në përputhje me standardet e cilësisë dhe legjislacionit në fuqi.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ane SRSH janë marrë një sërë masash për sa më sipër. Rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali monitoron ndarjen e rregullt të mbetjeve spitalore që në burim. Sipas rekomandimeve të lëna, nga Janari, janë mbajtur procesverbale nga sektori i mjedisit çdo 2-3 muaj, nëpërmjet të cilave konstatohen dhe zgjidhen problematika të ndryshme lidhur me administrimin e mbetjeve. Spitali i nënshtrohet edhe kontrolleve të jashtme si ISHSH, Inspektorati i Punës, Vlerësuesit për Akreditim, etj. Gjithashtu bëhen dhe trajnime për personelin për sa i përket sigurisë në trajtimin e mbetjeve.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me magazinimin e mbetjeve situata paraqitet thujtë me konstatimet e vitit 2024, ku ambienti i magazinimit vijonte në të njëjtën hapësirë me kaldajën. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

2. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale për periudhën objekt auditimi, nuk kanë kërkuar në formë shkresore, nga operatorët ekonomikë të kontraktuar, që merren me trajnimin e mbetjeve spitalore (kodi i mbetjeve 180102), dorëzimin e analizave të hirit në mënyrë periodike sipas përcaktimeve në VKM nr. 798 datë 29.09.2010.

2.1 Rekomandimi: Prodhuesit e mbetjeve spitalore të kërkojnë në mënyrë të vazhdueshme dhe periodike nga operatorët ekonomikë, analizat e hirit që dalin nga incenerimi i mbetjeve spitalore për kodet e mbetjeve 180102, për të siguruar një proces të mirë administruar të trajtimit të mbetjeve.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka filluar të kërkojë nga operatorët ekonomikë të kontraktuar për trajtimin e mbetjeve spitalore dorëzimin e analizave të hirit të dalë nga incenerimi i mbetjeve spitalore, për kodin e mbetjeve 18 01 02, në përputhje me kërkesat e përcaktuara në VKM nr. 798, datë 29.09.2010.

Kërkimi i këtyre analizave do të kryhet në mënyrë të vazhdueshme dhe periodike, me qëllim garantimin e një procesi të kontrolluar dhe të mirë administruar të trajtimit të mbetjeve spitalore. (Raport analize e hirit datë 22.01.2025, 16.04.2025, 14.11.2025, 11.08.2025)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Vlorë disponon të gjitha analizat e hirit të cilat dalin nga incenerimi i mbetjeve për kodet 180102. (me zgjedhje u paraqitën analiza datë 05.08.2025 dhe 04.11.2025).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH Ngriti UB me nr.105, dt.09.08.2024. Me shkresën nr. 1424/13 prot, SRSH i ka kërkuar zyrtarisht shoqërisë së kontraktuar për evadim të mbetjeve spitalore paraqitjen e analizave të hirit në mënyrë të vazhdueshme. (Bashkëngjitur shkresat përkatëse dhe analizat e hirit me zgjedhje datë 16.04.2025, 05.08.2025, 04.11.2025)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Operatorët ekonomikë kanë dorëzuar periodikisht kopje të analizave të hirit. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga auditimi nuk rezultojnë analiza të mostrave të hirit për vitin 2025 për kodin e mbetjeve 180102. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

2.2 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër dhe Korçë, të kryejnë periodikisht analizat e mbetjeve spitalore pas autoklavimit, për të garantuar një proces të sigurt të përpunimit të tyre dhe parandalimin e përhapjes së infeksioneve.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH ka miratuar UB me nr.105, dt.09.08.2024. Me shkresën nr. 1424/13 prot, SRSH i ka kërkuar zyrtarisht shoqërisë së kontraktuar për evadim të mbetjeve spitalore paraqitjen e analizave të hirit në mënyrë të vazhdueshme. (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i lënë i referohet analizimit të mbetjeve pas autoklavimit. Gjatë vitit 2025 procesi i autoklavimit ka ndaluar së funksionuari, pra në SRSH nuk kryhet më trajtim mbetjesh spitalore. Duke qenë se rekomandimi nuk është aktualisht koherent me ndryshimet e ndodhura ai do të konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali kryen analiza çdo 2 muaj. Thirrjet personeli i Drejtorisë Rajonale të Shëndetit Publik të cilët marrin mostrat dhe bëjnë analizat sapo ka përfunduar procesi i autoklavimit. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga auditimi me zgjedhje rezultojnë analiza të mostrave të hirit për mbetjet spitalore datë 06.06.2024, 10.10.2024, 10.11.2025, 22.12.2025 të cilat janë me rezultat negativ pra pa ngarkesa mikrobiale. Analizat e datave 14.10.2024, 06.11.2024 kanë rezultuar pozitive dhe janë ri-testuar në vijim. Disa nga listat e analizave paraqiten pa firmën dhe vulën e institucionit lëshues. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

3. Gjetje nga auditimi: Prodhuesit e mbetjeve spitalore Spitalet Rajonale kanë mangësi në mbajtjen e dokumentacionit përkatës, kjo për sa i përket regjistrit të posaçëm të mbetjeve spitalore, pasaktësi në plotësimin e dokumenteve të transferimit, mungesë të shkresave konfirmuese si dhe nuk i kanë raportuar këto transferta në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit.

3.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë, të marrin masa që të plotësohen në mënyrë të saktë, të gjitha rubrikat e kërkuara në dokumentin e transferimit si dhe të raportojnë në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit për transfertat e kryera.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Durrës ka ndërmarrë masa për përmirësimin e dokumentacionit të transfertave të mbetjeve spitalore. Dokumentet e transferimit janë plotësuar në rubrikat dhe seksionet përkatëse në

mënyrë të saktë dhe të plotë. (Formular transferimi me zgjedhje, datë 29.08.2025, datë 03.09.2025, datë 15.10.2025)

Raportimi i transfertave të mbetjeve spitalore pranë Agjencisë Kombëtare të Mjedisit është kryer në mënyrë periodike. (Shkresa nr. 1552 prot, datë 07.11.2024 dhe nr. 287/13 prot, datë 22.09.2025)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Raportimi pranë AKM nuk rezulton të jetë kryer në mënyrë periodike dhe brenda afateve të përcaktuara. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Vlorë i disponon dokumentacionin e rregullt të transferimit të mbetjeve të rrezikshme. Formular transferimi me zgjedhje, datë 04.02.2025, datë 07.10.2025) Ju bëjmë me dije se raportimi në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit kryhet nga një operator privat i cili bënë monitorimin e mjedisit. E...-S.. P...SHPK. (bashkëlidhur keni kopje të dokumenteve)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Raportimi pranë AKM nuk rezulton të jetë kryer në mënyrë periodike dhe brenda afateve të përcaktuara. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në formularët e transferimit janë plotësuar rubrikat përkatëse në çdo rast. Dokumentet e transferimit janë raportuar në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit nga operatori privat i cili harton raportet e monitorimit të mjedisit shkresa e fundit e cila përmban transfertat për periudhën Mars-Shtator 2025 regjistruar në AKM me nr.10716 prot, datë 06.10.2025.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me rekomandimin u audituan me zgjedhje disa formularë transfertash dhe përkatësisht datë 28.04.2025, 21.08.2025, 29.12.2025. Ndërkohë aktet nënligjore përcaktojnë se regjistri i transfertave duhet të mbahet nga dorëzuesi dhe marrësi i mbetjeve të rrezikshme në mënyrë të pavarur nga njëri-tjetri. Dorëzuesi dhe marrësi i mbetjeve të rrezikshme duhet të dërgojnë kopje të regjistrit të transfertave individuale pranë Agjencisë Kombëtare të Mjedisit dy herë në vit. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali bën transferimin e mbetjeve duke i regjistruar ato në regjistrat përkatës. Gjithashtu kemi një praktikë shoqëruese të transferimit të mbetjeve. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga auditimi me zgjedhje për dokumentat e transferimit të datës 24.07.2025, 27.08.2025, 18.09.2025, 25.09.2025, janë të plotësuara me të dhëna por në to mungojnë të dhënat mbi orën e nisjes, të dorëzimit, firmat në fund të formularit. Janë paraqitur në AKM me e-mail për vitin 2025 të dhëna mbi transferimet sipas muajve. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

4. Gjetje nga auditimi: Nga vizitat në terren në magazinat qendrore të grumbullimit të mbetjeve spitalore është evidentuar se, nuk përmbushen kërkesat e parashikuara në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore” sa i takon kushteve të punës dhe sigurisë për magazinimin e mbetjeve të rrezikshme.

4.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë të marrin masa urgjente, që vendet e magazinimit të mbetjeve spitalore të përmbushin standardet e përcaktuara për ruajtjen e tyre.

Menjëherë

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka identifikuar nevojën për përmirësimin e kushteve të magazinimit të mbetjeve spitalore dhe është duke ndërmarrë masa për t'u siguruar që vendet e magazinimit të përmbushin standardet e përcaktuara për ruajtjen e mbetjeve të rrezikshme, në përputhje me udhëzuesin kombëtar për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore.

Në buxhetin e vitit 2025 ishte parashikuar projekti i magazinës, por nuk u realizua për shkak të procedurave administrative. SRD do të parashikojë sërish ndërhyrje në magazine për vitin 2026.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Në buxhetin e Spitalit Rajonal Vlorë zëri investime akordohet nga MSHMS dhe nga ana e tyre nuk na është akorduar fond për blerje projekti nga MSHMS. Ndodhur përball këtij fakti Spitali Rajonal Vlorë nuk ka mundur të veproj me rikonstruksionin e magazinimit të mbetjeve, pasi buxheti i SRV akordohet nga MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Shpjegimet e SRSR mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSR ngriti komisionin për përcaktimin e vendeve të magazinimit të mbetjeve spitalore me UB nr. 98, dt.09.08.2024. Zbatimi i këtij urdhri me anë të shkresës Nr.1424/23 dt.15.10.2024 (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e SRSR është përcaktuar vendi i ri i magazinimit të mbetjeve në ambientet ku më parë kryhej autoklavimi i tyre. Ambienti rezultonte i pastër dhe i mbrojtur. Nuk evidentoheshin erëra të pakëndshme, me shenja dalluese dhe ambalazhet ishin të sistemuara dhe të organizuara. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Mbetjet spitalore dorëzohen në vendgrumbullimin e mbetjeve spitalore i cili është i ndarë në dy pjesë, pjesa e autoklavës ku trajtohen mbetjet spitalore si dhe pjesa ku ruhen mbetjet organike, pra vendi ku mbahen kutitë frigoriferike, të cilat largohen rregullisht sipas kontratës dhe në varësi të sasisë së grumbulluar.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e Spitalit Rajonal Korçë situata lidhur me magazinimin paraqitet e njëjtë me vitin 2024 referuar Raportit Përfundimtar. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Duke qenë se kërkesat e këtij rekomandimi përfshihen edhe në rekomandimin nr. 4.1 në Pyetjen e auditimit nr. 3 më poshtë, me qëllim mos dublimin e masave që do të kërkohen në vijim do të konsiderohet, i pranuar, i zbatuar.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

5. Gjetje nga auditimi: Qendrat e trajtimit të mbetjeve në Spitalin Shkodër dhe Korçë nuk plotësonin/garantonin standardet në trajtimin e mbetjeve spitalore sipas përcaktimeve në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore” dhe Udhëzuesin Operativ “Për Qendrën e Trajtimit të Mbetjeve Spitalore”. Teknologjia e përdorur e cila është të paktën prej 15 vite, për të cilat evidentohen lehtësisht problematikat në anën vizuale, vend-ndodhja e qendrave vetëm disa metra pranë spitalit në brendësi të zonave të banuara urbane, mungesa e trajnimeve të vazhdueshme të punonjësve dhe mosfunksionimi i një njësie përgjegjëse në MSHMS apo institucionet e saj të varësisë lidhur me trajnimet e nevojshme dhe monitorimin e vazhdueshëm të proceseve krijon risk për ekspozim për infeksione së pari për punonjësit të cilët trajtojnë mbetjet spitalore në autoklavë, por dhe për stafin spitalor, pacientët si dhe banorët e zonës.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të kërkojë nga Agjencia Kombëtare e Mjedisit verifikimin e përmbushjes së kushteve për lejen mjedisore për përpunim të mbetjeve spitalore me autoklavë, për të gjitha spitalet në vend që kryejnë këtë proces.

Menjëherë

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Për këtë rekomandim nuk na rezulton se është komunikuar me shkresë zyrtare me AKM dhe për këtë arsye jemi në proces të këtij komunikimi me AKM për verifikimin prej saj të situatës aktuale të plotësimit të kushteve të lejes mjedisore me të cilën janë pajisur spitalet që kanë impiantet e tyre për trajtimin e mbetjeve të rrezikshme spitalore apo disa prej rrymave të tyre. (Bashkëlidhur shkresa në proces).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Afati i kërkuar për zbatimin e rekomandimit ishte menjëherë, kjo për shkak të nevojës për verifikim nga Agjencia Kombëtare e Mjedisit mbi përmbushjen e kushteve të lejes mjedisore nga spitalet rajonale që kryejnë trajtim të mbetjeve spitalore me autoklavë. Ndërkohë rreth 18 muaj më pas nga ana e MSHMS nuk është bërë asnjë veprim konkret në këtë drejtim.

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

2.2 Pyetje e auditimit: A janë marrë masat e nevojshme për parandalimin e infeksioneve dhe mbrojtjen e mjedisit gjatë menaxhimit të mbetjeve ?

1. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale, Shkodër, Vlorë, Shkodër, Korçë, nuk kanë patur një person përgjegjës të caktuar me detyrë funksionale parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor si dhe marrjen e mostrave në mënyrë periodike. Aktualisht, survejanca laboratorike nuk kryhet nga spitalet rajonale, por realizohet nëpërmjet Drejtorisë së Shëndetit Publik e cila vihet në lëvizje vetëm pas kërkesës zyrtare çka kërkon kohë dhe mbart risk për mos evidentim në kohë të problematikës.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të ndërmarri hapat e nevojshëm rregullative për caktimin e personave përgjegjës në spitalet rajonale me detyrë funksionale të posaçme kontrollin e infeksioneve spitalore dhe marrjen e mostrave të kampionimit për infeksionet spitalore.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

MSHMS ka bashkëpunuar me spitalet për përcaktimin e personave përgjegjës dhe spitalet rajonale/bashkiake kanë ndërmarrë hapat e nevojshme, bazuar në urdhrin nr. 705, datë 30.12.2022 “Për caktimin e personit përgjegjës për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor, pranë spitaleve rajonale dhe bashkiake”, duke caktuar një person përgjegjës me detyrë funksionale të posaçme për kontrollin e infeksioneve spitalore dhe marrjen e mostrave për infeksionet spitalore, të cilat dërgohen për analizim në Institutin e Shëndetit Publik.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e MSHMS nuk rezulton të jenë marrë masa për verifikimin dhe vlerësimin e situatës referuar gjetjeve dhe rekomandimeve të auditimit. Aktet që citohen i përkasin periudhës nën auditim, dhe si të tilla nuk reflektojnë zbatueshmërinë dhe përshtatshmërinë e tyre. Rekomandimi i lënë adreson nevojën për një funksion specifik në Spitalet Rajonale i cili të garantojë këto procese dhe jo trajtimin e saj si detyrë të deleguar apo shtesë mbi funksionin bazë. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

1.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të plotësojë kuadrin rregullator për raportimin e infeksioneve spitalore dhe hartimin e të dhënave të unifikuara në nivel kombëtar mbi infeksionet spitalore me qëllim hartimin e politikave të përshtatshme në këtë drejtim dhe përmbushjen e objektivave strategjike të vendosur.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Spitalet, siç parashikuar në rregulloren së brendshme, monitorojnë infeksionet spitalore.

ISHP bën analizën sipas mostrave të dërguara nga spitalet dhe drafton raportin përfundimtar në nivel spitali dhe në nivel kombëtar.

Në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë / Objektivit Specifik 9 i Qëllimit të Politikës 2 – Kontrolli i rezistencës antimikrobike (AMR) / Masat dhe Veprimtaritë, parashikohet:

2.9.1.g Zhvillimi dhe sigurimi i zbatimit të plotë të ndërhyrjeve bazë gjurmuese për reduktimin e infeksioneve në të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor.

Kjo masë duhet të zbatohet brenda periudhës 2025-2030 dhe synon uljen e infeksioneve spitalore dhe forcimin e survejancës për infeksionet në institucionet shëndetësore, si pjesë e politikave për përmirësimin e sigurisë së pacientëve dhe cilësisë së shërbimeve..

Realizimi i kësaj mase do jetë objekt i monitorimit të zbatimit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë, që parashikon raportimin vjetor të zbatimit, që për këtë masë do të bëhet gjatë vitit 2026.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i lënë i adresohet plotësimit të kuadrit rregullator për monitorimin e vazhdueshëm të infeksioneve spitalore në rang vendi, unifikimin e të dhënave në nivel kombëtar dhe jo kufizimin e analizimit të këtyre treguesve në raportet e monitorimit në kuadër të politikave afatmesme në fushën e shëndetësisë. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

2. Gjetje nga auditimi: Në tre spitalet rajonalë, Shkodër, Durrës dhe Korçë mungonte seti i plotë i dokumentacionit të gjurmimit të rasteve të infeksioneve spitalore. Spitali Rajonal Vlorë dhe Korçë dispononin një regjistër aksidentesh në punë, ndërsa Spitali Rajonal Durrës dhe Shkodër, nuk e

dispononin një regjistër të tillë. Mungesa e dokumentimit veç aspekteve të mangësisë rregullative, mbart risk për gjurmimin dhe identifikimin e hershëm të infeksioneve dhe problematikave të ndryshme gjatë veprimtarisë.

2.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Korçë të plotësojnë setin e dokumentacionit të nevojshëm për gjurmimin e rasteve të infeksioneve spitalore dhe të informojnë punonjësit mbi mënyrën e plotësimit dhe raportimit.

-Spitalet Rajonale Shkodër dhe Durrës të marrin masat për mbajtjen e regjistrit të aksidenteve në punë me qëllim raportimin e përshtatshëm të tyre dhe plotësimin e detyrimeve institucionale të parashikuara.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Nuk ka.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH ngriti UB me nr. 103 dt.09.08.2024. Në zbatim të këtij urdhri janë realizuar raportimet mujore mbi infeksionet spitalore me Nr. 1454/25 dt.31.12.2024 deri me Nr.2901 date 04.12.2025. (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër ende nuk rezulton i përmbushur rekomandimi mbi regjistrin e aksidenteve në punë. Rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Korçë ka shtuar dhe regjistrin e raportimit të infeksioneve spitalore, i cili i është vënë në dispozicion çdo pavijoni për të bërë raportimin dhe gjurmimin e rasteve të infeksioneve spitalore. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Spitali Rajonale Korçë disponon në strukturë specialist për infeksionet spitalore. Disponohet regjistër mbi raportimin e infeksioneve i cili është vënë në dispozicion të Kryeinfermierëve të pavijoneve në SRK por ky regjistër nuk përmban të dhëna. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

3. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Durrës, Shkodrës dhe Korçë gjatë periudhës objekt auditimi nuk kanë realizuar trajnime të brendshme dhe të jashtme të stafit, në lidhje me menaxhimin efektiv të mbetjeve spitalore ndërsa, Spitali Rajonal Vlorë ka kryer trajnime të brendshme të stafit mjekësor si dhe ka përgatitur plane pune vjetore për trajnime të brendshme të stafit, në lidhje me administrimin e mbetjeve. Sipas Udhëzuesit Kombëtar, mbetjet spitalore mund të jenë të rrezikshme dhe jo të rrezikshme dhe është e domosdoshme që menaxherët e mbetjeve dhe profesionistët e shëndetit brenda institucionit shëndetësor të jenë në gjendje të identifikojnë dhe ndajnë që në burim

këto dy lloje mbetjesh. Mungesa e trajnimeve krijon problematika në gjithë zinxhirin e proceseve nga ndarja në burim deri në evadimin e sigurt të tyre.

3.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Korçë, Vlorë të marrin masa për të trajnuar stafin që merret drejtpërdrejtë me administrimin e mbetjeve spitalore, duke përfshirë trajnime të brendshme dhe nga institucione të tjera për këtë qëllim.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka realizuar trajnime të stafit në lidhje me administrimin e mbetjeve spitalore nr. 1459 prot. dhe nr. 1459/1 prot. datë 28.10.2025, duke përfshirë trajnimet e brendshme të stafit, me qëllim që të gjithë profesionistët e përfshirë në menaxhimin e mbetjeve të jenë të aftë të identifikojnë, ndajnë dhe trajtojnë mbetjet në mënyrë të sigurt.

Kjo masë garanton respektimin e udhëzuesit kombëtar dhe të praktikave më të mira për trajtimin dhe menaxhimin e mbetjeve spitalore. Trajnimet janë përkatësisht për stafin infermior dhe sanitaret.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se afati për zbatimin e rekomandimit është menjëherë dhe në vijimësi, si dhe faktit që gjatë periudhës 18 mujore është realizuar vetëm një trajnim për këto dy kategori, rekomandimi do të konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Vlorë ka trajnuar stafin i cili merret drejtpërdrejtë me administrimin e mbetjeve spitalore në mënyrë periodike. Me shkresën nr. 4727 prot datë 30.10.2025 janë kryer trajnimet e brendshme të stafit të SRV (mjek, infermier, sanitar) të cilët merren me administrimin e mbetjeve spitalore. Gjithashtu Specialistët e Sektorit mjedisor kanë kryer trajnime të jashtme nga institucione të tjera për këtë qëllim. (kopje e dokumenteve të trajnimeve të brendshme)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Institucioni ka paraqitur dokumentacionin e kryerjes së trajnimeve por bashkëlidhur nuk gjendet listëprezenca mbi pjesëmarrjen e stafit në trajnimet e kryera. Në mungesë të dokumentacionit të plotë vërtetues rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH ngriti UB me nr.102 dt.09.08.2024 për ngritjen e Grupit të Punës për trajnimin e stafit. Zbatimi i këtij urdhri me anë të shkresës nr.1424/24 prot, datë 15.10.2025 (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Gjatë periudhës është zhvilluar një trajnim me personelin infermior, ndërkohë që trajnimi duhet të shtrihej edhe në stafin sanitar dhe jo vetëm. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Personeli sanitar trajnohet nga Sektori Mjedisor 4 herë në vit lidhur me sigurinë në administrimin e mbetjeve spitalore. Po ju bashkëngjisim të skanuar materialin.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e SRK nuk evidentohet numri i punonjësve të trajnuar dhe funksionet e tyre. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

3. Pyetje e auditimit: A janë përdorur kapacitetet e duhura infrastrukturore, financiare dhe njerëzore për mirë menaxhimin e procesit ?

1. Gjetje nga auditimi: Menaxhimi i mbetjeve spitalore paraqet problematika sa i përket strukturave përgjegjëse dhe masave të marra nga ana e MSHMS dhe konkretisht:

- MSHMS nuk disponon një strukturë përgjegjëse e cila të mbikëqyrë në vazhdimësi proceset lidhur me veprimtarinë e spitaleve sa i përket mbetjeve spitalore. Nuk disponohet një strukturë përgjegjëse për pajisjet të cilat shërbejnë/kanë shërbyer për proceset e trajtimit të mbetjeve të rrezikshme në spitalet publike, kjo sa i përket sasive të përpunuara, standardeve për mënyrën e funksionimit, standardizimit të dokumentacionit të përdorur, vlerësimin e raporteve kosto-efektivitet për përdorimin e tyre, të cilat duhet të ishin rregullisht pjesë e veprimtarisë dhe politikave që duhet të ndërmerrete MSHMS.

-Referuar menaxhimit të mbetjeve spitalore ndër vite janë hartuar disa urdhra të njëpasnjëshëm nga ish Ministria e Shëndetësisë përkatësisht Urdhrat nr. 14, 15, 16, 17 që datojnë prej vitit 2012. Prej kësaj periudhe kanë ndodhur një sërë ndryshimesh thelbësore, si në fushën e përgjegjësisë së ministrisë, por edhe në bazën ligjore për menaxhimin e mbetjeve, ndryshime strukturore, rregullatore etj. Vijimi me këta urdhra pa kryer azhurnimet e nevojshme, ndikojnë/kanë ndikuar që kompetencat dhe detyrat e strukturave të mos jenë të qarta, të matshme dhe të kenë prodhuar politika të reja për t'ju përshtatur zhvillimeve.

-Referuar Urdhrit nr. 16 datë 12.01.2012, "Për miratimin e pyetësorit për prodhimin dhe administrimin e mbetjeve spitalore" janë mbledhur vetëm disa të dhëna statistikore vjetore për menaxhimin e mbetjeve në spitale. Përgjatë 12 viteve që kryhet ky proces, nuk evidentohet që këto të dhëna të jenë përdorur në drejtim të prodhimit të politikave për mirë menaxhimin e mbetjeve.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marri masat e nevojshme për përcaktimin e qartë të detyrave dhe përgjegjësisë të strukturave të cilat do të monitorojnë dhe mbikëqyrin veprimtarinë e spitaleve sa i përket mbetjeve spitalore, pajisjet e përdorura për trajtimin e tyre, si dhe problematikave që hasen në spitalet rajonale, me qëllim hartimin e politikave sa më objektive dhe marrjen në kohë të masave të nevojshme.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Në organikën e MSHMS nuk ka struktura të veçanta për monitorimin dhe mbikëqyrjen e veprimtarisë së spitaleve sa i përket mbetjeve spitalore dhe pajisjeve të përdorura për trajtimin e tyre, por janë ngarkuar specialistë të Drejtorisë së Përgjithshme të Zhvillimit për Shëndetësinë për komunikimin me spitalet universitare dhe Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, mbledhjen dhe përpunimin e të dhënave të menaxhimit të mbetjeve të rrezikshme spitalore dhe përgatitjen e informacionit vjetor për INSTAT dhe AKM.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e MSHMS nuk është përcaktuar një strukturë përgjegjëse me detyra dhe përgjegjësi konkrete e cila të mbulojë dhe mbikëqyrë në vazhdimësi proceset lidhur me veprimtarinë e spitaleve sa i takon mbetjeve spitalore dhe pajisjeve që ato përdorin në këtë proces. Në këtë kuadër detyrat e strukturës përgjegjëse duke qenë të përhershme duhet të përcaktoheshin rregullisht në akte si

Rregullorja e Brendshme, dokumenti përshkrim pune etj. Mungesa e detyrave të qarta dhe të matshme, kanë ndikim në drejtim të monitorimit të përshtatshëm të veprimtarisë spitalore dhe prodhimin e politikave që lidhen me këtë fushë veprimtarie. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Në Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë, struktura e cila lidhet drejtpërdrejtë me mbetjet spitalore është “Sektori i shërbimeve mjedisore”. Në Spitalin Rajonal Korçë i cili disponon edhe autoklavë për trajtimin e mbetjeve spitalore të rrezikshme, veç sektorit të mësipërm, dy punonjësit të cilët veprojnë me pajisjen janë pjesë e strukturës së “Sektorit teknik”. Ndërkohë në Spitalin Rajonal Shkodër i cili gjithashtu disponon autoklavë për trajtimin e mbetjeve, dy punonjësit e autoklavës janë të punësuar në “Sektorin e Hotelerisë” dhe jo atë teknik sipas strukturës së miratuar dhe përcaktimeve në Rregulloren e Brendshme të institucionit. Në këtë spital evidentohet një numër i madh sanitarësh rreth 108 të tillë ose rreth 40% më tepër staf se spitalet e tjerë objekt auditimi, të cilët trajtojnë edhe më tepër pacientë, çka evidenton nevojën për vlerësime të mëtejshme nga ana e këtij spitali por edhe nga ana e MSHMS.

2.1 Rekomandimi: Spitali Rajonal Shkodër të kryej emërimin e dy punonjësve të autoklavës në varësi të Sektorit Teknik sipas përcaktimeve në Strukturën e miratuar dhe Rregulloren e Brendshme.

Menjëherë

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH dhe në zbatim të urdhrit nr. 155 datë 28.03.2025 me nr. 973/9 prot, dt.28.03.2025 SRSH ka realizuar emërimin e dy punonjësve të autoklavës në varësi të Sektorit Teknik si punonjës mirëmbajtje.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

2.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nëpërmjet një grupi pune, të kryej vlerësimin e numrit të punonjësve në Sektorin e Shërbimeve Mjedisore në Spitalin Rajonal Shkodër në raport me nevojat që ky institucion ka dhe në përfundim të marri masat e nevojshme rregullatore sipas rastit.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Për këtë rekomandim, në zbatim të masës së parashikuar në programin e punës, konkretisht ngritja e një grupi pune nga OSHKSH për vlerësimin e numrit të punonjësve në Sektorin e Shërbimeve Mjedisore të Spitalit Rajonal Shkodër, në raport me nevojat reale që ka ky institucion:

Pas shqyrtimit të relacionit të paraqitur nga grupi, si dhe propozimit të paraqitur pranë Bordit Drejtues të Spitalit Rajonal Shkodër, numri i sanitareve i miratuar në strukturën e këtij institucioni, me vendimin nr. 115, datë 28.03.2025 “Për miratimin e strukturës organizative të Spitalit Rajonal Shkodër, numri i punonjësve në këtë sektor është 100 sanitare, nga 108 që ishte më parë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi nga ana e MSHMS në aspektin procedural konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

3. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë për periudhën 2020-2023 kanë funksionuar me rregullore të brendshme të funksionimit të pa miratuara nga MSHMS⁶. Me hyrjen në fuqi, ligjit i ri nr. 55/2022 trajtohet se, një spital publik është institucion varësie i MSHMS. Si i tillë, njëlloj si në rastin e mëparshëm miratimi i rregulloreve duhet të ndiqte përcaktimet e Ligjit nr. 90/2012 “Për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore” i cili në Neni 29 “Rregulloret e brendshme” përcakton se, rregulloret që përcaktojnë metodat e brendshme të punës dhe sjelljen e personelit miratohen nga ministri përgjegjës për ministrinë, institucionet e varësisë dhe degët territoriale në varësi të tij. Në muajin janar 2024, Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Vlorë kanë marrë Kartën e Autonomisë Menaxheriale ndërsa Spitali Rajonal Korçë ende nuk është një spital me autonomi menaxheriale. Ky spital e ka hartuar rregulloren përkatëse dhe e ka dërguar në MSHMS por nuk ka patur ende miratim prej saj.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të kryej miratimin e Rregullores së Brendshme për Spitalin Rajonal Korçë me qëllim plotësimin e boshllëkut administrativ dhe ligjor të krijuar sa i përket marrëdhënieve të punës së punonjësve dhe përgjegjësiive institucionale.

Menjëherë

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Në kuadër të ndryshimeve ligjore dhe ndryshimit të statusit të Spitalit Rajonal Korçë i cili ka marrë Kartën e Autonomisë Spitalore menaxheriale, spitali është duke punuar në përshtatjen e rregullores me ndryshimet që parashikon ligji dhe Statusi i Autonomisë Spitalore. Pas miratimit të rregullores nga Bordi Drejtues, Spitali Rajonal Korçë duhet të dërgojë rregulloren në MSHMS për vlerësim/miratim.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se afati për zbatimin e rekomandimit ishte menjëherë, MSHMS nuk ka kryer në kohë miratimin e Rregullores së Brendshme të SR Korçë. Nga ana tjetër pavarësisht se ky spital ka marrë kartën e autonomisë spitalore MSHMS duhet të garantojë që veprimtaria e spitalit autonom si njësi në varësi të saj, zhvillohet në përputhje me kuadrin ligjor e rregullator. Në këtë kuadër argumentet mbi mungesën e këtij akti rregullator në një hark mjaft të gjatë kohor nuk gjejnë mbështetje pas 18 muajsh nga lënia e rekomandimit. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.
Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: Infrastruktura e magazinimit të mbetjeve spitalore të rrezikshme përpara transferimit/trajtimin paraqitej e pa përshtatshme dhe nuk garantonte siguri për ruajtjen sipas standardeve. Nga ana e spitaleve rajonale nën auditim nuk ka pasur investime në këtë drejtim ndërkohë që situata në terren paraqitej problematike.

-Në Spitalin Rajonal Durrës megjithëse nga ana e Njesisë së Auditimit të Brendshëm prej fillimit vitit 2023 është rekomanduar marrja e masave lidhur me këtë çështje ende nuk ka pasur zhvillime në përmirësimin e situatës.

-Në Spitalin Rajonal Vlorë ambienti paraqitej i papërshtatshëm në kushtet aktuale për arsye ventilimi dhe sigurie.

⁶ Ligji nr. 9106, datë 17.7.2003 “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, neni 23 pika 2 e tij.

-Në Spitalin Rajonal Shkodër, pavarësisht trajtimit vetë të mbetjeve nuk disponohej një ambient i mbyllur magazinimi por mbetet ishin të ekspozuara.

-Në Spitalin Rajonal Korçë magazinimi bëhej në të njëjtat ambiente me kaldajën e ngrohjes dhe në rastet e gjendjeve të akumuluar kjo riskon problematika për shpërndarje infeksioni. Ndërkohë që infrastrukturën e brendshme për magazinimin ditor në pavijone në tre Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, dhe Korçë nuk plotësojnë standardet dhe paraqesin nevojën për përmirësim të mëtejshëm.

4.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë të marrin masat e nevojshme duke garantuar ambiente të përshtatshme për magazinimin e mbetjeve të rrezikshme, të pajisura me kushtet e nevojshme për ruajtjen e tyre, për eliminimin e riskut për përhapje të infeksioneve.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka identifikuar nevojën për përmirësimin e kushteve të magazinimit të mbetjeve spitalore dhe është duke ndërmarrë masa për t'u siguruar që vendet e magazinimit të përmbushin standardet e përcaktuara për ruajtjen e mbetjeve të rrezikshme, në përputhje me udhëzuesin kombëtar për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore.

Në buxhetin e vitit 2025 ishte parashikuar projekti i magazinës, por nuk u realizua për shkak të procedurave administrative. SRD do të parashikojë sërish ndërhyrje në magazine për vitin 2026.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Në buxhetin e Spitalit Rajonal Vlorë zëri investime akordohet nga MSHMS dhe nga ana e tyre nuk na është akorduar fond për blerje projekti nga MSHMS. Ndodhur përball këtij fakti Spitali Rajonal Vlorë nuk ka mundur të veproj me rikonstruksionin e magazinimit të mbetjeve, pasi buxheti i SRV akordohet nga MSHMS.

Aktualisht SRV do hartoj kërkesë me shkrim për akordimin e një fondi në dispozicion për rikonstruksionin e ambienteve të magazinimit të mbetjeve. Kjo problematik nga ana e SRV do i vihet në dijeni dhe Bordit Drejtues të SRV në ndarjen paraprake të buxhetit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i pazbatuar.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH ngriti komisionin për përcaktimin e vendeve të magazinimit të mbetjeve spitalore me UB nr. 98, dt.09.08.2024. Zbatimi i këtij urdhri me anë të shkresës Nr.1424/23 dt.15.10.2024 (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e SRSH është përcaktuar vendi i ri i magazinimit të mbetjeve në ambientet ku më parë kryhej autoklavimi i mbetjeve. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Mbetjet spitalore dorëzohen në vendgrumbullimin e mbetjeve spitalore i cili është i ndarë në dy pjesë, pjesa e autoklavës ku trajtohen mbetjet spitalore si dhe pjesa ku ruhen mbetjet organike, pra vendi ku mbahen kutitë frigoriferike, të cilat këto të fundit largohen rregullisht sipas kontratës dhe

në varësi të sasisë se grumbulluar. Mbetjet të cilat trajtohen në spital me autoklave dorëzohen çdo mëngjes ora 08 -10 në vendgrumbullimin e mbetjeve të cilat përpunohen menjëherë, ndërsa mbetjet organike ruhen në kuti të sigurt frigoriferike dhe zbatohet me përpikmëri dorëzimi në firmat kontraktore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga ana e Spitalit Rajonal Korçë situata lidhur me magazinimin paraqitet e njëjtë me vitin 2024 referuar Raportit Përfundimtar të Auditimit. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

5. Gjetje nga auditimi: Në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore” dhe Udhëzuesin Operativ “Për Qendrën e Trajtimit të Mbetjeve Spitalore”, trajtohet mënyra dhe dokumentacioni i nevojshëm për mbajtjen e regjistrimeve mbi mbetjet spitalore, regjistrimin e veprimeve të kryera me pajisjen, të cilat duhen plotësuar nga ana e punonjësve të spitalit të angazhuar me proceset e menaxhimit të mbetjeve. Ky dokumentacion nuk rezulton të jetë bërë një praktikë pune e aplikuar prej këtyre institucioneve gjatë viteve 2020-2023. Përdorimi i formateve të ndryshme nga ana e spitaleve rajonale për proceset e kryera nuk mundëson regjistrimin e përshtatshëm, nxjerrjen e rezultateve të qarta, krijon problematika në monitorimin e vazhdueshëm, por gjithashtu kontrollin dhe auditimin e proceseve të ndërmarra.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marri të gjitha hapat e nevojshëm për unifikimin e dokumentacionit të përdorur në përpunimin e mbetjeve, për garantimin e dokumentimit të plotë dhe të qartë si dhe krijimin e kushteve për mbikëqyrje efektive.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Zbatimi i këtij rekomandimi do të fillojë pas miratimit në Këshillin e Ministrave të projektvendimit "Për miratimin e kërkesave për menaxhimin e mbetjeve spitalore", në përputhje me parashikimet e draftvendimit, ose pas rishikimit të Udhëzuesit Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore”, si parashikuar në zbatimin e rekomandimit 1.2 më lartë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi adreson nevojën për unifikim e veprimeve administrative nga ana e spitaleve rajonale por kjo nuk lidhet detyrimisht me hartimin e akteve të reja. Në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për ngritjen e një grup pune brenda vitit 2024 për zbatimin e rekomandimit. Rreth 18 muaj më pas nuk rezulton të jenë marrë ende masa në këtë drejtim. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

6. Gjetje nga auditimi: Të katër spitalet rajonale objekt auditimi gjatë periudhës vitet 2020-2023, kanë kryer procedura prokurimi për evadimin e mbetjeve të rrezikshme spitalore. Spitali Rajonal Shkodër dhe Korçë duke qenë se kryejnë vetë trajtimin e mbetjeve me autoklavë kanë kontraktuar operator ekonomikë për trajtimin dhe asgjësim vetëm të mbetjeve të cilat kanë nevojë për incenerim. Ndërkohë Spitalet Rajonale Durrës dhe Vlorë e kanë trajtuar të gjithë gamën e mbetjeve të rrezikshme nëpërmjet operatorëve ekonomikë.

-Thuajse në të gjitha procedurat e zhvilluara fondi limit i shpallur është hartuar bazuar në kontratën e mëparshme të lidhur nga institucioni. Ndërkohë që kjo është vetëm një nga format që autoriteti kontraktor mund të zgjedhë për hartimin e fondit limit.

-Kontratat në katër spitalet paraqesin ndryshime të rëndësishme në çmimet e aplikuara edhe nga të njëjtit operator ekonomik të cilët për të njëjtin objekt prokurimi kanë ofertuar dhe lidhur kontrata me çmime të ndryshme. Disponimi i këtyre çmimeve nga grupet e caktuara për hartimin e fondit limit mund/do të sillte vlerat më të balancuara, konkurrencë më të drejtë mes operatorëve, siguri më të lartë për trajtimin e duhur të mbetjeve dhe reduktim të kostove nga ana e spitaleve.

-Për procesin e evadimit të mbetjeve spitalore nuk ka ende një akt ligjor, nënligjor, rregullator apo udhëzues për mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi për menaxhimin e mbetjeve spitalore nga spitalet rajonale.

6.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marri të gjitha hapat e nevojshëm ligjorë, nënligjorë dhe/ose rregullativ për hartimin e metodologjisë mbi mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi të mbetjeve të rrezikshme spitalore.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka hartuar metodologjinë mbi mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi të mbetjeve të rrezikshme spitalore pasi vet spitalet që prej më shumë se 10 vite kanë realizuar procesin e prokurimit publik për trajtimin e mbetjeve spitalore, një prej zërave të të cilit është llogaritja e fondit limit.

Konkretisht, mbështetur në analizën e periudhës dyvjeçare pararendëse, duke marrë në konsideratë sasinë reale të mbetjeve të prodhuara, si dhe trendin e pritshëm për periudhën në vijim, në përputhje me nivelin e shërbimit dhe ngarkesën aktuale të institucionit, grupi i punës i spitalit për llogarit fondin limit duke u bazuar në të dhënat e konsumit real, në krahasimin me kontrata të ngjashme të zbatuara më parë nga institucioni dhe nga institucione të tjera të së njëjtës natyrë, si dhe në referencat e çmimeve dhe ofertave ekonomike të operatorëve ekonomikë që operojnë në fushën e menaxhimit të mbetjeve të rrezikshme.

Kjo metodologji ka siguruar që fondi limit të jetë i arsyeshëm, proporcional me nevojat reale të institucionit dhe në përputhje me parimet e eficiencës, transparencës dhe përdorimit të drejtë të fondeve publike.

Në këtë mënyrë, fondi limit i përcaktuar reflekton nevojat reale të institucionit, mbështetet në të dhëna objektive dhe praktika të verifikuara, si dhe garanton zhvillimin korrekt të procedurës së prokurimit për shërbimin e menaxhimit të mbetjeve të rrezikshme.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se në auditimin e mëparshëm janë evidentuar disbalanca të theksuara të çmimeve të aplikuara në procedurat e prokurimit për evadimin e mbetjeve spitalore rekomandimi adresonte pikërisht hartimin e metodologjisë mbi mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi të mbetjeve të rrezikshme spitalore. Ndërkohë në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për ngritjen e një grupi pune brenda vitit 2024 për zbatimin e rekomandimit. Megjithëse afati i përmbushjes së tij ishte viti 2024 pas rreth 18 muajsh ai nuk rezulton i përmbushur. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

6.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të krijoj dhe publikojë një buletin kombëtar periodik, mbi çmimet e kontraktuara nga Spitalet Publike lidhur me mbetjet e rrezikshme me qëllim informimin e spitaleve mbi çmimet e aplikuara në rang vendi dhe mundësimin e një baze zyrtare të dhënash të përdorshme në procedurat e prokurimit.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Për këtë rekomandim, siç edhe shprehur në programin e punës, përcjellë me shkresën nr. 1105/3 prot., datë 21.08.2024 të MSHMS, është marrë informacion mbi kostot e trajtimit të mbetjeve të rrezikshme spitalore. Ndërsa spitalet kanë realizuar procedurat e prokurimit, kushtet dhe llogaritur fondin limit (shpjeguar edhe nën rekomandimin 6.1 më lart) sipas kërkesave dhe përcaktimeve të ligjit të Prokurimit Publik.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për zbatimin e rekomandimit nëpërmjet raportimeve në vijimësi nga OSHKSH dhe QSH mbi procedurat e prokurimit të mbetjeve të rrezikshme dhe sipas nevojës do ti qarkullojë këto çmime të procedurës në spitale si çmime referuese. Ndërkohë nuk evidentohet që çmimet të jenë shpërndarë zyrtarisht në spitalet publike në vend. Procesi i mbledhjes së të dhënave nuk është shfrytëzuar si duhet për garantimin e një baze zyrtare çmimesh duke i vendosur ato në dispozicion të spitaleve rajonale. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

7. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë për vitet 2020-2023 procesin e evadimit të mbetjeve urbane e kanë kryer me operatorë ekonomik privatë të kontraktuar, megjithëse ky është një shërbim që mund të përmbushej nga bashkitë përkatëse. Pavarësisht se tre nga këto spitale nuk kanë kryer pagesa për njësitë e vetëqeverisjes vendore ka paqartësi nëse bashkitë i kanë kontabilizuar në mënyrë të njëanshme këto detyrime. Të katër spitalet pozicionohen në brendësi të zonave urbane të qytetit dhe shërbimi i pastrimit të bashkisë në të gjitha rastet ishte vetëm disa metra larg. Në këtë mënyrë stafi i spitalit është angazhuar në një veprimtari e cila nuk ka krijuar siguri shtesë për mjedisin krahasuar me shërbimin e bashkisë apo të ketë sjellë kosto të reduktuara për spitalet. Ndërkohë, Spitali Rajonal Vlorë në fund të vitit 2023 ka kërkuar dhe marrë përgjigje konfirmuese nga bashkia për tërheqjen e mbetjeve urbane të prodhuara nga shërbimi i kontraktuar për qytetin.

7.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marri hapat e nevojshëm administrativ për unifikimin e mënyrës së veprimit nga ana e spitaleve rajonale sa i përket menaxhimit të mbetjeve urbane.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Spitalet rajonale për sa i përket menaxhimit të mbetjeve urbane veprojnë sipas rregullores së brendshme të hartuar nga vetë institucioni.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Roli i MSHMS mbi spitalet rajonale përcaktohet qartë në ligjin nr. 55/2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, neni 3 pika 3 dhe 4 si dhe neni 5 e vijues të tij, ku trajtohet varësia, hartimi i kuadrit ligjor, mbikëqyrja, monitorimi, auditimi etj. Në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për zbatimin e rekomandimit nëpërmjet

udhëzimit të spitaleve për unifikimin e unifikuar të rregullores për trajtimin e mbetjeve urbane dhe të rrezikshme. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

4. Pyetje e auditimit: A ka patur raportime, mbikëqyrje, monitorim për veprimtarinë e spitaleve rajonale mbi menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

1. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk kanë miratuar “Programin për Monitorimin e mbetjeve spitalore” të detyrueshëm për zbatim nga prodhuesit e këtyre mbetjeve. Monitorimi përfshin të gjitha fazat procesit të administrimit të mbetjeve spitalore dhe realizohet i veçantë për çdo lloj mbetje spitalore.

1.1 Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të bashkëpunojë me Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit për të hartuar dhe miratuar “Programin për Monitorimin e mbetjeve spitalore” i cili duhet zbatuar nga prodhuesit e mbetjeve spitalore.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Duke qene se ky është parashikim i vendimit objekt rishikimi, zbatimi i këtij rekomandimi do të fillojë pas miratimit në Këshillin e Ministrave të projektvendimit "Për miratimin e kërkesave për menaxhimin e mbetjeve spitalore", në përputhje me parashikimet e draftvendimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i lënë i referohet veprimtarisë administrative. Në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024, MSHMS është angazhuar për zbatimin e rekomandimit nëpërmjet dërgimit në ish-MTM sot Ministria e Mjedisit të një shkrese referuar rekomandimit. Pas rreth 18 muaj pas lënies së rekomandimit nga ana e MSHMS nuk rezulton të jenë marrë masa për bashkëpunimin me në ish-MTM sot MM në hartimin e programit për monitorimin e mbetjeve spitalore. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Të katër spitalet rajonale objekt auditimi nuk kanë dërguar çdo tre muaj të dhëna për monitorim e administrimit të mbetjeve në MSHMS dhe MTM, me përjashtim të rasteve kur nga ana e MSHMS është kërkuar ky informacion vjetor mbi sasitë e mbetjeve. Nga ana e MSHMS nuk evidentohen masa të marra për spitalet lidhur me përmbushjen e këtij detyrimi që ato kanë.

2.1 Rekomandim: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Vlorë dhe Korçë, të dërgojnë çdo tre muaj të dhëna për monitorim e administrimit të mbetjeve në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale si dhe Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës aktualisht raporton në mënyrë javore sasitë e mbetjeve të prodhuara dhe të asgjësuar, duke siguruar informacion të vazhdueshëm për Operatorin e Shërbimit të kujdesit Shëndetësor.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se raportimi është kryer në OSHKSH njësi varësie e MSHMS dhe nuk është kryer raportimi në Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit, rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Shpjegimet e SRV mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Vlorë ka kryer dhe kryen në vazhdimësi çdo tre muaj të dhënat për monitorimin e administrimit e mbetjeve në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale si dhe Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit me shkresën nr. 5720 prot, datë 31.12.2025 si dhe periodikisht në Operatorin e Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor. Ky raportim kryhet sa herë kërkohet informacion nga vet MSMSH. (bashkëlidhur gjendet kopja e kësaj shkrese)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Duke qenë se raportimi nuk është kryer në mënyrë periodike por pas një periudhe të gjatë veprimtarie, rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH nxori UB me nr.106 dt.09.08.2024, shoqëruar me shkresën Autorizim Nr. 2248 dt.24.09.2025 për dorëzimin e dokumentacionit vjetor për lejen mjedisore. (Bashkëngjitur shkresat përkatëse)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër nga ana e SRSH nuk rezulton të jenë dërguar të dhënat 3-mujore në MSHMS dhe Ministrinë e Mjedisit. Rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Janë kryer Raporte Monitorimi të cilat po i bashkëngjitem.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nuk rezulton dokumentacion mbi dërgimin e të dhënave tre mujore në këto institucione. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

3. Gjetje nga auditimi: Ministra e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale është përgjegjëse për organizimin, monitorimin dhe auditimin e veprimtarisë së spitaleve publike sipas legjislacionit në fuqi si dhe inspekton veprimtarinë e spitaleve publike në përputhje me përcaktimet e legjislacionit në fushën e inspektimit. MSHMS për të katër vitet 2020-2023, në të katër Spitalet Rajonale, nuk ka kryer asnjë auditim nga struktura e saj të auditimit të brendshëm. Po kështu në veçanti për administrimin e mbetjeve spitalore me përjashtim të Spitalit Rajonal Durrës i cili ka kryer një auditim lidhur me mbetjet spitalore, në spitalet e tjerë nuk është kryer asnjë auditim nga strukturat e auditimit të brendshëm të tyre.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nëpërmjet strukturës së Auditimit të Brendshëm të kryej auditime periodike me tematikë “Auditim për administrimin e mbetjeve spitalore”.

Në vijimësi

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Lidhur me zbatimin e kësaj mase, ju bëjmë me dije se Drejtoria e Auditimit të Brendshëm në MSHMS nuk kryen auditime në Spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake. Ky auditim kryhet nga Drejtoria e Kontrollit Spitalor në FSDKSH.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ligji nr. 55/2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, në nenin 5 pika d) e tij përcakton se Ministria ka kompetencë: *d) organizon, monitoron dhe auditon veprimtarinë e spitaleve publike sipas legjislacionit në fuqi.* Në shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për zbatimin e rekomandimit duke parashikuar kryerjen e auditimit për verifikimin e trajtimit të mbetjeve të rrezikshme në strukturat shëndetësore. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar.*

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka hartuar dhe miratuar planin e menaxhimit të riskut për vitet 2020-2022. Për vitin 2023 e në vijim ka hartuar dhe miratuar planin e menaxhimit të riskut⁷, por në këtë regjistër risku nuk ka përcaktuar objektiva të qarta për vlerësimin dhe kontrollin lidhur me administrimin e mbetjeve spitalore. Po kështu Spitalet Rajonale Durrës dhe Korçë nuk kanë hartuar planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore sipas kërkesave të Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore për vitet 2020-2023.

SRSR nuk ka hartuar planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore për vitin 2020, ndërsa në vitin 2021 ka hartuar planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore i cili ka qenë në fuqi për vitet 2022, 2023 e në vazhdim, por ky plan është i pa miratuar nga Drejtori i Spitalit.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të rishikojë planin e menaxhimit të riskut në lidhje me administrimin e mbetjeve spitalore, sipas përmbajtjes së përshkruar në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore”.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Zbatimi i këtij rekomandimi do të fillojë pas rishikimit të Udhëzuesit Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore”, siç parashikuar në zbatimin e rekomandimit 1.2 më lart.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i referohet rishikimit të “Planit vjetor për menaxhimin e riskut” me elementë që reflektojnë risk në veprimtarinë e menaxhimit të mbetjeve spitalore nga spitalet rajonale. Duke qenë se përmirësimi i udhëzuesit të trajtuar në përgjigjen e MSHMS i adresohet përputhshmërisë së tij me VKM nr. 402, datë 30.6.2021, argumentet paraqitura nuk gjejnë mbështetje. Ndërkohë me shkresën Kthim Përgjigje nr. 1105/3 prot, datë 21.08.2024 MSHMS është angazhuar për zbatimin e rekomandimit. Pas rreth 18 muajsh nga lënia e rekomandimit Udhëzuesi ende nuk rezulton të jetë rishikuar. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar.*

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

⁷ Shkresa e ministrit, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 1056, datë 28.02.2023.

4.2 Rekomandimi:

-Spitalet Rajonale, Durrës dhe Korçë, të hartojnë dhe miratojnë planet e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore sipas kërkesave të Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore.

-Spitali Rajonal Shkodër, të përditësojë dhe miratojë planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e SRD mbi zbatimin e rekomandimit

Në lidhje me rekomandimin e KLSH, sqarojmë se Spitali Rajonal Durrës ka bërë Planin vjetor të punës për Sektorin e Shërbimeve Mjedisore nr. 121/6 prot., datë 30.01.2025 ku është parashikuar menaxhimi i mbetjeve spitalore, në përputhje me kërkesat e Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

SRD gjatë periudhës nuk ka hartuar planet e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore sipas kërkesave të Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i pazbatuar*.

Shpjegimet e SRSH mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të këtij rekomandimi SRSH nxori UB me nr.97 dt. 09.08.2024, për miratimin e Planit të Menaxhimit të Rreziqeve për Mbetjet Spitalore, i miratuar me shkresën nr. 1424/22 prot, datë 15.10.2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar*.

Shpjegimet e SRK mbi zbatimin e rekomandimit

Spitali Rajonal Korçë ka hartuar një Plan për Menaxhimin e Riskut gjatë trajtimit, transportimit dhe Përpunimit të mbetjeve Spitalore. Materiali bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Është paraqitur dokumenti për menaxhimin e riskut gjatë transportimit dhe përpunimit të mbetjeve spitalore me autoklavë i cili mban nr. 2197 prot, datë 08.11.2024. Në të nuk përcaktohen risqe lidhur me menaxhimin e mbetjeve të cilat trajtohen nga subjektet e kontraktuara. Gjithashtu dokumenti nuk është në përshtatje me kërkesat e Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet *i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht*.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

5. Gjetje nga auditimi: Në strukturën e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka një njësi të dedikuar apo përgjegjëse për mbledhjen, vlerësimin, analizimin, përditësimin dhe publikimin e të dhënave statistikore lidhur me menaxhimin e mbetjeve spitalore. Kjo strukturë, mbështetur në analizën e të dhënave të grumbulluara dhe përpunuara duhet të iniciojë prodhimin e politikave efektive për rregullimin e proceseve të menaxhimit të këtyre mbetjeve, të cilat mungojnë në këtë rast.

Ministria gjatë auditimit nuk arriti të paraqesë raportimet e detyrueshme të statistikave vjetore të mbetjeve, në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit të cilat janë të detyrueshme për tu dërguar brenda datës 10 shkurt të çdo viti, referuar VKM nr. 687, datë 29.7.2015.

Evidentohet se, edhe në rastet kur MSHMS është njoftuar nga AKM mbi një problematikë të një subjekti të licencuar, me shkresën e Agjencisë Kombëtare të Mjedisit Nr. 1096 Prot, datë 26.12.2023, shpërndarja e informacionit ka qenë pjesore, vetëm në pesë spitale publike, ndërkohë që thuajse të gjithë spitalet në vend kryejnë kontraktime për mbetjet spitalore, çka kërkon vëmendje të shtuar në këtë drejtim nga ana e strukturave menaxheriale.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të plotësojë formatin tip të raportimit të statistikave vjetore të mbetjeve, dhe t’ia dorëzojë Agjencisë Kombëtare të Mjedisit brenda datës 10 shkurt të çdo viti në përmbushje të detyrimit të saj institucional.

Në vijimësi

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Në përmbushje të detyrimit institucional të raportimit në INSTAT të sasive vjetore të mbetjeve të rrezikshme spitalore të prodhuara nga institucionet shëndetësore spitalore dhe të shëndetit publik, në varësi të MSHMS, në përgjigje të shkresës së INSTAT, nr.584 prot. datë 03.03.2025 me shkresën nr. 1163/1 prot. datë 14.4.2025 është dërguar informacioni në nivel kombëtar për vitin 2024.

Gjithashtu, në përgjigje të shkresës nr. 3839 prot., datë 28.03.2025, të AKM, me objekt: “Kërkesë për raportimin e statistikave vjetore të mbetjeve” sipas shtojcës nr.2 të VMM-së 687 date 29.07.2015 ‘Për miratimin e rregullave për mbajtjen, përditësimin dhe publikimin e statistikave të mbetjeve’ i ndryshuar, MSHMS ka dërguar në formë elektronike informacionin mbi mbetjet spitalore në nivel kombëtar për vitin 2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

VKM nr. nr. 687, datë 29.7.2015 e cila është në fuqi përcakton detyrimin e MSHMS për paraqitjen e statistikave në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit brenda datës 10 shkurt të çdo viti. Referuar shkresave më sipër MSHMS i është përgjigjur kërkesave të bëra nga ana e institucioneve dhe nuk i ka adresuar të dhënat brenda afatit sipas kuadrit rregullator dhe rekomandimit të dhënë. Duke qenë se të dhënat janë dërguar në AKM në kërkesë dhe afatit në vijimësi për zbatim, rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe i zbatuar pjesërisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

6.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për rastin e shkresës së Agjencisë Kombëtare të Mjedisit nr. 1096 prot, datë 26.12.2023 por edhe në të gjitha rastet e njoftimeve nga institucione të tjera, të cilat lidhen dhe ndikojnë në veprimtarinë spitalore, të kryej njoftimin e të gjithë spitaleve publike në vend.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e MSHMS mbi zbatimin e rekomandimit

Për këtë rekomandim, në programin e punës në zbatim të rekomandimeve përcjellë KLSH-së me shkresën nr. 1105/3 prot., datë 21.08.2024 të MSHMS, është sqaruar se shkresa e AKM, nr. 10960 prot., datë 26.12.2023, protokolluar me tonën nr. 479 prot., datë 28.12.2023, me objekt: Vënie në dijeni”, është përcjellë për njohje të gjitha spitaleve universitare, si dhe DQOSHKSH, që ka në varësi strukturat e tjera shëndetësore parësore dhe spitalore.

Kjo praktikë e njoftimit të të gjitha institucioneve të interesit për rastet që ndikojnë në veprimtarinë e tyre është respektuar dhe do të respektohet për çdo rast nga MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Rekomandimi i lënë i është adresuar MSHMS për tu zbatuar menjëherë por edhe në raste të ngjashme. Ligji nr. 55/2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, në

nenin 5 të tij por edhe në nenin 24 pika 1 e tij dhe vijues përcakton se , 1. *Veprimtaria e spitalit publik autonom mbikëqyrret nga ministria sipas legjislacionit në fuqi*. Garantimi nga ana e MSHMS-së nëse kjo shkresë dërguar OSHKSH ka mbërritur në spitalet publike është një detyrim institucional në aspektin e mbikëqyrjes së veprimtarisë, në drejtim të mirëfunksionimit të institucioneve si dhe mbrojtjen e financave publike nga institucionet në varësi të saj. Sa më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi**.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, në proces zbatimi.

Trajtimi i observacioneve të paraqitura nga subjektet nën auditim

Spitali Rajonal Vlorë me shkresën nr. 1143 prot, datë 09.03.2026 administruar në KLSH me nr. 1203/42 prot, datë 13.03.2026 ka paraqitur observacion mbi Projektraportin e dërguar. Pretendimet e subjektit të audituar janë të njëjta me ato të paraqitura në fazën e Projektraportit të Auditimit të cilat janë trajtuar pas secilit rekomandim dhe si të tilla janë shqyrtuar në fazën paraardhëse. Nga ana e Grupit të Auditimit nuk evidentohet nevoja për ndryshime në material.

VI. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat me nr. 968/14 prot., nr. 968/15 prot., nr. 968/16 prot., nr. 968/17 prot., nr. 968/18 prot., datë 30.07.2024, konstatohet se pjesa më e madhe e rekomandimeve paraqitet e zbatuar pjesërisht ose e pazbatuar dhe vetëm 9% e tyre rezulton e realizuar plotësisht. Nga auditimi evidentohet se Spitalet Rajonale kanë marrë disa masa në përmirësim të situatës por Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale nuk ka qenë në të njëjtin nivel angazhimi me ato të institucioneve të varësisë në këtë drejtim. MSHMS paraqitet me numrin më të madh të rekomandimeve të pazbatuara. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi kërkon më tepër impenjim prej saj dhe nga subjekteve të audituara njëkohësisht, për përmbushjen e rekomandimeve të lëna në drejtim të përmirësimit të proceseve ekzistuese dhe marrjen e masave të përshtatshme duke patur në fokus mbrojtjen e shëndetit, ruajtjen e mjedisin si dhe përdorimin me efektivitet, efikasitet dhe ekonomicitet të fondeve publike. Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI

1. Pyetje e auditimit: A disponohet baza e plotë ligjore dhe rregullatore për menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

1. Gjetje nga auditimi: Baza rregullatore mbi të cilën kryhet administrimi i mbetjeve nuk ka reflektuar ndryshimet e ndodhura në legjislacionin dhe përkatësisht:

-VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “Për administrimin e mbetjeve spitalore” është hartuar dhe miratuar në zbatim të kërkesave të Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme” dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta”. Me miratimin dhe hyrjen në fuqi të Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011, "Për menaxhimin e integruar

të mbetjeve”, këto dy ligje janë shfuqizuar në tërësi⁸. Në nenin 68 të, Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 që bën fjalë për “vazhdimin e efekteve të disa akteve nënligjore”, përcaktohet se, VKM nr. 798 datë 29.9.2010, do të mbeten në fuqi deri në shfuqizimin e tij me akt të veçantë. Kjo VKM në disa pika të saj i referohet në mënyrë të veçantë pikërisht Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 dhe Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “ të cilat kanë rreth 13 vjet që janë të shfuqizuara. Konkretisht, i referohet në përkufizimet e pikave: 8.3, 8.7, 8.12,13, dhe paragrafit të parafundit të Shtojcës nr.5. -Ndërkohë në Katalogun Kombëtar të Mbetjeve miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021⁹ përcaktohen rreth 9 lloje dhe kategori të ndryshme mbetjesh spitalore (të rrezikshme dhe jo të rrezikshme), ndërsa në VKM nr. 798, datë 29.9.2010 janë përcaktuar vetëm 4 kategori të mbetjeve spitalore të rrezikshme. Veç kategorizimit të 5 lloj mbetjesh më pak sa përcakton katalogu i mbetjeve, nuk ka të përcaktuar që mbetjet e rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjë yll “*” për të ndarë dhe qartësuar se, kush janë mbetjet spitalore të rrezikshme nga mbetjet spitalore të pa rrezikshme.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të bashkëpunojë me Ministrinë e Mjedisit dhe të marrin iniciativat ligjore të nevojshme për rishikimin dhe përmirësimin e VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “ Për miratimin e rregullores, për administrimin e mbetjeve spitalore”, për të harmonizuar rregullat për administrimin e mbetjeve spitalore me Ligji nr. 10463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”.

Brenda vitit 2026

B. MASA ORGANIZATIVE

1. Pyetje e auditimit: A disponohet baza e plotë ligjore dhe rregullatore për menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

1. Gjetje nga auditimi: Baza rregullatore mbi të cilën kryhet administrimi i mbetjeve nuk ka reflektuar ndryshimet e ndodhura në legjislacionin dhe përkatësisht:

-VKM nr. 798 datë 29.9.2010 “Për administrimin e mbetjeve spitalore” është hartuar dhe miratuar në zbatim të kërkesave të Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme” dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta”. Me miratimin dhe hyrjen në fuqi të Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011, "Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”, këto dy ligje janë shfuqizuar në tërësi¹⁰. Në nenin 68 të, Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 që bën fjalë për “vazhdimin e efekteve të disa akteve nënligjore”, përcaktohet se, VKM nr. 798 datë 29.9.2010, do të mbeten në fuqi deri në shfuqizimin e tij me akt të veçantë. Kjo VKM në disa pika të saj i referohet në mënyrë të veçantë pikërisht Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 dhe Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “ të cilat kanë rreth 13 vjet që janë të shfuqizuara. Konkretisht, i referohet në përkufizimet e pikave: 8.3, 8.7, 8.12,13, dhe paragrafit të parafundit të Shtojcës nr.5. -Ndërkohë në Katalogun Kombëtar të Mbetjeve miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021¹¹ përcaktohen rreth 9 lloje dhe kategori të ndryshme mbetjesh spitalore (të rrezikshme dhe jo të rrezikshme), ndërsa në VKM nr. 798, datë 29.9.2010 janë përcaktuar vetëm 4 kategori të mbetjeve

⁸- Nenin 69 “Shfuqizimet” i Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta” “Shfuqizimet”.

⁹ -Mbetje të rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjë yll “*”, të miratuara me vendimin nr. 99, datë 18.2.2005, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

¹⁰- Nenin 69 “Shfuqizimet” i Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta” “Shfuqizimet”.

¹¹ -Mbetje të rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjë yll “*”, të miratuara me vendimin nr. 99, datë 18.2.2005, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

spitalore të rrezikshme. Veç kategorizimit të 5 lloj mbetjesh më pak sa përcakton katalogu i mbetjeve, nuk ka të përcaktuar që mbetjet e rrezikshme klasifikohen mbetjet e shënuara me shenjën yll “*” për të ndarë dhe qartësuar se, kush janë mbetjet spitalore të rrezikshme nga mbetjet spitalore të pa rrezikshme.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të përmirësojë “Udhëzuesin Kombëtar të Administrimit të Sigurt të Mbetjeve Spitalore”, në lidhje me kategorizimin e mbetjeve spitalore, në harmonizim dhe në përputhje me katalogun shqiptar të mbetjeve të miratuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021.

Brenda muajit Shtator 2026

1.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Mjedisit të ndërmarrin hapat e nevojshëm për hartimin e një strategjie afatgjatë për mbetjet spitalore në vend, me qëllim përmbushjen e standardeve për menaxhim, trajtim dhe eliminimin e sigurt të tyre, mbrojtjen e shëndetit dhe mjedisit dhe garantuar përdorimin me efektivitet, efikasitet dhe ekonomicitet të fondeve publike.

Në vijimësi

2. Gjetje nga auditimi: Nga katër Spitalet Rajonale nën auditim, tre prej tyre në rregulloret e brendshme, nuk kanë të përfshirë në përbërje të grupeve të administrimit edhe specialistë nga sektorët e mbrojtjes së mjedisit, edhe pse në strukturat e këtyre spitaleve funksionojnë sektorët përkatës. Veç sa më sipër, Spitali Rajonal Korçë nuk ka pasur rregullore të brendshme për administrimin e mbetjeve spitalore për vitet 2020 - 2022, si dhe rregullorja që është në fuqi e këtij spitali dhe rregullorja e Spitalit Rajonal Shkodër i referohen¹² dy ligjeve të cilat janë shfuqizuar me Ligji nr. 10463, datë 22.9.2011. Ndërsa rregullorja e brendshme e administrimit të mbetjeve spitalore të Spitalit Rajonal Durrës në grupin e administrimit ka të përfshirë specialist të mbrojtjes së mjedisit, por kjo rregullore në tërësinë e saj nuk është hartuar sipas përmbajtjes së udhëzuesit të MSHMS.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të përmirësojë “Udhëzuesin për hartimin e rregullores së brendshme për administrimin e mbetjeve spitalore nga prodhuesve të mbetjeve”, në lidhje me përbërjen e Grupit të Administrimit të Mbetjeve Spitalore për të përfshirë edhe një specialist të mbrojtjes së mjedisit por edhe aspekte të tjera në funksion të mirë administrimit të procesit.

Brenda muajit Korrik 2026

2.2 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Vlorë dhe Korçë të rishikojnë rregulloret e brendshme të administrimit të mbetjeve spitalore duke përfshirë në Grupin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore edhe specialist të mbrojtjes së mjedisit si dhe ti harmonizojnë ato, në përputhje me kërkesat e Ligjit nr. 10463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve” dhe akteve nënligjore të nxjerra në zbatim të tij.

Brenda muajit Korrik 2026

¹² -Ligjit nr.9537, datë 18.5.2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme” dhe Ligjit nr. 9010, datë 13.2.2003 “Për administrimin mjedisor të mbetjeve të ngurta”.

3. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale paraqesin mangësi sa i përket Planeve të Administrimit të Mbetjeve Spitalore të cilat duhet të hartohen prej tyre dhe të miratohen në MSHMS dhe përkatësisht:

-Të dy Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore të hartuara nga Spitali Rajonal i Durrësit si ai që ka qenë në fuqi deri në vitin 2021 dhe plani që është në fuqi aktualisht nuk janë të miratuar në MSHMS. Plani i Administrimit të Mbetjeve Spitalore me nr.555/1, datë 13.09.2021 që është në fuqi, nuk është i përditësuar dhe harmonizuar me kodet e reja të mbetjeve të rrezikshme pasi, i referohen kodeve të mbetjeve sipas VKM nr. 99, datë 18.2.2005, “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”, e cila është shfuqizuar me VKM nr. 402, datë 30.6.2021 “Për miratimin e Katalogut Shqiptar të Mbetjeve”.

-Spitali Rajonal i Shkodrës, për vitet 2020, nuk ka hartuar dhe miratuar Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore. Ndërsa vetën 2021 ka hartuar draft-Planin i cili ka qenë në zbatim për vitet 2022 dhe 2023, por është i pa miratuar nga Drejtori i Spitalit dhe nga MSHMS.

-Spitali Rajonal Vlorë, për katër vitet 2020-2023, ka hartuar Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore, të cilët nuk janë të miratuara nga MSHMS.

-Spitali Rajonal Korçë për të katër vitet 2020-2023 nuk ka hartuar dhe miratuar Planet e Administrimit të Mbetjeve Spitalore.

3.1 Rekomandimi:

-Spitali Rajonal Korçë, të hartojë Planin e Administrimit të Mbetjeve Spitalore dhe ta dërgojë për miratim, në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale.

Menjëherë

2. Pyetje e auditimit: A kryhet menaxhimi i mbetjeve spitalore duke respektuar standardet e përcaktuara ?

2.1 Nënpyetje e auditimit: *A kryhen rregullisht proceset e ndarjes në burim, grumbullimit, ruajtjes, përpunimit deri në asgjësim të mbetjeve ?*

4. Gjetje nga auditimi: Për periudhën objekt auditimi, prodhuesit e mbetjeve spitalore (spitalet rajonale), nuk kanë respektuar masat për administrimin e mbetjeve spitalore të gjeneruara, për sa i përket ndarjes në burim të mbetjeve spitalore, ambalazhimit, etiketimit, magazinimit, trajtimit, transportimit dhe asgjësimit në mënyrën më të mirë të përshtatshme. Referuar bazës ligjore në fuqi, spitalet janë përgjegjëse për të siguruar që mbetjet të menaxhohen dhe asgjësohen në mënyrën e duhur.

4.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale të marrin masa për të respektuar parimet më të mira të administrimit të mbetjeve spitalore, për sa i përket proceseve, që nisin nga ndarja e duhur në burim, transporti i sigurt, magazinimi sipas kërkesave, deri në asgjësimin e sigurt të mbetjeve.

Menjëherë dhe në vijimësi

5. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale për periudhën objekt auditimi, nuk kanë kërkuar në formë shkresore, nga operatorët ekonomikë të kontraktuar, që merren me trajnimin e mbetjeve spitalore (kodi i mbetjeve 180102), dorëzimin e analizave të hirit në mënyrë periodike sipas përcaktimeve në VKM nr. 798 datë 29.09.2010.

5.1 Rekomandimi: Prodhuesit e mbetjeve spitalore të kërkojnë në mënyrë të vazhdueshme dhe periodike nga operatorët ekonomikë, analizat e hirit që dalin nga incenerimi i mbetjeve spitalore për kodet e mbetjeve 180102, për të siguruar një proces të mirë administruar të trajtimit të mbetjeve.

Menjëherë dhe në vijimësi

5.2 Rekomandimi: Spitali Rajonal Korçë, të kryej periodikisht analizat e mbetjeve spitalore pas autoklavimit, për të garantuar një proces të sigurt të përpunimit të tyre dhe parandalimin e përhapjes së infeksioneve.

Menjëherë dhe në vijimësi

6. Gjetje nga auditimi: Prodhuesit e mbetjeve spitalore Spitalet Rajonale kanë mangësi në mbajtjen e dokumentacionit përkatës, kjo për sa i përket regjistrit të posaçëm të mbetjeve spitalore, pasaktësi në plotësimin e dokumenteve të transferimit, mungesë të shkresave konfirmuese si dhe nuk i kanë raportuar këto transferta në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit.

6.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë, të marrin masa që të plotësohen në mënyrë të saktë, të gjitha rubrikat e kërkuara në dokumentin e transferimit si dhe të raportojnë në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit për transfertat e kryera.

Menjëherë dhe në vijimësi

7. Gjetje nga auditimi: Qendrat e trajtimit të mbetjeve në Spitalin Shkodër dhe Korçë nuk plotësonin/garantonin standardet në trajtimin e mbetjeve spitalore sipas përcaktimeve në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore” dhe Udhëzuesin Operativ “Për Qendrën e Trajtimit të Mbetjeve Spitalore”. Teknologjia e përdorur e cila është të paktën prej 15 vite, për të cilat evidentohen lehtësisht problematikat në anën vizuale, vend-ndodhja e qendrave vetëm disa metra pranë spitalit në brendësi të zonave të banuara urbane, mungesa e trajnimeve të vazhdueshme të punonjësve dhe mosfunksionimi i një njësie përgjegjëse në MSHMS apo institucionet e saj të varësisë lidhur me trajnimet e nevojshme dhe monitorimin e vazhdueshëm të proceseve krijon risk për ekspozim për infeksione së pari për punonjësit të cilët trajtojnë mbetjet spitalore në autoklavë, por dhe për stafin spitalor, pacientët si dhe banorët e zonës.

7.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të kërkojë nga Agjencia Kombëtare e Mjedisit verifikimin e përmbushjes së kushteve për lejen mjedisore për përpunim të mbetjeve spitalore me autoklavë, për të gjitha spitalet në vend që kryejnë këtë proces.

Menjëherë

2.2 Nënpyetje e auditimit: A janë marrë masat e nevojshme për parandalimin e infeksioneve dhe mbrojtjen e mjedisit gjatë menaxhimit të mbetjeve ?

8. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale, Shkodër, Vlorë, Shkodër, Korçë, nuk kanë patur një person përgjegjës të caktuar me detyrë funksionale parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor si dhe marrjen e mostrave në mënyrë periodike. Aktualisht, survejanca laboratorike nuk kryhet nga spitalet rajonale, por realizohet nëpërmjet Drejtorisë së Shëndetit Publik e cila vihet në lëvizje vetëm pas kërkesës zyrtare çka kërkon kohë dhe mbart risk për mos evidentim në kohë të problematikës.

8.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të ndërmarri hapat e nevojshëm rregullative për caktimin e personave përgjegjës në spitalet rajonale me detyrë funksionale të posaçme kontrollin e infeksioneve spitalore dhe marrjen e mostrave të kampionimit për infeksionet spitalore.

Brenda muajit Korrik 2026

8.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të plotësojë kuadrin rregullator për raportimin e infeksioneve spitalore dhe hartimin e të dhënave të unifikuara në nivel kombëtar mbi infeksionet spitalore me qëllim hartimin e politikave të përshtatshme në këtë drejtim dhe përmbushjen e objektivave strategjike të vendosur.

Brenda muajit Korrik 2026

9. Gjetje nga auditimi: Në tre spitalet rajonale, Shkodër, Durrës dhe Korçë mungonte seti i plotë i dokumentacionit të gjurmimit të rasteve të infeksioneve spitalore. Spitali Rajonal Vlorë dhe Korçë dispononin një regjistër aksidentesh në punë, ndërsa Spitali Rajonal Durrës dhe Shkodër, nuk e dispononin një regjistër të tillë. Mungesa e dokumentimit veç aspekteve të mangësisë rregullative, mbart risk për gjurmimin dhe identifikimin e hershëm të infeksioneve dhe problematikave të ndryshme gjatë veprimtarisë.

9.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Korçë të plotësojnë setin e dokumentacionit të nevojshëm për gjurmimin e rasteve të infeksioneve spitalore dhe të informojnë punonjësit mbi mënyrën e plotësimit dhe raportimit.

-Spitalet Rajonale Shkodër dhe Durrës të marrin masat për mbajtjen e regjistrit të aksidenteve në punë me qëllim raportimin e përshtatshëm të tyre dhe plotësimin e detyrimeve institucionale të parashikuara.

Menjëherë dhe në vijimësi

10. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Durrës, Shkodrës dhe Korçë gjatë periudhës objekt auditimi nuk kanë realizuar trajnime të brendshme dhe të jashtme të stafit, në lidhje me menaxhimin efektiv të mbetjeve spitalore ndërsa, Spitali Rajonal Vlorë ka kryer trajnime të brendshme të stafit mjekësor si dhe ka përgatitur plane pune vjetore për trajnime të brendshme të stafit, në lidhje me administrimin e mbetjeve. Sipas Udhëzuesit Kombëtar, mbetjet spitalore mund të jenë të rrezikshme dhe jo të rrezikshme dhe është e domosdoshme që menaxherët e mbetjeve dhe profesionistët e shëndetit brenda institucionit shëndetësor të jenë në gjendje të identifikojnë dhe ndajnë që në burim këto dy lloje mbetjesh. Mungesa e trajnimeve krijon problematika në gjithë zinxhirin e proceseve nga ndarja në burim deri në evadimin e sigurt të tyre.

10.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Korçë, Vlorë të marrin masa për të trajnuar stafin që merret drejtpërdrejtë me administrimin e mbetjeve spitalore, duke përfshirë trajnime të brendshme dhe nga institucione të tjera për këtë qëllim.

Menjëherë dhe në vijimësi

3. Pyetje e auditimit: A janë përdorur kapacitetet e duhura infrastrukturore, financiare dhe njerëzore për mirë menaxhimin e procesit ?

11. Gjetje nga auditimi: Menaxhimi i mbetjeve spitalore paraqet problematika sa i përket strukturave përgjegjëse dhe masave të marra nga ana e MSHMS dhe konkretisht:

- MSHMS nuk disponon një strukturë përgjegjëse e cila të mbikëqyrë në vazhdimësi proceset lidhur me veprimtarinë e spitaleve sa i përket mbetjeve spitalore. Nuk disponohej një strukturë përgjegjëse për pajisjet të cilat shërbejnë/kanë shërbyer për proceset e trajtimit të mbetjeve të rrezikshme në spitalet publike, kjo sa i përket sasive të përpunuara, standardeve për mënyrën e funksionimit, standardizimit të dokumentacionit të përdorur, vlerësimin e raporteve kosto-efektivitet për përdorimin e tyre, të cilat duhet të ishin rregullisht pjesë e veprimtarisë dhe politikave që duhet të ndërmerre MSHMS.

-Referuar menaxhimit të mbetjeve spitalore ndër vite janë hartuar disa urdhra të njëpasnjëshëm nga ish Ministria e Shëndetësisë përkatësisht Urdhrat nr. 14, 15, 16, 17 që datojnë prej vitit 2012. Prej kësaj periudhe kanë ndodhur një sërë ndryshimesh thelbësore, si në fushën e përgjegjësisë së ministrisë, por edhe në bazën ligjore për menaxhimin e mbetjeve, ndryshime strukturore, rregullatore etj. Vijimi me këta urdhra pa kryer azhurnimet e nevojshme, ndikojnë/kanë ndikuar që kompetencat dhe detyrat e strukturave të mos jenë të qarta, të matshme dhe të kenë prodhuar politika të reja për t'ju përshtatur zhvillimeve.

-Referuar Urdhrit nr. 16 datë 12.01.2012, “Për miratimin e pyetësorit për prodhimin dhe administrimin e mbetjeve spitalore” janë mbledhur vetëm disa të dhëna statistikore vjetore për menaxhimin e mbetjeve në spitale. Përgjatë 12 viteve që kryhet ky proces, nuk evidentohet që këto të dhëna të jenë përdorur në drejtim të prodhimit të politikave për mirë menaxhimin e mbetjeve.

11.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marri masat e nevojshme për përcaktimin e qartë të detyrave dhe përgjegjësisë të strukturave të cilat do të monitorojnë dhe mbikëqyrin veprimtarinë e spitaleve sa i përket mbetjeve spitalore, pajisjet e përdorura për trajtimin e tyre, si dhe problematikave që hasen në spitalet rajonale, me qëllim hartimin e politikave sa më objektive dhe marrjen në kohë të masave të nevojshme.

Menjëherë dhe në vijimësi

12. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë për periudhën 2020-2023 kanë funksionuar me rregullore të brendshme të funksionimit të pa miratuara nga MSHMS¹³. Me hyrjen në fuqi, ligjit i ri nr. 55/2022 trajtohet se, një spital publik është institucion varësie i MSHMS. Si i tillë, njëlloj si në rastin e mëparshëm miratimi i rregulloreve duhet të ndiqte përcaktimet e Ligjit nr. 90/2012 “Për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore” i cili në Neni 29 “Rregulloret e brendshme” përcakton se, rregulloret që përcaktojnë metodat e brendshme të punës dhe sjelljen e personelit miratohen nga ministri përgjegjës për ministrinë, institucionet e varësisë dhe degët territoriale në varësi të tij. Në muajin janar 2024, Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës dhe Vlorë kanë marrë Kartën e Autonomisë Menaxheriale ndërsa Spitali Rajonal Korçë ende nuk është një spital me autonomi menaxheriale. Ky spital e ka hartuar rregulloren përkatëse dhe e ka dërguar në MSHMS por nuk ka patur ende miratim prej saj.

12.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të kryej miratimin e Rregullores së Brendshme për Spitalin Rajonal Korçë me qëllim plotësimin e boshllëkut administrativ dhe ligjor të krijuar sa i përket marrëdhënieve të punës së punonjësve dhe përgjegjësisë institucionale.

Menjëherë

¹³ Ligji nr. 9106, datë 17.7.2003 “Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë”, neni 23 pika 2 e tij.

13. Gjetje nga auditimi: Infrastruktura e magazinimit të mbetjeve spitalore të rrezikshme përpara transferimit/trajtimin paraqitet e pa përshtatshme dhe nuk garantonte siguri për ruajtjen sipas standardeve. Nga ana e spitaleve rajonale nën auditim nuk ka patur investime në këtë drejtim ndërkohë që situata në terren paraqitet problematike.

-Në Spitalin Rajonal Durrës megjithëse nga ana e Njesisë së Auditimit të Brendshëm prej fillim vitit 2023 është rekomanduar marrja e masave lidhur me këtë çështje ende nuk ka patur zhvillime në përmirësimin e situatës.

-Në Spitalin Rajonal Vlorë ambienti paraqitet i papërshtatshëm në kushtet aktuale për arsye ventilimi dhe sigurie.

-Në Spitalin Rajonal Shkodër, pavarësisht trajtimit vetë të mbetjeve nuk disponohej një ambient i mbyllur magazinimi por mbetjet ishin të ekspozuara.

-Në Spitalin Rajonal Korçë magazinimi bëhej në të njëjtat ambiente me kaldajën e ngrohjes dhe në rastet e gjendjeve të akumuluar kjo rikon problematika për shpërndarje infeksioni. Ndërkohë që infrastrukturën e brendshme për magazinimin ditor në pavijone në tre Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, dhe Korçë nuk plotësojnë standardet dhe paraqesin nevojën për përmirësim të mëtejshëm.

13.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Durrës, Korçë dhe Vlorë të marrin masat e nevojshme duke garantuar ambiente të përshtatshme për magazinimin e mbetjeve të rrezikshme, të pajisura me kushtet e nevojshme për ruajtjen e tyre, për eliminimin e riskut për përhapje të infeksioneve.

Brenda vitit 2026

14. Gjetje nga auditimi: Në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore” dhe Udhëzuesin Operativ “Për Qendrën e Trajtimin të Mbetjeve Spitalore”, trajtohet mënyra dhe dokumentacioni i nevojshëm për mbajtjen e regjistrimeve mbi mbetjet spitalore, regjistrimin e veprimeve të kryera me pajisjen, të cilat duhen plotësuar nga ana e punonjësve të spitalit të angazhuar me proceset e menaxhimit të mbetjeve. Ky dokumentacion nuk rezulton të jetë bërë një praktikë pune e aplikuar prej këtyre institucioneve gjatë viteve 2020-2023. Përdorimi i formateve të ndryshme nga ana e spitaleve rajonale për proceset e kryera nuk mundëson regjistrimin e përshtatshëm, nxjerrjen e rezultateve të qarta, krijon problematika në monitorimin e vazhdueshëm, por gjithashtu kontrollin dhe auditimin e proceseve të ndërmarra.

14.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marri të gjitha hapat e nevojshëm për unifikimin e dokumentacionit të përdorur në përpunimin e mbetjeve, për garantimin e dokumentimit të plotë dhe të qartë si dhe krijimin e kushteve për mbikëqyrje efektive.

Brenda vitit 2026

15. Gjetje nga auditimi: Të katër spitalet rajonale objekt auditimi gjatë periudhës vitet 2020-2023, kanë kryer procedura prokurimi për evadimin e mbetjeve të rrezikshme spitalore. Spitali Rajonal Shkodër dhe Korçë duke qenë se kryejnë vetë trajtimin e mbetjeve me autoklavë kanë kontraktuar operator ekonomik për trajtimin dhe asgjësim vetëm të mbetjeve të cilat kanë nevojë për incenerim. Ndërkohë Spitalet Rajonale Durrës dhe Vlorë e kanë trajtuar të gjithë gamën e mbetjeve të rrezikshme nëpërmjet operatorëve ekonomikë.

-Thuajse në të gjitha procedurat e zhvilluara fondi limit i shpallur është hartuar bazuar në kontratën e mëparshme të lidhur nga institucioni. Ndërkohë që kjo është vetëm një nga format që autoriteti kontraktor mund të zgjedhë për hartimin e fondit limit.

-Kontratat në katër spitalet paraqesin ndryshime të rëndësishme në çmimet e aplikuar edhe nga të njëjtit operator ekonomik të cilët për të njëjtin objekt prokurimi kanë ofertuar dhe lidhur kontrata

me çmime të ndryshme. Disponimi i këtyre çmimeve nga grupet e caktuara për hartimin e fondit limit mund/do të sillte vlerat më të balancuara, konkurrencë më të drejtë mes operatorëve, siguri më të lartë për trajtimin e duhur të mbetjeve dhe reduktim të kostove nga ana e spitaleve.

-Për procesin e evadimit të mbetjeve spitalore nuk ka ende një akt ligjor, nënligjor, rregullator apo udhëzues për mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi për menaxhimin e mbetjeve spitalore nga spitalet rajonale.

15.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marri të gjitha hapat e nevojshëm ligjorë, nënligjorë dhe/ose rregullativ për hartimin e metodologjisë mbi mënyrën e llogaritjes së kostos për njësi të mbetjeve të rrezikshme spitalore.

Brenda vitit 2026

15.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të krijoj dhe publikojë një buletin kombëtar periodik, mbi çmimet e kontraktuara nga Spitalet Publike lidhur me mbetjet e rrezikshme me qëllim informimin e spitaleve mbi çmimet e aplikuara në rang vendi dhe mundësimin e një baze zyrtare të dhënash të përdorshme në procedurat e prokurimit.

Brenda vitit 2026

16. Gjetje nga auditimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë për vitet 2020-2023 procesin e evadimit të mbetjeve urbane e kanë kryer me operatorë ekonomik privatë të kontraktuar, megjithëse ky është një shërbim që mund të përmbushej nga bashkitë përkatëse. Pavarësisht se tre nga këto spitale nuk kanë kryer pagesa për njësitë e vetëqeverisjes vendore ka paqartësi nëse bashkitë i kanë kontabilizuar në mënyrë të njëanshme këto detyrime. Të katër spitalet pozicionohen në brendësi të zonave urbane të qytetit dhe shërbimi i pastrimit të bashkisë në të gjitha rastet ishte vetëm disa metra larg. Në këtë mënyrë stafi i spitalit është angazhuar në një veprimtari e cila nuk ka krijuar siguri shtesë për mjedisin krahasuar me shërbimin e bashkisë apo të ketë sjellë kosto të reduktuara për spitalet. Ndërkohë, Spitali Rajonal Vlorë në fund të vitit 2023 ka kërkuar dhe marrë përgjigje konfirmuese nga bashkia për tërheqjen e mbetjeve urbane të prodhuara nga shërbimi i kontraktuar për qytetin.

16.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marri hapat e nevojshëm administrativ për unifikimin e mënyrës së veprimit nga ana e spitaleve rajonale sa i përket menaxhimit të mbetjeve urbane.

Menjëherë

4. Pyetje e auditimit: A ka patur raportime, mbikëqyrje, monitorim për veprimtarinë e spitaleve rajonale mbi menaxhimin e mbetjeve spitalore ?

17. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministria Mjedisit nuk kanë miratuar “Programin për Monitorimin e mbetjeve spitalore” të detyrueshëm për zbatim nga prodhuesit e këtyre mbetjeve. Monitorimi përfshin të gjitha fazat procesit të administrimit të mbetjeve spitalore dhe realizohet i veçantë për çdo lloj mbetje spitalore.

17.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të bashkëpunojë me Ministrinë e Mjedisit për të hartuar dhe miratuar “Programin për Monitorimin e mbetjeve spitalore” i cili duhet zbatuar nga prodhuesit e mbetjeve spitalore.

Brenda vitit 2026

18. Gjetje nga auditimi: Të katër spitalet rajonale objekt auditimi nuk kanë dërguar çdo tre muaj të dhëna për monitorim e administrimit të mbetjeve në MSHMS dhe MTM, me përjashtim të rasteve kur nga ana e MSHMS është kërkuar ky informacion vjetor mbi sasi të mbetjeve. Nga ana e MSHMS nuk evidentohen masa të marra për spitalet lidhur me përmbushjen e këtij detyrimi që ato kanë.

18.1 Rekomandimi: Spitalet Rajonale Shkodër, Durrës, Vlorë dhe Korçë, të dërgojnë çdo tre muaj të dhëna për monitorim e administrimit të mbetjeve në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale si dhe Ministrinë e Mjedisit.

Në vijimësi

19. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale është përgjegjëse për organizimin, monitorimin dhe auditimin e veprimtarisë së spitaleve publike sipas legjislacionit në fuqi si dhe inspekton veprimtarinë e spitaleve publike në përputhje me përcaktimet e legjislacionit në fushën e inspektimit. MSHMS për të katër vitet 2020-2023, në të katër Spitalet Rajonale, nuk ka kryer asnjë auditim nga struktura e saj të auditimit të brendshëm. Po kështu në veçanti për administrimin e mbetjeve spitalore me përjashtim të Spitalit Rajonal Durrës i cili ka kryer një auditim lidhur me mbetjet spitalore, në spitalet e tjerë nuk është kryer asnjë auditim nga strukturat e auditimit të brendshëm të tyre.

19.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale nëpërmjet strukturës së Auditimit të Brendshëm të kryej auditime periodike me tematikë “Auditim për administrimin e mbetjeve spitalore”.

Brenda vitit 2026 dhe në vijimësi

20. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka hartuar dhe miratuar planet e menaxhimit të riskut për vitet 2020-2022. Për vitin 2023 e në vijim ka hartuar dhe miratuar planin e menaxhimit të riskut¹⁴, por në këtë regjistër risku nuk ka përcaktuar objektiva të qarta për vlerësimin dhe kontrollin lidhur me administrimin e mbetjeve spitalore. Po kështu Spitalet Rajonale Durrës dhe Korçë nuk kanë hartuar planet e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore sipas kërkesave të Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore për vitet 2020-2023.

SRSN nuk ka hartuar planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore për vitin 2020, ndërsa në vitin 2021 ka hartuar planin e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore i cili ka qenë në fuqi për vitet 2022, 2023 e në vazhdim, por ky plan është i pa miratuar nga Drejtori i Spitalit.

20.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të rishikojë planin e menaxhimit të riskut në lidhje me administrimin e mbetjeve spitalore, sipas përmbajtjes së përshkruar në Udhëzuesin Kombëtar “Për administrimin e sigurt të mbetjeve spitalore”.

Brenda vitit 2026 dhe në vijimësi

¹⁴ Shkresa e ministrit, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 1056, datë 28.02.2023.

20.2 Rekomandimi:

-Spitalet Rajonale, Durrës dhe Korçë, të hartojnë dhe miratojnë planet e menaxhimit të rreziqeve për administrimin e mbetjeve spitalore sipas kërkesave të Udhëzuesit Kombëtar për Administrimin e Sigurt të Mbetjeve Spitalore.

Brenda vitit 2026 dhe në vijimësi

21. Gjetje nga auditimi: Në strukturën e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka një njësi të dedikuar apo përgjegjëse për mbledhjen, vlerësimin, analizimin, përditësimin dhe publikimin e të dhënave statistikore lidhur me menaxhimin e mbetjeve spitalore. Kjo strukturë, mbështetur në analizën e të dhënave të grumbulluara dhe përpunuara duhet të iniciojë prodhimin e politikave efektive për rregullimin e proceseve të menaxhimit të këtyre mbetjeve, të cilat mungojnë në këtë rast.

Ministria gjatë auditimit nuk arriti të paraqesë raportimet e detyrueshme të statistikave vjetore të mbetjeve, në Agjencinë Kombëtare të Mjedisit të cilat janë të detyrueshme për tu dërguar brenda datës 10 shkurt të çdo viti, referuar VKM nr. 687, datë 29.7.2015.

Evidentohet se, edhe në rastet kur MSHMS është njoftuar nga AKM mbi një problematikë të një subjekti të licencuar, me shkresën e Agjencisë Kombëtare të Mjedisit Nr. 1096 Prot, datë 26.12.2023, shpërndarja e informacionit ka qenë pjesore, vetëm në pesë spitale publike, ndërkohë që thuajse të gjithë spitalet në vend kryejnë kontraktime për mbetjet spitalore, çka kërkon vëmendje të shtuar në këtë drejtim nga ana e strukturave menaxheriale.

21.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të plotësojë formatin tip të raportimit të statistikave vjetore të mbetjeve, dhe t’ia dorëzojë Agjencisë Kombëtare të Mjedisit brenda datës 10 shkurt të çdo viti në përmbushje të detyrimit të saj institucional.

Në vijimësi

21.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale për rastin e shkresës së Agjencisë Kombëtare të Mjedisit nr. 1096 prot, datë 26.12.2023 por edhe në të gjitha rastet e njoftimeve nga institucione të tjera, të cilat lidhen dhe ndikojnë në veprimtarinë spitalore, të kryej njoftimin e të gjithë spitaleve publike në vend.

Menjëherë dhe në vijimësi

2.2- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “PROCESI I BIRËSIMIT TË FËMIJËVE DHE GARANTIMI I TË DREJTAVE TË TYRE PËR MIRËRRITJE DHE EDUKIM”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. PËRSHKRIMI I SHKURTËR I PROJEKTIT TË AUDITIMIT

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), në zbatim të Programit të Auditimit tematik me nr. 1203 prot., datë 18.12.2025 dhe objekt, “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të performancës në gjashtëmujorin e dytë të viti 2024*”, ushtroi auditim në subjektet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: “*Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim*”, përkatësisht në:

- Ministrinë e Drejtësisë,
- Komitetin Shqiptar të Birësimeve,
- Shërbimin Social Shtetëror.

Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi veprimtarinë nga viti 2019 deri në 6-mujorin e parë të vitit 2024 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 101 datë 08.08.2024 të Kryetarit të KLSH-së**, si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. 762/18 prot., nr. 762/19 prot., nr. 762/20 prot., datë 08.08.2024.

Auditimi u krye nga data 18.12.2025 deri më datë 16.01.2026, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

1. Hartimi i programit (Plani Veprimit) me personat përgjegjës dhe respektimi i afatit 20 ditor për zbatimin e rekomandimeve;
2. Realizimi i programit (Plan Veprimi) e raportimi në KLSH për ecurinë e zbatimit të rekomandimeve brenda afatit 6 mujor;
3. Statusi i rekomandimeve të lëna, (sa rekomandime janë pranuar nga këto e sa janë zbatuar plotësisht, pjesërisht, në proces zbatimi dhe sa rekomandime nuk janë zbatuar).

Në subjektet e audituara u mbajt Akt-verifikimi, datë 16.01.2026 në Ministrinë e Drejtësisë, Komitetin Shqiptar të Birësimeve, Shërbimin Social Shtetëror.

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, subjektet e audituara kanë kthyer përgjigje mbi marrjen e masave për zbatimin e rekomandimeve si dhe planin e veprimit ku në të pasqyrohen rekomandimet e lëna, strukturat përgjegjëse si dhe afatet e përcaktuara për zbatimin e rekomandimeve respektivisht me shkresat: Komiteti Shqiptar i Birësimeve me shkresën nr. 470 prot., datë 28.08.2024, regjistruar në Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 762/21 prot., datë 28.08.2024, Ministria e Drejtësisë me shkresën nr. 4797 prot., datë 19.09.2024, regjistruar në Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 762/23 prot., datë 23.09.2024, ku kjo e fundit e ka sjellë përgjigjen rreth një muaj pas dërgimit të Raportit Përfundimtar, në tejkalim të afatit ligjor prej 20 ditësh referuar shkronjës j, të nenit 15, të ligjit nr. 154/2014.

Sa i përket Shërbimit Social Shtetëror, përgjigja mbi marrjen e masave për zbatimin e rekomandimeve si dhe planin e veprimit ku në të pasqyrohen rekomandimet e lëna, strukturat përgjegjëse si dhe afatet e përcaktuara për zbatimin e rekomandimeve ka ardhur nga Shtëpia e Foshnjës Tiranë me shkresën nr. 103/3 prot., datë 04.09.2024, regjistruar në Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 762/22 prot., datë 06.09.2024.

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 auditimi rezultoi se, Ministria e Drejtësisë dhe Komiteti Shqiptar i Birësimeve kanë dërguar së bashku informacion në KLSH mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna me shkresën nr. 4797/2 prot., datë 30.12.2024, regjistruar në Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 762/24 prot., datë 06.01.2025.

Nga ana e Shërbimit Social Shtetëror Shtetëror nuk është dërguar informacion në KLSH mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve të dhëna, referuar pikës 2, të nenit 30, të ligjit nr. 154/2014.

4. Statusi i rekomandimeve të lëna:

Sipas shkresave përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 762/18 prot., nr. 762/19 prot., nr. 762/20 prot., datë 08.08.2024, janë rekomanduar gjithsej 17 masa:

Masa për ndryshime ligjore apo përmirësime ligjore, 1 rekomandim.

Masa organizative, 16 rekomandime.

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	1	1	0
2	Masa organizative	16	16	0

II. HYRJJA

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të evaduara në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualin “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve”, miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 1203 prot., datë 18.12.2025. Rekomandimet e lëna në Raportin Përfundimtar të Auditimit të mëparshëm me temë, “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”, me konkluzionet përkatëse, janë miratuar me **Vendimin nr. 101, datë 08.08.2024 të Kryetarit të KLSH-së**, dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat nr. 762/18 prot., nr. 762/19 prot., nr. 762/20 prot., datë 08.08.2024.

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

1. V.K, përgjegjës grupi,
2. A.H, anëtar.

Auditimi ka filluar më, 18.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Drejtësisë, Komitetin Shqiptar të Birësimeve, Shërbimin Social Shtetëror.

II.2. Qëllimi auditimit:

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

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 Drejtësisë, Komiteti Shqiptar i Birësimeve, Shërbimi Social Shtetëror, në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se 17 (shtatëmbëdhjetë) masa të rekomanduara gjithsej janë pranuar nga subjektet e audituara.

Nga masa e pranuar:

janë zbatuar 8 rekomandime ose 47% e tyre,

janë zbatuar pjesërisht 3 rekomandime ose 18% e tyre,

gjenden në proces zbatimi 4 rekomandime ose 23% e tyre,

gjenden pa zbatuar 2 rekomandime ose 12% e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Ndryshime apo përmirësime ligjore	1			1	
2	Masa organizative	16	8	3	3	2
	Gjithsej	17	8	3	4	2

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

Nr.	Statusi i masave Për ndryshim apo përmirësim ligjor	Në numër	Në %
1	Totali	1	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	1	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht		
2	Zbatuar pjesërisht		
3	Në proces zbatimi	1	100%
4	Pa zbatuar		

Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	16	100%

2	Pa pranuar		
3	Pranuar	16	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	8	50%
2	Zbatuar pjesërisht	3	19%
3	Në proces zbatimi	3	19%
4	Pa zbatuar	2	12%

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

Pavarësisht nga puna e bërë dhe masat e marra, ku niveli i zbatimit të plotë të rekomandimeve është rreth 47%, për disa nga masat e lëna, institucionet nuk kanë mundur të realizojnë tërësisht. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara për përmbushjen e rekomandimeve të lëna.

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. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI:

1. Pyetja e auditimit: A është i plotë dhe i përditësuar kuadri ligjor dhe rregullator që mbulon procesin e birësimit?

1. Gjetje nga auditimi: Aktualisht, legjislacioni në fuqi në fushën e birësimeve nuk parashikon kriteret të qarta dhe të plota sa i takon: kufirit maksimal të moshës së birësuesit/birësuesve; qëndrueshmërisë e sigurisë së lidhjes martesore në kohë për aplikantët birësues të martuar; kriterit ekonomik për aplikantët birësues. Konkretisht, në Kodin e Familjes nuk parashikohet mosha kufi ku aplikantëve birësues u lejohet të paraqesin kërkesën për birësim. Në ligjin për birësimet nuk ka përcaktime ku të flitet për qëndrueshmërinë dhe sigurinë e lidhjes martesore në kohë siç parashikohet në legjislacione të tjera (si p.sh. në Itali çifti duhet të jetë i martuar të paktën 3 vjet dhe jetesa e përbashkët të mos ketë patur shqetësime). Po kështu, duke krahasuar situatën e vendit tonë me praktika më të mira, përshtatshmëria ekonomiko financiare e aplikantëve birësues gjykohej pa patur një kriter të saktë reference.

2. Gjetje nga auditimi: Ligji për birësimet nuk parashikon mandat për Anëtarët e Këshillit Drejtues. Nga auditimi ka rezultuar se anëtarët e Këshillit Drejtues kanë ndryshuar shumë pak në vite. Parashikimi i një mandati të caktuar ndihmon në shmangien e familjarizimit të anëtarëve të KD me njëri tjetrin, si edhe me aplikantët në listë pritje, fakt i cili mund të ndikojë në objektivitetin e tyre në vendimmarrje.

3. Gjetje nga auditimi: Parashikimet e VKM - së nr. 399, datë 01.06.2011 “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja”, sa i takon heqjes e licencës së agjencive ndërmjetësuese të huaja, shkojnë përtej dispozitave të ligjit për birësimet. Në të thuhet se agjencive u hiqet licenca nëse kanë kryer veprë penale me dashje, duke përjashtuar kështu veprat penale që mund të ndodhin nga pakujdesia apo neglizhenca, e duke rënë ndesh me ligjin për birësimet.

Rekomandimi 1.(1-3): Ministria e Drejtësisë, në bashkëpunim me Komitetin Shqiptar të Birësimeve, të ngrejë një grup punë për të përditësuar ligjin për birësimet dhe të gjitha aktet e tjera ligjore e nënligjore në fushën e birësimeve, bazuar edhe në praktika të tjera më të mira ndërkombëtare, veçanërisht në drejtim të përcaktimit të kufirit maksimal të moshës së birësuesit/birësuesve; qëndrueshmërisë e sigurisë së lidhjes martesore në kohë për aplikantët birësues të martuar; kriterit ekonomik për aplikantët birësues, etj.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Përgjatë periudhës 2023-2025, nga ana e Sektorit të Monitorimit të Institucioneve të Varësisë në Fushën Civile (në vijim SMIVFC), janë mbajtur korrespondenca të vazhdueshme me të gjithë aktorët pjesëmarrës, përgjegjës për përmbushjen e detyrimeve që burojnë nga Rekomandimet e KLSH-së në referencë të këtij auditimi. Ne vijim është kryer vlerësimi dhe analiza mbi domosdoshmërinë e marrjes së masave për ngritjen e një grupi pune dhe vlerësimin e problematikave dhe marrjen e masave për përmbushjen e detyrimeve të lëna në Rekomandimet e KLSH-së. Nga ana e SMIVFC, është përcjellë pranë eprorëve analiza në referim të përcaktimeve ligjore, duke interpretuar dhe analizuar dhe përgjegjësitë e çdo aktori pjesëmarrës për vijimin e këtij procesi, duke identifikuar edhe përgjegjësitë e gjithsecilit. Qëndrimi SMIVFC është miratuar me Memon nr. 2058/1 prot., datë 26.04.2024. Në vijim, nga SP, është realizuar takim pune me disa përfaqësues nga MD dhe KSHB, ndërsa nga ana e SMIVFC, në mënyrë tepër korrekte është përcjellë me memo pranë SP-së vlerësimi, analiza dhe rekomandimet për të vijuar me përmbushjen e detyrimeve që mbart MD dhe KSHB, në kuadër të përmbushjes së detyrimeve që burojnë nga Rekomandimet e lëna nga KLSH-ja, referuar auditimit të sipërcituar (referuar informacionit përmbledhës drejtuar SP-së në datë 23.4.2024 dhe korrespondencave në rrugë elektronike bashkëlidhur). Pas memos së sipërcituar, janë përgatitur edhe tre memo të tjera me analizë dhe rekomandime respektive, dhe pas njohjes me to, është miratuar dhe Urdhëri i Ministrit të Drejtësisë. Me Urdhër të Ministrit të Drejtësisë nr. 432 datë 10.09.2024 është ngritur një grup pune me objekt: “Për ngritjen e grupit të punës me qëllim kryerjen e një analize dhe reflektimin pranë KLSH-së me komente dhe shpjegime brenda datës 31.12.2024, lidhur me gjetjet e pasqyruara në projekt raportin e auditimit të performancës me temë “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”. Janë organizuar takime të rregullta të protokolluara nga Zv Ministri K.. si kryetar i Grupit të Punës, si dhe është hartuar një kalendar i detajuar me ndarjen e detyrave përkatëse për të ndjekur dhe raportuar nga anëtarët zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH dhe problematikat e hasura gjatë këtij procesi. Kopje te procesverbaleve të këtyre takimeve bashkëngjitur. Ministria e Drejtësisë, me shkresën nr. 4797 prot., në datë 19.09.2024 i ka përcjellë KLSH-së në përgjigje tuajës (shkresa e KLSH-së nr. 762/18 prot., datë 19.09.2024), Urdhërin e Ministrit të Drejtësisë Nr. 432, datë 10.09.2024, në përmbushje të Rekomandimit nr. 12.2. Në vijim, Ministria e Drejtësisë, i ka përcjellë KLSH-së me shkresën nr. 4797/2 prot., datë 30.12.2024, Raportin e Zbatimit të Rekomandimeve të lëna nga Raporti i Auditimit për auditimin e performancës me temë: “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimit të të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”. MD në bashkëpunim me KSHB vlerësojnë bazën Ligjore aktuale të birësimeve dhe nevojën e përditësimit të saj për t’ju përgjigjur më mirë aktualitetit socio-ekonomik të vendit. Në kuadër të detyrave të lëna nga KLSH për ngritjen e një grupi pune për të përditësuar ligjin për birësimet dhe të gjitha aktet e tjera ligjore e nënligjore në fushën e birësimeve, bazuar edhe në praktika të tjera më të mira ndërkombëtare, veçanërisht në drejtim të përcaktimit të kufirit maksimal të moshës së birësuesit/birësuesve; qëndrueshmërisë e sigurisë së lidhjes martesore në kohë për

aplikantët birësues të martuar; kriterit ekonomik për aplikantët birësues, etj., nga ana e strukturës Kodifikuese në MD, është vlerësuar se: Ministria e Drejtësisë mban në konsideratë këtë rekomandim dhe do të vijohet me ngritjen e grupit të punës pas përfundimit të identifikimit të nevojave për ndryshim jo vetëm si rezultat i problematikave të hasura gjatë zbatimit, por dhe në kuadër të procesit të integritetit evropian dhe koordinimit ndërinstitucional lidhur me çështjet që rregullohen nga Kodi i Familjes, si dhe të analizës përkatëse, pasi ky proces kërkon kohë dhe shumë koordinime ndërinstitucionale.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Është përgjigjur Ministria e Drejtësisë në lidhje me këtë rekomandim.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër, nga ana e Ministrisë së Drejtësisë janë marrë masa në drejtim të ngritjes së një grupi pune me objekt: “Për ngritjen e grupit të punës me qëllim kryerjen e një analize dhe reflektimin pranë KLSH-së me komente dhe shpjegime brenda datës 31.12.2024, lidhur me gjetjet e pasqyruara në projekt raportin e auditimit të performancës me temë “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirëritje dhe edukim”, me Urdhër të Ministrit të Drejtësisë nr. 432 datë 10.09.2024. Sipas procesverbaleve të mbledhjeve të grupit të punës, vendosur në dispozicion të grupit të auditimit janë realizuar tre mbledhje të grupit të punës, ku është diskutuar ngritja e një Grupi Ndërinstitucional me qëllim diskutimin e ndryshimeve dhe ndërhyrjeve të domosdoshme për përmirësimin e ligjit. Duke qenë se, ky grup nuk është ngritur ende, rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

B. MASA ORGANIZATIVE

1. Pyetja e auditimit: A është i plotë dhe i përditësuar kuadri ligjor dhe rregullator që mbulon procesin e birësimit?

1. Gjetje nga auditimi: Në ligjin për birësimet parashikohet se, shtetasit shqiptarë rezident jashtë vendit dhe që duan të birësojnë mund të drejtohen direkt Komitetit për të kryer këtë proces, me kusht që vendimi gjyqësor shqiptar i birësimit të sjellë pasoja juridike në vendin e tyre të rezidencës. KSHB, në këtë drejtim, nuk ka zbatuar ligjin gjithmonë në mënyrë uniforme, duke detyruar shtetasit shqiptarë të aplikojnë përmes agjencive ndërmjetësuese të huaja ku, ata detyrohen të paguajnë tarifa shumë të larta krahasuar me tarifën që duhet të paguajnë në rast se aplikojnë direkt në Komitet.

Rekomandimi 1.1: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të marrë masa për të bashkëpunuar me autoritete qendrore përgjegjëse për birësimin dhe agjenci ndërmjetësuese të huaja me qëllim zbatimin e ligjit, sa i takon birësimeve nga shtetas shqiptar rezident jashtë vendit, dhe parandalimin e dështimit të birësimit.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Bazuar në këtë rekomandim të KLSH, me qëllim përmbushjen e tij, KSHB ju referua Ligjit shqiptar të Birësimeve dhe akteve të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi. Shërbimet e birësimit ju ofrohen shtetasve rezident në Shqipëri dhe KSHB si autoriteti i vetëm përgjegjës për birësimet, nuk merr përsipër shqyrtimin e kërkesave për birësim që vijnë nga aplikantë rezidentë jashtë territorit të RSH.

I hartuar në vitin 1993 Ligji i Birësimeve nuk i përgjigjet më dinamikës social - demografike të popullsisë shqiptare në këto 30 vjet. Një numër i madh shqiptarësh janë në emigracion në vende të ndryshme të botës, kryesisht USA dhe vendet Evropiane dhe kërkesat për birësim nga familje shqiptare me banim jashtë vendit kanë ardhur në rritje vit pas viti. Komiteti i Birësimeve ka kapacitete njerëzore dhe infrastrukturore të kufizuara që nuk garantojnë vlerësimin paraprak për dhënien e përshtatshmërisë për çiftet apo nënat e vetme. Kjo për arsye se përveç dokumenteve shkresore, elemente thelbësore të vlerësimit janë sjellja në komunitet, punësimi i sigurt, banesa, marrëdhëniet në çift, dhe shumë elementë të tjerë të rëndësishëm që kërkojnë vizita intensive në familje. Ndërkohë, KSHB e ka të pamundur të garantojë fazën e monitorimit pasbirësues, detyrim i përcaktuar në Ligjin e Birësimeve. Vizitat monitoruese kryhen në ambientin ku jeton fëmija. Theksojmë se marrëdhëniet mes shtetit të origjinës dhe shtetit pritës rregullohen me Konventën e Hagës për birësimet, ratifikuar nga Shqipëria në vitin 1993. Në kushtet aktuale ky rekomandim është i pazbatueshëm.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, Komiteti Shqiptar i Birësimeve shprehet se është i pazbatueshëm në kushtet aktuale. Megjithatë, në planin e punës për adresimin e çështjeve të dala nga rekomandimet e KLSH-së, dërguar në respektim të afatit ligjor prej 20 ditësh, në zbatim të nenit 15, shkronja “j”, të ligjit nr.154/2014, datë 27.11.2014, Komiteti Shqiptar i Birësimeve në kolonën “aktiviteti” shprehet se: *“KSHB organizon takime me agjencitë ndërmjetësuese të huaja me të cilat ka bashkëpunim për të diskutuar hapësirat e mundshme për zbatimin e këtij rekomandimi nga KLSH”*. Sa më sipër, rekomandimi konsiderohet **i pranuar** dhe **i pazbatuar**.

2. Pyetja e auditimit: Si ka funksionuar procesi i birësimit vendas dhe ndërvendas në vendin tonë?

2. Gjetje nga auditimi: Struktura e Komitetit Shqiptar të Birësimeve nuk është e plotë, pasi sekretariati Ekzekutiv i Komitetit nuk është ngritur sikurse përcaktohet nga ligji për birësimet. Ky fakt sjell pasoja të rëndësishme, sepse detyrat specifike që ligji për birësimet dhe rregullorja e brendshme e KSHB – së ia ngarkon kësaj strukture kryen, sipas rastit, nga punonjësit e KSHB – së, pavarësisht se nuk i kanë në përshkrimet e tyre të punës.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë, në bashkëpunim me Komitetin Shqiptar të Birësimeve, të marrë masa për të rishikuar strukturën organike të Komitetit sipas përcaktimeve të ligjit, duke e plotësuar atë me Sekretariat Ekzekutiv, si dhe duke vlerësuar nevojat faktike të tij për staf shtesë.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Drejtësisë, në kuadër të përmbushjes së detyrimeve nga KSHB-ja dhe vetë MD-ja, ka realizuar takime pune periodike me kryetaren e Komitetit dhe në vijim nga ana e KSHB-së, bazuar në rekomandimin e KLSH, ka depozituar kërkesë zyrtare për staf shtesë në MD më datë 28.10.2024 me nr. prot 559. Ky rekomandim nuk mund të realizohet pasi në ligjin nr.115/2024 “Për buxhetin e vitit 2025” për Komitetin Shqiptar të Birësimeve nuk është miratuar numër punonjësish shtesë, proces i cili nuk varet vetëm nga MD dhe KSHB-ja. Në varësi të ndryshimeve ligjore, do të ketë dhe riorganizim strukturor, ndërsa kjo mbetet një vendimarrje politike. Përsa i përket theksimit nga ana e KLSH-së për të plotësuar strukturën e KSHB-së me Sekretariat Teknik, theksojmë se vetë

stafi i KSHB-së funksionon si Sekretariat Teknik dhe proceset nuk janë penguar. Me ndryshimin e ligjit do të ketë dhe organizim të ri strukturor dhe Sekretariati Ekzekutiv do të organizohet në një format të ri.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Bazuar në rekomandimin e KLSH, KSHB ka depozituar kërkesë zyrtare për staf shtesë në Ministrinë e Drejtësisë me nr. 559 prot., datë 28.10.2024 (bashkëlidhur shkresa). Për vitin 2024 ky rekomandim nuk mund të realizohet pasi në ligjin nr. 115/2024 “Për buxhetin e vitit 2025” për Komitetin Shqiptar të Birësimeve nuk është miratuar numër punonjësish shtesë. Me miratimin e Ligjit të ri rregullohet edhe ky element.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacioneve dhe shpjegimeve të subjektit të audituar ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **pjesërisht i zbatuar**.

3. Gjetje nga auditimi: Ndërmjet Komitetit Shqiptar të Birësimeve dhe institucioneve rezidenciale të përkujdesit shoqëror për fëmijë është evidentuar mungesë bashkëpunimi e ndërsjellët në drejtim të përmbushjes efektive të detyrimeve që ligji vendos mbi palët e përfshira në procesin e raportimit dhe kontrollit, pasi IPSH – të publike dhe jo publike nuk kanë respektuar gjithmonë detyrimin ligjor për raportim 3 muajor pranë Komitetit. Nga ana e tij, Komiteti nuk ka unifikuar formatin e raportimit për të gjitha IPSH – të. Gjithashtu, kontrollet në IPSH – të publike dhe jo publike janë zhvilluar pa planifikim dhe pa metodologji të miratuar. Komiteti ka kontrolluar IPSH - të publike dhe vetëm 2 nga 18 IPSH jo publike.

3.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të hartojë dhe miratojë formularin tip të raportimit për institucionet e përkujdesit shoqëror për fëmijë, publike dhe jo publike, si dhe hartojë metodologjinë e planifikimit e raportimit të kontrolleve të ushtruara në to.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Bazuar në këtë rekomandim, sektori psiko - social hartoi formatin e ri të raportimit për Shtëpitë e Foshnjës (publike dhe jo publike). Format i ri përmban elemente të reja të përshkrimit të situatës medico-sociale për çdo fëmijë. Për ta hartuar këtë format sektori psikosocial u konsultua me ekspertë të Shërbimit Social Shtetëror. Sipas formatit të ri, Shtëpitë e Foshnjës do të dorëzojnë në KSHB çdo tre muaj një raport të hollësishëm për çdo fëmijë, element i ri i shtuar për të pasur kontroll më të plotë dhe çdo muaj një raport të përgjithshëm. Ky format është shpërndarë në të gjitha institucionet e përkujdesit për fëmijë dhe është vënë në zbatim.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

4. Gjetje nga auditimi: Procesi i vlerësimit psiko – social të aplikantëve birësues nuk është gjithëpërfshirës. Ai kryet nëpërmjet intervistimit të aplikantëve nga punonjësi social dhe psikologu, sipas dy formateve të miratuara në rregulloren e brendshme të institucionit. Në këto dy formate parashikohet intervistimi vetëm për aplikantët birësues çift e jo për ato beqar, gjë kjo e cila nuk është në përputhje me parashikimet e Kodit të Familjes. Gjithashtu, pyetjet eksploruese për të mbështetur

arsyet e zgjedhjes së birësimit kanë të bëjnë vetëm me fenomenin e sterilitetit, duke përjashtuar arsye të tjera që mund të shtyjnë individët për të nisur këtë proces.

Kjo situatë reflektohet akoma më qartë në rastin e birësimit të dështuar në vitin 2024, ku edhe është konstatuar se raporti i vlerësimit psiko - social të nënës birësuese nuk ka qenë i thelluar mjaftueshëm për të paraprirë dhe shmangur problematikat e shfaqura prej saj menjëherë pas birësimit, si dhe nuk është kryer sipas teknikave të intervistimit dhe testimeve të standardizuara specifike.

4.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të rishikojë Rregulloren e Brendshme të institucionit dhe formatet e punës, në drejtim të dokumentimit të qartë dhe të saktë të ngjarjeve dhe proceseve përgjatë të gjitha fazave nëpër të cilat kalon procesi i birësimit.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Në frymën e rishikimit të bazës ligjore për birësimet, KSHB rishikoi Rregulloren e Brendshme dhe Anekset (formatet e punës, me fokus të veçantë në dokumentimin sa më të mirë dhe transparent të çdo faze të procesit të kryer për birësimin e çdo fëmije). U hartua Rregullorja e Re e KSHB me të gjitha Anekset dhe u paraqit për miratim në Këshillin Drejtues në mbledhjen e datës 14 nëntor 2024. U dërgua për miratim në MD më datë 2 dhjetor 2024 me shkresën nr. prot. 658. Rregullorja e re e KSHB është firmosur nga Ministri i Drejtësisë z. U.M.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

4.2 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë dhe Komiteti Shqiptar i Birësimeve të marrin masa për të përmirësuar e standardizuar testet dhe teknikat e intervistimit që duhet të përdoren nga shërbimi psikosocial i KSHB-së gjatë gjithë fazave ku kalon procesi i birësimit.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Drejtësisë në mënyrë periodike ka realizuar takime me Kryetaren e KSHB-së e cila raporton në MD sipas përcaktimeve ligjore. Sektori psikosocial me ndihmën e ekspertëve të fushës përmirësojnë /standardizojnë testet dhe teknikat e intervistimit për të gjitha fazat ku kalon procesi i birësimit. Nga ana e KSHB-së, ka përfunduar rishikimi i formatit të pyetësorëve dhe intervistave nga sektori psiko social. Nisur nga rëndësia e posaçme këtij rekomandimi, i cili synon të mbështesë sa më mirë përzgjedhjen e çifteve apo nënave të vetme aplikante për birësim, u vendos që të shtohen rubrika/pyetje që japin një panoramë më të thellë dhe të plotë të qëllimeve të birësimit dhe situatës psiko- sociale të aplikantëve. Për këtë arsye specialistet e KSHB u konsultuan me ekspertë të fushës nga Fakulteti i Shkencave Sociale dhe Psikologjisë si dhe specialistë nga Shërbimi Social Shtetëror. Këto formate janë anekse të Rregullores së re tashmë të miratuar.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Ka përfunduar rishikimi i formatit të pyetësorëve dhe intervistave nga sektori psiko social. Nisur nga rëndësia e posaçme këtij rekomandimi, i cili synon të mbështesë sa më mirë përzgjedhjen e çifteve apo nënave të vetme aplikante për birësim, u vendos që të shtohen rubrika/pyetje që japin një panoramë më të thellë dhe të plotë të qëllimeve të birësimit dhe situatës psiko- sociale të

aplikanteve. Për këtë arsye, specialistet e KSHB u konsultuan me ekspertë të fushës nga Fakulteti i Shkencave Sociale dhe Psikologjisë si dhe specialistë nga Shërbimi Social Shtetëror. Këto formate janë anekse të Rregullores së re tashmë miratuar.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

5. Gjetje nga auditimi: Rregullorja e Brendshme e KSHB – së nuk parashikon pjesëmarrjen aktive të psikologut dhe punonjësit social të tij në periudhën e provës kur kryhet atashimi prind – fëmijë. Në të nuk ka udhëzime dhe praktika të sakta për mënyrën se si duhet bërë periudha e përshtatshmërisë për grup mosha të tjera me të mëdha ndryshe nga grup mosha 0 – 5 vjeç, sidomos kur jemi në prezencë të fëmijëve me problematika të shëndetit mendor apo fizik, të cilët nuk mund të shprehin qartësisht pëlqimin e tyre për birësim. Psikologu dhe/ose punonjësi social në KSHB nuk është gjithmonë prezent gjatë kryerjes së periudhës së provës, kjo pasi KSHB nuk planifikohen një numër minimale vizitash që duhet të kryhen me prezencën e detyrueshme të këtyre figurave profesionale. Komunikimet me stafin psiko – social të IPSH – ve janë kryesisht informale. Gjithashtu nuk parashikohet që specialistët e KSHB – së të kryejnë intervista apo takime të tjera të programuara (shtesë) me aplikantët birësues, apo edhe me fëmijët pavarësisht moshës së tyre. Për sa më sipër, këto mangësi kanë sjellë pasoja edhe në rastin e birësimit të dështuar, ku është konstatuar se KSHB nuk i ka dedikuar vëmendjen e duhur periudhës dy javore të atashimit. Relacioni mbi atashimin prind fëmijë është hartuar duke u bazuar në një vizitë të vetme të kryer nga KSHB gjatë periudhës së provës. Referuar këtij fakti, ç’ ka është parashtruar përgjatë këtij raporti lidhur me kohëzgjatjen dhe mbikëqyrjen nga ana e institucioneve të periudhës së provës për vendosjen e atashimit prind – fëmijë merr akoma edhe më tepër kuptim, sepse kuptohet qartë që një vizitë e vetme nuk mund të tregojë nivelin e atashimin dhe 2 javë takimesh “të mbikëqyrura” janë të pamjaftueshme për të kuptuar krijimin e lidhjes prind – fëmijë. Po kështu, vërehet se asnjë nga palët e përfshira në mbikëqyrjen e periudhës së atashimit nuk ka dokumentuar me shkrim shqetësimet shprehura verbalisht mbi sjelljen e nënës.

5.1 Rekomandimi: Këshilli Drejtues në Komitetin Shqiptar të Birësimeve të dokumentojë qartë dhe saktë analizimin e respektimin e kriterëve për dhënien e përshtatshmërisë të aplikantëve birësues, si dhe atë të dhënies së pëlqimit për birësim, duke patur në vëmendje gjithmonë interesin më të lartë të fëmijës.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Ky rekomandim i raportit të KLSH synon të risjellë në vëmendje rolin shumë të rëndësishëm që ka çdo anëtar bordi në dy vendimmarrjet që realizohen gjatë procesit të birësimit. Për këtë arsye, u vendos që në mbledhjen më të afërt të KD anëtarët të vihen në dijeni për këtë rekomandim, duke theksuar sidomos nevojën e një dokumentimi më të mirë të proceseve vendimmarrëse nga secili anëtar në të dyja vendimmarrjet: 1) vendimmarrjen për përshtatshmërinë për birësim të çiftit/aplikantit të vetëm dhe 2) vendimmarrjen për dhënien e pëlqimit për birësim. Në mbledhjen e datës 4 shtator 2024 Kryetari i KSHB informoi KD për këtë rekomandim të KLSH. Ky rekomandim pati një vëmendje të veçantë dhe gjithë diskutimi rreth respektimit të kriterëve për dhënien e përshtatshmërisë aplikantëve birësues dhe dhënien e pëlqimit për birësim u krye me shumë

përgjegjësi duke patur në fokus interesin më të lartë të fëmijës. Qëndrimi i çdo anëtarë bordi është dokumentuar në procesverbalin e kësaj mbledhje datë 4 shtator 2024 (bashkëngjitur kopje e procesverbalit).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, në procesverbalin e mbledhjes së datës 4 shtator 2024 thuhet se: ...
“Për sa i përket këtij rekomandimi anëtarët e Këshillit Drejtues shprehën se gjithmonë në çdo rast të marrjes së vendimeve janë respektuar kriteret sipas ligjit në fuqi për dhënien e përshtatshmërisë aplikantëve birësues, si dhe atë të dhënies së pëlqimit për birësim duke pasur në vëmendje gjithmonë interesin më të lartë të fëmijës.

... e vetmja mënyrë dokumentimi për këtë pikë mbetet që në çdo procesverbal mbledhje bordi të shkruhet vendimi u miratua në interesin më të lartë të fëmijës. Në këtë mënyrë, të gjithë anëtarët e Këshillit Drejtues bien dakord për zbatimin e këtij rekomandimi të lënë nga KLSH.”.

Grupi i auditimit ka kërkuar nëpërmjet e-mail-it të datës 09.01.2026 dokumentacion provues për zbatimin e këtij rekomandimi. Në po të njëjtën datë, KSHB është përgjigjur se: “Në lidhje me rekomandimet 4.1 dhe 5.1, ju informojmë se nuk janë evidentuar raste që të kenë kërkuar ndërhyrje të posaçme, për rrjedhojë nuk është krijuar dokumentacion shtesë për t'u përcjellë”.

Sa më sipër, referuar dokumentacioneve dhe shpjegimeve të subjektit të audituar, por dhe afatit në vijimësi për zbatimin e rekomandimit, rekomandimi konsiderohet **i pranuar** dhe në **proces zbatimi**.

5.2 Rekomandimi: Institucionet Rezidenciale të Përkujdesit për Fëmijë në rastin e fëmijëve të cilët janë në proces birësimi, të dokumentojnë në mënyrë të detajuar, çdo vizitë gjatë periudhës së atashimit si dhe gjatë periudhës në pritje të zhvillimit të procesit gjyqësor për birësimin, duke patur si prioritet interesin më të lartë të fëmijës e duke dhënë informacion sa më të saktë për atashimin prind fëmijë.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Shërbimit Social Shtetëror mbi zbatimin e rekomandimit

Në zbatim të rekomandimit: është ngritur grupi punës me urdhër nr.103/2 prot., datë 02.09.2024. Në zbatim të praktikës së ngritur janë hartuar:

1. Regjistri i veçantë i takimeve me prindërit birësues, i cili dokumenton vizitat me fëmijën. Në këtë regjistër pasqyrohen takimet e përditshme të prindërve birësues me fëmijën gjatë periudhës së atashimit. Në shënimet që lihen në regjistër ka komente nga prindërit birësues dhe punonjësi social i rastit mbi mbarëvajtjen e takimit. Ky rekomandim është zbatuar menjëherë dhe vazhdon të zbatohet rast pas rastit për të gjithë fëmijët që i nënshtrohen procesit të birësimit dhe periudhës së atashimit me prindërit birësues deri në largimin e tyre përfundimtar. (Menjëherë dhe në vazhdimësi)

2. Raporti në vazhdim të ecursë së procesit të birësimit, i cili plotësohet 1 herë në muaj nga psikologu dhe punonjësit social, të cilët janë punonjës kyç të rasteve. Ky raport dokumenton ecurinë gjatë periudhës së atashimit dhe pritjes së procesit gjyqësorë për birësim. Rekomandimi është zbatuar menjëherë. (Menjëherë dhe në vazhdimësi)

Ju lutem gjeni bashkëngjitur dokumentet që janë hartuar në zbatim të Rekomandimit 4.2 (Anex 1, kopje e urdhrit nr. 103/2 datë 02.09.2024, kopje regjistri viti 2024, raportim në vazhdim të ecursë rasti fëmijës H.V, regjistër viti 2025, raportim në vazhdim të ecursë së rastit për fëmijën G.G).

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Për të adresuar këtë rekomandim: Kryetari i KSHB realizoi takime me drejtuesit e shtëpive të foshnjës, ku u kërkua të udhëzojnë punonjësit sociale dhe psikologët që të mbajnë me rigorozitet rekorde të sakta për vizitat dhe takimet që kryhen nga prindërit birësues me fëmijën që nga takimi i parë e deri në dorëzimin final të fëmijës në shtëpinë e re. Për çdo konstatim do njoftohet KSHB gjithmonë në mbrojtje të interesit më të lartë të fëmijës. U realizuan vizita në të gjitha Shtëpitë e Foshnjës publike me të cilat KSHB bashkëpunon.

1. Tiranë
2. Shkodër
3. Durrës
4. Gjirokastrë
5. Sarandë
6. Vlorë
7. Korçë
8. Elbasan

Në takimet me drejtues dhe punonjës social u ra dakord që të përgatiten regjistra të rinj të posaçëm për fazën e atashimit prind adoptues – fëmijë gjatë periudhës që fëmija është ende në shtëpinë e foshnjës. Kujdestari apo punonjësi social mban shënime çdo ditë rreth takimit të kryer duke shënuar çdo detaj të rëndësishëm që jep informacion të saktë për procesin e atashimit. Ky dokumentim merr një vlerë të veçantë sidomos në rastet problematike dhe na ndihmon për të parandaluar/menaxhuar më mirë rastet kur konstatohen vështirësi në përshtatje apo edhe mospërputhje mes prindërve birësues/nënës birësuese dhe fëmijës.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

6. Gjetje nga auditimi: Mbledhjet e Këshilli Drejtues në KSHB nuk diskutojnë në detaj plotësimin e kriterëve të përshtatshmërisë për birësim dhe dhënies së pëlqimit për birësim. Diskutimet e kryera në këtë këshill nuk analizojnë në detaj plotësimin e kriterëve të përshtatshmërisë nga aplikantët birësues, por përgjithësisht komentohet ngjashmëria e fëmijës me prindërit birësues. Rezultojnë raste kur është dhënë përshtatshmëria për aplikantët birësues e në vijim po në të njëjtën mbledhje është marrë edhe vendimi për dhënie pëlqimi për birësim. Në disa raste të tjera, në një mbledhje jepet përshtatshmëria për aplikantët birësues e në mbledhjen në vijim (me diferencë një muaj midis mbledhjeve) është dhënë pëlqimi për birësim, pa gjurmë të tjera që fëmijët e birësuar t'i jenë propozuar aplikantëve të tjerë prezent në listat e KSHB – së.

Kjo situatë reflektohet më së miri në rastin konkret të trajtuar gjatë auditimit nga ku është konstatuar se KSHB ka bërë një vendimmarrje të gabuar si për dhënien e përshtatshmërisë po ashtu edhe për dhënien e fëmijës për birësim. Në mbledhjet e Këshillit Drejtues nuk dokumentohet në detaj se si KSHB dhe anëtarët e këshillit kanë verifikuar figurën e aplikantes birësuese për të arritur në përfundimin që ajo është e përshtatshme për të birësuar dhe e përshtatshme për fëmijën e propozuar. Gjithmonë qasja ka qenë në mbrojtje të interesit të aplikantit birësues.

6.1 Rekomandimi: Në drejtim të analizimit të profileve të aplikantëve birësues dhe të dhënies së pëlqimit për birësim, Këshilli Drejtues nëpërmjet anëtarëve të tij, të cilët janë përfaqësues të disa nga institucionet qendrore në vend, të marrë masa për të analizuar dhe dokumentuar në mënyrë të detajuar verifikimin e informacionit të sjellë nga aplikantët në dosjet e tyre, si dhe të përshtatshmërisë që ata kanë për të birësuar fëmijët në listat e KSHB – së.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Në mbledhjen më të afërt të Këshillit Drejtues, datë 4 shtator 2024 anëtarët u vunë në dijeni nga Kryetari për këtë rekomandim të KLSH. Ju kërkua anëtarëve të sigurojnë verifikimin e dokumentacionit të dorëzuar nga aplikantët, sipas fushave që ata mbulojnë në sektorët ku punojnë. Anëtarët e KD kanë dhënë opinionin e tyre, i cili është dokumentuar në procesverbalin e mbledhjes datë 4 shtator 2024. Në parim ata shprehen se dokumentet e dorëzuara nga aplikantët lëshohen online nga platforma e-albania, pra nga institucionet e shtetit, dhe si të tilla kanë garancinë e plotë të saktësisë së tyre, por megjithatë në raste specifike kur ka dyshime për vërtetësinë/autenticitetin e ndonjë dokumenti të dorëzuar nga aplikantët ata marrin përsipër të verifikojnë më tej rastet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, në procesverbalin e mbledhjes së datës 4 shtator 2024 thuhet se: ... *“Anëtarët e Këshillit Drejtues nuk mund të vendosin në dyshim vërtetësinë e dokumenteve që lëshojnë institucionet shtetërore apo të vendosin në dyshim performancën e shtetit. Verifikimin e dokumentacionit të sjellë nga aplikantët në dosjet e tyre mund ta bëjmë vetëm nëse do të kemi një indicie konkrete. Përmes këtyre argumenteve të dhëna të gjithë anëtarët e Këshillit Drejtues bien unanimisht dakord për të respektuar këtë rekomandim sa herë që lindin dyshime apo të ketë indicie për një vlerësim më të detajuar të profilin të aplikantëve apo vlefshmërinë/verifikimin e dokumentacionit që ndodhet në dosjet e aplikantëve për birësim.”*

Grupi i auditimit ka kërkuar nëpërmjet e-mail-it të datës 09.01.2026 dokumentacion provues për zbatimin e këtij rekomandimi. Në po të njëjtën datë, KSHB është përgjigjur se: “Në lidhje me rekomandimet 4.1 dhe 5.1, ju informojmë se nuk janë evidentuar raste që të kenë kërkuar ndërhyrje të posaçme, për rrjedhojë nuk është krijuar dokumentacion shtesë për t'u përcjellë”.

Sa më sipër, referuar dokumentacioneve dhe shpjegimeve të subjektit të audituar, por dhe afatit në vijimësi për zbatimin e rekomandimit, rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi**.

7. Gjetje nga auditimi: Kuadri ligjor dhe rregullator aktualisht në fuqi parashikon se nga momenti kur fëmija ka shkuar në familjen birësuese familja do të monitorohet për dy vite; në total do të ketë 2 raporte monitorimi pas birësues vitin e parë dhe 2 raporte në vitin e dytë. Në asnjë nga këto dokumente apo qoftë edhe në ligjin për birësimin nuk thuhet që KSHB duhet patjetër të presë 6 muaj për të kryer monitorimin e parë pas birësues. KSHB nuk ka reaguar në kohë për të analizuar ecurinë pas birësuese e të miturës L.H/E.G me nënën birësuese L.H, birësuar në qytetin e Fierit. Gjatë auditimit është kontaktuar se problemet e nënës kanë filluar menjëherë pas birësimit, në datë 17.10.2023. KSHB ka marrë njoftim për vështirësitë që po haste nëna birësuese si fillim nëpërmjet shtëpisë së foshnjës Shkodër në fund të nëntorit, 28.11.2023, e në vijim duke komunikuar vetë nëpërmjet telefonit. Pavarësisht kësaj ky institucion nuk është marrë asnjë masë për të nisur një monitorim të situatës pas birësuese të vajzës në shtëpinë e nënës birësuese. KSHB, gjatë kësaj periudhe është mjaftuar vetëm me komunikimet telefonike, mesazhet dhe videot në whatsapp, me argumentin se institucioni nuk ka tagrin ligjor për të nisur monitorimin pas birësues pa u mbushur afati 6 muaj nga momenti i birësimit.

7.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të rrisë frekuencën dhe numrin e monitorimeve pas birësuese në bazë të situatave dhe specifikave të rasteve.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Rekomandimi që vizitat monitoruese postbirësuese të jenë më të shpeshta në raste specifike kur kemi indicie që atashimi i fëmijës po kalon periudha problematike u konsiderua me shumë vlerë dhe u ra dakord që të jetë pjesë e Rregullores së re të Brendshme të KSHB. Pra, tashmë do të kemi më shume se 4 vizita postbirësuese në 2 vjet për familjet që paraqesin problematika dhe kjo është përfshirë në Rregulloren e Brendshme të KSHB.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

8. Gjetje nga auditimi: Në ligjin për birësimet thuhet se KSHB (Sekretariati ekzekutiv) i kërkon sektorit të shërbimit social pranë njësive të qeverisjes vendore dhe agjencive ndërmjetësuese të dhëna për gjendjen e fëmijës së birësuar. Sa i takon këtij detyrimi, duhet theksuar që ky mund të përmbushet nëse nga KSHB dërgohet një njoftim zyrtar me anë të të cilit i bëhet me dije bashkisë përkatëse dhe njësisë përkatëse për shërbimet sociale në të që është kryer një birësim për të cilin do të nis periudha e monitorimit pas birësuese që do të zgjasë, në përputhje me ligjin për birësimet 2 vjet. Pavarësisht kësaj kërkesë ligjore, KSHB nuk njofton në asnjë rast asnjë Bashki për rastet e birësimeve të kryera, si dhe po kështu nuk kërkon informacion nga ato. KSHB edhe në rastin e birësimit të dështuar, të ndodhur në qytetin e Fierit, nuk ka patur asnjë komunikim me institucionet në nivel vendor për të shkëmbyer informacion mbi gjendjen e fëmijës së birësuar si dhe kur ka marrë dijeni për situatën nuk ka referuar rastin të Punonjësit për Mbrojtjen e Fëmijës së Bashkisë Fier.

8.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të komunikojë me të gjitha autoritetet në nivel vendor në lidhje me mbarëvajtjen e procesit të birësimit, si në fazën e verifikimit të informacionit për dhënien e përshtatshmërisë ashtu edhe në fazën e monitorimit pas birësues.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Nisur nga rasti i Fierit doli e nevojshme që kontaktet e KSHB me autoritetet vendore lokale të intensifikohen. Në mbrojtje të interesit më të lartë të fëmijës, KSHB ka vendosur që me këto struktura të koordinojë veprimet monitoruese pas birësuese sidomos me NJMF në rastet kur lind nevoja. KSHB dhe bashkitë kryesore në vend ranë dakord për nënshkrimin e një Marrëveshje Bashkëpunimi pikërisht për monitorimin e fëmijëve të birësuar në familjet birësuese në rastet kur shfaqen problematika. U zhvilluan takime me të gjithë drejtuesit e shërbimeve sociale në bashkitë kryesore të vendit si dhe me Njësitë e Mbrojtjes së Fëmijëve në këto bashki. Këto takime u zhvilluan në:

1. Tiranë
2. Shkodër
3. Durrës
4. Gjirokastrë
5. Sarandë
6. Korçë
7. Elbasan
8. Fier

U realizua nënshkrimi i Marrëveshjeve të Bashkëpunimit me të gjitha Bashkitë më lartë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, KSHB ka zhvilluar takime me të gjithë drejtuesit e shërbimeve sociale në bashkitë e listuara më sipër, si dhe ka nënshkruar marrëveshje bashkëpunimi me to. Marrëveshja përcakton rolet dhe përgjegjësitë e palëve. Megjithatë këto marrëveshje, kanë përcaktuar role dhe përgjegjësi për KSHB-në dhe bashkitë vetëm sa i takon fazës së monitorimit pas birësues. Ndërkohë që, rekomandimi kërkon që komunikimi ndërmjet KSHB-së dhe bashkive të realizohet në lidhje me mbarëvajtjen e procesit të birësimit në tërësi, duke përfshirë dhe fazën e verifikimit të informacionit për dhënien e përshtatshmërisë për prindërit birësues. Dispozitat e këtyre marrëveshjeve nuk përcaktojnë role dhe përgjegjësi në këtë bashkëpunim ndërmjet palëve sa i takon kësaj faze, por i referohen vetëm fazës së monitorimit pas birësues.

Sa më sipër, rekomandimi konsiderohet **i pranuar** dhe **pjesërisht i zbatuar**.

9. Gjetje nga auditimi: KSHB nuk ka komunikuar zyrtarisht në asnjë moment me Ministrinë e Drejtësisë për rastin e birësimit të dështuar, por referuar pohimeve të kryetares së KSHB-së, rasti është prezantuar verbalisht në këshillin drejtues në dy mbledhje në të cilat nuk është dokumentuar diskutimi mbi këtë rast. Me tej sipas kryetares së KSHB-së, ministri është bërë me dije nëpërmjet anëtarit të MD në këshillin drejtues. Duhet theksuar se KSHB, sipas ligjit për birësimin¹⁵ ka detyrimin të informojë ministrin mbi veprimtarinë e Komitetit, ndërsa Këshilli Drejtues dhe anëtarët e tij nuk kanë asnjë detyrim për të informuar/raportuar për veprimtarinë e komitetit¹⁶.

9.1 Rekomandimi: Kryetari i Komitetit Shqiptar të Birësimeve të njoftojë zyrtarisht ministrin e drejtësisë mbi rastin e birësimit të dështuar të ndodhur në datë 10.05.2024.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Ky njoftim është kryer në kohë reale përmes anëtares së KD, njëkohësisht shefe e Kabinetit të Ministrisë të Drejtësisë. Ndërkohë me kërkesën e Ministrisë të Drejtësisë, më datë 29 korrik ora 11:00, në Ministrinë e Drejtësisë, u realizua një takim i posaçëm për rastin e Fierit mes Kryetares së KSHB dhe Ministrisë të Drejtësisë, z. U.M. Në takim kryetarja e KSHB e informoi Ministrin për të gjitha hapat e ndjekura për rastin në fjalë dhe sqaroi në detaje fazat nëpër të cilat kalon procesi i birësimit në tërësi. Ministri kërkoi një vëmendje të shtuar për rastet problematike të atashimit – prind fëmijë dhe kujdesit që duhet treguar për të mbrojtur në çdo rast interesin më të lartë të fëmijës. Ai theksoi se në dinamikën e reja të situatës social-ekonomike ku po kalon tashmë shoqëria shqiptare, procesi i birësimit kërkon një bashkëpunim më të mirë me njësitë e shërbimeve për fëmijë në nivel vendor pasi ata janë më pranë familjeve gjeografikisht dhe kanë më shumë mundësi të asistojnë KSHB në proceset monitoruese. Kryetarja nga ana e saj premtoi dhe arriti të zhvillojë takime në të gjitha bashkitë kryesore në vend për t'u takuar me Shërbimet Sociale në bashki, por edhe me Njësitë e Mbrojtjes së Fëmijëve. U diskutua mundësia e nënshkrimit të marrëveshjeve të bashkëpunimit me këto bashki, përmes të cilave do të merren angazhime konkrete nga KSHB dhe bashkitë në fjalë, me fokus kryesor procesin e birësimeve dhe sidomos periudhën pas birësuese. Ministri la detyra specifike për KSHB në mënyrë që të evitohen sa më herët çdo problematikë që mund të agravohet

¹⁵ Neni 11, pika (dh)

¹⁶ Neni 9, Detyrat e Këshillit Drejtues të Komitetit

si në rastin e Fierit. Rishikimit të Rregullores së Brendshme të KSHB ju dha përparësi dhe u mbyll brenda vitit 2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

10. Gjetje nga auditimi: Kryetari i Komitetit Shqiptar të Birësimeve nuk ka nënshkruar marrëveshje me autoritetet qendrore dhe me agjencitë ndërmjetësuese të huaja. Më konkretisht, nuk kanë rezultuar marrëveshje të nënshkruara me autoritetet qendrore me të cilat KSHB ka bashkëpunuar më parë e me ato që bashkëpunon aktualisht, si për shembull në rastin e Autoritetit Qendror Francez, Grek, dhe atij të Maqedonisë së Veriut. Ndërsa, ka rezultuar se KSHB ka nënshkruar disa marrëveshje me agjenci ndërmjetësuese të huaja para hyrjes në fuqi të vendimit për përbërjen dhe funksionimin e Komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja në vitin 2011, i cili në vijim u ngarkua me kryerjen e procesit të njohjes e miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja mbështetur në ligjin për licencat, autorizimet dhe lejet dhe ligjit për birësimin. Pas hyrjes në fuqi të këtij vendimi, nuk rezultojnë të jenë nënshkruar më marrëveshje midis agjencive ndërmjetësuese të huaja dhe KSHB – së, pavarësisht detyrimit për ta bërë këtë.

10.1Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, në funksion të realizimit të proceseve të birësimit, të marrë masa për hartimin dhe nënshkrimin e marrëveshjeve të përbashkëta me autoritetet qendrore dhe agjencitë e huaja ndërmjetësuese, të licencuara.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Drejtësisë vlerëson se në respektim të ligjit, bazuar në pikën 2, të nenit 33, të ligjit nr. 9695, datë 19.03.2007 “Për procedurat e birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimit”, i ndryshuar, përcaktohet se: “Agjencitë ndërmjetësuese të huaja njihen dhe miratohen nga komisioni i miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja, pranë Ministrisë së Drejtësisë, për një afat 5-vjeçar për ushtrimin e veprimtarisë në këtë fushë në Republikën e Shqipërisë. Përbërja dhe rregullat e funksionimit të komisionit përcaktohen me vendim të Këshillit të Ministrave (VKM është miratuar në vitin 2011, konkretisht: Vendimi nr.399 datë 01.06.2011, i Këshillit të Ministrave, “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja”). Gjithashtu, bazuar në seksionin I dhe II, të Vendimit nr. 399 datë 01.06.2011, i Këshillit të Ministrave, “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja”, përcaktohet se: “Komisioni funksionon si organ kolegjal, vendimmarrës, pranë Ministrisë së Drejtësisë.”...“Komisioni përbëhet nga 5 (pesë) anëtarë, prej të cilëve tre janë përfaqësues të Ministrisë së Drejtësisë (zëvendësministër, drejtor i Përgjithshëm i Kodifikimit, përgjegjës i strukturës që mbulon çështjet për të mitur), dhe dy janë përfaqësues të Komitetit Shqiptar të Birësimeve.” Sa më sipër, në kuadër të këtij përcaktimi ligjor, përfaqësuesit e MD-së, në nivel politik, ushtrojnë veprimtarinë pranë strukturave të KSHB-së. Në rastet e birësimeve ndër-vendase KSHB bashkëpunon me disa agjenci të huaja që operojnë në fushën e birësimeve në vendin tonë. Ato janë të licencuara dhe njihen ligjërisht si entitete private që përfaqësojnë vendet respektive në çështje që lidhen me birësimin e fëmijëve shqiptarë nga familje rezidente në vendet që ata përfaqësojnë apo dhe shtetas shqiptarë në emigracion. Me të gjitha këto agjenci do të nënshkruhen marrëveshje bashkëpunimi që përcaktojnë të drejtat dhe detyrat e secilës

palë në fushën e birësimeve. Janë nënshkruar Marrëveshje Bashkëpunimi mes KSHB dhe agjencive ndërmjetësuese që bashkëpunojnë me KSHB (materialet ju janë përcjellë nga KSHB-ja). Me autoritetet qendrore të birësimit në shtetet e huaja nuk mund të nënshkruhen marrëveshje bashkëpunimi pasi marrëdhëniet dypalëshe mes shteteve në fushën e birësimeve rregullohen me Konventën e Hagës të nënshkruar edhe nga Shqipëria qysh në vitin 1993.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Në rastet e birësimeve ndërvendase KSHB bashkëpunon me disa agjenci të huaja që operojnë në fushën e birësimeve në vendin tonë. Ato janë të licencuara dhe njihen ligjërisht si entitete private që përfaqësojnë vendet respektive në çështje që lidhen me birësimin e fëmijëve shqiptar nga familje rezidente në vendet që ata përfaqësojnë apo dhe shtetas shqiptar në emigracion. Janë nënshkruar Marrëveshje Bashkëpunimi mes KSHB dhe agjencive ndërmjetësuese që bashkëpunojnë me KSHB (kopje të marrëveshjes bashkëngjitur). Me autoritetet qendrore të birësimit në shtete të huaja nuk mund të nënshkruajmë marrëveshje bashkëpunimi pasi marrëdhëniet dypalëshe mes shteteve në fushën e birësimeve rregullohen me Konventën e Hagës të nënshkruar edhe nga Shqipëria qysh në vitin 1993.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, KSHB ka nënshkruar Marrëveshje Bashkëpunimi me disa agjenci ndërmjetësuese të huaja që janë licencuar për të ushtruar veprimtarinë në birësimet brenda territorit të Republikës së Shqipërisë. Sa i takon bashkëpunimit të KSHB-së me autoritetet qendrore të birësimit, KSHB shprehet se nuk mund të nënshkruajë marrëveshje bashkëpunimi me to pasi marrëdhëniet dypalëshe mes shteteve në fushën e birësimeve rregullohen me Konventën e Hagës, të nënshkruar edhe nga Shqipëria që prej vitit 1993.

Ndërkohë që, në planin e punës për adresimin e çështjeve të dala nga rekomandimet e KLSH-së, dërguar në respektim të afatit ligjor prej 20 ditësh, në zbatim të nenit 15, shkronja “j”, të ligjit nr.154/2014, datë 27.11.2014, Komiteti Shqiptar i Birësimeve në kolonën “aktiviteti” shprehet se: *“Marrëveshje do të nënshkruhen edhe me autoritetet qendrore të birësimeve me shtetet me të cilat Shqipëria bashkëpunon aktualisht”*. Gjithashtu, nga dokumentacioni i vendosur në dispozicion të grupit të auditimit rezulton se, KSHB ka nënshkruar Marrëveshje Bashkëpunimi me Autoritetin Qendror të Maltës, por jo me autoritete të tjera me të cilat bashkëpunon në fushën e birësimit për realizimin e birësimeve ndërvendase, si psh. Autoriteti Qendror Francez, Grek, dhe atij të Maqedonisë së Veriut.

Sa më sipër, ky rekomandim konsiderohet **i pranuar** dhe **pjesërisht i zbatuar**.

11. Gjetje nga auditimi: Komisioni i Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja nuk është mbledhur në Ministrinë e Drejtësisë sipas dispozitave ligjore dhe nënligjore në fuqi. Komisioni duhet të ishte mbledhur, me kërkesë të Kryetarit të tij, sa herë informohet nga Sekretari, për paraqitjen pranë MD – së të maksimumi 5 kërkesave të reja për licencim në fushën e birësimit, brenda 10 ditëve nga ardhja e kërkesës. Në përfundim të periudhës 5 vjeçare të vlefshmërisë së licencimit, agjencitë ndërmjetësuese të huaja e kanë paraqitur kërkesën e tyre për licencim mesatarisht mbas një viti nga përfundimi i saj, me përjashtim të agjencisë A...B.. e cila e ka paraqitur pas një muaji. Në vijim të licencimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja, të dhënat mbi to dhe licencat e lëshuara për të ushtruar funksionet e ndërmjetësimit në fushën e birësimeve, duhet të hidhen në një regjistër të posaçëm i cili duhet të mbahet dhe të administrohet në Ministrinë e Drejtësisë sipas formatit të miratuar. Në praktikë, nuk është respektuar formati i miratuar me urdhrin

e ministrit; registri nuk është historik, e nuk pasqyron të gjitha licencimet nga momenti i nisjes së këtij procesi nga Komisioni i Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja; personi përgjegjës i përcaktuar për mbajtjen e regjistrit nuk kishte dijeni për të dhe nuk e ka administruar asnjëherë. Gjithashtu ka rezultuar se nuk janë bërë publikimet përkatëse në faqen e QKB - s, “Licenca të lëshuara jashtë QKB – së”.

11.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë, Komisioni i Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja, të marrë masa për të shqyrtuar në kohë kërkesat e agjencive ndërmjetësuese të huaja për njohje, miratim, licencim, si dhe t’i publikojë ato menjëherë pranë organeve përkatëse.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Në kuadër të përcaktimeve ligjore, përfaqësuesit e MD-së në nivel politik, ushtrojnë veprimtarinë pranë strukturave kolegjiale të KSHB-së. Komisioni i Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese në MD angazhohet të shqyrtojë në kohë kërkesat e agjencive për miratim ose rinovim të licensave si dhe t’i publikojë ato pranë organeve përkatëse. Ky është detyrim ligjor që zbatohet nga Komisioni i Licencimit në MD sa herë që agjencitë plotësojnë afatet e licencimit apo kur ka kërkesa për licencime të reja. Bazuar në seksionin I dhe II, të Vendimit nr. 399 datë 01.06.2011, i Këshillit të Ministrave, “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja”, përcaktohet se: “Komisioni funksionon si organ kolegjial, vendimmarrës, pranë Ministrisë së Drejtësisë.”...“Komisioni përbëhet nga 5 (pesë) anëtarë, prej të cilëve tre janë përfaqësues të Ministrisë së Drejtësisë (zëvendësministër, drejtor i Përgjithshëm i Kodifikimit, përgjegjës i strukturës që mbulon çështjet për të mitur), dhe dy janë përfaqësues të Komitetit Shqiptar të Birësimeve.” Sa më sipër, në kuadër të këtij përcaktimi ligjor, përfaqësuesit e MD-së, në nivel politik, ushtrojnë veprimtarinë pranë strukturave të KSHB-së.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Në lidhje me këtë rekomandim, Ministria e Drejtësisë evidenton detyrimin ligjor që ka nga Komisioni i Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja, sa herë që agjencitë plotësojnë afatet e licencimit apo kur ka kërkesa për licencime të reja, bazuar në Vendimin nr. 399 datë 01.06.2011, i Këshillit të Ministrave, “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja”. Më pas sqaron përbërjen e komisionit, sipas dispozitave të vendimit. Sipas vendimit (cituat më sipër), e konkretisht Kreu III, paragrafi 1 përcaktohet se: “Komisioni mblidhet, me kërkesë të kryetarit, sa herë informohet nga sekretari, për paraqitjen pranë Ministrisë së Drejtësisë të, maksimumi, 5 (pesë) kërkesave të reja nga agjencitë ndërmjetësuese të huaja, për njohje dhe miratim, me qëllim ushtrimin e veprimtarisë së tyre në fushën e birësimit”. Duke qenë se, në përgjigjen e subjektit nuk paraqitet asnjë informacion apo dokumentacion në lidhje me zbatimin e rekomandimit, përveç detyrimit ligjor për zbatimin e tij dhe përbërjes së komisionit, rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

12. Gjetje nga auditimi: KSHB ka vijuar të kryejë procedura birësimi me agjencitë ndërmjetësuese të huaja edhe pas përfundimit të vlefshmërisë së licensave të tyre, pavarësisht përcaktimeve ligjore, duke u lejuar atyre ushtrimin e veprimtarisë së birësimit në vendin tonë pa licencë dhe kryer birësimin ndërvendas të 9 (nëntë) fëmijëve. Nga ana tjetër, KSHB nuk ka ushtruar asnjëherë mbikëqyrje të veprimtarisë së këtyre agjencive në vendin tonë, sa i takon përbërjes, funksionimit dhe gjendjes së tyre financiare, sikurse kërkohet nga ligji për birësimet.

12.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve, me mbështetjen e Ministrisë së Drejtësisë, të planifikojë e të kryejë mbikëqyrjen e veprimtarisë së agjencive ndërmjetësuese të huaja në vendin tonë, sa i takon përbërjes, funksionimit dhe gjendjes së tyre financiare.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Në kuadër të përcaktimeve ligjore, përfaqësuesit e MD-së në nivel politik, ushtrojnë veprimtarinë pranë strukturave kolegjiale të KSHB-së. Agjencitë ndërmjetësuese licencohen nga MD dhe gjatë periudhës së licencimit kontrollohet në imtësi gjithë dokumentacioni i agjencisë që aplikon për rinovim ose marrje licence. Kontrolli lidhet me procesin e birësimeve në tërësi dhe me situatën financiare të tyre. Është pikërisht ky momenti kur MD dhe KSHB mbikëqyrin veprimtarinë e këtyre agjencive. KSHB ka diskutuar me agjencitë ndërmjetësuese mundësinë për organizimin e auditimeve në zyrat e përfaqësuesve të tyre në Shqipëri dhe ato janë shprehur dakord. Do të rakordohet puna ndërmjet KSHB-së dhe MD (me përfaqësuesit e caktuar me Urdhër Ministri, në nivel politik) për t'i realizuar këto auditime, parashtrime të cilat janë raportuar edhe nga KSHB-ja. Me Urdhër të Ministrit të Drejtësisë nr. 432 datë 10.09.2024 është ngritur një grup pune me objekt: “Për ngritjen e grupit të punës me qëllim kryerjen e një analize dhe reflektimin pranë KLSH-së me komente dhe shpjegime brenda datës 31.12.2024, lidhur me gjetjet e pasqyruara në projekt raportin e auditimit të performancës me temë “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”. Janë organizuar takime të rregullta të protokolluara nga Zv Ministri K., si kryetar i Grupit të Punës, si dhe është hartuar një kalendar i detajuar me ndarjen e detyrave përkatëse për të ndjekur dhe raportuar nga anëtarët zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH dhe problematikat e hasura gjatë këtij procesi. Kopje të procesverbaleve të këtyre takimeve bashkëngjitur.

Shpjegimet e Komitetit Shqiptar të Birësimeve mbi zbatimin e rekomandimit

Agjencitë ndërmjetësuese licencohen nga MD dhe gjatë periudhës së licencimit kontrollohet në imtësi gjithë dokumentacioni i agjencisë që aplikon për rinovim ose marrje licence. Kontrolli lidhet me procesin e birësimeve në tërësi dhe me situatën financiare të tyre. Është pikërisht ky momenti kur MD dhe KSHB mbikëqyrin veprimtarinë e këtyre agjencive. KSHB ka diskutuar me agjencitë ndërmjetësuese mundësinë për organizimin e auditimeve në zyrat e përfaqësuesve të tyre në Shqipëri dhe ato janë shprehur dakord. Rilicencimi konsiderohet si moment auditimi pasi skanohen të gjithë dokumentacionet e agjencive përkatëse.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Agjencitë ndërmjetësuese të huaja njihen dhe miratohen nga komisioni i miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja, pranë Ministrisë së Drejtësisë, për një afat 5-vjeçar për ushtrimin e veprimtarisë në këtë fushë, brenda territorit të Republikës së Shqipërisë. Licencimi është parakusht për ushtrimin e veprimtarisë së këtyre agjencive në territorin e Republikës së Shqipërisë, por nuk është momenti kur KSHB mbikëqyrin veprimtarinë e këtyre agjencive. Neni 9, pika 16 e ligjit nr. 9695, datë 19.03.2007 “Për procedurat e birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimit”, të ndryshuar përcakton se: *“Këshilli drejtues i Komitetit informohet për veprimtarinë e agjencive të licencuara, pas kontroleve të ushtruara nga strukturat e Komitetit dhe, kur vëren se ato kanë kryer shkelje të detyrimeve ligjore, propozon masa administrative deri në heqjen e licencës”*.

Pra, mbikëqyrja nga KSHB nis në një moment të dytë, pas licencimit e gjatë ushtrimit të veprimtarisë nga ana e agjencive. Referuar shpjegimeve të subjekteve të audituara, dokumentacionit shoqërues, si dhe afatit të përcaktuar për zbatimin e rekomandimit, rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

13. Gjetje nga auditimi: Ministria e Drejtësisë nuk ka mbikëqyrur veprimtarinë e KSHB – së në vite, por është mjaftuar vetëm me raportimet që KSHB duhet të bëjë në zbatim të ligjit për birësimet. Drejtoria e Çështjeve të Drejtësisë dhe Monitorimit të Institucioneve të Varësisë, nëpërmjet Sektorit të Monitorimit të Institucioneve të Varësisë në fushën civile, nuk ka kryer monitorime të veprimtarisë së KSHB – së, përveçse një hetimi administrativ të kryer në vitin 2019, i cili është iniciuar në bazë të një ankese administruar në MD. Procesi i birësimit, aktiviteti kyç i këtij institucioni, nuk është audituar asnjëherë nga kjo ministri.

13.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë të auditojë Komitetin Shqiptar të Birësimeve nga këndvështrimi i procesit të birësimit në tërësinë e tij.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Argumentimi ligjor: Komiteti Shqiptar i Birësimit është krijuar dhe e ushtron aktivitetin e tij si institucion buxhetor, bazuar në Ligjin nr. 9695, datë 19.3.2007 “Për procedurat e Birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimit”, të ndryshuar me Ligjin nr. 10 358, datë 16.12.2010 dhe me Ligjin nr.69/2019. Drejtoria e Auditimit në Ministrinë e Drejtësisë bën vlerësimin e veprimtarisë financiare dhe përputhshmërisë ligjore të Komitetit Shqiptar të Birësimeve, bazuar në Ligjin nr.114/2015 “Për Auditimin e Brendshëm në Sektorin Publik”, udhëzimin e Ministrit të Financave nr.100, datë 25.10.2016 “Për miratimin e Manualit të Auditimit të Brendshëm në Sektorin Publik”, me ndryshimet. Përsa i përket këndvështrimit të procesit të birësimit në tërësinë e tij, në lidhje me trajtimin e të dhënave personale, Komiteti Shqiptar i Birësimit e ushtron funksionin e tij bazuar në Udhëzimin nr.38, datë 5.8.2013 “Për veprime të Komitetit Shqiptar të Birësimit, përpara fillimit të përpunimit të të dhënave personale”. Sipas pikës 1, të udhëzimit të Komisionerit për Mbrojtjen e të Dhënave Personale “Kontrollues i të dhënave personale” është Komiteti Shqiptar i Birësimit dhe agjencitë e ndërmjetësimit. Drejtoria e Auditimit të Brendshëm ka depozituar përgjigje zyrtare lidhur me këtë kërkesë.

Sa i përket auditimit të performancës së KSHB, Drejtoria e Auditimit në Ministrinë e Drejtësisë po vijon me auditimin në këtë institucion (në proces auditimi), auditim i cili kryhet sipas parashikimeve në rregulloren e brendshme të MD-së. Pas përfundimit të procesit të auditimit nga MD dhe lënies së rekomandimeve, MD do të vijojë me monitorimin e detyrave të lëna.

Argumentimi ligjor: Bazuar në Ligjin nr. 114/2015 “Për auditimin e brendshëm në sektorin publik”, Manualin e Auditimit të Brendshëm, miratuar nga Ministri i Financave me Urdhrin nr. 100, datë 25.10.2016 i ndryshuar, si dhe në Planin Strategjik dhe Programin Vjetor të Auditimeve për vitin 2025, miratuar nga Ministri i Drejtësisë me Urdhrin nr. 534, datë 16.10.2024 “Për miratimin e Programit Vjetor të Auditimit 2025” është në proces Programi i Auditimit nr. 6366/1, datë 16.12.2025 “Për auditimin e përputhshmërisë dhe financiar në Komitetin Shqiptar të Birësimit, Tiranë”, miratuar nga Drejtori i Drejtësisë së Auditimit të Brendshëm pranë Ministrisë së Drejtësisë, angazhimi i auditimit u krye në periudhën 22.12.2025 – 15.01.2026.

Në lidhje me Rekomandimin 12.1, me afat zbatimi Shtator – Dhjetor 2024, i cili parashikon që Ministria e Drejtësisë të auditojë Komitetin Shqiptar të Birësimit nga këndvështrimi i procesit të

birësimit në tërësinë e tij, sqarojmë se auditimi është në proces në përputhje me kuadrin ligjor dhe programimin vjetor të miratuar, duke u fokusuar në auditimin e përputhshmërisë dhe financiar, në përputhje me kompetencat e përcaktuara për auditimin e brendshëm.

Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka depozituar përgjigje zyrtare lidhur me këtë kërkesë. Programi i auditimit bashkëlidhur.

Sa i përket auditimit të performancës së KSHB, Ministria e Drejtësisë do të kryejë auditim të performancës çdo vit siç është parashikuar në rregulloren e brendshme për monitorimin e institucioneve të varësisë, nga drejtoria përkatëse.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

13.2 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë të ngrejë një grup pune për të analizuar mangësitë dhe problematikat e evidentuara nga ky auditim, veçanërisht në drejtim të aktivitetit të agjencive ndërmjetësuese në vite duke evidentuar përgjegjësitë përkatëse, si dhe të rastit të birësimit të dështuar.

Brenda 31.12.2024

Shpjegimet e Ministrisë së Drejtësisë mbi zbatimin e rekomandimit

Me Urdhër të Ministrit të Drejtësisë nr. 432 datë 10.09.2024 është ngritur një grup pune me objekt: “Për ngritjen e grupit të punës me qëllim kryerjen e një analize dhe reflektimin pranë KLSH-së me komente dhe shpjegime brenda datës 31.12.2024, lidhur me gjetjet e pasqyruara në projekt raportin e auditimit të performancës me temë “Procesi i birësimit të fëmijëve dhe garantimi i të drejtave të tyre për mirërritje dhe edukim”. Janë organizuar takime të rregullta të protokolluara nga Zv Ministri K.... si kryetar i Grupit të Punës, si dhe është hartuar një kalendar i detajuar me ndarjen e detyrave përkatëse për të ndjekur dhe raportuar nga anëtarët zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH dhe problematikat e hasura gjatë këtij procesi. Kopje të procesverbaleve të këtyre takimeve bashkëngjitur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

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

Trajtimi i observacioneve të paraqitura nga subjektet nën auditim.

Komente të paraqitura nga Ministria e Drejtësisë

Ministria e Drejtësisë, me email-in e datës 26.03.2026 dhe 03.04.2026, ka paraqitur komente/shpjegime lidhur me me Projektraportin e dërguar dhe konkretisht mbi statusin e rekomandimit nr.11.1 të Pyetjes Audituese 2, i cili paraqitet i pazbatuar.

Ministria e Drejtësisë shprehet se, Komisioni për njohjen dhe miratimin e Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja, në zbatim të detyrimeve që burojnë nga Urdhri Nr. 77, datë 09.02.2026, i Ministrit të Drejtësisë, “Për Ngritjen e Komisionit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja”, vijoi me verifikimin e dokumentacionit në secilën prej dosjeve/kërkesave të administruara, me qëllim evidentimin nëse janë përmbushur kriteret e parashikuara në ligjin Nr. 9695, datë 19.3.2007, “Për Procedurat e Birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimeve”, i ndryshuar, VKM-në nr. 399, datë

01.06.2011, “Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të Agjencive të Huaja”.

Në përfundim të vlerësimit dhe shqyrtimit të dokumentacionit, pasi konstatoi se janë përmbushur kriteret sipas përcaktimit në pikën 4 të VKM-së nr. 399, datë 01.06.2011 dhe Ligjit Nr. 9695, datë 19.3.2007, “Për Procedurat e Birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimeve”, i ndryshuar, mori 3 vendime për 3 agjenci, për ushtrimin e veprimtarisë në fushën e birësimit, brenda territorit të Republikës së Shqipërisë, me një afat 5-vjeçar.

Në zbatim të nenit 33, pika 2, të ligjit Nr. 9695, datë 19.3.2007, “Për Procedurat e Birësimit dhe Komitetin Shqiptar të Birësimeve”, Komisioni përcolli vendimet për publikim në Qendrën Kombëtare të Licencimit brenda 10 ditëve, konkretisht:

- Vendimin nr. 5, datë 25.02.2026, për shqyrtimin e kërkesës për njohjen dhe miratimin e Agjencisë Ndërmjetësuese të Huaj “C... di S...’E...”, për një afat 5-vjeçar, për ushtrimin e veprimtarisë në fushën e birësimit, brenda territorit të Republikës së Shqipërisë;

-Vendimin nr. 7, datë 25.02.2026, për shqyrtimin e kërkesës për njohjen dhe miratimin e Agjencisë Ndërmjetësuese të Huaj “S...”, për një afat 5-vjeçar, për ushtrimin e veprimtarisë në fushën e birësimit, brenda territorit të Republikës së Shqipërisë;

-Vendimin nr. 6, datë 25.02.2026, për shqyrtimin e kërkesës për njohjen dhe miratimin e Agjencisë Ndërmjetësuese të Huaj “A...C... I...”.

Pas marrjes së vendimeve, Komisioni përgatiti edhe 3 licencat dhe vendimet u përcollën për publikim në Qendrën Kombëtare të Licencimit, ndërsa të dhënat e tre agjencive që u licencuan u publikuan në Ministrinë e Drejtësisë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sqarimet dhe dokumentacionin e paraqitur nga Ministria e Drejtësisë mbi rekomandimin nr. 11.1, të Pyetjes Audituese 2, rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Komente të paraqitura nga Ministria e Drejtësisë

Ministria e Drejtësisë, me email-in e datës 26.03.2026 dhe 07.04.2026, ka paraqitur komente/shpjegime lidhur me me Projektraportin e dërguar dhe konkretisht mbi statusin e rekomandimit nr.13.1 të Pyetjes Audituese 2, i cili paraqitet në proces zbatimi.

Në zbatim të programit të auditimit nr. 6366/1 prot., datë 16.12.2025, të Ministrisë së Drejtësisë, informojmë se është kryer auditimi pranë Komitetit Shqiptar të Birësimit (KSHB). Nga auditimi u evidentuan disa mangësi në planifikimin dhe realizimin e buxhetit, kontrollin e brendshëm, menaxhimin financiar, burimet njerëzore, administrimin e aktiveve, si dhe në ndjekjen e procesit të birësimit. Janë dhënë rekomandime për përmirësimin e këtyre proceseve.

Në zbatim të programit të auditimit nr. 6366/1 prot., datë 16.12.2025, auditimi i kryer pranë Komitetit Shqiptar të Birësimit evidentoi mangësi në fushat e menaxhimit financiar, kontrollit të brendshëm, burimeve njerëzore, administrimit të aktiveve, si dhe në disa aspekte të procesit të birësimit dhe ndjekjes pasbirësuese. Në këtë kuadër, rekomandimet e dhëna janë fokusuar në:
·forcimin e mekanizmave të monitorimit dhe ndjekjes së rekomandimeve të mëparshme;
·përmirësimin e planifikimit dhe realizimit të fondeve buxhetore;
·rritjen e disiplinës financiare dhe respektimin e afateve ligjore të pagesave;

·plotësimin e vendeve vakante në pozicione kyçe dhe forcimin e kapaciteteve administrative;
·administrimin korrekt të aktiveve dhe nxjerrjen jashtë përdorimit të atyre të amortizuara;
·përmirësimin e raportimit financiar dhe dorëzimin në kohë të pasqyrave financiare.

Në lidhje me procesin e birësimit, auditimi konstatoi se kuadri rregullator dhe procedurat janë të përcaktuara dhe, në përgjithësi, të zbatuara, duke garantuar një proces të strukturuar dhe të orientuar drejt interesit më të lartë të fëmijës. Megjithatë, janë evidentuar nevoja për përmirësim në:
·dokumentimin dhe ndjekjen e vazhdueshme të procedurave të birësimit dhe aktivitetit pasbirësues;
·forcimin e monitorimit të integritetit të fëmijës në familjen birësuese;
·rritjen e kapaciteteve administrative për menaxhimin e rasteve, veçanërisht në kushtet e mungesës së stafit;
·shfrytëzimin më të mirë të mundësive për birësimet ndërkombëtare, në përputhje me kuadrin ligjor. Zbatimi i këtyre rekomandimeve synon përmirësimin e cilësisë dhe besueshmërisë së procesit të birësimit, si dhe forcimin e transparencës dhe efektivitetit të veprimtarisë institucionale në tërësi.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sqarimet dhe dokumentacionin e paraqitur nga Ministria e Drejtësisë mbi rekomandimin nr. 13.1, të Pyetjes Audituese 2, grupit të auditimit nuk i është vendosur në dispozicion Raporti Përfundimtar i Auditimit, por është vendosur në dispozicion vetëm shkresa me nr. 6366/5 prot., datë 20.02.2026 me lëndë “Dërgohet Raporti Përfundimtar i Auditimit”.

Sa më sipër, statusi i zbatimit të rekomandimit të lënë mbetet i pandryshuar.

IV. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr. 762/18 prot., 762/19 prot., 762/20 prot., datë 08.08.2024, konstatohet se një pjesë e madhe e tyre paraqitet e zbatuar pjesërisht, në proces zbatimi ose e pazbatuar. Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI

1. Pyetja e auditimit: A është i plotë dhe i përditësuar kuadri ligjor dhe rregullator që mbulon procesin e birësimit?

1. Gjetje nga auditimi: Aktualisht, legjislacioni në fuqi në fushën e birësimeve nuk parashikon kritere të qarta dhe të plota sa i takon: kufirit maksimal të moshës së birësuesit/birësuesve; qëndrueshmërisë e sigurisë së lidhjes martesore në kohë për aplikantët birësues të martuar; kriterit ekonomik për aplikantët birësues. Konkretisht, në Kodin e Familjes nuk parashikohet mosha kufi ku aplikantëve birësues u lejohet të paraqesin kërkesën për birësim. Në ligjin për birësimet nuk ka përcaktime ku të flitet për qëndrueshmërinë dhe sigurinë e lidhjes martesore në kohë siç parashikohet në legjislacione të tjera (si p.sh. në *Itali çifti duhet të jetë i martuar të paktën 3 vjet dhe jetesa e përbashkët të mos ketë patur shkëputje*). Po kështu, duke krahasuar situatën e vendit tonë

me praktika më të mira, përshtatshmëria ekonomiko financiare e aplikantëve birësues gjykohet pa patur një kriter të saktë reference.

2. Gjetje nga auditimi: Ligji për birësimet nuk parashikon mandat për Anëtarët e Këshillit Drejtues. Nga auditimi ka rezultuar se anëtarët e Këshillit Drejtues kanë ndryshuar shumë pak në vite. Parashikimi i një mandati të caktuar ndihmon në shmangien e familjarizimit të anëtarëve të KD me njëri tjetrin, si edhe me aplikantët në listë pritje, fakt i cili mund të ndikojë në objektivitetin e tyre në vendimmarrje.

3. Gjetje nga auditimi: Parashikimet e VKM - së nr. 399, datë 01.06.2011 “*Për përbërjen dhe rregullat e funksionimit të Komisionit të Miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja*”, sa i takon heqjes e licencës së agjencive ndërmjetësuese të huaja, shkojnë përtej dispozitave të ligjit për birësimet. Në të thuhet se agjencive u hiqet licenca nëse kanë kryer vepër penale me dashje, duke përjashtuar kështu veprat penale që mund të ndodhin nga pakujdesia apo neglizhenca, e duke rënë ndesh me ligjin për birësimet.

1-3.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë, në bashkëpunim me Komitetin Shqiptar të Birësimeve, të ngrejë një grup punë për të përditësuar ligjin për birësimet dhe të gjitha aktet e tjera ligjore e nënligjore në fushën e birësimeve, bazuar edhe në praktika të tjera më të mira ndërkombëtare, veçanërisht në drejtim të përcaktimit të kufirit maksimal të moshës së birësuesit/birësuesve; qëndrueshmërisë e sigurisë së lidhjes martesore në kohë për aplikantët birësues të martuar; kriterit ekonomik për aplikantët birësues, etj.

Brenda datës 31.12.2026

B. MASA ORGANIZATIVE

1. Pyetja e auditimit: A është i plotë dhe i përditësuar kuadri ligjor dhe rregullator që mbulon procesin e birësimit?

1. Gjetje nga auditimi: Në ligjin për birësimet parashikohet se, shtetasit shqiptarë rezident jashtë vendit dhe që duan të birësojnë mund të drejtohen direkt Komitetit për të kryer këtë proces, me kusht që vendimi gjyqësor shqiptar i birësimit të sjellë pasoja juridike në vendin e tyre të rezidencës. KSHB, në këtë drejtim, nuk ka zbatuar ligjin gjithmonë në mënyrë uniforme, duke detyruar shtetasit shqiptarë të aplikojnë përmes agjencive ndërmjetësuese të huaja ku, ata detyrohen të paguajnë tarifa shumë të larta krahasuar me tarifën që duhet të paguajnë në rast se aplikojnë direkt në Komitet.

1.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të marrë masa për të bashkëpunuar me autoritete qendrore përgjegjëse për birësimin dhe agjenci ndërmjetësuese të huaja me qëllim zbatimin e ligjit, sa i takon birësimeve nga shtetas shqiptar rezident jashtë vendit, dhe parandalimin e dështimit të birësimit.

Menjëherë dhe në vijimësi

2. Pyetja e auditimit: Si ka funksionuar procesi i birësimit vendas dhe ndërvendas në vendin tonë?

2. Gjetje nga auditimi: Struktura e Komitetit Shqiptar të Birësimeve nuk është e plotë, pasi sekretariati Ekzekutiv i Komitetit nuk është ngritur sikurse përcaktohet nga ligji për birësimet. Ky fakt sjell pasoja të rëndësishme, sepse detyrat specifike që ligji për birësimet dhe rregullorja e brendshme e KSHB – së ia ngarkon kësaj strukture kryen, sipas rastit, nga punonjësit e KSHB – së, pavarësisht se nuk i kanë në përshkrimet e tyre të punës.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë, në bashkëpunim me Komitetin Shqiptar të Birësimeve, të marrë masa për të rishikuar strukturën organike të Komitetit sipas përcaktimeve të ligjit, duke e plotësuar atë me Sekretariatin Ekzekutiv, si dhe duke vlerësuar nevojat faktike të tij për staf shtesë.

Brenda datës 31.12.2026

3 Gjetje nga auditimi: Rregullorja e Brendshme e KSHB – së nuk parashikon pjesëmarrjen aktive të psikologut dhe punonjësit social të tij në periudhën e provës kur kryhet atashimi prind – fëmijë. Në të nuk ka udhëzime dhe praktika të sakta për mënyrën se si duhet bërë periudha e përshtatshmërisë për grup mosha të tjera me të mëdha ndryshe nga grup mosha 0 – 5 vjeç, sidomos kur jemi në prezencë të fëmijëve me problematika të shëndetit mendor apo fizik, të cilët nuk mund të shprehin qartësisht pëlqimin e tyre për birësim. Psikologu dhe/ose punonjësi social në KSHB nuk është gjithmonë prezent gjatë kryerjes së periudhës së provës, kjo pasi KSHB nuk planifikohen një numër minimale vizitash që duhet të kryhen me prezencën e detyrueshme të këtyre figurave profesionale. Komunikimet me stafin psiko – social të IPSH – ve janë kryesisht informale. Gjithashtu nuk parashikohet që specialistët e KSHB – së të kryejnë intervista apo takime të tjera të programuara (shtesë) me aplikantët birësues, apo edhe me fëmijët pavarësisht moshës së tyre.

Për sa më sipër, këto mangësi kanë sjellë pasoja edhe në rastin e birësimit të dështuar, ku është konstatuar se KSHB nuk i ka dedikuar vëmendjen e duhur periudhës dy javore të atashimit. Relacioni mbi atashimin prind fëmijë është hartuar duke u bazuar në një vizitë të vetme të kryer nga KSHB gjatë periudhës së provës. Referuar këtij fakti, ç’ ka është parashtruar përgjatë këtij raporti lidhur me kohëzgjatjen dhe mbikëqyrjen nga ana e institucioneve të periudhës së provës për vendosjen e atashimit prind – fëmijë merr akoma edhe më tepër kuptim, sepse kuptohet qartë që një vizitë e vetme nuk mund të tregojë nivelin e atashimit dhe 2 javë takimesh “të mbikëqyrura” janë të pamjaftueshme për të kuptuar krijimin e lidhjes prind – fëmijë. Po kështu, vërehet se asnjë nga palët e përfshira në mbikëqyrjen e periudhës së atashimit nuk ka dokumentuar me shkrim shqetësimet shprehura verbalisht mbi sjelljen e nënës.

3.1 Rekomandimi: Këshilli Drejtues në Komitetin Shqiptar të Birësimeve të dokumentojë qartë dhe saktë analizimin e respektimin e kriterëve për dhënien e përshtatshmërisë të aplikantëve birësues, si dhe atë të dhënies së pëlqimit për birësim, duke patur në vëmendje gjithmonë interesin më të lartë të fëmijës.

Menjëherë dhe në vijimësi

4. Gjetje nga auditimi: Mbledhjet e Këshilli Drejtues në KSHB nuk diskutojnë në detaj plotësimin e kriterëve të përshtatshmërisë për birësim dhe dhënies së pëlqimit për birësim. Diskutimet e kryera në këtë këshill nuk analizojnë në detaj plotësimin e kriterëve të përshtatshmërisë nga aplikantët

birësues, por përgjithësisht komentohet ngjashmëria e fëmijës me prindërit birësues. Rezultojnë raste kur është dhënë përshtatshmëria për aplikantët birësues e në vijim po në të njëjtën mbledhje është marrë edhe vendimi për dhënie pëlqimi për birësim. Në disa raste të tjera, në një mbledhje jepet përshtatshmëria për aplikantët birësues e në mbledhjen në vijim (me diferencë një muaj midis mbledhjeve) është dhënë pëlqimi për birësim, pa gjurmë të tjera që fëmijët e birësuar t'i jenë propozuar aplikantëve të tjerë prezent në listat e KSHB – së.

Kjo situatë reflektohet më së miri në rastin konkret të trajtuar gjatë auditimit nga ku është konstatuar se KSHB ka bërë një vendimmarrje të gabuar si për dhënien e përshtatshmërisë po ashtu edhe për dhënien e fëmijës për birësim. Në mbledhjet e Këshillit Drejtues nuk dokumentohet në detaj se si KSHB dhe anëtarët e këshillit kanë verifikuar figurën e aplikantes birësuese për të arritur në përfundimin që ajo është e përshtatshme për të birësuar dhe e përshtatshme për fëmijën e propozuar. Gjithmonë qasja ka qenë në mbrojtje të interesit të aplikantit birësues.

4.1 Rekomandimi: Në drejtim të analizimit të profileve të aplikantëve birësues dhe të dhënies së pëlqimit për birësim, Këshilli Drejtues nëpërmjet anëtarëve të tij, të cilët janë përfaqësues të disa nga institucionet qendrore në vend, të marrë masa për të analizuar dhe dokumentuar në mënyrë të detajuar verifikimin e informacionit të sjellë nga aplikantët në dosjet e tyre, si dhe të përshtatshmërisë që ata kanë për të birësuar fëmijët në listat e KSHB – së.

Menjëherë dhe në vijimësi

5. Gjetje nga auditimi: Në ligjin për birësimet thuhet se KSHB (Sekretariati ekzekutiv) i kërkon sektorit të shërbimit social pranë njësive të qeverisjes vendore dhe agjencive ndërmjetësuese të dhëna për gjendjen e fëmijës së birësuar. Sa i takon këtij detyrimi, duhet theksuar që ky mund të përmbushet nëse nga KSHB dërgohet një njoftim zyrtar me anë të të cilit i bëhet me dije bashkisë përkatëse dhe njësisë përkatëse për shërbimet sociale në të që është kryer një birësim për të cilin do të nis periudha e monitorimit pas birësuese që do të zgjasë, në përputhje me ligjin për birësimet 2 vjet. Pavarësisht kësaj kërkesë ligjore, KSHB nuk njofton në asnjë rast asnjë Bashki për rastet e birësimeve të kryera, si dhe po kështu nuk kërkon informacion nga ato. KSHB edhe në rastin e birësimit të dështuar, të ndodhur në qytetin e Fierit, nuk ka patur asnjë komunikim me institucionet në nivel vendor për të shkëmbyer informacion mbi gjendjen e fëmijës së birësuar si dhe kur ka marrë dijeni për situatën nuk ka referuar rastin të Punonjësit për Mbrojtjen e Fëmijës së Bashkisë Fier.

5.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve të komunikojë me të gjitha autoritetet në nivel vendor në lidhje me mbarëvajtjen e procesit të birësimit, si në fazën e verifikimit të informacionit për dhënien e përshtatshmërisë ashtu edhe në fazën e monitorimit pas birësues.

Menjëherë dhe në vijimësi

6. Gjetje nga auditimi: Kryetari i Komitetit Shqiptar të Birësimeve nuk ka nënshkruar marrëveshje me autoritetet qendrore dhe me agjencitë ndërmjetësuese të huaja. Më konkretisht, nuk kanë rezultuar marrëveshje të nënshkruara me autoritetet qendrore me të cilat KSHB ka bashkëpunuar më parë e me ato që bashkëpunon aktualisht, si për shembull në rastin e Autoritetit Qendror Francez, Grek, dhe atij të Maqedonisë së Veriut. Ndërsa, ka rezultuar se KSHB ka nënshkruar disa marrëveshje me agjenci ndërmjetësuese të huaja para hyrjes në fuqi të vendimit për përbërjen dhe funksionimin e Komisionit të Miratimit të Agjencive Ndërmjetësuese të Huaja në vitin 2011, i cili në vijim u ngarkua me kryerjen e procesit të njohjes e miratimit të agjencive ndërmjetësuese të huaja

mbështetur në ligjin për licencat, autorizimet dhe lejet dhe ligjit për birësimin. Pas hyrjes në fuqi të këtij vendimi, nuk rezultojnë të jenë nënshkruar më marrëveshje midis agjencive ndërmjetësuese të huaja dhe KSHB – së, pavarësisht detyrimit për ta bërë këtë.

6.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, në funksion të realizimit të proceseve të birësimit, të marrë masa për hartimin dhe nënshkrimin e marrëveshjeve të përbashkëta me autoritetet qendrore dhe agjencitë e huaja ndërmjetësuese, të licencuara.

Brenda Qershorit të vitit 2026

7. Gjetje nga auditimi: KSHB ka vijuar të kryejë procedura birësimi me agjencitë ndërmjetësuese të huaja edhe pas përfundimit të vlefshmërisë së licencave të tyre, pavarësisht përcaktimeve ligjore, duke u lejuar atyre ushtrimin e veprimtarisë së birësimit në vendin tonë pa licencë dhe kryer birësimin ndërvendas të 9 (nëntë) fëmijëve. Nga ana tjetër, KSHB nuk ka ushtruar asnjëherë mbikëqyrje të veprimtarisë së këtyre agjencive në vendin tonë, sa i takon përbërjes, funksionimit dhe gjendjes së tyre financiare, sikurse kërkohet nga ligji për birësimet.

7.1 Rekomandimi: Komiteti Shqiptar i Birësimeve, me mbështetjen e Ministrisë së Drejtësisë, të planifikojë e të kryejë mbikëqyrjen e veprimtarisë së agjencive ndërmjetësuese të huaja në vendin tonë, sa i takon përbërjes, funksionimit dhe gjendjes së tyre financiare.

Brenda datës 31.12.2026

8. Gjetje nga auditimi: Ministria e Drejtësisë nuk ka mbikëqyrur veprimtarinë e KSHB – së në vite, por është mjaftuar vetëm me raportimet që KSHB duhet të bëjë në zbatim të ligjit për birësimet. Drejtoria e Çështjeve të Drejtësisë dhe Monitorimit të Institucioneve të Varësisë, nëpërmjet Sektorit të Monitorimit të Institucioneve të Varësisë në fushën civile, nuk ka kryer monitorime të veprimtarisë së KSHB – së, përveçse një hetimi administrativ të kryer në vitin 2019, i cili është iniciuar në bazë të një ankese administruar në MD. Procesi i birësimit, aktiviteti kyç i këtij institucioni, nuk është audituar asnjëherë nga kjo ministri.

8.1 Rekomandimi: Ministria e Drejtësisë të auditojë Komitetin Shqiptar të Birësimeve nga këndvështrimi i procesit të birësimit në tërësinë e tij.

Menjëherë dhe në vijimësi

2.3- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “ZBATIMI I PLANIT KOMBËTAR PËR PËRSHTATJEN NDAJ NDRYSHIMEVE KLIMATIKE”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

I.1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), në zbatim të programit të auditimit tematik me Nr. 1203 prot. datë 18.12.2025 dhe objekt, “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e performancës, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024*”, ushtroi auditim

subjektet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: “Zbatimi i Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike”, në Ministrinë e Mjedisit.

Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi veprimtarinë për periudhën e 2020-2023 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 224 datë 4.12.2024 të Kryetarit të KLSH-së** si dhe i është përcjellë subjektit të audituar me shkresën nr. 967/7, datë 06.12.2024. Auditimi u krye nga data 16.12.2025 deri më datë 16.01.2026, 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 2024, 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 subjektin e audituar, Ministrinë e Mjedisit, u mbajt Akt-verifikimi nr. 1 datë 16.01.2026.

I.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 rezultoi se:

- Nga auditimi u konstatua se, Ministria e Mjedisit ka përcjellë në KLSH Planin e masave me shkresën nr. 408/1 datë 15.01.2025 mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna në auditimin me temë “Zbatimi i Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike”.

I.3. Respektimi i afatit ligjor prej 6 muajsh, për raportimin në KLSH, të ecursisë 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 Mjedisit nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.

I.4. Statusi i rekomandimeve të lëna:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 967/7, datë 06.12.2024., janë rekomanduar gjithsej 12 masa organizative.

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, rezultojnë se:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar
1.	Masa organizative	12	12	0

II. HYRJA

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të evaduara në gjashtëmuajorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 1203 prot. datë 18.12.2025. Rekomandimet e lëna në Raporti Përfundimtar i Auditimit të mëparshëm me temë, “ Zbatimi i Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike” me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 224 datë 4.12.2024 të Kryetarit të KLSH-së**, dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresën nr. 967/7, datë 06.12.2024.

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

1. M.K, përgjegjës grupi,
2. A.Ç, anëtare,

Auditimi ka filluar më, 16.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Mjedisit.

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 subjekti, Ministria e Mjedisit në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se 12 (dymbëdhjetë) masa të rekomanduara gjithsej janë pranuar nga subjekti i audituar.

Nga masa e pranuar:

- janë zbatuar 7 rekomandime ose 58.3% e tyre,
- janë zbatuar pjesërisht 2 rekomandime ose 16.7% e tyre,
- gjenden në proces zbatimi 1 rekomandime ose 8.3% e tyre,
- gjenden pa zbatuar 2 rekomandime ose 16.7%.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
	Masa organizative	12	7	2	1	2
	Gjithsej	12	7	2	1	2

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%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	7	58.3%
2	Zbatuar pjesërisht	2	16.7%
3	Në proces zbatimi	1	8.3%
4	Pa zbatuar	2	16.7%

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

Nga analizimi të dhënave mbi nivelin e zbatimit të rekomandimeve rezulton se rreth 58% e tyre është zbatuar. Ndërsa, rreth 17% e tyre është zbatuar pjesërisht ose është në proces zbatimit. Për 25% të masave ende nuk kanë nisur zbatimi. Për vetë rëndësinë që tema ka, Ministria e Mjedisit duhet të intensifikojë përpjekjet për zbatimin e plotë të rekomandimeve të lëna.

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

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

A. MASA ORGANIZATIVE:

Pyetja Kryesore: A ka siguruar MTM mirë administrimin e Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike?

Pyetja 1. A ka garantuar MTM zbatimin e veprimeve prioritare të parashikuara në NAP?

Nënpyetja 1.1 A janë ngritur strukturat e nevojshme dhe a është realizuar rritja e kapaciteteve me qëllim implementimin e NAP?

Gjetje nga auditimi 1: Planifikimi i trajnimeve në fushën e ndryshimeve klimatike është bërë vetëm rast pas rasti, në varësi të projekteve që zbatohen nga donatorët e huaj dhe nuk është proces i vazhduar dhe integral në Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit dhe institucionet e tjera përgjegjëse.

Rekomandim 1.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të zhvillojë procesin e vlerësimit të nevojës për trajnim në mënyrë sistematike, edhe jashtë kuadrit të projekteve specifike, duke krijuar një panoramë të qartë të çështjeve që kanë më shumë nevojë për t'u trajtuar në vazhdimësi.

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Në zbatim të rekomandimit të KLSH-së për zhvillimin sistematik të procesit të vlerësimit dhe ngritjes së kapaciteteve për implementimin e Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike (NAP), Ministria e Mjedisit ka ndërmarrë dhe realizuar një sërë masash konkrete për forcimin e kapaciteteve institucionale në fushën e përshtatjes ndaj ndryshimeve klimatike, duke kaluar nga një qasje sporadike drejt një procesi më të strukturuar dhe të qëndrueshëm.

Në këtë kuadër, gjatë vitit 2025 janë realizuar disa aktivitete trajnimi dhe workshop-e të dedikuara posaçërisht për komponentët kyç të NAP-it, duke mbuluar ciklin e plotë të planifikimit, vlerësimit dhe zbatimit të masave përshtatëse. Konkretisht, më datat 29–30 maj 2025 janë zhvilluar dy workshop-e me fokus prezantimin e Analizës Kosto–Përfitim (Cost-Benefit Analysis) dhe validimin e planit të zbatimit të masave të përshtatjes, me qëllim forcimin e bazës analitike dhe vendimmarrëse për prioritarizimin e masave të NAP-it.

Gjithashtu, më datat 4–5 qershor 2025 janë realizuar dy ëorkshop-e të tjera, ku dita e parë iu kushtua një aktiviteti trajnues mbi vlerësimin socio-ekonomik të masave përshtatëse, si dhe restaurimin e mjedisit të bazuar në natyrë (Nature-based Solutions), duke synuar integrimin e dimensionit ekonomik, social dhe mjedisor në hartimin dhe zbatimin e masave të përshtatjes në sektorë të ndryshëm.

Një nga aktivitetet më të rëndësishme të ngritjes së kapaciteteve në fushën e përshtatjes është trajnimi intensiv 5-ditor, i zhvilluar më datat 17–21 nëntor 2025, me fokus skenarët klimatikë dhe vlerësimin e riskut klimatik, i organizuar për një audiencë të kufizuar dhe të përzgjedhur sipas fushës së ekspertizës. Në këtë trajnim morën pjesë përfaqësues të Ministrisë së Mjedisit, Agjencisë Kombëtare të Mjedisit dhe Institutit të Gjeoshkencave, Agjencisë Kombëtare të Mbrojtjes Civile të nominuar në përputhje me rolin e tyre institucional në prodhimin, analizimin dhe përdorimin e të dhënave klimatike dhe në vlerësimin e riskut klimatik.

Objektivi i përgjithshëm i këtij trajnimi ishte ndërtimi i kapaciteteve për konceptualizimin dhe vlerësimin e riskut klimatik në funksion të planifikimit të përshtatjes, si dhe përdorimi praktik i mjeteve SimClim (AR6), të bazuara në të dhënat më të fundit klimatike dhe të përshtatura për kontekstin e Shqipërisë. Trajnimi u zhvillua duke përdorur të dhëna dhe skenarë klimatikë kombëtarë, me qëllim analizimin e ndikimeve klimatike dhe identifikimin e masave përshtatëse për sektorë dhe terriore vulnerabël.

Si rezultat i këtij aktiviteti, pjesëmarrësit fituan aftësi praktike për përdorimin e software SimClim për analizë, interpretim dhe transformim të të dhënave klimatike; për kuptimin dhe aplikimin e SSP-ve dhe modeleve klimatike (GCM/RCM) për kontekstin shqiptar; për diskutimin dhe përzgjedhjen e opsioneve të përshtatjes për sektorë dhe komunitete të cënueshme; si dhe për parashikimin e ngjarjeve ekstreme dhe shpërndarjen e informacionit klimatik për mbështetjen e vendimmarrjes. Dokumentacioni justifikues për aktivitetet e sipërpërmendura ose do t'i përcillet grupit të auditimit të KLSH-së në format elektronik dhe, sipas nevojës, në kopje fizike.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria e Mjedisit ka realizuar workshop dhe ka vënë në dispozicion listën me workshop të realizuar.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Gjetje nga auditimi 2: Nga auditimi është konstatuar se nuk zhvillohen analiza në lidhje me impaktin dhe vlerësimin e projekteve të përfunduara në drejtim të forcimit të kapaciteteve.

Rekomandim 2.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të hartojë analiza të impaktit dhe vlerësimit të projekteve të përfunduara në drejtim të forcimit të kapaciteteve, duke mbajtur në konsideratë shkallën e arritjes së objektivave, rezultatet, si dhe mësimet e nxjerra për përmirësimin e aktiviteteve të ardhshme.

Në vazhdimësi

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Në lidhje me gjetjen nga auditimi se nuk zhvillohen analiza për vlerësimin e impaktit të projekteve të përfunduara në drejtim të forcimit të kapaciteteve, sqarojmë se Ministria e Mjedisit, në bashkëpunim me UNDP, ka kryer monitorimin dhe vlerësimin për projektet e financuara dhe të zbatuara në fushën e ndryshimeve klimatike.

Konkretisht, në përfundim të projektit të zbatuar nga UNDP “Advancing Albania’s Planning for Medium- and Long-Term Adaptation through the Development of a National Adaptation Planning (NAP) Process”, është hartuar dhe miratuar një Terminal Evaluation Document, në përputhje me kërkesat e UNDP dhe Fondit të Gjellbër për Klimën (GCF). Ky dokument përfshin një vlerësim të plotë të impaktit të projektit, nivelin e arritjes së objektivave dhe rezultateve, efektivitetin e ndërhyrjeve në forcimin e kapaciteteve institucionale, si dhe mësimet e nxjerra dhe rekomandimet për fazat pasuese të planifikimit dhe zbatimit të NAP-it.

Drejtoria e Klimës, mbetet e angazhuar për të vijuar me institucionalizimin e praktikave të analizës së impaktit dhe nxjerrjes së mësimave nga projektet e përfunduara, në përputhje me rekomandimin e auditimit. Bashkëlidhur dokumenti i vlerësimit të projektit të zbatuar nga UNDP “Advancing Albania’s Planning for Medium- and Long-Term Adaptation through the Development of a National Adaptation Planning (NAP) Process”

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria e Mjedisit ka vënë në dispozicion dokumentin *Terminal Evaluation Document* të hartuar dhe të miratuar.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar.

Gjetje nga auditimi 3: Procesi i koordinimit ndërinstitutional mes Ministrisë së Turizmit dhe Mjedisit dhe institucioneve të linjës apo të varësisë sa i përket angazhimit në trajnime ka qenë i cunguar. Kjo sepse, këto institucione nuk përcaktojnë persona apo struktura përgjegjëse, në përputhje dhe me përshtatjet e tyre të punës, të cilët mund të shërbejnë si pika kontakti dhe koordinimi me MTM në mënyrë sistematike dhe të vazhdueshme, në lidhje me forcimin e kapaciteteve për ndryshimet klimatike. Vetëm një përqindje e vogël e nëpunësve kanë njohuri adekuate për përmbajtjen e Veprimeve Prioritare specifike, qëllimet dhe treguesit që lidhen me institucionin dhe sektorin e tyre. Ndërkohë që, për projektin “*Tratolow*” nuk ka të dhëna për personat pjesëmarrës në trajnime nga MTM dhe ministrinë e linjës.

Rekomandim 3.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të kërkojë pranë institucioneve të linjës përcaktimin e personave përgjegjës për kontaktin dhe koordinimin e aktiviteteve të lidhura me ndryshimet klimatike.

Menjëherë

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Ministria e Mjedisit ka ndërmarrë masa konkrete për të siguruar koordinim ndërinstitutional në funksion të zhvillimit të aktiviteteve të forcimit të kapaciteteve. Konkretisht, Ministria ka kërkuar në mënyrë të vazhdueshme përcaktimin e personave përgjegjës për kontakt dhe koordinim nga institucionet e linjës, përmes shkresave zyrtare, të dërguara sipas rastit dhe tematikës së takimeve, trajnimeve apo proceseve konsultative të lidhura me ndryshimet klimatike. Këto kërkesa kanë mundësuar identifikimin e përfaqësuesve teknikë për pjesëmarrje në aktivitetet përkatëse dhe kanë siguruar funksionimin praktik të koordinimit ndërinstitutional gjatë zhvillimit të tyre.

Në kuadër të projekteve dhe iniciativave të zbatuara, përfshirë edhe projektin “TRATOLOW”, pjesëmarrja në trajnimet përkatëse është bazuar në nominimet e dërguara nga institucionet e linjës, në përgjigje të ftesave zyrtare të Ministrisë. Megjithatë, Ministria pranon se dokumentimi i të dhënave mbi pjesëmarrësit, veçanërisht në fazat fillestare të disa projekteve, nuk ka qenë i standardizuar në të gjitha rastet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria e Mjedisit ka vënë në dispozicion listën e personave përgjegjës nga ministrinë e linjës në trajnimet e realizuara, pra ky rekomandim është i zbatuar.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar.

Nënpyetja 1.2 *A është ngritur një sistem monitorim-vlerësimi, i cili ndjek statusin e zbatimit të veprimeve prioritare dhe mundëson bërjen e modifikimeve në procesin e NAP-it?*

Gjetje nga auditimi 4: Grupi Ndërmnistror i Punës për Ndryshimet Klimatike nuk është mbledhur në mënyrë periodike sipas parashikimit të Urdhrit të Kryeministrit. GNPNK nuk ka zhvilluar mbledhje të rregullta dhe takimi i fundit i tij është mbajtur në datën 1 Mars 2023.

Rekomandim 4.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të marrë masa dhe garantojë mbledhjen e grupit ndërmnistror të punës në mënyrë periodike, të paktën dy herë në vit.

Në vazhdimësi

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Ministria e Mjedisit ka hartuar dhe dorëzuar Raportin e Parë Dyvjeçar të Transparencës (Biennial Transparency Report – BTR), në përputhje me kërkesat e Marrëveshjes së Parisit dhe Kornizës së Përfortuar të Transparencës. Përshtatja ndaj ndryshimeve klimatike përbën një nga komponentët kryesorë të këtij dokumenti, duke përfshirë informacion mbi prioritetet kombëtare të përshtatjes, progresin e arritur, mekanizmat institucionalë të koordinimit, si dhe sfidat dhe nevojat për forcimin e kapaciteteve dhe financimit të përshtatjes. Procesi i hartimit të BTR-së ka kërkuar bashkëpunim të gjerë ndërinstitutional dhe ka shërbyer si një ushtrim praktik monitorimi dhe raportimi për masat e përshtatjes në nivel kombëtar. <https://unfccc.int/documents/653804>. Ky dokument bazohet në informacionin e detajuar të mbledhur nga institucionet pjesëmarrëse gjatë takimeve teknike dhe konsultative të zhvilluara në kuadër të procesit të NAP-it për të formalizuar zbatimin e NAP te parë deri në momentin e miratimit të NAP te rishikuar. Ky raport synon të vlerësojë statusin e zbatimit të veprimeve prioritare, të identifikojë pengesat dhe nevojat, si dhe të mbështesë përmirësimin e procesit të planifikimit dhe zbatimit të masave të përshtatjes. Në lidhje me gjetjen nga auditimi për moszhvillimin periodik të mbledhjeve të Grupit Ndërmnistror të Punës për Ndryshimet Klimatike, sqarojmë se kjo situatë lidhet me periudhën e tranzicionit institucional dhe pritjen e miratimit të ligjit të amenduar “Për Ndryshimet Klimatike”, i cili parashikon rishikimin dhe forcimin e kuadrit

institucional për koordinimin e politikave klimatike, përfshirë Komitetin për Ndryshimet Klimatike dhe grupet teknike mbështetëse të tij. Për pasojë, rishikimi formal i këtyre mekanizmave nuk ka qenë ende i finalizuar gjatë periudhës së auditimit. Megjithatë, Ministria e Mjedisit ka garantuar vijimësinë e koordinimit ndërinstitucional përmes organizimit të takimeve konsultative dhe teknike ad-hoc, ku kanë marrë pjesë përfaqësues teknikë nga të gjitha ministritë dhe agjencitë përkatëse. Këto takime kanë mundësuar shkëmbimin e informacionit, harmonizimin e të dhënave dhe adresimin e çështjeve konkrete. Grupi i punës u mbledh në datat 3 dhe 4 korrik 2025 për validimin e dokumenteve shoqërues të NAP, përfshirë dhe dokumentin për monitorimin dhe vlerësimin të cilin e gjeni bashkëlidhur.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga informacioni i përcjellë nga Ministria e Mjedisit nuk rezulton që grupi ndërmintor i punës të jetë mbledhur në mënyrë periodike.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

Gjetje nga auditimi 5: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka krijuar një sistem specifik monitorimi dhe vlerësimi, i cili mundëson nxjerrjen e mësimave dhe rishikimin e veprimeve prioritare, duke bërë korrigjimet e nevojshme në Planin Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike.

Rekomandim 5.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të marrë masa për krijimin dhe funksionimin e sistemit të monitorimit dhe vlerësimit. Procesi i monitorimit të kryhet çdo vit dhe mësimet e nxjerra prej tij të reflektohen në procesin dhe/ose dokumentin e Planit Kombëtar i Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, me qëllim rritjen e efektivitetit të këtij akti ndaj ndryshimeve klimatike.

Menjëherë

Përgjigje nga Ministria Mjedisit:

Ministria e Mjedisit gjatë procesit të hartimit të NAP-it ka ndërmarrë hapa konkretë për ndërtimin e bazës metodologjike dhe institucionale të këtij sistemi specifik monitorimi dhe vlerësimi, i cili mundëson nxjerrjen e mësimave dhe rishikimin e veprimeve prioritare.

Konkretisht, në kuadër të projektit të financuar nga Green Climate Fund dhe zbatuar nga UNDP “Advancing Albania’s Planning for Medium- and Long-Term Adaptation through the Development of a National Adaptation Planning (NAP) Process”, është zhvilluar një kuadër gjithëpërfshirës për Monitorimin, Vlerësimin dhe Nxjerrjen e mësimave (MEL) për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike, si pjesë integrale e paketës së NAP-it. Ky kuadër përfshin indikatorë të performancës, mekanizma raportimi, si dhe elementë për nxjerrjen e mësimave dhe përmirësimin e vazhdueshëm të procesit të planifikimit dhe zbatimit të masave të përshtatjes.

Sistemi i MVN-së për PKP-në e Shqipërisë shërben për tre funksione të ndërthurura: monitorim, vlerësim dhe nxënie. Ai udhëhiqet nga tagri më i gjerë i MVN-së për përshtatjen, i përcaktuar në instrumentet politike dhe rregullatore kombëtare, duke përfshirë shtatë qëllimet e parashikuara në VKM nr. 889/2022. Së pari, sistemi i MVN-së është projektuar për të monitoruar ecurinë në dy fusha kryesore: a. zbatimin e vetë procesit të PKP-së, duke ndjekur, për shembull, funksionimin e mekanizmave të koordinimit të PKP-së, përqindjen e zbatimit të masave të planifikuara, kryerjen e proceseve të rishikimit, dhe vëllimin dhe burimet e financimit për përshtatjen. b. zbatimin e masave të përshtatjes, duke vlerësuar ecurinë drejt objektivave strategjike dhe sektoriale të përcaktuar në PKP. Kjo mundëson një tregues për të vlerësuar ndryshimet në aftësinë ripërtëritëse ndaj klimës të Shqipërisë, me supozimin se veprimet për përshtatje, të zbatuara në mënyrën e duhur, zvogëlojnë

cenueshmërinë dhe përmirësojnë kapacitetin përshtatës. Së dyti, në përputhje me politikën për klimën të Shqipërisë dhe nevojat në zhvillim të procesit të PKP-së, sistemi i MVN-së përfshin një funksion të posaçëm vlerësimi. Edhe pse ky funksion nuk është operacionalizuar ende përmes një instrumenti të veçantë, ai ka për qëllim të vlerësojë si rezultatet e veprimeve për përshtatjen (p.sh., uljen e cenueshmërisë ndaj klimës, përmirësimin e aftësisë ripërtëritëse, rritjen e kapacitetit përshtatës), po ashtu edhe performancën e përgjithshme të procesit të PKP-së, përfshirë koordinimin, qeverisjen dhe përputhshmërinë me politikat. Sistemi aktual i treguesve dhe strukturat institucionale shërbejnë si një bazë për vlerësimet e ardhshme, të cilat do të zhvillohen dhe integrohen në mënyrë progresive si pjesë e përditësimeve të mëvonshme të sistemit të MVN-së. Së treti, sistemi është projektuar për të nxitur të nxënit, duke siguruar që njohuritë nga monitorimi dhe vlerësimi të përfshihen në mënyrë sistematike në planifikimin dhe zbatimin e përshtatjes. Ky cikël i vazhdueshëm i të nxënit mbështet një qeverisje klimatike më përshtatëse, gjithëpërfshirëse dhe efektive, në përputhje me angazhimin e Shqipërisë për përshtatje të bazuar te rezultatet dhe raportim transparent.

Në përputhje me VKM nr. 889/2022, MVN-ja për përshtatjen është projektuar për të arritur objektivat e mëposhtëm: 1. Monitorimi i zbatimit të veprimeve prioritare për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. 2. Ndjekja e ecurisë së zbatimit të politikave, planeve, veprimeve për përshtatjen dhe investimeve. 3. Vlerësimi i mënyrës se si veprimet për përshtatjen zvogëlojnë cenueshmërinë, përmirësojnë aftësinë ripërtëritëse dhe rrisin mirëqenien e popullsisë të prekura nga ndikimet klimatike. 4. Vlerësimi i shkallës së integritetit të konsideratave për ndryshimet klimatike në politikat sektoriale dhe kuadrot e qeverisjes. 5. Vlerësimi i procesit të PKP-së duke shqyrtuar strukturat e qeverisjes, mekanizmat e Sistemi i MVN-së i projektuar për PKP-në e Dytë synon të arrijë qëllimet e vendosura për ndjekjen e ecurisë së përshtatjes në kuadrin ligjor aktual, duke tejkaluar mangësitë nga përpjekjet e mëparshme të monitorimit. 32 | Plani kombëtar i përshtatjes të Shqipërisë Kuadri i Monitorimit, Vlerësimit dhe të Nxënit Plani kombëtar i përshtatjes të Shqipërisë Kuadri i Monitorimit, Vlerësimit dhe të Nxënit koordinimit dhe kapacitetet institucionale. 6. Lehtësimi i të nxënit nga procesi i PKP-së duke identifikuar sfidat kryesore, praktikat më të mira dhe mësimet e nxjerra. 7. Përmbyshja e detyrimeve të raportimit të Shqipërisë në kuadër të KKKBNK-së dhe Marrëveshjes së Parisit lidhur me masat e përshtatjes. Dokumenti i detajuar është bashkëlidhur këtij raporti.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Grupi auditimit konstaton që ky rekomandim është në proces zbatimi.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, në proces zbatimi.

Gjetje nga auditimi 6: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka miratuar një metodologji për procesin e monitorimit dhe vlerësimit dhe as treguesit e efektit, me qëllim vlerësimin e progresit ndaj ndryshimeve klimatike.

Gjetje nga auditimi 7: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka monitoruar çdo vit progresin dhe suksesin e veprimeve prioritare të Planit Kombëtar i Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike. Nga viti 2019 e në vijim MTM duhet të kishte gjeneruar çdo vit një progres raport lidhur me zbatueshmërinë e veprimeve prioritare dhe realizimin e objektivave të tyre. Mirëpo, i vetmi raport i progresit të Planit Kombëtar i Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, është ai i hartuar në vitin 2023, i cili është hartuar në bashkëpunim me UNDP dhe nuk ka fuqi juridike pasi nuk është miratuar.

Rekomandim 6.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit miratojë një metodologji për procesin e monitorimit dhe vlerësimit dhe treguesit e efektit, me qëllim vlerësimin e progresit ndaj ndryshimeve klimatike.

Menjëherë

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Në lidhje me gjetjen nga auditimi se Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka monitoruar në mënyrë vjetore progresin dhe suksesin e veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike (NAP) dhe se raporti i vetëm i progresit është ai i hartuar në vitin 2023 në bashkëpunim me UNDP, sqarojmë se kjo situatë lidhet me faktin se NAP-i i mëparshëm ka funksionuar kryesisht si dokument strategjik orientues dhe nuk ka qenë i shoqëruar me një metodologji të miratuar zyrtarisht për monitorimin, vlerësimin dhe raportimin periodik të progresit, si dhe me një kuadër të qartë institucional për zbatimin e tij.

Megjithatë, Ministria e Mjedisit ka ndërmarrë hapa konkretë për adresimin e kësaj mangësie në kuadër të procesit të hartimit të Planit të ri Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike. Gjatë takimeve teknike dhe konsultative të zhvilluara për hartimin e NAP-it të ri dhe për identifikimin e masave prioritare sektoriale dhe ndërsektoriale, Ministria ka mbledhur në mënyrë sistematike informacion dhe të dhëna nga institucionet përgjegjëse mbi statusin aktual të zbatimit të masave ekzistuese të përshtatjes, me qëllim vlerësimin e nivelit të progresit të arritur, identifikimin e boshllëqeve dhe përcaktimin e nevojave për ndërhyrje të mëtejshme.

Këto të dhëna janë përdorur si bazë analitike për të kuptuar pozicionimin aktual të vendit në lidhje me zbatimin e masave të përshtatjes ndaj ndryshimeve klimatike dhe për të orientuar hartimin e masave prioritare të NAP-it të ri. Gjetjet përkatëse do të reflektohen në mënyrë të strukturuar në dokumentin e Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, i cili do të miratohet me Vendim të Këshillit të Ministrave, duke i dhënë atij fuqi juridike dhe detyrueshmëri institucionale.

Në këtë kuadër, rezultatet e mbledhura nga procesi i monitorimit të situatës aktuale dhe vlerësimit të progresit do të përfshihen si Aneks i veçantë i NAP-it, i cili do të shërbejë si dokument referues për gjendjen fillestare (baseline) dhe si bazë për monitorimin dhe vlerësimin e rregullt të progresit në vitet në vijim. Paralelisht, në kuadër të NAP-it të është miratuar një metodologji e dedikuar për monitorimin dhe vlerësimin, së bashku me treguesit e efektit dhe rezultatet e pritshme, duke krijuar kushtet për raportim periodik, vlerësim të qëndrueshëm të progresit dhe përmirësim të vazhdueshëm të politikave të përshtatjes ndaj ndryshimeve klimatike

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria e Mjedisit ka hartuar dhe miratuar metodologjinë për monitorimin dhe vlerësimin dhe e ka vënë në dispozicion dokumentin grupit të auditimit.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Pyetja 2. A ka luajtur MTM një rol proaktiv në përfitimin e fondeve për ndryshimet klimatike?

Nënpyetja 2.1 A është krijuar një strukturë e dedikuar për nxitjen dhe përthithjen e financimeve klimatike? (Trajtuar më hollësisht në fq 26-31 të Raportit Përfundimtar)

Gjetje nga auditimi 8: Në PBA-të e Ministrisë së Turizmit dhe Mjedisit për periudhën objekt auditimi nuk është parashikuar financimi i veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike. Ministria e Turizmit dhe Mjedisit, për shkak të buxhetit të kufizuar ka vendosur në dispozicion vetëm burime njerëzore për zbatimin e veprimeve prioritare.

Rekomandim 8.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të marrë masa që zbatimi i veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike të përfshihet në planifikimin buxhetor afatmesëm të saj.

Në vazhdimësi

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit

Sa i përket krijimit të një strukture të dedikuar për financimet klimatike, sqarojmë se gjatë periudhës objekt auditimi nuk ka ekzistuar një sektor i veçantë i dedikuar ekskluzivisht për financimin klimatik. Megjithatë, funksionet që lidhen me identifikimin, zhvillimin dhe koordinimin e projekteve për financime klimatike janë ushtruar nga strukturat përgjegjëse për ndryshimet klimatike brenda MTM-së, në bashkëpunim të ngushtë me partnerët zhvillimorë dhe mekanizmat financiarë ndërkombëtarë (si GCF, GEF, AFD, UNDP, GIZ, EU), si dhe me institucionet e linjës. Ky angazhim ka rezultuar në përfitimin e fondeve të konsiderueshme për projekte të gatishmërisë (readiness), asistencës teknike dhe planifikimit, përfshirë projektet për BTR-në, MRV/MRVA dhe forcimin e kapaciteteve institucionale.

Në lidhje me gjetjen se në Programet Buxhetore Afatmesme (PBA) të MTM-së nuk është parashikuar financim specifik për zbatimin e veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, theksojmë se kjo situatë lidhet drejtpërdrejt me kufizimet buxhetore të Ministrisë dhe me faktin se veprimet prioritare të NAP-it janë ndërsektoriale në natyrë dhe kërkojnë përfshirjen dhe financimin nga një sërë institucionesh të linjës, përtej mandatit të drejtpërdrejtë buxhetor të MTM-së. Për rrjedhojë, gjatë periudhës objekt auditimi, kontributi i MTM-së është fokusuar kryesisht në sigurimin e burimeve njerëzore dhe koordinuese për mbështetjen e zbatimit të këtyre veprimeve.

Megjithatë, Ministria e Mjedisit ka ndërmarrë hapa konkretë për adresimin e kësaj gjetjeje në kuadër të zhvillimeve të fundit. Në procesin e hartimit të Planit të ri Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, në strategjinë e financimit janë identifikuar masat prioritare të përshtatjes të shoqëruara me vlerësime orientuese të kostove dhe burimeve potenciale të financimit, duke synuar integrimin gradual të tyre në proceset e planifikimit buxhetor afatmesëm, si në nivel të MTM-së, ashtu edhe në nivel ndërsektorial.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Mbështetur në informacionet e siguruar gjatë procesit të verifikimit të zbatimit të rekomandimeve, rezulton se ky rekomandim është pjesërisht i zbatuar.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar pjesërisht.

Gjetje nga auditimi 9: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka hartuar një kuadër strategjik për financimet klimatike, me qëllim përcaktimin e objektivave dhe analizimin e alternativave më të mira për përfitimin e fondeve për Planin Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike dhe nxitjen e përfitimeve nga donatorët.

Rekomandim 9.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të hartojë një strategji për financimet klimatike, me qëllim përcaktimin e objektivave dhe analizimin e alternativave më të mira për përfitimin e fondeve për Planin Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike dhe nxitjen e përfitimeve nga donatorët.

Në vazhdimësi

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Ministria e Mjedisit ka hartuar dhe finalizuar Strategjinë e Financimit të Planit Kombëtar të Përshtatjes (PKP) të Shqipërisë, e cila përbën kuadrin e parë gjithëpërfshirës strategjik për financimet klimatike të përshtatjes në nivel kombëtar

Strategjia është përgatitur në kuadër të procesit të planifikimit kombëtar të përshtatjes dhe synon të adresojë në mënyrë sistematike nevojat financiare për zbatimin e PKP-së 2026–2036, duke përcaktuar objektiva të qarta, prioritete sektoriale dhe alternativa të përshtatshme për mobilizimin e burimeve financiare nga burime vendase, ndërkombëtare dhe private

Dokumenti ofron një analizë të detajuar të nevojave financiare për 66 masa prioritare të përshtatjes, me një vlerësim total të investimeve të nevojshme prej rreth 9.8 miliardë USD, si dhe identifikon mangësitë financiare ekzistuese sipas sektorëve dhe horizonteve kohore

Nëpërmjet kësaj strategjie, MTM ka analizuar dhe strukturuar alternativat kryesore për përfitimin e fondeve për PKP-në, duke përfshirë financimin publik vendas (buxhetin e shtetit dhe buxhetet vendore), financimin publik ndërkombëtar (Fondi i Gjellbër për Klimën, GEF, Fondi i Përshtatjes, IPA e BE-së, bankat shumëpalëshe të zhvillimit), investimet e sektorit privat, si dhe instrumente inovative financimi si obligacionet e gjelbra, financimi i përzier (blended finance) dhe partneritetet publike-private

Strategjia përcakton gjithashtu një kuadër institucional për koordinimin dhe monitorimin e financimeve klimatike, duke siguruar përafrimin me proceset kombëtare të planifikimit dhe buxhetimit (PBA), si dhe një kuadër monitorimi, vlerësimi dhe të nxëniti për ndjekjen e progresit në mbylljen e boshllëkut financiar për përshtatjen

Dokumenti përfshin një plan të detajuar financiar për periudhën afatshkurtër 2026–2028 dhe një udhërrëfyes afatmesëm dhe afatgjatë për mobilizimin gradual dhe të qëndrueshëm të burimeve deri në vitin 2036.

Nëpërmjet këtij dokumenti, MM ka adresuar drejtpërdrejt gjetjen e auditimit duke krijuar një kuadër strategjik të dedikuar për financimet klimatike të përshtatjes, i cili shërben si bazë për nxitjen e përfitimeve nga donatorët, forcimin e bashkëpunimit me partnerët e zhvillimit dhe kalimin nga planifikimi në zbatim efektiv të masave të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike.

Sa më sipër bashkëlidhur do të gjeni në format elektronik Dokumentin “Strategjia e Financimit të Planit Kombëtar të Përshtatjes (PKP) të Shqipërisë” i hartuar me mbështetjen e UNDP.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria Mjedisit ka hartuar Strategjinë e Financimit të Planit Kombëtar të Përshtatjes (PKP) të Shqipërisë dhe dokumenti i është vënë në dispozicion grupit të auditimit.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar.

Gjetje nga auditimi 10: Në Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit nuk është krijuar sektori i financimit klimatik. Referuar Strategjisë së Ndryshimeve Klimatike, ky sektor duhet të ishte krijuar që në vitin 2020, me qëllim kryerjen e analizave për nxjerrjen e mësimave dhe novacionit për financimet klimatike.

Rekomandim 10.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të krijojë sektorin e financimit klimatik, si dhe të kryej analiza për nxjerrjen e mësimave dhe përmirësimin e proceseve të punës, me qëllim nxitjen dhe përfitimin e fondeve për zbatimin e Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike.

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Në lidhje me gjetjen nga auditimi se në Ministrinë e Turizmit dhe Mjedisit nuk është krijuar sektori i financimit klimatik, theksojmë se kapacitetet institucionale për adresimin e çështjeve të financimit klimatik janë forcuar në vijimësi, në përputhje me zhvillimet strukturore dhe prioritetet strategjike të ministrisë.

Konkretisht, pas ristrukturimit të Ministrisë së Mjedisit në shtator 2025, në bazë të Urdhrit të Kryeministrit nr. 185, datë 15.10.2025 “Për miratimin e strukturës dhe organizimit të Ministrisë së Mjedisit”, është rritur kapaciteti njerëzor dhe funksional i Drejtorisë përgjegjëse për ndryshimet klimatike. Në këtë kuadër, janë krijuar dy sektorë të dedikuar brenda Drejtorisë, përkatësisht: (i) sektori për hartimin e politikave klimatike dhe koordinimin e Inventarit Kombëtar të Gazeve me Efekt Serrë, dhe (ii) sektori për zhvillimin dhe koordinimin e projekteve klimatike.

Ky i fundit mbulon funksione që lidhen drejtpërdrejt me identifikimin, zhvillimin dhe koordinimin e projekteve për financime klimatike, përfshirë bashkëpunimin me donatorët ndërkombëtarë, institucionet financiare dhe mekanizmat shumëpalësh, si dhe mbështetjen e procesit të mobilizimit të fondeve për zbatimin e masave të përshtatjes dhe zbutjes ndaj ndryshimeve klimatike. Në këtë kontekst, funksionet e analizës së përvojave, nxjerrjes së mësimave dhe përmirësimit të proceseve të punës për financimet klimatike do të adresohen në mënyrë të integruar përmes këtij sektori në funksion të zbatimit efektiv të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike dhe rritjes së aksesit në burime financiare kombëtare dhe ndërkombëtare.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Ministria e Mjedisit ka përcjellë Rregulloren e Brendshme, në të cilin përfshihen përshkrimet e punës të sektorit për zhvillimin dhe koordinimin e projekteve klimatike. Qëllimi këtij sektori është mbështetja teknike dhe administrative në planifikimin, hartimin, zbatimin dhe monitorimin e projekteve në fushën e ndryshimeve klimatike, si dhe përmbushjen e angazhimeve të vendit ndaj instrumenteve financiare ndërkombëtare etj.

Statusi i rekomandimit: : I pranuar, i zbatuar.

Nënpyetja 2.2 Si ka qenë ecuria e fondeve të përthithura për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike?

Gjetje nga auditimi 11: Ligji për mbrojtjen e mjedisit dhe ligji për ndryshimet klimatike parashikojnë krijimin e fondit të mjedisit. Ky fond krahas nxitjes së veprimtarisë për mbrojtjen e mjedisit ka si qëllim edhe zbatimin e masave për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. Edhe pse Ministria e Turizmit dhe Mjedisit ka propozuar krijimin e fondit të mjedisit ai nuk është miratuar me VKM.

Rekomandim 11.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të ri kërkojë miratimin e fondit të mjedisit si një mekanizëm kyç financiar në mbështetjen e aktiviteteve lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike.

Brenda gjashtëmujorit të parë të vitit 2025

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Krijimi i një fondi të dedikuar jashtë buxhetit të përgjithshëm të shtetit ka kërkuar një analizë të thelluar të implikimeve fiskale dhe të përputhshmërisë me kuadrin ekzistues të menaxhimit të financave publike. Në këtë kontekst, është vlerësuar se krijimi i Fondit të Mjedisit duhet të sigurojë burime të qëndrueshme dhe të parashikueshme financimi, si dhe mekanizma të qartë qeverisjeje dhe

llogaridhënieje, për të shmangur fragmentimin e financimeve publike dhe mbivendosjen me instrumente ekzistuese buxhetore.

Procesi është ndikuar nga zhvillimet e fundit në kuadrin e politikave të Bashkimit Evropian për klimën, në veçanti nga krijimi i Fondit Social për Klimën të BE-së, i cili synon të mbështesë shtetet anëtare dhe vendet candidate në adresimin e ndikimeve sociale të politikave të çmimit të karbonit, përfshirë masat për eficiencë energjetike, mbrojtjen e grupeve vulnerabël dhe rritjen e reziliencës klimatike. Në këtë kuadër, është vlerësuar e domosdoshme që konceptimi i Fondit të Mjedisit në Shqipëri të jetë i harmonizuar me arkitekturën dhe kërkesat e këtij instrumenti evropian, në mënyrë që të mundësojë sinergji, bashkëfinancim dhe përthithje efektive të fondeve të BE-së në periudhën e ardhshme.

Burimet potenciale të financimit të Fondit të Mjedisit, përfshirë të ardhurat nga instrumentet e taksimit të karbonit dhe mekanizmat e çmimit të karbonit, kanë qenë në fazë zhvillimi dhe diskutimi politik, për shkak të ndikimeve të tyre ekonomike dhe sociale. Deri në konsolidimin e kuadrit ligjor dhe institucional për çmimin e karbonit dhe harmonizimin me instrumente si ETS dhe CBAM, është konsideruar e nevojshme të mos krijohet një fond pa një bazë të qartë dhe të qëndrueshme të të ardhurave.

Në vijim, Ministria e Turizmit dhe Mjedisit do të ri-iniciojë procesin për miratimin e Fondit të Mjedisit, në bashkëpunim me Ministrinë e Financave dhe institucionet e tjera përgjegjëse, duke synuar që ky fond të shërbejë si një mekanizëm kyç për bashkërendimin e burimeve kombëtare dhe evropiane, përfshirë Fondin Social për Klimën dhe të ardhurat nga taksimi i karbonit, në mbështetje të masave të përshtatjes ndaj ndryshimeve klimatike.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sipas përgjigjes të Ministrisë së Mjedisit, miratimi i fondit të mjedisit nuk është realizuar ende çka e bën këtë rekomandim të pazbatuar.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

Gjetje nga auditimi 12: Autoriteti Kombëtar i Përcaktuar nuk është krijuar me VKM. Këshilli i Ministrave, me propozimin e ministrit, duhet të miratojë vendimin për krijimin e Autoritetit Kombëtar të Përcaktuar të Mekanizmit të Zhvillimit të Pastër në kuadër të Protokollit të Kiotos. Gjithashtu nuk ka një dokument të miratuar i cili sanksionon procedurën për aplikim për fonde e projekte lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. Nuk ka një afat të përcaktuar për kohëzgjatjen e miratimit të projektit të miratuar me akt të posaçëm. Nisur nga procedurat për miratimin e projekteve të mësipërme procedura nga shkrimi i “Concept note” (projekt propozimi) për projektin “Albadapt” deri në fillimin e zbatimit të tij ka zgjatur rreth 4 vite.

Rekomandim 12.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të propozojë në Këshillin e ministrave miratimin me VKM të Autoritetit Kombëtar të Përcaktuar duke përcaktuar qartë procedurën për aplikim për fonde e projekte lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike.

Brenda gjashtëmujorit të parë të vitit 2025

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Nëpërmjet ndryshimeve të miratuara në nenin 33 të ligjit për ndryshimet klimatike, roli i Autoritetit Kombëtar të Përcaktuar është tashmë i sanksionuar drejtpërdrejt në ligj, duke parashikuar se NDA është ministri ose zëvendësministri i deleguar me urdhër të ministrit, pa qenë më e nevojshme miratimi i një VKM-je të posaçme. Ky ndryshim synon të rrisë fleksibilitetin institucional, të

shmangë vonesat procedurale dhe të sigurojë funksionalitet të menjëhershëm të NDA-së, në përputhje me praktikën e reja të financimit klimatik dhe kërkesat e donatorëve ndërkombëtarë. Në kuadrin e ri ligjor, ndërkohë që përcaktimi i NDA-së nuk kërkon më VKM, ligji parashikon qartë edhe mbështetjen institucionale të NDA-së nga ministritë e linjës dhe institucionet e varësisë, si dhe kompetencën e ministrit për të miratuar me udhëzim procedurën dhe formën e organizimit dhe bashkërendimit të punës ndërmjet NDA-së dhe strukturave mbështetëse. (Neni 8 i Ligjit nr. 95/2025 për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 155/2020, “për ndryshimet klimatike”, i ndryshuar) <https://qbz.gov.al/eli/ligj/2025/12/18/95>

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Nga verifikimi i grupit të auditimit rezultoi se, me ndryshimet e Ligjit nr. 155/2020, “Për ndryshimet klimatike”, roli i Autoritetit Kombëtar të Përcaktuar është sanksionuar drejtpërdrejt në ligj¹⁷.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Gjetje nga auditimi 13: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka një regjistër me të dhëna mbi aplikimet për projekte, fondet e alokuara, aktivitetet e parashikuara dhe ato të realizuara, shkëmbimin e informacioneve me ministritë e linjës dhe organizmat ndërkombëtare.

Gjetje nga auditimi 14: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka të dhëna të sakta e të detajuara mbi vlerën e fondeve apo projekteve të financuara përgjatë periudhës 2020-2023 lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. Pavarësisht se përgjatë kësaj periudhe janë përfituar fonde dhe projekte lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike mungesa e monitorimit të detajuar të tyre ka sjellë që Ministria e Turizmit dhe Mjedisit mos të ketë informacione se sa fonde shkojnë për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike për secilin vit. Gjithashtu, Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka mbështetur me fonde publike projekte apo aktivitete mbi përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike dhe nuk ka informacion nëse buxheti i shtetit ka mbështetur projekte apo aktivitete mbi përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike.

Rekomandim 13.1: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit të marrë masa për të siguruar në vazhdimësi të dhëna të sakta e të detajuara mbi aplikimet për projekte, fondet e alokuara, aktivitetet e parashikuara dhe ato të realizuara si dhe shkëmbimin e informacioneve me ministritë e linjës dhe organizmat ndërkombëtare.

Në vazhdimësi

Përgjigje nga Ministria e Mjedisit:

Në zbatim të Rekomandimit 13.1, Ministria e Mjedisit do të ndërmarrë masa konkrete për të siguruar në vazhdimësi të dhëna të sakta, të plota dhe të përditësuara mbi projektet në fushën e ndryshimeve klimatike. Konkretisht, Drejtoria e Klimës, nëpërmjet sektorit të dedikuar të projekteve, në bashkëpunim me Drejtorinë e Integrimit dhe Projekteve me Financim të Huaj do të krijojë dhe mirëmbajë një databazë të centralizuar për projekt-propozimet dhe projektet klimatike, e cila do të përfshijë:

- projekt-propozimet (concept notes dhe full proposals) që paraqiten nga ministritë e linjës, institucionet e varësisë dhe partnerët e tjerë;
- statusin e aplikimeve për financim pranë mekanizmave ndërkombëtarë, në veçanti Fondi i Gjelbër për Klimën (GCF) dhe Instrumenti Global për Mjedisin (GEF) etj;

¹⁷ Neni 8 i Ligjit nr. 95/2025 për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 155/2020, “Për ndryshimet klimatike”, i ndryshuar.

- vlerën e fondeve të kërkuara, të miratuara dhe të disbursuara;
- aktivitetet e planifikuara dhe ato të realizuara, sipas fazave të projektit;
- institucionet zbatuese dhe partnerët ndërkombëtarë;
- shkëmbimin e informacionit dhe koordinimin me ministrinë e linjës dhe organizmat ndërkombëtarë.

Kjo data-bazë do të shërbejë si një instrument kyç për forcimin e koordinimit ndërinstitucional, rritjen e transparencës dhe përmirësimin e kapacitetit të MTM për monitorimin e financimeve të përshtatjes ndaj ndryshimeve klimatike. Paralelisht, MTM do të punojë për harmonizimin e kësaj data-bazë me proceset ekzistuese të raportimit kombëtar dhe ndërkombëtar (p.sh. raportimet në kuadër të UNFCCC si BTR), duke krijuar bazën për një raportim më të strukturuar dhe të krahasueshëm në të ardhmen.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sipas përgjigjes nga Ministria Mjedisit nuk janë marrë masa konkrete për realizimin e rekomandimit. Grupi i auditimit e konsideron të pazbatuar këtë rekomandim.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i pazbatuar.

-Observacione mbi Projektraportin.

Me anë të shkresës nr. 1238/2 prot., datë 02.04.2026, administruar në KLSH me nr. 1203/46 prot., datë 07.04.2026, Ministria e Mjedisit ka përcjellë komente lidhur me disa rekomandime në projektraportin e paraqitur dhe më konkretisht:

Pretendimi i subjektit të audituar:

Lidhur me rekomandimi nr. 4.1 Nënpyetja 1.2 . “Në përgjigjen e Ministrisë së Mjedisit, është cilësuar se mbledhja e Grupit Ndërmintor të Punës për Ndryshimet Klimatike në datat 3 dhe 4 korrik 2025, për validimin e dokumentave shoqëruese të Planit Kombëtar për Përshtatjen ndaj Ndryshimeve Klimatike (PKPNK), përfshirë dokumentin për monitorimin dhe vlerësimin, është vënë në dispozicion të Kontrollit të Lartë të Shtetit (KLSH) bashkëlidhur shkresës, dokument i bazuar në informacionin e detajuar të mbledhur nga institucionet pjesëmarrëse gjatë takimeve teknike dhe konsultative të zhvilluara në kuadër të procesit të PKPNK, për formalizimin e zbatimit të tij deri në miratimin e PKPNK të rishikuar. Gjithashtu, është bërë me dije se situata e moszhvillimit periodik të mbledhjeve të Grupit Ndërmintor të Punës për Ndryshimet Klimatike, ka qenë e lidhur me situatën e tranzicionit institucional dhe pritjen e miratimit të ligjit të amenduar, ndaj për pasojë rishikimi formal i mekanizmave nuk ka qenë i finalizuar gjatë periudhës së auditimit. Për këtë arsye, statusi i rekomandimit i presupozuar i pazbatuar, nuk mund të pranohet plotësisht. Gjithashtu, në përgjigje të rekomandimeve, shprehem se ligji nr. 155/2020, i rishikuar, neni 22 pika 4, përcakton se Urdhri nr. 155/2014, i Kryeministrit “Për ngritjen dhe funksionimin e Grupit Ndërmintor të Punës në fushën e ndryshimeve klimatike” do të vazhdojë të ketë efekt dhe do të referohet si në zbatim të këtij ligji. Sa më sipër, Grupi Ndërmintor i Punës për Ndryshimet Klimatike do të vazhdojë të mbledhet periodikisht në përputhje dhe zbatim të dispozitave të urdhrat të Kryeministrit.”

Qëndrimi i grupit të auditimit të KLSH-së: Grupi i auditimit ka analizuar dokumentacionin dhe informacionin e përcjellë nëpërmjet e-maileve zyrtare gjatë periudhës nën auditim, trajtuar në çështjet përkatëse të këtij raporti auditimi. Sikurse subjekti ka përcjellë edhe në këtë shkresë, mbledhja e grupit ndërinstitucional të punës nuk ka qenë periodike. **Observacioni merret pjesërisht në konsideratë.**

Pretendimi i subjektit të audituar:

Lidhur me rekomandimi nr. 5.1 Nënpyetja 1.2, i konsideruar në proces zbatimi dhe që duhet të zbatohet brenda datës 31.12.2026, ku përcaktohet se Ministria e Mjedisit duhet të marrë masa për krijimin dhe funksionimin e Sistemit të Monitorimit dhe Vlerësimit, si dhe procesi i monitorimit duhet të kryhet çdo vit dhe mësimet e nxjerra prej tij duhet të reflektohen në procesin dhe/ose dokumentin e Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike PKPNK, me qëllim rritjen e efektivitetit të këtij akti ndaj ndryshimeve klimatike shprehemi se:

Ministria e Mjedisit, është shprehur se janë marrë hapa konkretë për ndërtimin e bazës metodologjike dhe institucionale të këtij sistemi specifik monitorimi dhe vlerësimi, i cili mundëson nxjerrjen e mësimet dhe rishikimin e veprimeve prioritare. Gjithashtu, në zbatim të detyrimeve që burojnë nga ligji 155/2020, “Për ndryshimet klimatike”, i ndryshuar, neni 21, pika 2, “Monitorimi, raportimi i shkarkimeve të GES-it dhe informacioneve të tjera, që lidhen me ndryshimet klimatike në nivel kombëtar”, Sistemi Kombëtar i Inventarit të GES (SKIG) dhe Sistemi i Monitorimit dhe Vlerësimit (M&V), si dhe në përputhje me Planin e Pikëtave Mbyllëse për Kapitullin e 27-të, është parashikuar rishikimi i VKM 889/2022 “Për miratimin e rregullores për monitorimin, raportimin e shkarkimeve të gazeve me efekt serrë dhe të informacioneve të tjera, që lidhen me ndryshimet klimatike në nivel kombëtar”, që do të hartohet në përputhje me ligjin për ndryshimet klimatike, duke transpozuar plotësisht Rregulloren e BE 2018/1999, si dhe orientimet e Panelit Ndërkombëtar për Ndryshimet Klimatike IPCC. Miratimi i VKM-së së sipërcituar parashikohet në përputhje me planin e punës së drejtorisë, PKIE 2026-2027, si dhe Programin e Përgjithshëm Analitik të Projekteve PPAP 2026, për katërmujorin e dytë të vitit 2026.”

Qëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit ka analizuar dokumentacionin dhe informacionin e përcjellë gjatë periudhës nën auditim, të trajtuara në këtë raport auditimi. Sa më sipër subjekti i audituar nuk paraqet informacion apo dokumentacion të ri dhe nuk kërkon ndryshim të rekomandimit apo të statusit të tij

Pretendimi i subjektit të audituar:

“Lidhur me Rekomandimin nr. 8.1 Nënpyetja 2.1 i konsideruar pjesërisht i zbatuar dhe që duhet të zbatohet në vazhdimësi, ku përcaktohet se Ministria e Mjedisit duhet të marrë masa që zbatimi i veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike PKPNK, të përfshihet në planin buxhetor afatmesëm të saj, shprehemi se:

Ministria e Mjedisit, ka bërë me dije se, pavarësisht se nuk ka ekzistuar një sektor i veçantë i dedikuar posaçërisht për financimin klimatik, ka ndërmarrë hapa konkretë për adresimin e kësaj gjetjeje në lidhje me identifikimin, zhvillimin dhe koordinimin e projekteve për financime klimatike dhe në bashkëpunim të ngushtë me organizma financiare ndërkombëtare, duke konsideruar gjithashtu se veprimet prioritare të PKPNK kanë natyrë ndërsektoriale dhe kërkojnë përfshirjen dhe financimin nga një sërë institucionesh të linjës, përtej mandatit të drejtpërdrejtë buxhetor të Ministrisë së Mjedisit. Për rrjedhojë gjatë periudhës së auditimit, kontributi i institucionit ka qenë

fokusuar kryesisht në sigurimin e burimeve njerëzore dhe koordinuese. Lidhur me rekomandimin për marrjen e masave që zbatimi i veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike PKPNK, të përfshihet në planin buxhetor afatmesëm të saj, ky rekomandim është parashikuar në vetë draft - PKPNK 2026-2036, ku parashikohet që zbatimi i veprimeve prioritare të planit, të përfshihet në planin buxhetor afatmesëm të institucioneve, në mënyrë që të sigurohet financimi dhe realizimi efektiv i masave të përshtatjes. Gjithashtu, draft - PKPNK 2026-2036 shoqëron Financimit 2026-2036, ku në përputhje me parashikimet e UNDP-së dhe prioritetet e PKP-së, përshkruhet një strategji gjithëpërfshirëse financimi në Shqipëri, e cila synon mbulimin e sektorëve prioritare të përshtatjes që vlerësohen si të cenueshëm ndaj ndryshimeve klimatike dhe përfshin masa ndërsektoriale që ndihmojnë dhe mbështesin forcimin e kapaciteteve për përshtatje. Ministria e Mjedisit do të jetë e angazhuar për të rritur mundësitë e financimit dhe nga fondet e huaja si GCF, GEF, etj., pasi mbulimi i kostove të planit ku disa mbarojnë përtej vitit 2036, nuk mund të arrihet vetëm përmes buxhetit të shtetit, ndaj ky dokument shoqërohet me një instrument zbatues si strategjia e financimit e cila synon të mundësojë sa më lartë.”

Qëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit ka analizuar dokumentacionin dhe informacionin e përcjellë gjatë periudhës nën auditim, të trajtuara në këtë raport auditimi. Sa më sipër nuk paraqet informacion apo dokumentacion të ri dhe nuk kërkon ndryshim të rekomandimit apo të statusit të tij.

“Lidhur me Rekomandimin nr. 11.1 Nënpyetja 2.2, i konsideruar i pazbatuar dhe që duhet të zbatohet brenda datës 31.12.2026, ku përcaktohet se Ministria e Mjedisit duhet të kërkojë miratimin e Fondit të Mjedisit si një mekanizëm kyç financiar në mbështetjen e aktiviteteve lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike, shprehemi se:

Ministria e Mjedisit, ka ri-sjellë në vëmendje se lidhur me burimet potenciale të financimit të Fondit të Mjedisit, përfshirë të ardhurat nga instrumentet e taksimit të karbonit dhe harmonizimin me instrumente si ETS dhe CBAM, është konsideruar e nevojshme të mos krijohet një fond pa pasur një bazë të qartë dhe të qëndrueshme të të ardhurave. Procesi i miratimit të Fondit të Mjedisit do të rinisë në bashkëpunim me Ministrinë e Financave dhe institucionet e tjera përgjegjëse, në mbështetje të masave të përshtatjes së ndryshimeve klimatike duke përfshirë Fondin Social për Klimën dhe të ardhurat nga taksimi i karbonit. Gjithashtu, ligji i rishikuar nr. 155/2020, për ndryshimet klimatike, përcakton kuadrin e përgjithshëm për financimin e politikave klimatike duke kërkuar miratimin e akteve nënligjore përkatëse për ngritjen e tij, ndërsa drafti i Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike (PKPNK) 2026–2036, parashikon përdorimin e Fondit të Mjedisit si një instrument financiar mbështetës për zbatimin e masave të përshtatjes, në koordinim me planifikimin buxhetor afatmesëm dhe si mekanizëm për tërheqjen e financimeve shtesë nga burime ndërkombëtare.”

Qëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit ka analizuar dokumentacionin dhe informacionin e përcjellë gjatë periudhës nën auditim, të trajtuara në këtë raport auditimi. Sa më sipër subjekti nuk paraqet informacion apo dokumentacion të ri.

Pretendimi i subjektit të audituar:

“Lidhur me Rekomandimin nr. 13.1 Nënpyetja 2.2 i konsideruar i pa zbatuar dhe që duhet të zbatohet në vazhdimësi, ku përcaktohet se Ministria e Mjedisit duhet të marrë masa për të siguruar në vazhdimësi të dhëna të sakta e të detajuara mbi aplikimet për projekte, fondet e alokuara, aktivitetet e parashikuara dhe ato të realizuara, shkëmbimin e informacioneve me ministritë e linjës dhe organizmat ndërkombëtare, shprehemi sa vijon:

Ministria e Mjedisit, do të ndërmarrë masa konkrete për sigurimin në vazhdimësi të të dhënave të sakta, të plota dhe të përditësuara mbi projektet në fushën e ndryshimeve klimatike, duke ngritur një data-bazë të centralizuar për projekt-propozimet dhe projektet klimatike, në bashkëpunim me Drejtorinë e Integritit dhe Projekteve me Financim të Huaj, duke i harmonizuar me proceset ekzistuese të raportimit kombëtar dhe ndërkombëtar dhe duke ngritur kështu bazën për një raportim më të strukturuar dhe të krahasueshëm në të ardhmen. Gjithashtu, në zbatim të ligjit 155/2020 “Për ndryshimet klimatike”, të ndryshuar, neni 23, pika 3, parashikohet ngritja e grupit ndërministror të punës “Komiteti Kombëtar për Ndryshimet Klimatike” KKNK, organ koordinues ndërministror në përputhje me detyrimet e vendit ndaj Konventës Kuadër të Kombeve të Bashkuara për Ndryshimet Klimatike dhe Marrëveshjes së Parisit, ndër funksionet kryesore të të cilit janë bashkërendimi i detyrave të ministrive dhe institucioneve publike/private duke përmirësuar procesin e grumbullimit dhe bashkërendimit të të dhënave. Puna për hartimin e Urdhrit të Kryeministrit për ngritjen e grupit ndërinstitutional të punës (KKNK) është në proces dhe pritet të miratohet në vijim.”

Qëndrimi i grupit të auditimit: Grupi i auditimit ka analizuar dokumentacionin dhe informacionin e përcjellë gjatë periudhës nën auditim, të trajtuara në këtë raport auditimi. Sa më sipër subjekti është në linjë me rekomandimin e KLSH-së.

IV. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr. 967/7, datë 06.12.2024, konstatohet se një pjesë e madhe e tyre paraqitet e zbatuar pjesërisht ose në proces zbatimi. Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. MASA ORGANIZATIVE

1.1 Nënpyetje e auditimit: A është ngritur një sistem monitorim-vlerësimi, i cili ndjek statusin e zbatimit të veprimeve prioritare dhe mundëson bërjen e modifikimeve në procesin e NAP-it?

1. Gjetje nga auditimi: Grupi Ndërministror i Punës për Ndryshimet Klimatike nuk është mbledhur në mënyrë periodike sipas parashikimit të Urdhrit të Kryeministrit. GNPKNK nuk ka zhvilluar mbledhje të rregullta dhe takimi i fundit i tij është mbajtur në datën 1 Mars 2023.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Mjedisit të marrë masa dhe garantojë mbledhjen e grupit ndërmnistror të punës në mënyrë periodike, të paktën dy herë në vit.

Në vijimësi

2. Gjetje nga auditimi: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka krijuar një sistem specifik monitorimi dhe vlerësimi, i cili mundëson nxjerrjen e mësimave dhe rishikimin e veprimeve prioritare, duke bërë korrigjimet e nevojshme në Planin Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Mjedisit të marrë masa për krijimin dhe funksionimin e sistemit të monitorimit dhe vlerësimit. Procesi i monitorimit të kryhet çdo vit dhe mësimet e nxjerra prej tij të reflektohen në procesin dhe/ose dokumentin e Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike, me qëllim rritjen e efektivitetit të këtij akti ndaj ndryshimeve klimatike.

Brenda datës 31.12.2026

2.1 Nënpyetje e auditimit: *A është krijuar një strukturë e dedikuar për nxitjen dhe përthithjen e financimeve klimatike ?*

3. Gjetje nga auditimi: Në PBA-të e Ministrisë së Turizmit dhe Mjedisit për periudhën objekt auditimi nuk është parashikuar financimi i veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike. Ministria e Turizmit dhe Mjedisit, për shkak të buxhetit të kufizuar ka vendosur në dispozicion vetëm burime njerëzore për zbatimin e veprimeve prioritare.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Mjedisit të marrë masa që zbatimin e veprimeve prioritare të Planit Kombëtar të Përshtatjes ndaj Ndryshimeve Klimatike të përfshihet në planifikimin buxhetor afatmesëm të saj.

Në vijimësi

2.2 Nënpyetje e auditimit: *Si ka qenë ecuria e fondeve të përthithura për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike?*

4. Gjetje nga auditimi: Ligji për mbrojtjen e mjedisit dhe ligji për ndryshimet klimatike parashikojnë krijimin e fondit të mjedisit. Ky fond krahas nxitjes së veprimtarisë për mbrojtjen e mjedisit ka si qëllim edhe zbatimin e masave për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. Edhe pse Ministria e Turizmit dhe Mjedisit ka propozuar krijimin e fondit të mjedisit ai nuk është miratuar me VKM.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Mjedisit të ri kërkojë miratimin e fondit të mjedisit si një mekanizëm kyç financiar në mbështetjen e aktiviteteve lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike.

Brenda datës 31.12.2026

5. Gjetje nga auditimi: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka një regjistër me të dhëna mbi aplikimet për projekte, fondet e alokuara, aktivitetet e parashikuara dhe ato të realizuara, shkëmbimin e informacioneve me ministritë e linjës dhe organizmat ndërkombëtare.

6. Gjetje nga auditimi: Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka të dhëna të sakta e të detajuara mbi vlerën e fondeve apo projekteve të financuara përgjatë periudhës 2020-2023 lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike. Pavarësisht se përgjatë kësaj periudhe janë përfituar fonde dhe projekte lidhur me përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike mungesa e monitorimit të detajuar të tyre ka sjellë që Ministria e Turizmit dhe Mjedisit mos të ketë informacione se sa fonde shkojnë për përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike për secilin vit. Gjithashtu, Ministria e Turizmit dhe Mjedisit nuk ka mbështetur me fonde publike projekte apo aktivitete mbi përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike dhe nuk ka informacion nëse buxheti i shtetit ka mbështetur projekte apo aktivitete mbi përshtatjen ndaj ndryshimeve klimatike.

5-6.1 Rekomandimi: Ministria e Mjedisit të marrë masa për të siguruar në vazhdimësi të dhëna të sakta e të detajuara mbi aplikimet për projekte, fondet e alokuara, aktivitetet e parashikuara dhe ato të realizuara si dhe shkëmbimin e informacioneve me ministrinë e linjës dhe organizmat ndërkombëtare.

Në vijimësi

2.4- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “POLITIKAT DHE RESPEKTIMI I TË DREJTAVE TË PERSONAVE ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR NË SHËRMBIMIN SPITALOR PSIKIATRIK”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. Përshkrimi i shkurtër i Raportit të Auditimit

Kontrolli i Lartë i Shtetit (këtu e në vazhdim KLSH), në zbatim të programit të auditimit tematik me nr. 1203 prot., datë 18.12.2025 dhe objekt, “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e performancës, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024*”, ushtroi auditim subjektet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: “*Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik*”, përkatësisht: Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe disa institucione të saj të varësisë, Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve dhe (Spitali Burgut Tiranë e IEVP Shënkoll, Lezhë), Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza “ (Spitali Psikiatrik Tiranë), Spitali psikiatrik “Dr. Sadik Hinçi” Elbasan, Spitali psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë dhe Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër(Spitali Psikiatrik Shkodër).

Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi veprimtarinë nga data 01.01.2021 – 31.12.2023 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 152 datë 31.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së**, si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. 107/18 prot., 107/19 prot., 107/20 prot., 107/21 prot., 107/22 prot., 107/23 prot., 107/24 prot., 107/25 prot., datë 01.08.2024. Auditimi u krye nga data 19.12.2025 deri më datë 16.01.2026, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

Auditimi u krye nga data 19.12.2025 deri më datë 16.01.2026, duke i kushtuar vëmendjen e posaçme çështjeve, që lidhen me:

- a. Vlerësimin e rekomandimeve të KLSH-së të lëna nga auditimi i kryer në 6 mujorin e II të vitit 2024, 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, urdhra për zbatimin e masave organizative;
- c. Të tjera masa e rekomandime që i përcillen subjektit të audituar nëpërmjet Vendimit të Kryetarit të Kontrollit të Lartë të Shtetit.

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 rezultoi se:

- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale me shkresën 377/1, datë 21.08.2024, ka paraqitur Urdhër për ngritjen e grupit të punës për ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve të KLSH-së.
- Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" (Spitali Psikiatrik Tiranë), ka njoftuar KLSH-në mbi masat që do të merren për zbatimin e rekomandimeve, ku me Urdhër nr. 296/10. prot, datë 03.09.2024 është ngritur grupi i punës për ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve të KLSH-së.
- Spitali psikiatrik "Dr. Sadik Hincji" Elbasan, me shkresën nr. 672 prot, datë 09.08.2024 ka paraqitur Planin e Veprimit mbi masat që duhet të merren nga strukturat e policisë së shtetit për parandalimin dhe luftën kundër dhunës në marrëdhëniet familjare, regjistruar në Kontrollin e Lartë të Shtetit me shkresën nr. 442/36 prot., datë 23.01.2024.
- Spitali psikiatrik "Ali Mihali" Vlorë, ka dërguar Planin e masave për zbatimin e rekomandimeve me e-mail zyrtar dhe pranimin e tyre në adresë të përgjegjësit të grupit të auditimit.
- Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër (Spitali Psikiatrik Shkodër) ka njoftuar KLSH-në mbi masat që do të merren për zbatimin e rekomandimeve, ku me Urdhër nr. 1067/1 prot., datë 18.08.2024 është ngritur grupi i punës për ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve të KLSH-së.
- Ministria e Drejtësisë ka njoftuar Kontrollin e Lartë të Shtetit mbi masat që do të merren për zbatimin e rekomandimeve, me shkresën nr.12924/1, datë 18.08.2024.
- Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve ka njoftuar KLSH-në mbi masat që do të merren për zbatimin e rekomandimeve, ku me Urdhër të Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve nr. 1461 prot., datë 18.08.2024 është ngritur grupi i punës për ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve të KLSH-së.

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:

- Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale është kryer raportim me datë 24.10.2024, raportimi ka qenë i plotë mbi ecurinë e nivelit të zbatimit të rekomandimeve.
- Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" (Spitali Psikiatrik Tiranë) nuk ka paraqitur në KLSH raportimin mbi zbatimin e rekomandimeve brenda afatit ligjor prej 6 (gjashtë) muajsh. Nga verifikimet rezultoi se, gjatë kësaj periudhe, në QSUNT janë kryer ndryshime funksionale, të cilat kanë ndikuar në mosdorëzimin e raportimit mbi ecurinë e planit të veprimit.

- Nga Spitali psikiatrik “Dr. Sadik Hinci” Elbasan, është kryer raportim me shkresën nr. 674 prot, datë 09.08.2024, raportimi ka qenë i plotë mbi ecurinë e nivelit të zbatimit të rekomandimeve.
- Spitali psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë, nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër (Spitali Psikiatrik Shkodër) nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve.
- Ministria e Drejtësisë, nga verifikimi i respektimit të afatit ligjor rezulton se raportimi mbi zbatimin e planit të veprimit është realizuar përmes koordinimit institucional ndërmjet Ministrisë së Drejtësisë dhe Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve.
- Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve në lidhje me raportimin brenda afatit 6 mujor, nuk ka të dhëna që janë kryer raportime nga DPB, pasi raportimi i bërë me datë 20.08.2024 ka qenë i plotë, bashkë me dokumentat shoqërues.

3. Statusi i rekomandimeve të lëna:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me shkresat nr. 107/18 prot., 107/19 prot., 107/20 prot., 107/21 prot., 107/22 prot., 107/23 prot., 107/24 prot., 107/25 prot., datë 01.08.2024, janë rekomanduar gjithsej 12 masa:

- ✓ Masa organizative, 12 rekomandime.

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 organizative	12	11	1

II. HYRJA

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të evaduara në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 1203 prot., datë 18.12.2025. Rekomandimet e lëna në Raporti Përfundimtar të Auditimit të mëparshëm me temë “Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik”, me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 152 datë 31.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së** dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat nr. 107/18 prot., 107/19 prot., 107/20 prot., 107/21 prot., 107/22 prot., 107/23 prot., 107/24 prot., 107/25 prot., datë 01.08.2024.

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

1. B.L, përgjegjës grupi,
2. S.S, anëtar.

Auditimi ka filluar më, 19.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve dhe (Spitali Burgut Tiranë e IEVP Shënkoll, Lezhë), Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza “ (Spitali Psikiatrik Tiranë), Spitali Psikiatrik “Dr. Sadik Hinci” Elbasan, Spitali psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë dhe Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër (Spitali Psikiatrik Shkodër).

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:

Auditimi 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 Mirëqenies Sociale, Ministria e Drejtësisë, Ministrinë e Drejtësisë, Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve dhe (Spitali Burgut Tiranë e IEVP Shënkoll, Lezhë), Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza “ (Spitali Psikiatrik Tiranë), Spitali Psikiatrik “Dr. Sadik Hinci” Elbasan, Spitali psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë dhe Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Shkodër (Spitali Psikiatrik Shkodër), në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se nga 12 (dymbëdhjetë) masa të rekomanduara gjithsej, janë pranuar nga subjektet e audituara 11 masa ose 92% e tyre.

Nga masa e pranuar;

-janë zbatuar 7 rekomandime ose 64 % e tyre,

-gjenden në proces zbatimi 4 rekomandime ose 36 % e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Masa organizative	11	7		4	0
	Gjithsej	11	7		4	0

Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	12	100 %
2	Pa pranuar	1	8 %
3	Pranuar	11	92 %
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	7	64 %
2	Zbatuar pjesërisht	0	0

3	Në proces zbatimi	4	36 %
4	Pa zbatuar	0	0

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

Niveli i zbatimit të plotë të rekomandimeve është 64 %. Për disa nga masat e lëna (institucionet) nuk kanë mundur të realizojnë tërësisht. Rëndësia dhe ndjeshmëria e temës objekt auditimi, kërkon më tepër impenjim nga subjektet e audituara për përmbushjen e rekomandimeve të lëna në drejtim të respektimit të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik

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

1. A ka funksionuar sipas standardeve procesi i trajtimit të personave me probleme të shëndetit mendor gjatë trajtimit të vullnetshëm dhe të pa vullnetshëm?

1. Gjetje nga auditimi: Në institucionet shëndetësore ku ofrohet shërbim shëndetësor i specializuar me shtretër rreth 60% e shtretërve shfrytëzohet aktualisht nga pacientë kronikë rezidentë, të cilët prej vitesh jetojnë e trajtohen si pacientë të trajtimit të vullnetshëm pranë këtyre strukturave. Kjo dukuri është me e theksuar në spitalin psikiatrik të Elbasanit dhe të Vlorës ku respektivisht ka rreth 270 pacientë kronikë rezidentë¹⁸ dhe rreth 89 pacientë kronikë rezidentë¹⁹. Pacientët rezidentë kronikë të Elbasanit dhe Vlorës përbëjnë rreth 96% të kësaj kategorie dhe strehohen nga këto struktura në mungesë të një sistemi alternativ për ta. Më konkretisht ka rezultuar se: rreth 50% pacientëve kronikë rezidentë kanë nevojë për mbështetje të plotë për të funksionuar të pavarur; 37.5% e pacientëve kronikë rezidentë janë të braktisur nga familja e në disa raste u është hequr zotësia për të vepruar; 58.6% e pacientëve kronikë rezidentë kanë më shumë se 10 vite qëndrimi në shërbimin spitalor; 19% e pacientëve kronikë rezidentë janë të klasifikuar me prapambetje mendore të shkallëve të ndryshme.

1. 1. Rekomandim: Ministri i Shëndetësisë dhe i Mirëqenies Sociale të ngrejë grup pune për të analizuar dhe identifikuar, mundësitë e akomodimit të pacientëve kronikë rezidentë të shëndetit mendor jashtë shërbimit shëndetësor të specializuar me shtretër, veçanërisht të spitalit psikiatrik të Elbasanit dhe Vlorës, për një trajtim shëndetësor të përshtatshëm, njerëzor e të denjë.

Brenda vitit 2025

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Sipas Programit të Punës të MSHMS për zbatimin e këtyre rekomandimeve dhe brenda afateve të parashikuara në këtë program, Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale ka miratuar Urdhrin nr.547, datë 24.10.2024, "Për ngritjen e Grupeve Rajonale të Punës për zbatimin e

¹⁸ Burim- Të dhëna dërguar KLSH-së nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale për pacientët rezidentë kronikë në Spitalin Psikiatrik "Sadik Dinçi" Elbasan

¹⁹ Burim- Të dhëna dërguar KLSH-së nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale për pacientët rezidentë kronikë në Spitalin Psikiatrik "Ali Mihalit" Vlorë

vlerësimi të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit e mbështetjes në komunitet të pacientëve rezidentë kronikë të spitaleve psikiatrike (bashkëlidhur urdhri), i cili është përcjellë Drejtorisë Qendrore të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor për zbatim. Nëpërmjet këtij urdhri, autorizohet DQOSHKSH për ngritjen e grupeve rajonale të punës për zbatimin e një vlerësimi të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit dhe mbështetjes në komunitet (në struktura publike dhe jopublike) për secilin pacient rezident kronik në dy spitalet psikiatrike, Elbasan dhe Vlorë, duke prioritetizuar de institucionalizimin e pacientëve që kanë nivelet më të mira të funksionimit.

Bashkëlidhur janë edhe raportimet e DQOSHKSH për këtë proces. Ndërkohë, jemi në pritje të një raporti të detajuar nga ky institucion deri në fund të vitit 2025. Ky raport pritet të ofrojë një pasqyrë të plotë mbi procesin e vlerësimit multidisiplinar të rezidentëve kronikë në spitalet psikiatrike Elbasan dhe Vlorë, duke përfshirë numrin e pacientëve të vlerësuar, metodologjinë e përdorur dhe rastet që plotësojnë kriteret për daljen nga institucionet.

Gjithashtu, do të evidentojë rezultatet e de-institucionalizimit deri në momentin e raportimit, format e akomodimit dhe mbështetjes së siguruar në komunitet, dokumentacionin për ngritjen e grupeve rajonale, si dhe mekanizmat e bashkëpunimit ndërinstitutional, përfshirë vështirësitë e hasura dhe rekomandimet për përmirësim. Raporti do të shoqërohet me të dhëna statistikore të detajuara në formë tabelare për çdo rast, duke reflektuar diagnozat, nivelin e funksionimit, nevojat kryesore dhe shërbimet e nevojshme.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Sa më sipër, referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: i pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan për pjesën takuese sqaron se:

Jemi në vazhdimësi të procesit të punës për de institucionalizimin e pacientëve kronikë dhe orientimin e tyre drejt shërbimeve mbështetëse të përshtatshme me dinamikën që paraqesin.

Nga ana jonë është kryer de institucionalizimi i pacientëve kronik konkretisht në komunitet dhe në proces tranzitor rehabilitimi në shtëpia të mbështetura. 3 pacient në proces finalizimi 6-pacient të tjerë brenda vitit 2025 në (Shtëpia e Mbrojtur “Jeta”, Cërrik, Shtëpia e Mbështetur “Drita” Elbasan, Shtëpia e Kuqe-Tiranë, Hëna dhe Yjet-Kavajë. Bashkangjitur ju dërgojmë urdhrin Nr.39, datë 03.02.2025 “Për ngritjen e grupit të punës për zbatimin e vlerësimit të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit e mbështetjes në komunitet të pacientëve rezident kronik të Spitalit Psikiatrik Elbasan”.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar pjesërisht dhe në proces.

Statusi i rekomandimit: i pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë për pjesën takuese sqaron se:

Nga MSHM-ja është ngritur Urdhri Nr.38 datë 03.02.2025 me Nr.428 prot, datë 03.02.2025 “Për ngritjen e grupit të punës për zbatimin e vlerësimit të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit e të mbështetjes në komunitete të pacientëve rezidentë kronikë të Spitalit

Psikiatrik Vlorë” me pjesëmarrjen Shërbimit Social Shtetëror, Bashkisë Vlorë, DROSHKSH-së , NJVKSH-së Vlorë dhe Spitalit Psikiatrik Vlorë.

Bashkëlidhur urdhri i ngritjes së grupit të punës dhe raportimet në vazhdimësinë e punës.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht dhe në bashkëpunim me MSHMS..

Statusi i rekomandimit: i pranuar, i zbatuar.

Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor (Spitali Psikiatrik) Shkodër, për pjesën takuese sqaron se:

Jemi vënë në dijeni nga Ministri i Shëndetësisë dhe i Mbrojtjes Sociale të ngrejë grup pune për të analizuar dhe identifikuar, mundësitë e akomodimit të pacientëve kronikë rezidentë të shëndetit mendor jashtë shërbimit shëndetësor të specializuar me shtretër. Për spitalin Shkodër kemi filluar vlerësimin e kohës së qëndrimit duke i reduktuar ato dhe dërguar ato në qendrat e rehabilitimit “Caza Mimoza” në ambientet afër spitalit. Kjo ka sjellë uljen e qëndrimit të mbajtës në spital duke lehtësuar menaxhimin e kohës në spital.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Njësine Vendore të Kujdesit Shëndetësor (Spitalin Psikiatrik) Shkodër mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: i pranuar, i zbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Procesi i kufizimit fizik pranë shërbimeve shëndetësore të specializuar me shtretër në vendin tonë kryet në mungesë të kushteve dhe mjeteve që garantojnë mbrojtjen e të drejtave të pacientëve. Më konkretisht, dhomat që duhet të jenë të dedikuara për këtë qëllim nuk i përmbushin kriteret dhe praktiket më të mira në këtë fushë për të siguruar që pacienti mos të dëmtohet dhe traumatizohet nga ky proces. Gjithashtu mungojnë edhe mjetet të tjera kufizimi si për shembull këmishat e forcës, krevatet e karrocave mobilizuese etj. Në këtë drejtim Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale nuk ka miratuar një protokoll të unifikuar për kryerjen e këtij procesi, por ka miratuar vetëm Protokollin për Menaxhimin e Pacientëve të Axhituar, nëpërmjet medikamenteve përkatëse. Ndërsa vetë strukturat shëndetësore të specializuara me shtretër nuk kanë dokumentuar në mënyrë sistematike dhe me saktësi të dhënat mbi rastet e kufizimit fizik, duke lenë të paqartë se si kryhet praktikisht kjo ndërhyrje në rastet kur është e nevojshme.

2. 1. Rekomandim: Ministria Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për të hartuar dhe miratuar një protokoll të unifikuar për procesin e kufizimit fizik, që kjo ndërhyrje të kryhet brenda standardeve të përcaktuara dhe në përputhje me të drejtat e njeriut.

Brenda vitit 2025

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale nuk është pranuar ky rekomandim.

Sipas argumentimit të dhënë nga ana jonë me shkresën nr. 377/3, datë 26.07.2024 dhe shkresën nr. 377/7, datë 21.08.2024, me arsyetimin se parashikimet e Ligjit nr. 44/2012 “Për shëndetin mendor” të ndryshuar, Urdhri nr. 586, datë 30.10.2023 “Standardet e Kufizimit Fizik në Shërbimet e Shëndetit Mendor të Specializuar me Shtretër” dhe Protokollin për Menaxhimin e Pacientëve të

Axhituar, i cili sapo është përditësuar, janë një bazë e mjaftueshme rregullatore për zbatimin e procedurave të kufizimit fizik.

Gjithashtu, edhe rregulloret e shërbimeve përmbajnë parashikime mbi zbatimin e procedurave të kufizimit sipas kuadrit rregullator në fuqi.

Ky kuadër rregullator do të jetë më gjithëpërfshirës me hartimin e standardeve të shërbimeve të shëndetit mendor, proces në zbatim.

Lidhur me këtë rekomandim, në shkresën nr. 377/1, datë 21.08.2024, jemi shprehur se ngarkohet Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” për zbatimin korrekt të procedurave të kufizimit fizik sipas kuadrit rregullator në fuqi, nën dritën e të drejtave të njeriut (menjëherë dhe në vazhdimësi).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti nuk ka pranuar rekomandimin, nuk ka fushë zbatimi, pasi ky rekomandim është i inkorporuar në zbatimin e protokolleve përkatëse nga OSHKSH (spitalet e varësisë dhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”) dhe në respektim të të drejtave të njeriut.

Statusi i rekomandimit: I papranuar.

3. Gjetje nga auditimi: Rregulloret e brendshme të shërbimeve të specializuara me shtretër për shëndetin mendor duhet të hartohen nga drejtuesit e institucionit dhe të miratohen nga Sektori i Programeve të Shëndetit publik, Promocionit dhe Parandalimit (pranë) Drejtorisë së Politikave të Kujdesit Parësor dhe Shëndetit Publik) në MSHMS. Këto rregullore të brendshme shërbejnë për të përcaktuar kriteret e shërbimit, rolet dhe përgjegjësitë e stafit, strukturimin e institucionit, të gjithë mbarëvajtjen dhe funksionim e këtij shërbimi. Gjatë auditimit është konstatuar se këto rregullore nuk janë miratuar nga sektori përkatës pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe ka munguar përditësimi periodik i tyre me iniciativë të drejtuesve të shërbimeve të specializuara me shtretër.

3. 1. Rekomandim: Institucionet e shërbimit shëndetësor të specializuara me shtretër të shëndetit mendor të hartojnë dhe të dërgojnë për miratim pranë Sektorit të Programeve të Shëndetit Publik, Parandalimit dhe Promocionit (pjesë e Drejtorisë së Politikave të Kujdesit Parësor dhe Shëndetit Publik) në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale “Rregulloret e brendshme të shërbimeve të shëndetit mendor”, duke përcaktuar kriteret e shërbimit, përgjegjësitë, strukturën dhe procesin e funksionimit të këtij shërbimi.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Janë ndërmarrë të gjitha masat koordinuese për rishikimin e rregulloreve të brendshme të shërbimeve të shëndetit mendor të specializuara me shtretër, sipas parashikimeve të “Rregullores së Shërbimeve të Shëndetit Mendor”, si edhe në zbatim të përgjegjësisë të dala nga Udhëzimi për metodologjinë e llogaritjes së kostove të shërbimeve të shëndetit mendor të specializuara me shtretër, të miratuar me Urdhër Ministri nr. 70, datë 11.02.2025 (bashkëlidhur udhëzimi).

Aktualisht dy spitalet psikiatrike (Elbasan dhe Vlorë) dhe Shërbimi i Shëndetit Mendor me Shtretër Shkodër (NJVKSH Shkodër), kanë miratuar rregulloret e reja pas konsultimeve me MSHMS, të cilat përmbajnë edhe parashikimet specifike mbi përllogaritjen e kostove të shërbimit.

Ndërkohë, në lidhje me Shërbimin e Psikiatrisë në QSUT, duke qenë se gjatë periudhës së raportimit ky shërbim ka vijuar funksionimin në ambiente tranzitore, për shkak të proceseve të rikonstruksionit

të godinave të dedikuara, rishikimi i rregullores së brendshme të këtij shërbimi me modifikimet e mundshme të parashikimeve mbi aspektin e administrimit klinik do të kryhet në vijim, në përputhje me zhvillimet e rivënies në punë të shërbimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: Në shërbimin shëndetësor të specializuar me shtretër të spitalit psikiatrik të Elbasanit dhe të Vlorës nuk garantohej një raport i përshtatshëm numër pacientësh/staf, krahasimisht me praktika të tjera më të mira në këtë drejtim. Sipas modelit italian, një mjek psikiatër duhet të kujdeset vetëm për rreth 10 - 15 pacientë; një infermier për 4 - 6 pacientë në repartet akute dhe për 6 - 8 pacientë në repartet e rehabilitimit ose kujdesit afatgjatë; një psikolog për 20 - 30 pacientë; një terapist okupacional për 10 -15 pacientë. Aktualisht në dy spitalet më të populluara në vendin tonë, atë të Elbasanit dhe Vlorës, vërehet se raporti nr. pacientësh/staf është respektivisht: 62 pacientë/mjek, 25 pacientë/infermier, 62 pacientë/psikolog dhe 103 pacientë/punonjës social në Elbasan; 40 pacientë/mjek, 15 pacientë/infermier, 66 pacientë/psikolog dhe 33 pacientë/punonjës social në Vlorë.

5. Gjetje nga auditimi: Shërbimi psiko – social në spitalin psikiatrik të Elbasanit dhe Vlorës nuk është i organizuar si sektor më vete. Kjo problematikë është me e dukshme në rastin e Elbasanit, ku emërimi i pesë psikologeve rezultoi të jetë i vendosur në klinikën e pranimit, gjë e cila e bën shumë të pa qartë rolin, detyrat, përgjegjësitë dhe funksionet e këtyre specialistëve. Ekipi psiko - social përveç ndihmës që mund të japë në fazën e pranimit të pacientit është më vendimtar në fazën e rehabilitimit të tij. Një person që merr një trajtim spitalor klinik ka si pikë kyçe të këtij procesi, daljen nga gjendja, pranimin e kurave dhe daljen nga institucion për tu kthyer në shoqëri. Prandaj, stafi psiko - social duhet të funksionojë i pavarur, si sektor në strukturë për të organizuar dhe ndërtuar plane konkrete dhe fokus të qartë në arritjen e objektivit kryesor, atë të rehabilitimit dhe kthimit në jetën e përditshme.

4.-5.1 Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa të analizojë dhe rishikojë raportin aktual numër pacientësh për figurë profesionale, brenda shërbimit të specializuar me shtretër, bazuar në kritere dhe praktika më të mira, për rritjen e cilësisë së shërbimit dhe trajtimit që i ofrohet personave me probleme të shëndetit mendor.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale Sociale sqaron se:

Me Urdhrin nr. 30, datë 23.01.2025, është ngritur grupi i punës për hartimin e Standardeve të Cilësisë së Shërbimeve të Specializuara të Shëndetit Mendor (bashkëlidhur urdhri).

Urdhri është aktualisht në proces rishikimi, pasi kryetari dhe anëtarë të tij nuk janë më pjesë e MSHMS, si dhe duhet të sigurohet përfaqësim i përditësuar i strukturave të MSHMS të lidhura me procesin, në kuadër të ndryshimeve të organikës së MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe në proces zbatimi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar dhe në proces zbatimi.

Spitali Psikiatrik “Sadik Himçi” Elbasan për pjesën takuese sqaron se:

Gjatë vitit 2024 kemi shtesë personeli në pozicionet Mjek Psikiatër, Infermier, Punonjës Social. Në strukturën analitike shërbimi i stafit psiko-social është organizuar duke kaluar nga klinika e pranimit në Kabinetin e Riaftësimit.

Nga ana jonë janë përfunduar projektet për ndërtimin e godinave të reja dhe rikonstruksionin e godinës ekzistuese .Në projektim shkohet drejt uljes së numrit të pacienteve në dhoma të organizuara me 2-4 persona gjë e cila çon klinikat në numër me 36-persona për klinikë. Shtesa që do të kërkohet për mbulimin e shërbimit për godinën e re do të jetë 34-36 persona staf në pozicionet si Mjek psikiatër, Infermier, Kujdestar, Sanitar. Kjo do të na çojë në standardet e OBSH lidhur me mbulimin e shërbimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar pjesërisht dhe në proces.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë për pjesën takuese sqaron se;

Për pjesën e mbulimit me punonjëse sociale dhe psikologe jemi të kompletuar, ndërsa për pjesën e stafit mjekësor kemi kërkuar shtese MSHMS-së me shkresën Nr.2429 prot datë 24.10.2024 dhe shkresës me Nr. 2461 prot datë 30.10.2024 dhe si rezultat janë shtuar në Organikën e Spitalit Psikiatrik Vlorë 2(dy) pozicione mjek psikiatër , 1(një) pozicion infermier dhe 1 (një) pozicion kujdestar ardhur kjo me shkresën e MSHMS-së me Nr.4438/1 prot, datë 21.11.2024 , protokolluar në Institucion me Nr.2716 datë 25.11.2024.

Kërkesat tona të vazhdueshme janë për kujdestar dhe infermier (12) dymbëdhjetë ku gjatë vitit 2024-2025 kane punuar me kontratë në Spitalin tonë . bashkëlidhur Pasqyra Nr.4 e PBA-së 2026-2028 “Numri i punonjësve 2024-2025 dhe parashikimi për vitet 2026-2028” nisur në MSHMS- me shkresën Nr.1546 prot, datë 29.07.2025.

-Bashkëlidhur shkresat e sipërpërmendura.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht dhe në bashkëpunim me MSHMS..

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

2. A janë respektuar të drejtat e personave të dënuar me masë mjekësore në institucionet mjekësore të posaçme?

6. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi është konstatuar se shqyrtimi vjetor i masës mjekësore nga gjykatat në përgjithësi nuk kryhet në kohë. Kjo situatë nuk ka lejuar rishikimin dhe analizimin e mundësive për të ulur numrin e personave aktualisht të akomoduar në regjimin penitenciar. Në këtë situatë, IEVP Lezhë ka marrë iniciativën për të rikujtuar gjykatat lidhur me tejkalimin e afateve të rishikimit të masës mjekësore për të gjithë ata të cilëve u ka kaluar afati kohor një vit nga vendimi i fundit, por ende nuk ka pasur ndryshime të qenësishme në këtë drejtim. Gjithashtu, institucioni, nëpërmjet një vlerësimi të brendshëm, raporton se rreth 58 pacientë të dënuar me masë mjekësore “mjekim i detyruar” dhe 65 pacientë të dënuar me masë mjekësore “shtrim i përkohshëm”,

plotësojnë tre kriteret bazë për të kaluar në mjekim ambulator nën kujdesin e familjarëve. Po kështu, edhe 67 shtetas me masë mjekësore që kanë kryer vepra të lehta, të cilët ruajnë kontakte të rregullta me familjarët e manifestojnë sjellje e qëndrime të rregullta në institucion mund të kenë mundësi të mira për të vijuar trajtimin ambulator pranë familjeve.

6.1 Rekomandim: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, të bëjnë një vlerësim objektiv të gjendjes aktuale të personave të dënuar me masë mjekësore duke identifikuar ata individë që i plotësojnë kriteret për të marrë trajtim alternativ nga ai i dhënë në regjimin penitenciar si dhe të nxisin gjykatat për të trajtuar në kohë çështjet e rivlerësimit të dënimeve të tyre.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Drejtësisë dhe DP Burgjeve sqaron se:

Është bashkëpunuar ngushtë me DP Burgjeve dhe aktualisht ngarkesat e ambienteve janë në kushte normave dhe të monitorueshme për ta mbajtur situatën nën kontroll me një menaxhim sa më efektiv të respektimit të nevojave për hapësira e kushte të përmirësuara. Pengimi i investimeve është për shkak të mos kalimit në varësi të MSHMS-së të IEVP Shënkoll për pjesën e trajtimit dhe qëndrimit të personave të dënuar me masë mjekësore.

Aktualisht, në IEVP Lezhë ndodhen të akomoduar gjithsej 466 shtetas, nga të cilët 305 shtetas me masë mjekësore “Mjekim i detyruar në një institucion mjekësor” dhe 161 shtetas me masë sigurie “Shtrim i përkohshëm në një spital psikiatrik”.

Gjatë viteve 2022;2023;2024;2025 situata e pranimeve dhe lirimeve të shtetasve me masë mjekësore, ka qenë si në tabelën që vijon:

Vitet	Pranuar	Liruar/ me ndryshim mjekimi/ i shëruar
2022	127	78
2023	137	105
2024	148	133
2025	180	133

Pra siç shikohet në tabelë, periodikisht janë bërë lirime duke ndryshuar masën mjekësore nga mjekim i detyruar në mjekim ambulator. Sfida kryesore e këtij procesi është vështirësia e pacientëve për tu ri-akomoduar në komunitet për shkak të mungesës së mbështetjes nga familjet. Gjykatat janë vënë në vështirësi për ndryshimin e masës mjekësore, pasi rreth 150 pacientë nuk kanë bërë asnjë vizitë gjatë qëndrimit të tyre në institucion. Tre raste janë akomoduar në një qendër kishtare në Shkodër.

Mesatarja e ditëve të qëndrimit për pacient (2022–2025)

Viti	Numri i ditëve të qëndrimit për pacient
2022	714 ditë
2023	721 ditë
2024	873 ditë
2025	807 ditë

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar konstatohet se subjekti Ministria e Drejtësisë dhe DP Burgjeve e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

3. A është ngritur infrastruktura e duhur për të garantuar trajtim spitalor cilësor të personave me probleme të shëndetit mendor?

7. Gjetje nga auditimi: Gjatë këtij auditimi ka rezultuar se në vendin tonë ende nuk është ngritur infrastruktura institucionale e nevojshme për të konkretizuar sistemin e integruar të shërbimeve të shëndetit mendor me synimin final de – hospitalizimin dhe de – institucionalizimin e tyre. Më konkretisht: nga 25 Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor që duhet të ishin ngritur për të ndjekur ambulatorisht pacientët me çrregullime të shëndetit mendor, janë ngritur vetëm 10; nga 22 shtëpi të mbështetura janë ngritur vetëm 14. Po kështu, ende nuk janë ngritur pavijonet psikiatrikë pranë spitaleve rajonale të vendit, duke shkaktuar mbingarkesën e shërbimit shëndetësor të specializuar me shtretër, pasi mjekët psikiatër të këtyre strukturave, në veçanti në Elbasan, Vlorë e Shkodër, jo vetëm që mbulojnë problematikat e spitaleve ku aktualisht ofrojnë shërbim, por ato janë në suport edhe të spitaleve rajonale.

8. Gjetje nga auditimi: Aktualisht në vendin tonë shërbimi shëndetësor i specializuar me shtretër nuk ka një organizim të unifikuar, sidomos në rastin e spitalit psikiatrik të Elbasanit dhe të Vlorë, ku edhe tipologjia dhe natyra e shërbimit është tepër e ngjashme. Nga vizitat në terren në Elbasan e Vlorë, u konstatua se Shtëpitë e Mbështetura, në vend që të funksionojnë si institucione transitore, gjysmë rezidenciale, për të rehabilituar, riaftësuar dhe nxjerrë në komunitet personat me diagnoza psikiatrike, janë shndërruar në shërbim rezidencial, pasi aty janë akomoduar individë për të cilët nuk ka më mundësi akomodimi në vende të tjera (për shkak të braktisjes nga familja, kushteve ekonomiko – sociale, apo për shkak të moshës së avancuar).

9. Gjetje nga auditimi: Gjatë këtij auditimi ka rezultuar se infrastruktura fizike e shërbimit shëndetësor të specializuar me shtretër në vendin tonë është e amortizuar dhe jashtë standardeve. Më konkretisht, në spitalin psikiatrik të Elbasanit, infrastruktura fizike paraqitet e amortizuar, e dëmtuar dhe me lagështirë të theksuar. Të gjithë pavijonet e spitalit ishin të mbyllur me çelës (dritare me hekura) dhe pacientët mbaheshin të mbyllur me përjashtim të momenteve kur u lejohej të lëviznin nga dhomat dhe të shkonin në oborrin e brendshëm të spitalit ku edhe kalonin momente socializimi në varësi të motit. Në shërbimin shëndetësor të specializuar me shtretër Shkodër, situata ishte pak më e mirë, megjithatë, edhe këtu dritaret dhe dyert janë me hekura.

Infrastruktura fizike paraqitet po njësoj edhe në spitalin psikiatrik pranë QSUNT, ku ambientet janë tejet të amortizuar, pacientët mbahen të mbyllur me çelës në pavijone dhe tualetet e dushet janë shumë të këqija. Në veçanti një nga tualetet e katit të parë komunikonte me atë të katit të dytë pasi tavani/dyshemeja ishte i carë dhe për rrjedhojë ishte jashtë funksionit. Dhomat e pacientëve janë të amortizuara pa kushte, me arredim të vjetër dhe të prishur.

10. Gjetje nga auditimi: Fondet buxhetore të destinuara për shërbimin shëndetësor nga MSHMS, nuk janë ndarë në mënyrë të drejtë dhe nuk janë reflektuar drejt nevojat e paraqitura nga institucionet shëndetësore, konkretisht; nevojat për shërbimin spitalor në spitalet psikiatrike Tiranë, Elbasan e Shkodër, si për shpenzime korente ashtu dhe për investime. Për periudhën auditimi 2022 - 2023, është kryer vetëm investimi në spitalin psikiatrik Vlorë i cili përfundon në vitin 2024, ndërsa për spitalin e Elbasanit ka dy - tre vite që bëhen parashikime buxhetore, por vetëm gjatë periudhës së auditimit ka filluar përgatitja e Projektit dhe është në proces të fillimit të procedurave të prokurimit.

7.8.9.10. 1 Rekomandim: Ministria Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Financave dhe Spitalet Psikiatrike Tiranë, Elbasan, Vlorë dhe Shkodër të marrin masa:

1.a të hartojnë projekt buxhete në përmbushje të nevojave të tyre, duke rritur investimet për godinat ekzistuese, ndërtimin e spitaleve të reja sipas kërkesave dhe standardeve që nevojiten për një trajtim të drejtë e dinjitoz të pacientëve që vuajnë nga çrregullime mendore;

1.b për të gjetur burime financimi në krijimin e ambienteve të reja rehabilituese për një trajtim më të përshtatshëm post spitalor, për pacientët që vuajnë nga çrregullime mendore.

Menjëherë

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Parashikuar ndërhyrje të rëndësishme infrastrukturore në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, si në kuadrin strategjik për shëndetësinë (Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030) ashtu edhe atë për shëndetin mendor (Plani i Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), parashikime të cilat udhëheqin edhe PBA-të respektive.

Në këtë kuadër, në vitin 2023 filloi zbatimi i punimeve për rehabilitimin e dy godinave ku akomodohen pacientët rezidentë kronikë, me një vlerë prej 253 milion lekë, përfshirë edhe mobilim dhe pajisje mjekësore. Ky investim tashmë ka përfunduar dhe pacientët janë të akomoduar në këto dy godina.

Me buxhetin e vitit 2025 u bë e mundur nisja e punimeve për ndërtimin e dy godinave të reja për Spitalin Psikiatrik Elbasan, me fond kontrate 433 milion lekë. Investimi mendohet të përfundojë në fillim të vitit 2027. Pas përfundimit të këtyre dy godinave do të vijohet me fazën e dytë të investimit “Rikonstruksion i godinës qendrore të Spitalit Psikiatrik Elbasan”, investim i cili është parashikuar të fillojë në vitin 2028, me një vlerë rreth 906 milion lekë.

Me kredi të Bankës Botërore u bë e mundur realizimi i investimit “Rikonstruksioni i godinës së psikiatrisë infantile dhe godinës së urgjencës dhe alkoologjisë në spitalin psikiatrik në QSUT”, me një vlerë rreth 140 milion lekë, ndërkohë që me buxhetin e shtetit për vitin 2026 është parashikuar një fond prej 50 milion lekë për mobilimin e këtyre dy godinave të rikonstruktura nga BB.

Me buxhetin e vitit 2026 është parashikuar të nisë investimi për rikonstruksionin e godinës 4-katëshe të spitalit psikiatrik (ku ofrohet shërbimi për të rriturit) në QSUT, me një vlerë prej rreth 183 milion lekë.

Objektivi i ndërhyrjeve të sipërpërmendura të parashikuara është të kontribuojë në përmirësimin e efikasitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor në spitalet psikiatrike, përmes një pakete investimesh infrastrukturore me qëllim garantimin e kushteve dinjitoze për përdoruesit e këtyre shërbimeve.

Paralelisht, sipas parashikimeve strategjike afatgjata në këtë fushë, do të ndërmerren investime për zhvillimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor, me qëllim reduktimin e hospitalizimeve të shpeshta dhe të gjata të personave me çrregullime kronike të shëndetit mendor dhe lehtësimin e integritit të tyre në shoqëri.

Këto ndërhyrje janë pjesë e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026, dhe do të reflektohen në projektet buxhetore afatmesme të viteve 2027-2029. Si fillim, planifikohet të realizohet hapja e dy Qendrave të reja Komunitare të Shëndetit Mendor në Durrës dhe Fier, si ndër qarqet më të mëdha të vendit. Ndërkohë, gjatë vitit 2025 është ngritur dhe funksionon një Qendër e re Komunitare e Shëndetit Mendor në Lezhë. Gjithashtu, në kuadër të parashikimeve afatgjata për përmirësimin dhe zhvillimin e rrjetit të shërbimeve të specializuara të shëndetit mendor, informojmë se do të gjejnë adresim të plotë edhe në dokumentin e ri strategjik për shëndetin mendor që planifikohet të hartohet gjatë vitit 2026 (miratimi me VKM).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht .

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, sqaron se:

Ky rekomandim është implementuar për zbatim së bashku me Sektorin e Shëndetit Mendor në MSHMS, si më poshtë:

Sipas Programit të Punës të MSHMS për zbatimin e këtyre rekomandimeve dhe brenda afateve të parashikuara në këtë program, Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale ka miratuar Urdhrin nr.547, datë 24.10.2024, “Për ngritjen e Grupeve Rajonale të Punës për zbatimin e vlerësimit të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit e mbështetjes në komunitet të pacientëve rezidentë kronikë të spitaleve psikiatrike” (bashkëlidhur urdhri), i cili është përcjellë Drejtorisë Qendrore të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor për zbatim. Nëpërmjet këtij urdhri, autorizohet DQOSHKSH për ngritjen e grupeve rajonale të punës për zbatimin e një vlerësimi të detajuar të nevojave socio-shëndetësore dhe mundësive të akomodimit dhe mbështetjes në komunitet (në struktura publike dhe jopublike) për secilin pacient rezident kronik në dy spitalet psikiatrike, Elbasan dhe Vlorë, duke priorizuar de institucionalizimin e pacientëve që kanë nivelet më të mira të funksionimit.

Bashkëlidhur janë edhe raportimet e DQOSHKSH për këtë proces. Ndërkohë, jemi në pritje të një raporti të detajuar nga ky institucion deri në fund të vitit 2025. Ky raport pritet të ofrojë një pasqyrë të plotë mbi procesin e vlerësimit multidisiplinar të rezidentëve kronikë në spitalet psikiatrike Elbasan dhe Vlorë, duke përfshirë numrin e pacientëve të vlerësuar, metodologjinë e përdorur dhe rastet që plotësojnë kriteret për daljen nga institucionet.

Gjithashtu, do të evidentojë rezultatet e de-institucionalizimit deri në momentin e raportimit, format e akomodimit dhe mbështetjes së siguruar në komunitet, dokumentacionin për ngritjen e grupeve rajonale, si dhe mekanizmat e bashkëpunimit ndër-institucional, përfshirë vështirësitë e hasura dhe rekomandimet për përmirësim. Raporti do të shoqërohet me të dhëna statistikore të detajuara në formë tabelore për çdo rast, duke reflektuar diagnozat, nivelin e funksionimit, nevojat kryesore dhe shërbimet e nevojshme.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në QSUT-së dhe MSHMS-së mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe është zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Sadik Himçi” Elbasan për pjesën takuese sqaron se:

Ka filluar procesi i ndërtimit të godinave të reja të cilat përfundojnë në muajin Mars vitit 2027. Godina të cilat janë të projektuara në përmbushje të standardeve ndërkombëtare të të drejtave të pacientëve , në hapësira personale vetjake si dhe ambiente rehabilituese të tyre.

Është përfunduar projekt-preventivi për godinën ekzistuese dhe jemi në fazën e oponencës teknike . Brenda vitit 2026 pritet të fillojë rikonstruksioni i godinës ekzistuese parashikuar në projekt-buxhetin e viteve 2026-2028.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan mbi zbatimin e e këtij

rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar pjesërisht dhe në proces.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë për pjesën takuese sqaron se:

Në vitin 2023-2024 është akorduar një fond në investimet ardhur nga MSHMS-ja me shkresën Nr.704/1 datë 07.02.2024, protokolluar në Institucion me Nr.377 datë 07.02.2024 “Çelja e buxhetit për vitet 2024-2026 për shpenzimet kapitale (art230-231) etj” për dy shtëpizat e Spitalit Psikiatrik (brenda ambienteve të Spitalit: ish pavijoni kronik gra dhe kronik burra): njëra rikonstruksion dhe tjetra ndërtim i ri përfunduar me sukses në dhjetor 2024. Gjatë fillimit të vitit është plotësuar dhe mobilimi i tyre duke plotësuar tërësisht standardet për një trajtim të drejtë e dinjitar të pacientëve rezidentë.

-Bashkëlidhur shkresa me Nr.704/1 datë 07.02.2024 e MSHMS-së dhe Fotografitë e Pavianëve sot.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë mbi zbatimin e e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht dhe në bashkëpunim me MSHMS..

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Njësinë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (Spitalin Psikiatrik) Shkodër për pjesën takuese sqaron se sqaron se:

Nga ana jone ne vlerësim te rekomandimeve të KLSH-së ne projekt buxhetin e vitit 2025-2026 kemi kërkuar rikonstruksion e shtëpive ekzistuese (çatitë) por deri tani nuk janë dhënë investime nga buxheti i shtetit nga MSHMS. Po punojmë dhe jemi në diskutime me Shoqatën O... që ka qenë në patronazh si shtëpiza. Vazhdojmë të ndjekjen ecurinë e bisedimeve për përfitimin e financimin e riparimeve te 4 shtëpive me kapacitet 52 shtretër.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Njësinë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (Spitalin Psikiatrik) Shkodër mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

11. Gjetje nga auditimi: Është konstatuar se në institucionet spitalore të sëmundjeve të shëndetit mendor mungon dokumentimi i plotë i të dhënave financiare sipas llojit të shpenzimit dhe destinacionit, si spitale më vete dhe të inkuadruara në organ epror (spitali i Tiranës i përfshirë në buxhetin e QSUNT - së dhe Spitali psikiatrik Shkodër përfshirë në strukturën e NJVKSH Shkodër dhe DPB (Spitali Burgut Tiranë e IEVP Lezhë). Ato nuk kanë kosto reale por bazohen në kosto historike, të pa argumentuara e përditësuara me treguesit konkretë. Kjo ka sjellë pasojë që stafi drejtues mos të ketë mundësi analize konkrete të efektivitetit dhe ekonomicitetit të përdorimit të fondeve buxhetore sa më mirë e me cilësi shërbimi për pacientët që vuajnë me sëmundje të shëndetit mendor.

11. 1. Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me strukturat drejtuese të spitaleve psikiatrike Elbasan, Vlorë, Njësinë Vendore të Kujdesit Shëndetësor Shkodër, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve (për spitalin e Burgut Tiranë dhe IEVP Lezhë), të hartojnë një model kostoje për pacientët e shëndetit mendor dhe të përfshijnë në rregulloret e brendshme, detyrimin e personelit financiar e menaxherial

për të hartuar regjistra elektronik të shpenzimeve veçmas sipas llojit e destinacionit, duke kryer ndarjet e nevojshme të tyre për proceset e veçanta si Urgjenca, objekte rehabilituese dhe spitali. Nëpërmjet hartimit të analizave të kostove periodike tremujore e progresive, t'u ofrohet drejtuesve mundësia e një menaxhimi apo drejtimi sa më profesional e bashkëkohor, gjurma e auditimit e cila do të sjellë dhe njohjen e tyre me përdorimin e fondeve publike me ekonomicitet e efektivitet për shërbimet ndaj pacientëve me sëmundje mendore.

Menjëherë

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Me Urdhrin nr. 576, datë 08.11.2024, është ngritur menjëherë grupi i punës për hartimin e metodologjisë së llogaritjes së kostove të shërbimeve të shëndetit mendor me shtretër (bashkëlidhur urdhri).

Grupi i punës hartoi metodologjinë, e cila u miratua me Urdhër Ministri nr. 70, datë 11.02.2025 (bashkëlidhur udhëzimi), i cili është ndarë për zbatim nga institucionet e varësisë.

Informojmë se është koordinuar puna që edhe rregulloret e brendshme të shërbimeve të shëndetit mendor të specializuar me shtretër të kenë parashikime specifike për zbatimin e kësaj metodologjie.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, sqaron se:

Ky rekomandim i përket Drejtorisë Ekonomike dhe Planifikimit në QSUNT-së dhe Sektorit të Shëndetit Mendor në MSHMS, si më poshtë:

Janë ndërmarrë të gjitha masat koordinuese për rishikimin e rregulloreve të brendshme të shërbimeve të shëndetit mendor të specializuar me shtretër, sipas parashikimeve të “Rregullores së Shërbimeve të Shëndetit Mendor”, si edhe në zbatim të përgjegjësisë të dala nga Udhëzimi për metodologjinë e llogaritjes së kostove të shërbimeve të shëndetit mendor të specializuar me shtretër, të miratuar me Urdhër Ministri nr. 70, datë 11.02.2025 (bashkëlidhur udhëzimi).

Aktualisht dy spitalet psikiatrike (Elbasan dhe Vlorë) dhe Shërbimi i Shëndetit Mendor me Shtretër Shkodër (NJVKSH Shkodër), kanë miratuar rregulloret e reja pas konsultimeve me MSHMS, të cilat përmbajnë edhe parashikimet specifike mbi përllogaritjen e kostove të shërbimit.

Ndërkohë, në lidhje me Shërbimin e Psikiatrisë në QSUT, duke qenë se gjatë periudhës së raportimit ky shërbim ka vijuar funksionimin në ambiente tranzitore, për shkak të proceseve të rikonstruksionit të godinave të dedikuara, rishikimi i rregullores së brendshme të këtij shërbimi me modifikimet e mundshme të parashikimeve mbi aspektin e administrimit klinik do të kryhet në vijim, në përputhje me zhvillimet e rivënies në punë të shërbimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar QSUNT dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe është në proces zbatimi, pasi siç është sqaruar në paragrafin 3 të sqarimit, ky spital është në ambiente tranzitore, pasi spitali ekzistues është në rikonstruksion e ndërtim të plotë, pra ky rekomandim do ridërgohet për zbatim.

Statusi i rekomandimit: I pranuar dhe në proces zbatimi.

Spitali Psikiatrik “Sadik Himçi” Elbasan për pjesën takuese sqaron se:

1. Është implementuar në rregulloren e brendshme metodologjia e logjistikes së kostos sipas udhëzimeve të MSHMS.

Në zbatim të Udhëzimit të Ministrit nr.70, date 11.02.2025, ardhur me shkresë zyrtare nr.758/1, date 24.02.2025, ku kërkohet futja në rregullore të brendshme të secilit shërbime të shëndetit mendor me shtretër, të metodologjisë së kostove sipas piken 2 të këtij udhëzimi.

2. Këto shërbime kanë detyrimin të organizojnë struktura për llogaritjen e kostove me qëllim planifikimin financiar për vitin pasardhës. duke e reflektuar këtë detyrim në rregulloret e tyre të brendshme

Në zbatim të udhëzimit të ardhur është bërë ngritja e strukturës për zbatimin e metodologjisë dhe për llogaritjen e kostove me urdhër të brendshëm të drejtorisë së spitalit nr.20 datë 04.03.2025 me përbërjen e mëposhtme:

1. N/D Ekonomik
2. N/D Teknik
- 3.Sh.Finance
4. Ekonomiste
- 5.Ekonomiste

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë për pjesën takuese sqaron se;

Nga MSHMS-ja janë marrë masat duke filluar me Urdhrin NR.576 datë 08.11.2024, Nr.4618 prot, datë 08.11.2024 “Për ngritjen e grupit të punës për hartimin e metodologjisë së llogaritjes së kostove të shërbimeve të shëndetit mendor me shtretër” pasuar kjo me shkresën e OSHKSH -së Drejtorisë Rajonale ardhur dhe protokolluar ne Institucion me shkresën “Për njohje dhe zbatim “ Nr.441 datë 27.02.2025.

Bashkëlidhur Urdhri i MSHMS-së , shkresa e OSHKSH si edhe korrespondenca jone ndërmjet përfaqësuesit te Institucionit dhe MSHMS-së.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht dhe në bashkëpunim me MSHMS.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Drejtorja e Përgjithshme e Burgjeve për pjesën takuese sqaron se;

Nga DP Burgjeve, kjo problematikë ka gjetur zbatim në gjashtë mujorin e parë të vitit 2025, ku është ngritur një grup të përbashkët pune, DPB-QSB-Spitali Lezhë duke evidentuar të gjitha zërat e kostos për çdo qendër kostoje dhe në vijim do të hartohen edhe raporte periodike 3-6-12 mujore, mbi të cilën do të bëhen edhe analiza të thelluara për përdorimin e fondeve me efikasitet dhe efikasitet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në DP Burgjeve mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar atë plotësisht e vazhdon në vijimësi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

12. Gjetje nga auditimi: Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe konkretisht Drejtoria e Buxhetit janë kryer disa alokime fondesh, por këto ndryshime buxhetore në raportin shtesa/pakësime, kanë mbetur në nivelet e buxheteve historike me ndryshime shumë të vogla. Ka munguar një qasje e strukturuar në përdorimin dhe realizimin e buxhetit dhe shpërndarjen sipas artikujve buxhetor më të nevojshëm për përmirësimin e shërbimit spitalor. Po kështu, me gjithë specifikat e veçanta dhe ndjeshmërinë e lartë sociale që ka shërbimi spitalor psikiatrik, në vitin buxhetor 2022 me Aktin normativ nr. 3, datë 12.03.2022 të Qeverisë, dërguar me shkresë nr. 4934/83 prot., datë 04.04.2022 është përfshirë spitali psikiatrik Elbasan, duke i pakësuar fondet me -12,770 mijë lekë, ndërkohë që ky institucion ishte në vështirësi financiare për përballimin e nevojave dhe mirëmbajtjen në gjendje funksionale të godinave spitalore të amortizuara. Po kështu janë përfshirë dhe tre spitalet e tjera, por nuk e kanë të paraqitur veçmas pengesë dokumentimi të veçantë, pra mungon gjurma e auditimit e ndarë për këto veprime buxhetore.

12.1. Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me institucionet spitalore të shëndetit mendor dhe Ministria e Drejtësisë në bashkëpunim me DPB të marrin masa dhe të argumentojnë në mënyrë të strukturuar, buxhetet e tyre vjetore dhe të shmangim cenimin e fondeve të akorduara në fillim të vitit për përmbushjen e nevojave, duke mos i përfshirë këto spitale në lëvizjet buxhetore gjatë vitit buxhetor me alokime të panevojshme pakësuese me Akte normative, ndryshime strukturore (+, -) etj., si dhe të marrin masa për të mbajtur një buxhet vjetor të qëndrueshëm.

Menjëherë

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, është trajtuar me objektivitet dhe nuk janë kryer ndërhyrje me alokime fondesh në pakësime për institucionet spitalore të shëndetit mendor dhe është bashkëpunuar me Ministrinë e Drejtësisë dhe DPB, që mos të pakësohen fondet nëpërmjet alokimeve për trajtimin e Personave të dënuar me masë mjekësore të e vuajnë nga shëndeti mendor.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht e në vijimësi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, sqaron se:

Nga QSUNT-ja dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale janë:

Parashikuar ndërhyrje të rëndësishme infrastrukturore në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër, si në kuadrin strategjik për shëndetësinë (Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030) ashtu edhe atë për shëndetin mendor (Plani i Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), parashikime të cilat udhëheqin edhe PBA-të respektive.

Në këtë kuadër, në vitin 2023 ka filluar zbatimi i punimeve për rehabilitimin e dy godinave ku akomodohen pacientët rezidentë kronikë, me një vlerë prej 253 milion lekë, përfshirë edhe mobilim dhe pajisje mjekësore. Ky investim tashmë ka përfunduar dhe pacientët janë të akomoduar në këto dy godina.

Me kredi të Bankës Botërore u bë e mundur realizimi i investimit “Rikonstruksioni i godinës së psikiatrisë infantile dhe godinës së urgjencës dhe alkoologjisë në spitalin psikiatrik në QSUT”, me

një vlerë rreth 140 milion lekë, ndërkohë që me buxhetin e shtetit për vitin 2026 është parashikuar një fond prej 50 milion lekë për mobilimin e këtyre dy godinave të rikonstruktura nga BB. Me buxhetin e vitit 2026 është parashikuar të nisë investimi për rikonstruksionin e godinës 4-katëshe të spitalit psikiatrik (ku ofrohet shërbimi për të rriturit) në QSUT, me një vlerë prej rreth 183 milion lekë.

Objektivi i ndërhyrjeve të sipërpërmendura të parashikuara është të kontribuojë në përmirësimin e efikasitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor në spitalet psikiatrike, përmes një pakete investimesh infrastrukturore me qëllim garantimin e kushteve dinjitoze për përdoruesit e këtyre shërbimeve.

Paralelisht, sipas parashikimeve strategjike afatgjata në këtë fushë, do të ndërmerren investime për zhvillimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor, me qëllim reduktimin e hospitalizimeve të shpeshta dhe të gjata të personave me çrregullime kronike të shëndetit mendor dhe lehtësimin e integritetit të tyre në shoqëri.

Këto ndërhyrje janë pjesë e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026, dhe do të reflektohen në projektet buxhetore afatmesme të viteve 2027-2029. Gjithashtu, në kuadër të parashikimeve afatgjata për përmirësimin dhe zhvillimin e rrjetit të shërbimeve të specializuara të shëndetit mendor, informojmë se do të gjejnë adresim të plotë edhe në dokumentin e ri strategjik për shëndetin mendor që planifikohet të hartohet gjatë vitit 2026 (miratimi me VKM).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar QSUNT dhe verifikimit si pjesë e zbatimit të rekomandimeve dhe në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Sadik Himçi” Elbasan për pjesën takuese sqaron se:

Kemi hartuar projekt-buxhetin e vitit 2025-2027 sipas planifikimeve dhe nuk kemi pasur problematika.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Sadik Dinçi” Elbasan mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Spitali Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë për pjesën takuese sqaron se;

Buxheti vjetor nuk ka pas cenim fondesh nga MSHMS-ja në Institucionin tone dhe alokimi i fondeve gati tre herë në vit buxhetor na jep një qasje pothuaj 100% ndaj kërkesave buxhetore në fillim vit por edhe kërkesave që dalin gjatë vitit buxhetor.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Spitalin Psikiatrik “Ali Mihali” Vlorë mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht dhe në bashkëpunim me MSHMS..

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Ministria e Drejtësisë dhe DP Burgjeve sqaron se:

Kjo problematike adresuar brenda gjashte mujorit të parë të vitit 2025, duke ngritur një grup të përbashkët pune, DPB-QSB-IEVP Shënkoll, duke evidentuar të gjitha zërat e kostos për çdo qendër kostoje dhe me pas janë hartuar raportet periodike 3-6-12 mujore mbi të cilën do të bëhen edhe analiza të thelluara për përdorimin e fondeve me efikasitet.

- Janë marrë të gjitha masat nga Drejtoria e Buxhetit në MD dhe DP Burgjeve që fondet buxhetore të buxhetuara për QSB Tiranë dhe IEVP Lezhë, të jenë të qëndrueshme dhe të bazuara mbi parashikimin e numrit të të dënuarve që trajtohen dhe do të trajtohen gjatë një viti, pa i cenuar këto fonde përgjatë gjithë vitit fiskal.

Planifikimi dhe zbatimi i buxheteve për këto vite është realizuar mbi baza reale dhe të qëndrueshme, në përputhje me parashikimin e numrit të personave të dënuar që trajtohen dhe do të trajtohen gjatë vitit, duke garantuar mbulimin e plotë të nevojave të institucioneve përkatëse dhe pa cenuar fondet e miratuara në fillim të viteve fiskale.

Ministria e Drejtësisë mbetet e angazhuar që, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të vijojë garantimin e një buxheti vjetor të qëndrueshëm dhe të shmangë lëvizjet e panevojshme buxhetore gjatë vitit, në përputhje me rekomandimet e KLSH-së.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Drejtësisë mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht e në vijimësi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

13. Gjetje nga auditimi: Situata e ambienteve spitalore për të sëmurët që vuajnë me çrregullime mendore është në gjendje të amortizuar dhe që nuk përmbushin nevojat dhe kërkesat, si për gjendjen e objekteve nga ana strukturore dhe plotësimin të ambienteve sa më të përshtatshme dhe në mungesën e kapaciteteve sipas nevojave që ka vendi ynë, pasi sëmundjet mendore, po njohin rritje nga viti në vit. Duke pasur parasysh ambicien e Qeverisë shqiptare për OZHQ dhe Axhendës 2030, aktualisht mungon një strategji kombëtare zhvillimore për investime në Shqipëri dhe program i veçantë kombëtar investimesh për institucionet spitalore të sëmundjeve të shëndetit mendor.

13. 1. Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për hartimin në mënyrë të argumentuar të një plani afatmesëm e afatgjatë mbi nevojën emergjente për investime dhe financimin në institucionet spitalore të shëndetit mendor nga buxheti i shtetit dhe institucionet partnere ndërkombëtare, si OBSH, BB dhe donatorë të huaj e vendas, duke i paraqitur para Qeverisë për miratim e vënien në zbatim.

Menjëherë

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Lidhur me këtë rekomandim, bazuar në argumentet e përcjella nga ana jonë me shkresën nr. 377/3, datë 26.07.2024, tashmë është realizuar dhe është në proces zbatimi i planit afatmesëm të investimeve dhe financimit në institucionet spitalore të shëndetit mendor nga buxheti i shtetit dhe institucionet partnere ndërkombëtare, në kuadër të Projekt-Buxheteve Afatmesme 2025-2027 dhe 2026-2028, si dhe do të mbahet në konsideratë në vijim në hartimin e PBA-ve respektive.

Përsa i përket planifikimit afatgjatë, siç edhe kemi parashtruar më lart, tashmë MSHMS ka një kuadër strategjik për shëndetin mendor, me parashikime specifike në dokumentin strategjik ombrellë për fushën e shëndetësisë (Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030), si dhe me një

dokument të dedikuar (Plani i Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), kuadër i cili parashikohet të përmirësohet gjatë vitit 2026 me hartimin dhe miratimin e Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Mendor, në kuadër edhe të angazhimeve të MSHMS në procesin e integritit evropian.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, sqaron se:

Ky rekomandim është i implementuar me zbatimin e rekomandimit nga MSHMS dhe përkon me sqarimin për rekomandimin e lënë për pjesën takuese në QSUNT, si pjesë e hierarkisë në hartimin e PBA dhe planeve afatgjata të investimeve në sektorin e shëndetit mendor. Konkretisht, si më poshtë:

Objektivi i ndërhyrjeve të sipërpërmendura të parashikuara është të kontribuojë në përmirësimin e efikasitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor në spitalet psikiatrike, përmes një pakete investimesh infrastrukturore me qëllim garantimin e kushteve dinjitoze për përdoruesit e këtyre shërbimeve.

Paralelisht, sipas parashikimeve strategjike afatgjata në këtë fushë, do të ndërmerren investime për zhvillimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor, me qëllim reduktimin e hospitalizimeve të shpeshta dhe të gjata të personave me çrregullime kronike të shëndetit mendor dhe lehtësimin e integritit të tyre në shoqëri.

Këto ndërhyrje janë pjesë e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026, dhe do të reflektohen në projektet buxhetore afatmesme të viteve 2027-2029. Gjithashtu, në kuadër të parashikimeve afatgjata për përmirësimin dhe zhvillimin e rrjetit të shërbimeve të specializuara të shëndetit mendor, informojmë se do të gjejmë adresim të plotë edhe në dokumentin e ri strategjik për shëndetin mendor.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në QSUT, dhe informacionit plotësues të marrë në MSHMS mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

4. A janë plotësuar kushtet bazë për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor me masë mjekësore?

14. Gjetje nga auditimit: Gjatë vizitave në terren pranë IEVP Lezhë dhe Spitali i Burgut u evidentua se këto struktura janë totalisht të papërshtatshme për të akomoduar persona të dënuar me masë mjekësore, pasi aty nuk mund të respektohen standardet e trajtimit të personave me probleme të shëndetit mendor, për shkak të mbipopullimit (akomodimi përtej kapaciteteve). Në këto dy struktura ka lagështirë; godinat janë të amortizuara; mungon arredimi të përshtatshëm për këtë kategori individësh; ambienti është i rrethuar dhe ruhet nga Policia e Burgut në perimetrin e jashtëm; ambienti i brendshëm është i njëjtë me atë të institucioneve të tjera të ekzekutimit të veprave penale me përjashtim të faktit se përveç policëve aty janë prezent edhe mjek, infermierë, punonjës socialë etj; elementët e sigurisë janë të dukshëm si brenda godinave ashtu edhe në zonat e ajrimit.

14. 1. Rekomandim: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, të marrin masa për të identifikuar objekte të tjerë për të akomoduar personat me probleme

të shëndetit mendor të dënuar me masë mjekësore, deri në momentin e akomodimit të tyre përfundimtar pranë institucionit mjekësor të posaçëm, duke vlerësuar edhe nevojat buxhetore për të siguruar respektimin e të drejtave të këtyre individëve.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

DP Burgjeve sqaron se:

Nga verifikimi i zbatimit të rekomandimit rezultoi se nga DP Burgjeve është vlerësuar situatën e gjendjes së numrit të personave me masë mjekësore, duke kryer ri-sistemimin brenda kushteve ekzistuese dhe përafruar respektimin e kapaciteteve me kërkesat e duhura. Më konkretisht kemi situatën si më poshtë:

Kapaciteti në IEVP Lezhë është 218 persona.

Sasia e dhomave në total në godinat 4-5 është 66 dhoma banimi.

Sasia e klasave në total në godinat 4-5 është 8 klasa.

Ambientet të tjera në godinat 4-5 janë: dhomat e mjekëve, dhoma e stomatologut, dhomat e infermierisë, dhomat e trajtimit mjekësor, laborator, farmacia, ambientet e kultit, lavanderia, kuzhina, magazinat, ambientet ku zhvillohen takimet, zyra e pritjes, zyra e informacionit, ambienti i kontrollit, godina e administratës dhe godina e policisë.

Ambientet e jashtme janë fushat e ajrimit dhe ambientet ku zhvillohen aktivitete .

Sipërfaqja e dhomave në IEVP Lezhë varion si më poshtë:

	Nr. i dhomave	Sipërfaqja m2	Lartësi Kubatura m3	Nr. i shtetasve
Godina 4				
Kati 1				
Dhoma banimi	6	4.13x4.17	3.3	64
Dhoma banimi	2	8.3x5.1	3.3	
Dhoma observimi	1	4.13x4.17	3.3	
Kati 2				
Dhoma banimi	12	5.15x4.2	3	85
Kati 3				
Dhoma banimi	12	4.1x5.14	3	84
Godina 5				
Kati 1				
Dhoma banimi	3	5.18x8.35	3.23	31
Kati 2				
Dhoma banimi	12	5.2x4.3	3	87
Kati 3				
Dhoma banimi	12	4.1x5.1	3	87
SKV				
Dhoma banimi	6	2.5x4.95	3.5	22

Kapaciteti mesatar i një dhomë banimi është 7 shtetas.

Lidhur me ndërtimin e një institucioni të ri për trajtimin e shtetasve me masë mjekësore, po bëhen përpjekje, por deri tani nuk ka një rezultat konkret.

Gjatë këtij viti nga DPB është miratuar Rregullorja e brendshme për trajtimin e shtetasve me masë mjekësore.

Nga MSHMS-ja, janë miratuar dy protokolle për trajtimin e shtetasve me masë mjekësore;

Për miratimin e planit të trajtimit për personat me çrregullime të shëndetit mendore me masë mjekësore” Mjekim i detyruar”.

Për miratimin e protokollit të kujdesit diagnostikim dhe terapeutik për pacientët e axhituar” .

Gjendja e pajisjeve të fjetjes Krevat, batanije, dyshek, etj. Pajisjet e dhomave. Ventilimi, pajisjet e klasave dhe ambienteve, palestra, etj.

Bazuar në Urdhrin e Ministrit të Drejtësisë Nr. 413/1, datë 09.02.1999, respektivisht pikës 3, “Miratimin e normave të konsumit të sapunit kallëp dhe sapunit pluhur” dhe Udhëzimit të DPB Nr.934 Prot, datë 16.06.2023 “Për zbatimin e procedurave ligjore me furnizimin e të burgosurve me materialeve të buta dhe detergjenteve në bazë të normativave”, të akomoduarit në IEVP Lezhë furnizohet me materiale të buta sipas normave si mëposhtëm vijon:

Nr	Emërtimi i materialit	Njësia	Sasia	Afati në vite
1	Krevat	copë	1	Pa afat
2	Dyshek Sfungjeri	copë	1	6
3	Jastëk	copë	1	6
4	Batanije Teke	copë	3	6
5	Çarçaf tek	copë	2	1
6	Këllëf jastëku	copë	2	1
7	Peshqir	copë	2	1
8	Komplet pizhamesh/për të sëmurët në spitale	copë	1	1
9	Papuçe dhome për të sëmurët	copë	1	1

Në rastet e dëmtimit/shkatërrimit të materialeve të mësipërme, bëhet zëvendësimi i menjëhershëm i tyre. Dhomat e tyre janë të pajisura me krevate, komodina, stol dhe tavolinë plastike.

Klasat janë pajisur me tavolina dhe stola plastik, televizor, karrige druri, mini biblioteka, rafte, tabelë white boarder dhe material të tjera që shërbejnë për zhvillimin e aktiviteteve të tyre.

Ambientet e kultit janë të pajisura me objekte që shërbejnë për zhvillim e aktiviteteve fetare.

Agjenda ditore e pacienteve. Ecuria e programeve rehabilituese.

Ecuria e programeve rehabilituese:

Programet rehabilituese kanë për qëllim përfshirjen graduale dhe aktive të shtetasve me masë mjekësore në procese të dobishme për mirëqenien e tyre mendore, sociale dhe emocionale. Përgjatë periudhës së ndjekjes është vërejtur se pjesa më e madhe e individëve marrin pjesë në mënyrë të pjesshme, ndërkohë që për disa individë evidentohet përfshirje më e plotë dhe bashkëpunuese. Aktivitetet edukative dhe këshillimet psikologjike kanë ndihmuar në përmirësimin e ndërgjegjësimit për sëmundjen dhe vetë menaxhimin e emocioneve si edhe ri-aftësimin e ndërveprimit të tyre në ambientin e akomoduar apo komunitet.

Programet terapeutike ndiqen nga stafi psiko-social në bashkëpunim me stafin mjekësor dhe përditësohet sipas nevojave të secilit pacient.

Ushqimi, higjiena, uji, sa vakte konsumojnë dhe cila është menyuja dhe norma.

Mbështetur në ligjin Nr. 81/2020 Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve, neni 36 ku citohet “Të burgosurit i sigurohet ushqim i shëndetshëm dhe i mjaftueshëm, i përshtatshëm për moshën, gjendjen shëndetësore, natyrën e punës, kushtet klimaterike, besimin fetar dhe nevojat e veçanta të tij”, shtetasit e akomoduar në IEVP Lezhë konsumojnë tre vakte bazuar në orarin e veprimeve.

Higjiena

Bazuar në Urdhrin e Ministrit të Drejtësisë Nr. 413/1, datë 09.02.1999, respektivisht pikës 3 , “Miratimin e normave të konsumit të sapunit Kallëp dhe sapunit pluhur” dhe Udhëzimit të DPB Nr.934 Prot, datë 16.06.2023 “Për zbatimin e procedurave ligjore me furnizimin e të burgosurve me materialeve të buta dhe detergjenteve në bazë të normativave”, të akomoduarit në IEVP Lezhe

furnizohet me normat e përcaktuara në udhëzimin e sipërpërmendur , produkte të cilat administrohen nga kujdestarët dhe sanitarët e punësuar në shërbim të këtyre shtetasve. Normat për një shtetas të akomoduar pranë IEVP Lezhë janë si më poshtë :

Për Larjen e rrobave në lavanderi

Nr.	Emërtimi	Nj/Matëse	Për 1 kg rroba të pa lara jepen në 1 muaj	Për 1 kg rroba të pa lara jepen në 1 muaj
			Sapun Kallëp	Sapun Pluhur
1	Në lavanderi e mekanizuar	gr	30	40
2	Në lavanderi ku larja bëhet me dorë	gr	40	30

Për Larjen e enëve të kuzhinës e mensa detergjent (solucion, pluhur)

Nr.	Emërtimi	Nj/Matëse	Sasia që i takon në ditë
1	Për çdo të dënuar	gr	10

Për profesione të ndryshme (Sapun Kallëp)

Nr.	Emërtimi	Nj/Matëse	Sasia që i takon në 1 vit
1	Për çdo të dënuar që punon	gr	450
2	Për çdo të dënuar që nuk punon	gr	350

Furnizimi me ujë në IEVP Lezhë bëhet nëpërmjet burime (shpimeve) që ndodhen brenda territorit të institucionit. Furnizimi me ujë është i pandërprere gjatë 24 orëve dhe kryhen analiza periodike nga ISSH Lezhë.

- Numri i punonjësve sipas shërbimeve

- Numri i punonjësve është si më poshtë:

Nr.	Sektorët	Plan	Fakt	Mungesa
1	Drejtore, Zv/Drejtore	2	1	1
2	Spektori i Policisë	85	85	-
3	Spektori i Çështjeve Shoqërore	11	10	1
4	Spektori i masave mjekësore	53	52	1
5	Spektori i Burimeve njerëzore dhe Shërbimeve	18	18	-
6	Spektori Ligjor	7	5	2
7	Spektori i Financës dhe buxhetit	4	4	-
	Totali	180	175	5

Shënim :Sot në IEVP Lezhë kemi , 1 PRM dhe 30 PRB të komanduar

Stafi social

Nr.	Spektori	Plan	Fakt	Mungesa
1	Stafi Social	11	10	1

Shënim : Mungon 1 Specialist, Punonjës Social

Stafi shëndetësor, i plotë plan-fakt specialitetet

Nr.	Specialitetet	Plan	Fakt	Mungesa
1	Mjek	12	11	1
2	Mjek Stomatolog	1	1	-
3	Farmacist	1	1	-
4	K/infermier	1	1	-
5	Infermier	18	18	-

6	Kujdestar	10	10	-
7	Sanitar	10	10	-

Shënim : Mungon 1 Mjek Psikiatër

Stafi i sigurisë

Nr.	Sektori	Plan	Fakt	Mungesa
1	PRM, Specialist planifikues dhe menaxhues shërbimesh	4	4	-
2	PRB Sigurie për ruajtje të jashtme dhe postbllok	25	25	-
3	PRB Sigurie për regjim të brendshëm	21	21	-
4	PRB Sigurie për shoqërim e ruajtje dhe mbikëqyrje spitalore	35	35	-
	Totali	85	85	-

Shërbimet kuzhina, mirëmbajtja

Nr.	Specialitetet	Plan	Fakt	Mungesa
1	Përgjegjës Sektori	1	1	-
2	Specialist për Burimet Njerëzore	1	1	-
3	Specialist(Inxhinier /Ekonomist)	1	1	-
4	Specialist për ushqimin	1	1	-
5	Teknik të mesëm të specialiteteve të ndryshme	5	5	-
6	Kuzhinier	6	6	-
7	Punonjës mirëmbajtje	1	1	-
8	Shofer	1	1	-
9	Sanitare	1	1	-
	Totali	18	18	-

Bashkëpunimi dhe mbështetja nga partnerët

Institucioni jonë bashkëpunon me OJF-të si SH., Fondacioni Holandez E.. &V., Kisha Katolike Grude e re Shkodër, Kisha e Shënkollit në bashkëpunim me H.. F.. A..A, P.. G... si edhe SANT.....'E...

SHKBSH- Shoqëria K..e B.. në Shqipëri ofron kujdes nga këndvështrimi i krishterë për shtetasit me masë mjekësore, fëmijët dhe familjet e tyre dhe thyerja e rrethit të varfërisë dhe pamundësisë. Gjithashtu fokus i tyre është edhe ofrimi i aktiviteteve të ndryshme social-edukative dhe kurseve me qëllim drejtësinë restauruese.

-Ka ofruar mbështetje emocionale dhe materiale.

-Ka zhvilluar një kurs 8-javor "Udhëtimi i të Burgosurit" me qëllim mirëqenien emocionale të tyre, ku edhe janë pajisur me certifikata pjesëmarrës.

Fondacioni Holandez E.. & V..- ka si qëllim përmirësimin e kushteve të jetesës për shtetasit me masë mjekësore. Gjithashtu organizojnë aktivitete sportive dhe argëtuese për të forcuar lidhjet e ndërsjella dhe për të mbështetur financiarisht projektet e tyre.

Shoqata Holandeze se bashku me SH... ka marrë përsipër të kontribuojë dhe të investojë në ndërtimin e dy tendave në ambientet e ajrosjes për shtetasit me masë mjekësore duke ndihmuar në infrastrukturë me qëllim përmirësimin e kushteve në ambientet ku ndodhet ky kontingjent.

Gjithashtu kanë kontribuar në përmirësimin e kushteve të Kuzhinës dhe Magazinës brenda ambienteve të IMP-IEVP. Pas këtij projekti kanë sponsorizuar dhe një ambient për konferenca dhe trajnime . Gjithashtu kanë shprehur vullnetin dhe gatishmërinë në mobilimin e këtij ambienti që të bëhet sa më i përshtatshëm për pacientët.

Kisha Katolike Grude e re Shkodër- kanë ofruar kontribut të jashtëzakonshëm për shtetasit me masë mjekësore duke dhuruar materiale ushqimore dhe veshmbathje.

Gjithashtu vlen të përmendim dhe një kontribut shumë domethënës për institucionin tonë, pasi përfaqësuesi juridik i Kongregatës Sh.. V.. D.. P...-P.. Gj..., përmes përkushtimit dhe mbështetjes së tyre, ka marrë përsipër angazhimin për të mbikëqyrur trajtimin mjekësor të tre pacientëve me mjekim të detyruar por që nuk kanë persona të autorizuar për të ndjekur trajtimin ambulator pas liritimit dhe njëkohësisht janë të braktisur nga familjarët e tyre, për t'i integruar ata në jetën e përditshme, duke i ndihmuar të rikthehen në shoqëri dhe të udhëhiqen nga një rrugë më e shëndetshme.

Fondacioni H.. for A.. në bashkëpunim me Kishën e Shënkollit- kanë kontribuar në ndërtimin e një sere në ambientin e jashtëm ku ndodhen pacientet si edhe P.. S..si përfaqësues i Kishës së Shënkollit aktivizohet here pas here në organizimin e aktiviteteve sociale që zhvillohen nga donatorë të ndryshëm.

P.. G..-Shoqatë e cila ofron ndihmë dhe shërbim ndaj njerëzve në nevojë, kryesisht ndaj shtetasve me masë mjekësore.

Kjo shoqatë përmes përfaqësuesve të saj ka ofruar në IMP kursin teatral për shtetasit me masë mjekësore me qëllim ndërveprimin dhe argëtimin e tyre.

Projekti më i rëndësishëm që lidhet drejtpërdrejt me këtë kontingjent është shoqata S.. 'E.....

Qëllimi kryesor i kësaj shoqate është kualifikimi i rrugës për rimëkëmbjen dhe ri-integrimin social të shtetasve me çrregullime psikiatrike.

Veprimtaria e zhvilluar

- Ofrimi i moduleve të trajnimit të personelit (Në vazhdim)

- Aktivitetet rekreative dhe profesionale apo kulturore të organizuara me ta. Aktualisht kanë zhvilluar kursin e Anglishtes, Italisht dhe atë të Pikturës. (periudha 3-mujore)

Trajnime të stafit

Gjatë vitit 2025 në IEVP Lezhë nga stafi janë trajnuar

-Nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve:

14 punonjës civil, dhe 2 punonjës policie

-Në IEVP Lezhë nga trajnimi lokal i vazhduar :

2 Punonjës të rolit të mesëm dhe 221 Punonjës të rolit bazë

Trajtimi multidisiplinar i individualizuar

Trajtimi multidisiplinar i individualizuar për shtetasit me masë mjekësore në IEVP zhvillohet nëpërmjet bashkëpunimit të vazhdueshëm ndërmjet sektorit shëndetësor, sektorit social, stafit të sigurisë si dhe strukturave të tjera mbështetëse të institucionit. Puna fokusohet në hartimin dhe zbatimin e një plani trajtimi të personalizuar që përfshin vlerësimin klinik, mbështetjen psiko-sociale, ndjekjen e terapisë farmakologjike, përfshirjen në aktivitete terapeutike, edukative e sociale dhe monitorimin e progresit të përgjithshëm. Qasja është e orientuar drejt rehabilitimit, menaxhimit të simptomave dhe rritjes së aftësive funksionale të pacientit.

A zhvillohen takime multidisiplinare për trajtimin dhe ndjekjen

Po, në institucion zhvillohen takime periodike me karakter multidisiplinar, ku mblidhen përfaqësues të sektorit shëndetësor, psikologë, punonjës socialë, mjekë psikiatër dhe, nëse është e nevojshme, edhe përfaqësues të sektorit të sigurisë. Qëllimi i këtyre takimeve është shqyrtimi apo evidentimi i progresit të shtetasit me masë mjekësore, vlerësimi i ecurisë së planit të trajtimit, adresimi i vështirësive dhe përshtatja e mëtejshme e ndërhyrjeve terapeutike në funksion të nevojave individuale. Këto takime shërbejnë si bazë për vendimmarrje të koordinuar dhe efektive.

Mbështetje nga projekte

Projekti më i rëndësishëm që lidhet drejtpërdrejt me këtë kontingjent (shtetas me masë mjekësore) është shoqata S.. 'E.....

Kanë zhvilluar aktivitete rekreative dhe profesionale apo kulturore, është zhvilluar kursi e Anglishtes, Italisht dhe atë të Pikturës (periudha 3-mujore), si edhe kanë ofruar terapi të ndryshme përmes artit e muzikës.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në DP Burgjeve mbi zbatimin e ëtij rekomandimi konstatohet se është zbatuar dhe vazhdon në vijimësi të ketë një kujdes të shtuar për këta persona me ndjeshmëri të lartë sociale e nevoja për përkrahje, subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar atë plotësisht në e vazhdon në vijimësi .

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

5. A kanë patur Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Ministria e Drejtësisë një rol proaktiv për të përmirësuar trajtimin e personave me probleme të shëndetit mendor?

15. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë ka trajtuar problematikat e shëndetit mendor nëpërmjet një qasje sektoriale e jo gjithëpërfshirëse, nëpërmjet hartimit të planeve të veprimit për shëndetin mendor, të cilët nuk kanë adresuar në vite, problematikat thelbësore që kanë impaktuar konsolidimin e shërbimeve shëndetësore për personat me probleme të shëndetit mendor në nivel kombëtar, por vetëm sektorial.

16. Gjetje nga auditimi: Komiteti Kombëtar i Shëndetit Mendor, si organ këshillimor i Ministrisë të Shëndetësisë, duhet të mbledhet 2 herë në vit. Megjithatë, për periudhën 2021 – 2023, KKSHM është mbledhur vetëm një herë në vitin 2023²⁰. Gjithashtu ka rezultuar se, produktet e aktivitetit të këtij organi nuk janë publikuar në faqen zyrtare të institucionit.

15. 16. 1. Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të hartojë dhe miratojë Strategjinë Kombëtare për Shëndetin Mendor për të përmirësuar situatën e shërbimeve shëndetësore të shëndetit mendor.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Në lidhje me këtë rekomandim, MSHMS ka rivlerësuar nevojën për hartimin e një dokumenti strategjik ndër-sektorial dhe pranon rekomandimin.

Në këtë kuadër, pavarësisht se aktualisht MSHMS ka një kuadër strategjik të dedikuar për shëndetin mendor (Planin e Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), bazuar edhe në parashikimet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030, ai është një kuadër strategjik kryesisht sektorial, duke mos arritur të adresojë në mënyrë gjithëpërfshirëse të gjitha aspektet ndërdisiplinore të shëndetit mendor. Duke qenë se shëndeti mendor mbetet një çështje e shëndetit publik me komponentë të shumtë ndër-sektorialë, si pjesë e angazhimeve të MSHMS në procesin e integritimit evropian, është planifikuar në Planin e Punës për përmbushjen e piketave mbyllëse të Kapitullit 28 “Mbrojtja e Konsumatorit dhe Shëndeti Publik”, hartimi i një dokumenti të ri strategjik për shëndetin mendor dhe planit të veprimit shoqërues 2026-2030 (me qasje ndër sektoriale), i cili planifikohet të miratohet me VKM. Ky dokument do të synojë integritimin e politikave të shëndetit mendor në të gjitha nivelet e qeverisjes, duke harmonizuar kuadrin strategjik vendas me parimet e

²⁰ Pika 6 ²⁰ VKM nr. 456, datë 22.05.2013 “Për Përbërjen dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Kombëtar të Shëndetit Mendor”, i ndryshuar. Të dhënat e marra nga MSHMS.

BE-së, Konventën e OKB-së për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara, si dhe udhëzimet e OBSH-së në këtë fushë, të cilat janë në një linjë me rekomandimin tuaj. Dokumenti i ri strategjik parashikohet të hartohet dhe miratohet brenda këtij viti (2026).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe është në proces zbatimi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar dhe në proces zbatimi.

Ministria e Drejtësisë sqaron se:

Ministria e Drejtësisë është pjesëmarrëse në komitet dhe përgjigje e zbatimit rekomandimit përkon me përgjigjen e dhënë nga MSHMS :

-Në lidhje me këtë rekomandim, MSHMS ka rivlerësuar nevojën për hartimin e një dokumenti strategjik nder sektorial dhe pranon rekomandimin.

Në këtë kuadër, pavarësisht se aktualisht MSHMS ka një kuadër strategjik të dedikuar për shëndetin mendor (Planin e Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), bazuar edhe në parashikimet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030, ai është një kuadër strategjik kryesisht sektorial, duke mos arritur të adresojë në mënyrë gjithëpërfshirëse të gjitha aspektet ndërdisiplinore të shëndetit mendor. Duke qenë se shëndeti mendor mbetet një çështje e shëndetit publik me komponentë të shumtë nder sektorialë, si pjesë e angazhimeve të MSHMS në procesin e integritit evropian, është planifikuar në Planin e Punës për përmbushjen e piketave mbyllëse të Kapitullit 28 “Mbrotjtja e Konsumatorit dhe Shëndeti Publik”, hartimi i një dokumenti të ri strategjik për shëndetin mendor dhe planit të veprimit shoqëruar 2026-2030 (me qasje nder sektoriale), i cili planifikohet të miratohet me VKM. Ky dokument do të synojë integrimin e politikave të shëndetit mendor në të gjitha nivelet e qeverisjes, duke harmonizuar kuadrin strategjik vendas me parimet e BE-së, Konventën e OKB-së për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara, si dhe udhëzimet e OBSH-së në këtë fushë, të cilat janë në një linjë me rekomandimin tuaj. Dokumenti i ri strategjik parashikohet të hartohet dhe miratohet brenda këtij viti (2026).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar mbi zbatimin e këtij rekomandimi, konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

17. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministria e Drejtësisë nuk ka propozuar për miratim VKM për mënyrat dhe rregullat e ngritjes dhe funksionimit të institucioneve mjekësore të posaçme. Gjithashtu këto dy institucione nuk kanë plotësuar kërkesat e marrëveshjes së bashkëpunimit “Për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor me masë mjekësore” që kanë të bëjnë me ofrimin e shërbimit shëndetësor si dhe kushtet e trajtimit të pacientëve të dënuar me masë mjekësore”.

17.1. Rekomandim: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë të hartojnë dhe miratojnë me Vendim të Këshillit të Ministrave, mënyrat, rregullat e ngritjes e funksionimit të institucioneve mjekësore të posaçme si dhe masat e sigurisë për ruajtjen e tyre.

Brenda vitit 2024

Shpjegimet e subjektit të audituar mbi zbatimin e rekomandimit

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale sqaron se:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale është e angazhuar për adresimin e plotë dhe përfundimtar të çështjes së lidhur me përmirësimin e kushteve dhe trajtimit të personave me çrregullime të shëndetit mendor me masë mjekësore “mjekim i detyruar”, në bashkëpunimin me Ministrinë e Drejtësisë, sipas rekomandimeve kombëtare dhe ndërkombëtare në këtë fushë.

Në këtë kuadër, Projekt - Vendimi i Këshillit të Ministrave për mënyrën, rregullat e ngritjes e funksionimit të institucioneve mjekësore të posaçme, si dhe masat e sigurisë për ruajtjen e tyre, do të mund të hartohet vetëm pasi të jetë siguruar burimi i financimit të ngritjes së këtij institucioni. Për këtë qëllim MSHMS ka ndërmarrë veprime konkrete, duke hartuar projekt-propozimin për ngritjen e Institucionit Mjekësor të Posaçëm dhe duke e përfshirë atë në Listën Unike të Projekteve me Rëndësi Kombëtare (projekti nr. 82 në Listën bashkëlidhur të miratuar me VKM nr.435, datë 31.07.2025).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe është në proces zbatimi.

Statusi i rekomandimit: I pranuar dhe në proces zbatimi.

Ministria e Drejtësisë sqaron se:

*Në këtë kuadër, përgjigjja përputhet me atë të MSHMS, ku sqarohet se pavarësisht se aktualisht MSHMS ka një kuadër strategjik të dedikuar për shëndetin mendor (Planin e Veprimit për Shëndetin Mendor 2023-2026), bazuar edhe në parashikimet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030, ai është një kuadër strategjik kryesisht sektorial, duke mos arritur të adresojë në mënyrë gjithëpërfshirëse të gjitha aspektet ndërdisiplinore të shëndetit mendor. Duke qenë se shëndeti mendor mbetet një çështje e shëndetit publik me komponentë të shumtë nder sektorialë, si pjesë e angazhimeve të MSHMS në procesin e integritimit evropian, është planifikuar në Planin e Punës për përmbushjen e piketave mbyllëse të Kapitullit 28 “Mbrojtja e Konsumatorit dhe Shëndeti Publik”, hartimi i një dokumenti të ri strategjik për shëndetin mendor dhe planit të veprimit shoqëruar 2026-2030 (me qasje nder sektoriale), **i cili planifikohet të miratohet me VKM.** Ky dokument do të synojë integrimin e politikave të shëndetit mendor në të gjitha nivelet e qeverisjes, duke harmonizuar kuadrin strategjik vendas me parimet e BE-së, Konventën e OKB-së për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara, si dhe udhëzimet e OBSH-së në këtë fushë, të cilat janë në një linjë me rekomandimin tuaj. Dokumenti i ri strategjik parashikohet të hartohet dhe miratohet brenda këtij viti (2026).*

Qëndrimi i grupit të auditimit: Referuar dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjekti i audituar dhe verifikimit në Ministrinë e Drejtësisë, mbi zbatimin e këtij rekomandimi konstatohet se subjekti e ka pranuar rekomandimin dhe zbatuar plotësisht.

Statusi i rekomandimit: I pranuar, i zbatuar.

-Observacione mbi Projektraportin.

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit, nga subjekti është dërguar me shkresë nr. 276/6 prot., datë 09.03.2026, administruar në KLSH me nr. 1203/40 prot., datë 11.03.2026 me lëndë: “Dërgim të Planit të Veprimit mbi rekomandimet e lëna për zbatim” nga znj. A.P. me detyrë Drejtor i Përgjithshëm i QSUNT-së, ku është shprehur si më poshtë:

Në zbatim të Programit të Auditimit të KLSH-së, në QSU “Nënë Tereza”, u krye Auditimi Tematik me objekt “Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimin e performancës, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024”, me temë: “Politikat dhe respektimi i të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor në shërbimin spitalor psikiatrik”.

Në përfundim të kontrollit të ushtruar me shkresën nr. 276/3 prot., datë 02.03.2026 është administruar në QSU “Nënë Tereza” Projekt Raporti, për kryerjen e verifikimit të zbatimit të rekomandimeve të lëna nga Grupi i Auditimit të KLSH-së.

Bashkëngjitur kësaj shkrese do të gjeni një kopje të Planit të Veprimit mbi rekomandimet e lëna për zbatim.

Qëndrimi i grupi të auditimit:

Grupi i auditimit vlerëson se observacioni i paraqitur merret në konsideratë për faktin se subjekti ka paraqitur (kopje) të Planit të Veprimit mbi 3 rekomandimet e lëna për zbatim.

VI. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr. 107/18 prot., 107/19 prot., 107/20 prot., 107/21 prot., 107/22 prot., 107/23 prot., 107/24 prot., 107/25 prot., datë 01.08.2024, konstatohet se një pjesë e rekomandimeve ende nuk janë zbatuar plotësisht. Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. MASA ORGANIZATIVE

1. A ka funksionuar sipas standardeve procesi i trajtimit të personave me probleme të shëndetit mendor gjatë trajtimit të vullnetshëm dhe të pa vullnetshëm?

1. Gjetje nga auditimi: Në shërbimin shëndetësor të specializuar me shtretër të spitalit psikiatrik të Elbasanit dhe të Vlorës nuk garantohej një raport i përshtatshëm numër pacientësh/staf, krahasimisht me praktika të tjera më të mira në këtë drejtim. Sipas modelit italian, një mjek psikiatër duhet të kujdeset vetëm për rreth 10 - 15 pacientë; një infermier për 4 - 6 pacientë në repartet akute dhe për 6 - 8 pacientë në repartet e rehabilitimit ose kujdesit afatgjatë; një psikolog për 20 - 30 pacientë; një terapist okupacional për 10 -15 pacientë. Aktualisht në dy spitalet më të populluara në vendin tonë, atë të Elbasanit dhe Vlorës, vërehet se raporti nr. pacientësh/staf është respektivisht: 62 pacientë/mjek, 25 pacientë/infermier, 62 pacientë/psikolog dhe 103 pacientë/punonjës social në Elbasan; 40 pacientë/mjek, 15 pacientë/infermier, 66 pacientë/psikolog dhe 33 pacientë/punonjës social në Vlorë.

2. Gjetje nga auditimi: Shërbimi psiko – social në spitalin psikiatrik të Elbasanit dhe Vlorës nuk është i organizuar si sektor më vete. Kjo problematikë është me e dukshme në rastin e Elbasanit, ku emërimi i pesë psikologeve rezulton të jetë i vendosur në klinikën e pranimi, gjë e cila e bën shumë të pa qartë rolin, detyrat, përgjegjësitë dhe funksionet e këtyre specialistëve. Ekipi psiko - social përveç ndihmës që mund të japë në fazën e pranimi të pacientit është më vendimtar në fazë e rehabilitimit të tij. Një person që merr një trajtim spitalor klinik ka si pikë kyçe të këtij procesi, daljen nga gjendja, pranimin e kurave dhe daljen nga institucion për tu kthyer në shoqëri. Prandaj, stafi psiko - social duhet të funksionojë i pavarur, si sektor në strukturë për të organizuar dhe ndërtuar plane konkrete dhe fokus të qartë në arritjen e objektivit kryesor, atë të rehabilitimit dhe kthimit në jetën e përditshme.

1-2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa të analizojë dhe rishikojë raportin aktual numër pacientësh për figurë profesionale, brenda shërbimit të specializuar me shtretër, bazuar në kriteret dhe praktika më të mira, për rritjen e cilësisë së shërbimit dhe trajtimit që i ofrohet personave me probleme të shëndetit mendor.

Brenda muajit Korrik 2026

3. A është ngritur infrastruktura e duhur për të garantuar trajtim spitalor cilësor të personave me probleme të shëndetit mendor?

3. Gjetje nga auditimi: Është konstatuar se në institucionet spitalore të sëmundjeve të shëndetit mendor mungon dokumentimi i plotë i të dhënave financiare sipas llojit të shpenzimit dhe destinacionit, si spitale më vete dhe të inkuadruara në organ epror (spitali i Tiranës i përfshirë në buxhetin e QSUNT - së dhe Spitali psikiatrik Shkodër përfshirë në strukturën e NJVKSH Shkodër dhe DPB (Spitali Burgut Tiranë e IEVP Lezhë). Ato nuk kanë kosto reale por bazohen në kosto historike, të pa argumentuara e përditësuara me treguesit konkretë. Kjo ka sjellë pasojë që stafi drejtues mos të ketë mundësi analize konkrete të efektivitetit dhe ekonomikitetit të përdorimit të fondeve buxhetore sa më mirë e me cilësi shërbimi për pacientët që vuajnë me sëmundje të shëndetit mendor.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me strukturat drejtuese të spitaleve psikiatrike Elbasan, Vlorë, Njësinë Vendore të Kujdesit Shëndetësor Shkodër, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve (për spitalin e Burgut Tiranë dhe IEVP Lezhë), të hartojnë një model kostoje për pacientët e shëndetit mendor dhe të përfshijnë në rregulloret e brendshme, detyrimin e personelit financiar e menaxherial për të hartuar regjistra elektronik të shpenzimeve veçmas sipas llojit e destinacionit, duke kryer ndarjet e nevojshme të tyre për proceset e veçanta si Urgjenca, objekte rehabilituese dhe spitali. Nëpërmjet hartimit të analizave të kostove periodike tremujore e progresive, t’u ofrohet drejtuesve mundësia e një menaxhimi apo drejtimi sa më profesional e bashkëkohor, gjurma e auditimit e cila do të sjellë dhe njohjen e tyre me përdorimin e fondeve publike me ekonomikitet e efektivitet për shërbimet ndaj pacientëve me sëmundje mendore.

Brenda muajit Korrik 2026

5. A kanë patur Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Ministria e Drejtësisë një rol proaktiv për të përmirësuar trajtimin e personave me probleme të shëndetit mendor?

4. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë ka trajtuar problematikat e shëndetit mendor nëpërmjet një qasje sektoriale e jo gjithëpërfshirëse, nëpërmjet hartimit të planeve të veprimit për shëndetin mendor, të cilët nuk kanë adresuar në vite, problematikat thelbësore që kanë impaktuar konsolidimin e shërbimeve shëndetësore për personat me probleme të shëndetit mendor në nivel kombëtar, por vetëm sektorial.

5. Gjetje nga auditimi: Komiteti Kombëtar i Shëndetit Mendor, si organ këshillimor i Ministrit të Shëndetësisë, duhet të mbledhet 2 herë në vit. Megjithatë, për periudhën 2021 – 2023, KKSHM

është mbledhur vetëm një herë në vitin 2023²¹. Gjithashtu ka rezultuar se, produktet e aktivitetit të këtij organi nuk janë publikuar në faqen zyrtare të institucionit.

4-5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të hartojë dhe miratojë Strategjinë Kombëtare për Shëndetin Mendor për të përmirësuar situatën e shërbimeve shëndetësore të shëndetit mendor.

Brenda muajit Korrik 2026

6. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministria e Drejtësisë nuk ka propozuar për miratim VKM për mënyrat dhe rregullat e ngritjes dhe funksionimit të institucioneve mjekësore të posaçme. Gjithashtu këto dy institucione nuk kanë plotësuar kërkesat e marrëveshjes së bashkëpunimit “Për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor me masë mjekësore” që kanë të bëjnë me ofrimin e shërbimit shëndetësor si dhe kushtet e trajtimit të pacientëve të dënuar me masë mjekësore”.

6.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë të hartojnë dhe miratojnë me Vendim të Këshillit të Ministrave, mënyrat, rregullat e ngritjes e funksionimit të institucioneve mjekësore të posaçme si dhe masat e sigurisë për ruajtjen e tyre.

Brenda vitit 2026

2.5- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “EFEKTIVITETI DHE SIGURIA E BARNAVE QË QARKULLOJNË NË SHQIPËRI”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit

Nga auditimi mbi zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH, në zbatim të Programit të Auditimit me nr. 1203 prot. datë 18.12.2025 me objekt “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të Performancës në gjashtëmujorin dytë të vitit 2024*” me temë: “*Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri*”, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024”, ushtroi auditim tematik në 2 (dy) subjektet pjesë e Auditimit të Performancës me temë: “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri”, përkatësisht në: Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore. Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi veprimtarinë nga viti 2020 – 2023 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 185 datë 01.10.2024 të Kryetarit të KLSH-së** si dhe u janë përcjellë subjekteve të audituara me shkresat nr. 100/15 dhe 100/16, datë 02.10.2024.

Auditimi u krye nga data 18.12.2025 deri më datë 16.01.2026, 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 2024, 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;

²¹ Pika 6 ²¹ VKM nr. 456, datë 22.05.2013 “Për Përbërjen dhe Mënyrën e Funksionimit të Komitetit Kombëtar të Shëndetit Mendor”, i ndryshuar. Të dhënat e marra nga MSHMS.

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 Mirëqenies Sociale, Akt-Verifikimi nr.1, datë 16.01.2026;
- Në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, Akt-Verifikimi nr.1, datë 16.01.2026.

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:

Kanë miratuar nga titullari Programin e Punës 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”, subjektet si më poshtë:

-Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore ka dërguar në KLSH, Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, me shkresën nr. Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024

Nuk kanë 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”, subjektet si më poshtë:

-Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale;

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:

Kanë dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve subjektet si më poshtë:

-Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore ka dërguar në KLSH, ecurinë në lidhje me zbatimin e rekomandimeve të detajuar në kolonën “Statusi 6-mujor/Ecuria e zbatimit”, me shkresën nr. 234/96 prot, datë 03.04.2025.

Nuk ka dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve subjektet si më poshtë:

-Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale.

4. Statusi i pranimit të rekomandimeve:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 100/15, dhe 100/16, datë 02.10.2024, janë rekomanduar gjithsej 35 masa, nga të cilat: Masa organizative, 35 rekomandime.

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, rezultojnë se:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar
1	Masa Organizative	35	35	0

II. HYRJA

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të evaduara në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 100/2 prot., datë 18.04.2024. Rekomandimet e lëna në Raportin Përfundimtar të Auditimit të mëparshëm me temë: “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri”, me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 185 datë 01.10.2024 të Kryetarit të KLSH-së** dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat 100/15, dhe 100/16, datë 02.10.2024.

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

1. M.M, përgjegjëse grupi;
2. I.S, anëtare.

Auditimi ka filluar më, 18.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, dhe Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore me shkresat nr. 100/15 dhe 100/16, datë 02.10.2024.

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:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 100/15, dhe 100/16, datë 02.10.2024, janë rekomanduar gjithsej 35 masa, nga të cilat: Masa organizative 35 rekomandime, të cilat janë pranuar nga institucionet.

Nga masa e pranuar:

- janë zbatuar plotësisht 16 rekomandime ose 45.7 % e tyre,
- janë zbatuar pjesërisht 3 rekomandime ose 8.6 % e tyre.
- janë në proces zbatimi 5 rekomandime ose 14.3 % e tyre.
- janë pa zbatuar 11 rekomandime ose 31.5 % e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Masa organizative	35	16	3	5	11
	Gjithsej	35	16	3	5	11

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

Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	35	100%
2	Pa pranuar	0	
3	Pranuar	35	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	16	45.7%
2	Zbatuar pjesërisht	3	8.6 %
3	Në proces zbatimi	5	14.3 %
4	Pa zbatuar	11	31.4%

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

Niveli i zbatimit të rekomandimeve të auditimit mbi “Efektivitetin dhe sigurinë e barnave që qarkullojnë në Shqipëri” rezulton i ulët, duke treguar për një angazhim të pamjaftueshëm institucional, kryesisht nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale.

Moszbatimi i rekomandimeve të lëna, duke marrë parasysh rëndësinë dhe ndjeshmërinë e temës së auditimit, rrezikon garantimin e përdorimit efektiv, të sigurt dhe cilësor të barnave në sistemin shëndetësor publik, si dhe cenon drejtpërdrejt cilësinë e shërbimit shëndetësor ndaj qytetarëve dhe mbrojtjen e interesit publik.

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:

B. MASA ORGANIZATIVE

1. Pyetja Kryesore: A garantojnë institucionet shtetërore (MSHMS dhe AKBPM) sigurinë dhe cilësinë e barnave që qarkullojnë në vend?

1- A janë siguruar politika të përshtatshme dhe kuadër ligjor i plotë e i përditësuar, për garantimin e cilësisë së barnave që qarkullojnë në vendin tonë në përputhje edhe me standardet kombëtare dhe BE?

1.Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për barnat dhe shërbimin farmaceutik nuk ka mundur:

- të përafrojnë plotësisht me direktivën 2001/83/KE /kuadrin ligjor (specifikisht trajtuar në faqen 17-29 të Raportit Përfundimtar të Auditimit);
- të hartojë dhe miratojë udhëzimin e përbashkët me Ministrinë e Financave për vjeljen dhe administrimin e gjobave;
- të harmonizojë në kohë aktet rregullatorë në zbatim të ligjit, pasi rezulton që një sërë prej tyre janë hartuar dhe miratuar jashtë afateve të përcaktuara në ligjin për barnat dhe pajisjet mjekësore, deri në tetë vite me vonesë nga afati ligjor i përcaktuar, konkretisht;
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.564, datë 31.08.2023 “Për miratimin e rregullores mbi praktiken e përgatitjes së mirë të përgatesave galenike” duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i përbashkët i Ministrisë së Financave dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 240/1, datë 4.7.2022 “Për caktimin e tarifave për dhënien e autorizimit të tregtimit të barnave”, duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.226, datë 8.3.2018 “Për Miratimin e Udhëzuesit “Për Provat Klinike”, duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.660 datë 20.09.2018 “Për miratimin e rregullores mbi praktikën e ruajtjes dhe shpërndarjes së mirë të barnave”, duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.242, datë 14.4.2022 “Për Miratimin e Listës së Barnave që Tregtohen në Agjencitë Farmaceutike”, duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr. 243, datë 14.4.2022 “Për përcaktimin e barnave që mjekët dhe stomatologët ruajnë në klinikat e tyre” duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.276, datë 28.4.2022 “Për Formën, Përmasat dhe Ngjyrën e Emblemës së Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike”, duhej të hartohej në maj 2015
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.501, datë 3.7.2018 “Për Miratimin e Listës së Barnave që Tregtohen pa Recetë Mjekësore në RSH”, duhej të hartohej në maj 2015,
- Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.25, datë 17.1.2019 “Për Miratimin e Rregullores për Publicitetin e Barnave” të ndryshuar, duhej të hartohej në maj 2015.

1.1 Rekomandimi: - Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të vlerësojnë politikat dhe efektivitetin e tyre duke u fokusuar kryesisht në rolin dhe përgjegjësitë që ka në realizimin e objektivave institucionalë, në funksion të garantimit të produkteve farmaceutikë të sigurt në treg.

- Analizimin e raportit burime-rezultate të veprimtarisë së monitorimit dhe inspektimit të tregut të barnave, analizave të laboratorit, farmakovigjilencës, masave të marra sipas praktikave të mira, në të gjithë proceset dhe strukturat e përfshira.

- Nëpërmjet monitorimit të tregut të barnave dhe një vlerësimi të paanshëm e objektiv të sigurohet nëse baza ligjore aktualisht në fuqi, politikat e parashikuara dhe praktikën e ndjekura në vendin tonë garantojnë sigurinë, cilësinë e barnave në mbrojtjen e shëndetit të qytetarëve.

Menjëherë

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

1.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të përditësojë aktet ligjore për importimin e barnave në harmoni të plot dhe me direktivat e Parlamentit Evropian dhe Këshillit lidhur me produktet mjekësore për përdorim njerëzor, si dhe të hartojë udhëzimet e nevojshme për kontrollin dhe sigurinë e barnave në tregun vendas, duke përfshirë vlerësimin dhe rishikimin e ligjeve dhe rregulloreve ekzistuese për të garantuar përputhshmërinë me direktivën.

Brenda 6 muajve të parë të vitit 2025

Komentet e Subjektit MSHMS:

Referuar masave në zbatim të rekomandimeve të raportit përfundimtar të KLSH, bazuar në pikën 1.1 për rekomandimin në lidhje me propozime për ndryshime apo përmirësime në legjislacionin në fuqi, është ngritur grupi i punës sipas Urdhrit nr. 216 datë 27.05.2025 për ngritjen e grupit të punës për hartimin e projektligjit " Për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin Nr. 105/2014 "Për Barnat dhe Shërbimin Farmaceutik " të ndryshuar, në përputhje me Direktivat.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

1.3 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Financave në funksion të plotësimit të kuadrit ligjor për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në lidhje me procesin e parregullsive të vënies në treg të barnave, të marrë masa të hartojë dhe miratojë udhëzimin e përbashkët për vjeljen dhe administrimin e gjobave.

Brenda vitit 2024

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

2.Gjetje nga auditimi: Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 142 datë 18.2.2015 “Për përcaktimin e rregullave për lëshimin e autorizimit të ministrit të shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim”, nuk parashikon kryerjen e analizave të mostrave të barnave të importuara me autorizim të ministrit, ç’ ka rrit riskun e importimit të barnave jo cilësore dhe të pasigurta, duke rrezikuar shëndetin e popullatës. Ky proces nuk është i qartë dhe i rregulluar mirë për të siguruar që importet e barnave të pa regjistruara të bëhen vetëm në raste të arsyeshme, përjashtuese ose raste të jashtëzakonshme.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për rishikimin e rregullave dhe mënyrës së lëshimit të autorizimit të ministrit të shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim, duke mos shmangur kryerjen e analizave laboratorike në AKBPM për sigurimin e cilësisë barnave.

Brenda vitit 2024

Komentet e Subjektit MSHMS:

Aktualisht në Republikën e Shqipërisë është në fuqi Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 142 datë 18.2.2015 “Për përcaktimin e rregullave për lëshimin e autorizimit të ministrit të shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim”, i cili nuk është i ndryshuar.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3.Gjetje nga auditimi: Nga krahasimi i objektivave të strategjisë ndër sektoriale për mbrojtjen e konsumatorëve dhe mbikëqyrjen e tregut 2020, rezulton që krijimi i sistemit të gjurmimit të barnave (*track and trace*) duhej të ishte realizuar në fund të vitit 2020, por ky sistem jo vetëm që nuk është realizuar, por referuar Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 parashikohet të realizohet në fund të vitit 2030, pra duke u shtyrë afati i implementimit të sistemit edhe me 10 vite.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masat e nevojshme për fillimin e procesit të vendosjes së sistemit të gjurmimit të barnave (*track and trace*) dhe realizimin e tij sipas parashikimeve të vendosura në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë.

Menjëherë

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka arritur të hartojë në kohë propozimin për hartimin e rregullores së brendshme si dhe ta dërgojë për miratim pranë Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, ky propozim është dërguar 21 muaj pas daljes së VKM-së 331 datë 18.05.2022. Nga ana tjetër edhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk e ka miratuar rregulloren e re të propozuar nga Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore edhe pse kanë kaluar rreth 6 muaj nga kërkesa për miratim, për pasojë nuk janë miratuar as përshkrimet e punës të punonjësve sipas profileve dhe sektorëve përkatës.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të miratojë rregulloren e re të propozuar për funksionimin e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore dhe përshkrimet specifike të punës, të veçanta për të gjithë stafin e saj, sipas profileve dhe sektorëve përkatës.

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Rregullorja e Brendshme e AKBPM, miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.540, datë 16.10.2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

4.2 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore pas miratimit nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të rregullores së propozuar nga ana e saj, të hartojë dhe miratojë përshkrimet e përgjithshme dhe specifike të punës, sipas strukturës së miratuar.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Në zbatim të Urdhrit të Brendshëm Nr.124, datë 29.10.2024 të Drejtorit të Agjencisë (shkresë Nr.Prot.466/8, datë 29.10.2024) me objekt “Mbi përshkrimin e pozicionit të punës” sipas strukturës dhe funksioneve organike të çdo sektori, dhe në zbatim të Rregullores së Brendshme të AKBPM, janë miratuar përshkrimet e punës si vijon:

- *Me shkresën Nr.Prot.466/11, datë 27.11.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori” dhe “Specialist Jurist” në Sektorin e Çështjeve Juridike;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/12, datë 2.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori”, “Specialist Jurist”, “Specialist i Marrëdhënieve me Publikun”; “Protokollist”, “Arkivist” dhe “Nëpunës informacioni” në Sektorin e Burimeve Njerëzore;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/13, datë 5.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori”, “Ekonomist i Lartë”, “Shofer”, “Sanitare” dhe “Punonjës Mirëmbajtje” në Sektorin e Financës dhe Shërbimeve Mbështetëse;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/14, datë 20.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori” dhe “Specialist” në Sektorin e Autorizimit për Tregtim dhe Çështjeve Rregullatore;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/15, datë 24.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Përgjegjës i Laboratorit”, “Analist Fiziko-Kimik”, “Analist i Mikrobiologjisë”, “Laborant Fiziko-Kimik” dhe “Laborant i Mikrobiologjisë” në Laboratorin e Kontrollit në përputhje me përshkrimet e përgjithshme dhe specifike të Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë ISO/IEC 17025:2017 të akredituar nga DPA;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/16, datë 24.12.2024 është dorëzuar dhe miratuar përshkrimi i punës për funksionin “Zëvendës drejtor Ekonomik”;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/17, datë 24.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori” dhe “Inspektor” në Sektorin e Inspektimit;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/18, datë 24.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori” dhe “Specialist” në Sektorin e Pajisjeve Mjekësore;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/19, datë 24.12.2024 është dorëzuar dhe miratuar përshkrimi i punës për funksionin “Zëvendës drejtor Teknik”;*
- *Me shkresën Nr.Prot.466/20, datë 24.12.2024 janë dorëzuar dhe miratuar përshkrimet e punës për funksionet “Shef Sektori”, “Inspektor”, “Specialist çmimet e barnave”, “Specialist për*

pullat e barnave” dhe “Teknik i mesëm për pullat e barnave” në Sektorin e Shpërndarjes së Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

5. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk kanë të publikuar në faqet e tyre zyrtare çmimet CIF dhe EXW të barnave që tregtohen në vendin tonë. Mos publikimi i çmimeve CIF dhe EXW, sjell mungese transparence në lidhje me çmimet si dhe proces të paqartë të monitorimit dhe kontrollit të tyre.

-Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka përditësuar regjistrin e barnave të autorizuara për tregtim në Republikën e Shqipërisë në muajin Janar 2024. Mos përditësimi i regjistrit të barnave sjell mungese transparence në lidhje me barnat e autorizuara të regjistrit të barnave.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrin masa të publikojnë çmimet e barnave CIF dhe EXW në faqet e tyre zyrtare si dhe të përditësojnë të dhënat e regjistrit kombëtar të barnave të autorizuara për tregtim.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Janë publikuar në faqen zyrtare të Agjencisë (link_ <https://akbpm.gov.al/publikime>)

- Çmimet CIF të importeve të barnave (Përditësuar 07.01.2026) **Shkarko**
- Për vitin 2025 publikimi është shoqëruar me njoftimin në rrjetet sociale datë 7/2/2025

Komentet e Subjektit të auditimit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe zbatuar pjesërisht**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe zbatuar pjesërisht.

6. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore duke qenë se çmimet CIF janë të miratuara në euro, gjatë vitit 2023, duhet të kishte në vëmendje luhatjen e kursit të këmbimit për përlogaritjen e saktë të çmimit me pakicë të barnave në varësi të kursit të këmbimit të gjashtë mujorit të dytë të vitit 2022 dhe gjashtë mujorit të parë të vitit 2023 e në vijimësi. Gjithashtu hedhja e të dhënave në sistemin SIRKB si dhe lëshimi i autorizimeve të përdorimit për të gjithë vitin 2023 duhej të bëhej bazuar në këtë konvertim të çmimeve CIF në lekë.

6.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të përcaktojnë qartë procedurat që duhen të ndiqen në varësi të ndryshimeve të kursit të këmbimit, në ndryshimin e çmimeve të barnave në sistemin informatikë SIRKB dhe reflektimit të tyre në regjistrat e barnave.

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- Me shkresën Nr.Prot.234/66, datë 31.12.2024 drejtuar BSH është kërkuar informacion mbi kursin e këmbimit 6-mujor të monedhave euro dhe dollar;
- Me shkresën Nr.Prot.50/1, datë 10.1.2025 të BSH është përcjellë kursi mesatar për 6-mujor e dytë 2024 për monedhat euro dhe dollar, me protokoll hyrës Nr.Prot.234/68, datë 15.1.2025;
- Është reflektuar në SIRKB;
- Me shkresën Nr.Prot.2002, datë 4.6.2025 dhe Nr.Prot.2002/2, datë 27.6.2025, drejtuar BSH është kërkuar informacion mbi kursin e këmbimit 6-mujor të monedhave euro dhe dollar (Janar-Qershor 2025);
- Me shkresën Nr.Prot.2683/1, datë 11.6.2025 dhe Nr.Prot.3077/1, datë 4.7.2025 të BSH është përcjellë kursi mesatar për 6-mujorin e parë 2025 për monedhat euro dhe dollar (me protokoll hyrës Nr.Prot.2002/1, datë 13.6.2025 dhe Nr.Prot.2002/3, datë 7.7.2025).
- Është reflektuar në SIRKB;
- Ndjekja në vijimësi.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe zbatuar pjesërisht**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe zbatuar pjesërisht.

2- A kanë shërbyer mekanizmat e ngritur për të garantuar sigurinë dhe efektshmërinë e barit në vendin tonë?

2.1 A është mbështetur agjencia me fonde të mjaftueshme për garantimin e nevojave dhe sigurisë së barnave?

1.Gjetje nga auditimi: AKBPM-ja, për ushtrimin e aktivitetit të saj për periudhën 2020-2023, është financuar nëpërmjet MSHMS me fonde buxhetore të cilat kanë mbuluar shpenzimet për paga dhe shpenzime të tjera operative. Përveç vitit 2020 që i janë dhënë fonde për laboratorin e kontrollit, për të tre vitet e tjera nuk i është dhënë asnjë fond për investime në pajisje, mjete dhe materiale të tjera laboratorike. Ndërkohë gjatë ushtrimit të aktivitetit të saj, AKBPM ka realizuar dhe ka arkëtuar për llogari të buxhetit të shtetit të ardhura dytësore nga tarifat, me të cilat mund të mbuloj dhe tejkaloj shpenzimet buxhetore që jepen nga buxheti i shtetit për kryerjen e aktivitetit të saj.

2.Gjetje nga auditimi: Mos funksionimi me kapacitet të plotë të laboratorit të kontrollit të barnave, për shkak të pengesave burokratike të AKBPM dhe të MSHMS si dhe të mungesës së investimeve në laborator tregon që, siguria dhe cilësia e barnave që qarkullojnë në Shqipëri nëpërmjet analizimit të mostrave është në nivel shumë të ulët pothuajse inekzistent. Kjo, bazuar dhe duke marrë në konsideratë qarkullimin në vendin tonë të barnave nga gjithë vendet e Ballkanit si dhe nga çdo vend tjetër i botës pa kufizim në bazë të autorizimeve të importit të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

1.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të vlerësojë statusin e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve si institucion publik buxhetor për të mundësuar, menaxhimin me efektivitet të burimeve të saj në funksion të rritjes së sigurisë dhe cilësisë së barnave që

qarkullojnë në vend.

Brenda 6 mujorit të parë të vitit 2025

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Pjesë e procesit të përafrimit gradual dhe të plotë të legjislacionit vendas me acquis-in e BE (brenda vitit 2027) si një nga kriteret e anëtarësimit në Bashkimin Evropian, e në funksion të saj forcimi i rolit të Agjencive rregullatore ligjzbatuese.

Grupet ndërinstitucionale të punës të ngritura për këtë qëllim.

1- Në përmbushje të detyrimeve institucionale në kuadër të proceseve të Integritimit Evropian dhe në përputhje me objektin e punës të përcaktuar shprehimisht në Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.274, datë 24.6.2025 “Për Ngritjen dhe Funksionimin e Grupeve Ndërinstitucionale të Punës për Çështjet e Integritimit Evropian”, me përfaqësues të MSHMS dhe institucioneve të varësisë sipas Kapitujve kontribues, pjesë e këtij angazhimi ndërinstitucional është dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.

Agjencia nëpërmjet Platformës së Integritimit dhe Anëtarësimit Evropian ka përfunduar përkthimin e Direktivës 2001/83/KE dhe do të vijojë me procesin e përafrimit me Ligjin për Barnat. Përpos platformës së integritimit materialet e përfunduara do t'i vihen në dispozicion Grupit të Punës të ngritur me Urdhërin e Ministrit Nr.216, datë 27.5.2025 për të përgatitur draftin e projektligjit për shtesat dhe ndryshimet në Ligjin Nr.105/2014 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik” të ndryshuar. Angazhimi i stafit të Agjencisë është në nivelet maksimale dhe prioritar për përmbushjen e të gjitha kërkesave të përcaktuara nga Komisioni Evropian. Raportimi me shkresën Nr.Prot.2223/1, datë 28.7.2025 për MSHMS.

2- Kërkesa “Mbi mundësimin e “Projekteve të Binjakëzimit” me Agjencitë homologe të barnave” drejtuar MSHMS, në kuadër të procesit për përgatitjen e planit të veprimit për harmonizimin e plotë të legjislacionit të barnave me Direktivën Evropiane 2001/83/EC.

Forcimi i kapaciteteve dhe përgatitja e Agjencisë së Barnave me ekspertizën e duhur për të implementuar legjislacionin e përafëruar dhe të harmonizuar ku një nga instrumentet e përdorura nga vendet ish-kandidate (si Kroacia) dhe aktualisht candidate (si Serbia, Mali i Zi) janë projektet e binjakëzimit “Twinning Projects” me një Agjenci Kombëtare të Barnave në Evropë. Shkresa Nr.Prot.1886, datë 28.5.2025 për MSHMS.

3- Agjencia ka përcjellë dokumentacionin e përkthyer në lidhje me Direktivës 2001/83/KE dhe Rregulloren No.726/2004 pranë grupit të punës në MSHMS i cili po punon për përafrimin ligjor, pjesë e së cilës është dhe procedura e dhënies së autorizimit për tregtim nga AKBPM, që do t'i japë zgjidhje dhe rekomandimit të lënë nga KLSH (e-mail i datës 11/08/2025 i grupit të punës së AKBPM).

4- Workshop me TAIEX Expert Mission on Assessment of Resources and Gaps of the Albanian National Agency for Medicines and Medical Devices on 09/12/2025 - 12/12/2025 Tirana (bashkëlidhur formulari i regjistrimit të pjesëmarrësve-në rrugë elektronike në adresën <https://webgate.ec.europa.eu>)

**Misioni i ekspertëve ndërkombëtarë synon identifikimin e sfidave dhe formulimin e rekomandimeve për ndërtimin e një strukture efikase e të qëndrueshme, në përputhje me standardet e Bashkimit Evropian dhe kërkesat e acquis communautaire.*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet i pranuar dhe në proces zbatimi.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe në proces zbatimi.

2.2 A zbatohen detyrimet që lidhen me kryerjen e analizave laboratorike dhe farmakovigjilencën?

1.Gjetje nga auditimi: Laboratori i Agjencisë Kombëtare të Kontrollit të Barnave është akoma i pa akredituar për të testuar medikamente, në këto kushte mungojnë analizat e besueshme të institucioneve përgjegjëse për barnat të cilat qarkullojnë në vend apo edhe eksportohen.

1.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të marrin masat e nevojshme që të përfundojnë procesin e akreditimit të laboratorit, kalibrimin e aparaturave si dhe plotësimin e të gjitha kushteve (*realizimin e shërbimit të riparimit, mirëmbajtjes së aparaturave dhe sigurimit të reagentëve*) për funksionimin e sektorit të laboratorit me kapacitet të plotë.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

*Marrja e “Certifikatës së Akreditimit” për Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore “Laboratorin i Kontrollit” me Nr. Regjistrimi LT136 datë 31.1.2025 (Laborator Testues) me objekt akreditimi “Kryerjen e testeve në përputhje me S SH ISO/IEC 17025:2017 “Kërkesa të Përgjithshme për Kompetencën e Laboratorëve Testues dhe Kalibruës” të lëshuar nga Drejtoria e Përgjithshme e Akreditimit me afat vlefshmërie deri më datë 30.1.2029, i përditësuar *referuar shkresës Nr.Prot.3818/48, datë 18.12.2025 të Shefit të Laboratorit të Kontrollit.*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Struktura organizative e laboratorit të kontrollit duhet të ketë staf të mjaftueshëm dhe të kualifikuar ku të mbështetet ky sektor shumë i rëndësishëm i AKBPM. Aktualisht struktura organizative e Laboratorit të Kontrollit përbëhet nga 16 punonjës nga 19 që janë në strukturë, të cilët për periudhën objekt auditimi janë trajnuar vetëm mbi përdorimin e pajisjeve, por nuk kanë kryer asnjëherë trajnime dhe kualifikime mbi të rejat dhe zhvillimet më të fundit në analizimin e barit.

2.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa për plotësimin e strukturës së sektorit të laboratorit dhe trajnimin në mënyrë periodike të të gjithë stafit të këtij sektori në bashkëpunim dhe me institucione homologe për standardet dhe zhvillimet më të fundit të kontrollit të cilësisë së barnave.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Referuar shkresës me Nr. 293/9 Prot., datë 31.1.2025 me objekt “Mbi plotësimin e kërkesave të sektorëve për vitin 2025” të Shefit të Laboratorit të Kontrollit (i autorizuar) në pikën Akreditimi dhe Trajnimet është parashikuar:

1) *Trajnimi i Stafit të Laboratorit pranë DPA-së:*

18 Shtator 2025- Trajnim për forcimin e cilësisë dhe akreditimit

Stafi i Laboratorit të Kontrollit të Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, mori pjesë në trajnimin e zhvilluar pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Akreditimit në kuadër të aplikimit të standardit S SH ISO/IEC 17025:2017 *referuar shkresës Nr.Prot.3062/1, datë 26.09.2025 të Stafit të Laboratorit të Kontrollit, dhe shkresës Nr.Prot.3062, datë 04.09.2025 të Shefit të Laboratorit të Kontrollit

2) Pjesëmarrja në krahasime ndër-laboratorike dhe teste zotësie në përputhje me kushtet për mirëmbajtjen e akreditimit S SH ISO/IEC 17025:2017.

Aktualisht Laboratori i Kontrollit ka marrë pjesë në **3(tre)** Teste Zotësie Ndërkombëtare (Proficiency Testing Scheme) dhe certifikimi me rezultatet maksimale (certifikatat e lëshuar nga AXIO PT 2024-2025, bashkëlidhur) në indekset si më poshtë:

- Disolucioni;
- Përcaktimi i lëndës vepruese;
- Total aerobic microbial count;
- Total bacterial count;
- Staphylococcus aureus;
- Escherichia coli.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe zbatuar pjesërisht**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe zbatuar pjesërisht.

3. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, për të analizuar të gjithë treguesit për një bar të caktuar, nuk është e përditësuar me të rejat e fundit të metodikave farmakopeale (udhëzues për analizat laboratorike të barnave) direkt nga institucionet përgjegjëse pasi nuk ka akses në farmakopet Evropiane. Aktualisht mbështetet në farmakope të shumë viteve më parë, si dhe në metodat analitike të përkshuara në dosjen e barit nga vet prodhuesi apo mbajtësi i autorizimit të tregtimit (MAH).

3.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa për tu përditësuar me të rejat e fundit të metodikave farmakopeale direkt nga institucionet përgjegjëse ndërkombëtare, për të mundur rezultate të sakta, si dhe analizuar të gjithë treguesit e një bari të caktuar, referuar edhe praktikave më të mira farmakopeale.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

AKBPM ka të drejtë akses në Ph.Evropiane (username, password).

e-mail i datës 4/9/2024 nga EDQM që lejon aksesin Ph.E. në linkun <https://pheur.edqm.eu/>

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe në proces zbatimi.

4. Gjetje nga auditimi: Sektori i laboratorit nuk ka afate të mirë përcaktuara për analizën e barnave. Proceset e punës nuk janë shumë të qarta duke filluar që nga momenti i marrjes në dorëzim të mostrës së barit për analizë, deri në dhënien e rezultatit, nuk u evidentuan ndarje procedurash dhe

detyrash standarde të punës. Nuk evidentohet se si seleksionohen barnat të cilat do të analizohen nga lista e importeve, si dhe sa është përcaktuar afati për nxjerrjen e rezultatit të analizës, etj.

4.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore për Sektorin e Laboratorit, të marrë masa të hartojë dokumente standarde të miratuara për tu zbatuar sipas një metodologjie pune të mirë përcaktuar dhe me afate për nxjerrjen e rezultatit të analizës.

Brenda 3 muajit të parë të vitit 2025

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

1) Funksionimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë brenda Laboratorit të Kontrollit, sipas **standardit S SH/ ISO/IEC17025:2017 për laboratorë testues, nën mbikëqyrjen e Drejtorisë së Përgjithshme të Akreditimit (në përputhje me Kontratën me Organet e Vlerësimit të Konformitetit (Marrëveshje e Akreditimit) Nr.Prot.1218/38, datë 10.10.2024 të AKBPM-së, dhe Nr.Prot.483, datë 16.10.2024 të DPA-së, të lidhur midis Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në cilësinë e “Organit të Vlerësimit të Konformitetit (OVK)” dhe Drejtorisë së Përgjithshme të Akreditimit në cilësinë e “Organit Akreditues” të themeluar sipas ligjeve dhe akteve nënligjore në Republikën e Shqipërisë).**

2) Hartimi i Rregullores së Brendshme për Organizimin dhe Funksionimin e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore miratuar me Urdhërin e MSHMS Nr.540, datë 16.10.2024, si dhe përcaktimi i **Metodologjisë në Hartimin e Listës Së Barnave** që do të merren për analizë gjatë një viti, referuar pikës 3 të nenit 53, të Rregullores ku thuhet se:

“Numri dhe lloji i barnave për analiza vjetore do të bëhet sipas metodologjisë si vijon:

70% e numrit total të analizave të përzgjedhura nga lista e barnave të rimbursueshme;

10% e numrit total të analizave të përzgjedhura nga importet e para;

10% e numrit total të analizave të përzgjedhura nga mostrat e barnave të aplikuara për autorizim/rinovim të autorizimit të tregtimit;

10% e numrit total të analizave të përzgjedhura mbi bazë risku.”

3) Me Urdhër të Brendshëm Nr.130, datë 13.11.2024, i ndryshuar, është ngritur Komisioni **ad-hoc** për hartimin e listës së barnave që do merren për analizë në përputhje me metodologjinë e përcaktuar në Nenin 53 të Rregullores së Brendshme dhe SMC si më sipër.

* Theksojmë se çdo princip aktiv dhe çdo formë-dozë ka metoda farmakopeale të ndryshme (sipas Ph. Evropiane 2024, USP 2024, BP 2023) dhe koha e analizimit ndryshon nga njëra metodë te tjetra, si rrjedhojë për shkak të ndryshueshmërisë së metodikave farmakopeale, formave farmaceutike, numrit të analizave, si dhe kohës së nevojshme për përgatitjen, stabilizimin e aparaturave dhe kryerjen e matjeve, nuk mund të përcaktohen afate kohore fikse për kryerjen e një analize bari.

Pra AKBPM që me miratimin e Rregullores së Brendshme nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në **Tetor 2024 ka përcaktuar** “Procedurat Standarde të Punës në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore”, - Seksioni III “Kontrolli cilësor”.

Marrja e “Certifikatës së Akreditimit” për Laboratorin e Kontrollit Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore me objekt “Kërkesa të Përgjithshme për Kompetencën e Laboratorëve Testues dhe Kalibrues” të lëshuar nga Drejtoria e Përgjithshme e Akreditimit me afat vlefshmërie deri më datë **30.1.2029**, e në vijim,

Funksionimi i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë (SMC) për laboratorin e kontrollit sipas standardit SSH ISO/IEC 17025:2017, nën mbikëqyrjen dhe monitorimin e **Drejtorisë së Përgjithshme të Akreditimit** e finalizuar në **Janar 2025** është standardi më i rëndësishëm që normon veprimtarinë teknike dhe profesionale të laboratorëve testues dhe kalibrues, sikurse është dhe Laboratori i Kontrollit.

Në mbështetje të argumentit si më sipër është dhe numri i analizave të raportuara për **vitin 2024** – ku në total janë kryer **268** analiza (142 analiza fiziko-kimike dhe 126 analiza mikrobiologjike) dhe vetëm për periudhën **Janar-Prill 2025**–në total janë kryer **501** analiza (322 analiza fiziko-kimike dhe 179 analiza mikrobiologjike)- **Memo Informuese** Nr.Prot.1687, datë 12.5.2025 e Shefit të Laboratorit të Kontrollit (i autorizuar)-kopje bashkëlidhur.

Periudha **Janar-Dhjetor 2025** përmbyllet me rreth **1720** ose **3.4** herë më shumë analiza të kryera në total (sipas të dhënave të nxjerra nga Laboratori i Kontrollit në kuadër të analizës vjetore të AKBPM në zbatim të UB Nr.2, datë 5.1.2026 “Mbi analizën e veprimtarisë së institucionit dhe raportin vjetor për vitin 2025, si dhe mbi objektivat dhe programet e punës për vitin 2026”- e-mail i datës 23.1.2026 i Laboratorit të Kontrollit).

Masat e ndërmarra si më sipër **kanë minimizuar ndjeshëm riskun** (të tillë siç ishte numri i vogël i analizave të kryera për vitin 2021 apo moskryerja e analizave në vitin 2020, të dhëna këto të publikuara në Raportin e Auditimit të Performancës të KLSH²²), duke aplikuar standardet ISO në funksion të mbikëqyrjes së menaxhimit të cilësisë së punës në Laborator dhe vlerësimit të kompetencës teknike, si procedurë kyçe që siguron transparencën, besueshmërinë dhe cilësinë e rezultateve analitike të barnave që vendosen në treg në RSH.

Për më tepër subjekti i audituar në sqarimin e dhënë në fund të komentit vë në dukje faktin që nuk ka afate fikse (**orë/ditë/javë/muaj**) për nxjerrjen e një rezultati të certifikuar analitik të parashikuar në standardet ISO të aplikuara në laboratorët testues apo në metodat farmakopeale të unifikuara për shkak të specifikës së procesit (analiza fiziko-kimike dhe mikrobiologjike e barit), por ky sqarim në asnjë moment nuk bën **nul** situatën dhe rezultatet faktike të Laboratorit të Kontrollit të parashtruara më sipër.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

5. Gjetje nga auditimi: Lidhur me raportimet e efekteve të padëshiruara të vëna në dispozicion nga sektori i farmakovigjilencës shihet një numër shumë i ulët i raportimeve në raport me ilaçet e importuara dhe të prodhuara në vend, fakt i cili tregon mungesën e sensibilizimit të pacientëve dhe profesionistëve të fushës mbi raportimin e cilësisë dhe efektivitetit të barit.

AKBPM nuk ka një strategji institucionale të menaxhimit të riskut me qëllim për të identifikuar, karakterizuar, parandaluar ose minimizuar riskun lidhur me barnat, duke përfshirë vlerësimin e efektshmërisë së këtyre aktiviteteve dhe ndërhyrjeve si dhe sektori i farmakovigjilencës duhet të funksiononte në bazë të një rregulloreje të farmakovigjilencës, e cila ende nuk është miratuar duke ndikuar në përmbushjen e detyrimeve që ka Agjencia për të ushtruar vigjilencën dhe transparencën e duhur lidhur me barnat që qarkullojnë dhe janë në përdorim nga popullata në territorin e Republikës së Shqipërisë.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore/ Sektori i Farmakovigjilencës të rrisin bashkëpunimin me profesionistë të fushës së shëndetësisë (në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor), për një vlerësim sa më të shpejtë të çështjeve që lidhen me sigurinë e cilësisë së barnave dhe sensibilizimin e qytetarëve mbi raportimet e efekteve të padëshiruara të barnave.

²² <https://panel.klsh.org.al/storage/php9wOQDu.pdf>

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

1) Janë ridërguar “Rikujtesë mbi raportimin e efekteve të padëshiruara të barnave dhe vaksinave online” institucioneve shëndetësore si vijon:

a) Me shkresën Nr.Prot 3186/5, datë 18.12.2024:

- Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”,
- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza,
- Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”
- Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”,
- Spitali Ushtarak Qëndror Universitar.

b) Me shkresën Nr.Prot 3186/6, datë 18.12.2024:

-FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR.

c) Me shkresën Nr.Prot 3186/7, datë 18.12.2024:

-OPERATORIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR.

2)Me shkresën Nr.Prot.2920/2, datë 12.11.2024 “Memo Informuese” të Sektorit të Farmakovigjilencës është raportuar përmbyllja e fushatës sensibilizuese #MedSafetycycle 2024# sipas programit të unifikuar të UMC-së.Kjo fushatë sensibilizuese sipas programit të unifikuar të UMC do të vijojë dhe për vitin 2025 #MedSafety 2025#.

3) Me shkresën Nr.Prot.2914/1, datë 10.10.2025 “Memo Informuese” të Sektorit të Farmakovigjilencës është dhënë Informacion për fushatën sensibiluese #MedSafetyWeek2025 në datat 3-9 Nëntor 2025.

4) Njoftimet në faqen zyrtare të AKBPM-së:

PRAC:

- Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (13.12.2024)
Bllokuesit e receptorit të angiotenzinës II (ARB): azilsartan; candesartan; eprosartan; irbesartan; losartan; olmesartan; telmisartan; valsartan (kombinimet me një përbërës dhe dozë fikse) – Angioedema e zorrëve
Paracetamoli (si përbërës i vetëm dhe kombinimet me dozë fikse) – Acidoza metabolike me hendek të lartë të anionit (HAGMA) për shkak të acidozës pyroglutamate
- Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (21.1.2025):
Azathioprine – Hipertensioni portal jo cirrotik / sëmundja vaskulare e portës sinusoidale
Risperidone oral solution – Gabimet mjekuese të lidhura me mbidozimet aksidentale tek fëmijët dhe adoleshentët të trajtuar me tretësirë orale risperidone 1 mg/ml;
- Informacion në lidhje me rekomandimet e fundit të PRAC (EMA/PRAC/111860/2025)- (08.05.2025);
- Rekomandime për përditësimin e informacionit të produktit(EMA/PRAC/143099/2025)
Sertralina-Mungesa e shumëfishtë e dehidrogjenazës së Acil-Coenzimës A (MADD)
Sulfamethoxazole, trimethoprim (Co-trimoksazol)– Pamjaftueshmeri e qarkullimit të gjakut (09.06.2025);
- Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi barnat Finasteride dhe Dutasteride (EMA/142716/2025)-19.06.2025;

- Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat Klozapinë dhe VARIVAX EMA/PRAC/224799/2025- datë 12.09.2025;

- Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat me lëndë aktive Dabrafenib, Trametinib, Cobimetinib, Vemurafenib, Osimertinib dhe Somatrogon. EMA/PRAC/271798/2025, datë 14.10.2025.

RECALL: NORFLOXACINA ABC, Hard capsules x 400mg me numër Serie A2401 dhe me datë skadence 01/2027 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim « A.. F....» (02/12/2024)

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 230801, 231089 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B... A...GmbH” (12.12.2024)

ADICLAIR Suspension x 100 000 IU/ml (NYSTATIN)Box x flacon x 48ml me numër serie 320720 me skadencë 12/2025 dhe 410740 me skadencë 07/2026 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “A... GMBH GERMANI” (27.01.2025)

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 240704 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B.. A...GmbH” (09.06.2025)

DHPC (Komunikimi i Drejtëpërdrejtë me Profesionistët e Shëndetit): EMA rekomandon masa për të minimizuar rezultatet serioze të efekteve të padëshiruara të njohura me barin metamizole që përdoret kundër dhimbjeve. (23.10.2024)

Barnat që përmbajnë 5-fluorouracil (i.v.): Në pacientët me dëmtim të moderuar ose të rëndë të veshkave, mungesa e fenotipizimit të dihidropirimidin dehidrogjenazës (DPD) nëpërmjet matjes së nivelet të uracilit në gjak duhet të interpretohet me kujdes (08.11.2024)

Barnat që përmbajnë metamizol: masat e rëndësishme për të minimizuar efektet e padëshiruara serioze për rrezikun e njohur të agranulocitozës. (11.12.2024)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventricular ose intracerebral, është i kundërrindikuar- (17.12.2025)

DHPC për barin RYBELSUS (semaglutid) –(18.08.2025)

DHPC për barin RESELIGO, Implant in pre-filled syringe x 10.8mg me lëndë aktive GOSERELINUM (as GOSERELIN ACETATE)-(10.09.2025)

DHPC-Klozapina dhe rreziku i neutropenisë dhe agranulocitozës: PRAC përditëson rekomandimet për monitorimin e vlerave të gjakut-(12.09.2025)

DHCP për barin Evrysdi 0.75 mg/mL pluhur për solucion oral (risdiplam)-(15.09.2025)

DHPC për barnat Finasterid, Dutasterid – Masa të reja për të minimizuar rrezikun e ideve vetëvrasëse-(27.10.2025)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventricular ose intracerebral, është i kundërrindikuar- (17.12.2025).

Të ndryshme: Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) nis të rishqyrtojë sigurinë e barnave që përmbajnë finasteride dhe dutasteride (05.11.2024)

Rregullorja e Farmakovigjilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” (23.1.2025);

NJOFTIM mbi trajnimin në ambientet e AKBPM-së, për të gjithë Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim në lidhje me Rregulloren e Farmakovigjilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” në datat 05.02.2025, 12.02.2025, 19.02.2025 dhe 05.03.2025 në orarin 10.00-12.00 në rrjetet sociale;

Monitorimi shtesë (21.3.2025).

Ndryshime në përdorimin e antibiotikut Azitromicinë. Rekomandimet synojnë të optimizojnë përdorimin dhe të minimizojnë zhvillimin e rezistencës antimikrobike-(26.05.2025)

EMA ka nisur një rishikim të barnave që përmbajnë Ipidakrinë-(27.05.2025)

Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi Ozempic, Rybelsus dhe Wegovy (semaglutide)- (09.06.2025)

Përdorimi i paracetamolit gjatë shtatzënisë mbetet i pandryshuar në BE-(24.09.2025)

Alert për Shurup për përdorim nga goja të kontaminuara-WHO Medical Product Alert N°5/2025 (20.10.2025)

Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) ka publikuar një njoftim sipas të cilit Komiteti për Produkte Medicinale për Përdorim nga Njeriu (CHMP) ka rekomanduar që pezullimi i Autorizimit për Tregtim për barin OXBRYTA të mbetet në fuqi, pasi përfitimet e tij nuk e tejkalojnë më rrezikun e përdorimit-(29.10.2025)

Njoftim informues për barin Prazosin nga FDA- (13.11.2025)

SENSIBILIZIMI: 25 Shtator-Dita Botërore e Farmacistëve. Në këtë ditë të veçantë, i inkurajojmë ata që, si profesionistët më të afërt me pacientët, të jenë gjithmonë vigjilentë në raportimin e efekteve të padëshiruara të barnave dhe në evidentimin e mungesave të barnave në treg. (27.09.2024)

#MedSafetyWeek 2024# (05.11.2024)

Video sensibilizuese dhe ilustruese mbi raportimin e efekteve të padëshiruara të barnave e publikuar në rrjetet sociale (06.11.2024).

4) *Pjesëmarrja në Konferencat Kombëtare në fushën farmaceutike ose/dhe Kongreset në fushën e shkencave mjekësore si vijon:*

- *Konferenca Mbarëkombëtare Farmaceutike VII "Së Bashku për Farmaceutikën" të organizuar nga Urdhëri i Farmacistit AKBPM. 12.4.2024;*
- *Kongresi Mjekësor me temë "MEDICAL & BEAUTY FAIR" në datat 2-3-4 Maj, 2024;*
- *Konferenca e University Nostra Signora del Buon Consiglio me temë "Farmakovigjilenca në Shqipëri dhe vende të tjera Evropiane" datë 13 Maj 2024.*
- *Konferenca me temë "Kompleksiteti i dhimbjes në 360°-14 Nëntor 2024";*
- *Konferenca e Ndërgjegjësimit ndaj Antibiotikorezistencës si Pjesë Integrale e Qasjes "NJË SHËNDET" datë 21 Nëntor 2024;*
- *Pjesëmarrja në edicionin e dytë të Konferencës "Pharma Horizon 2025" të organizuar nga Unioni i Biznesit Farmaceutik dedikuar Shërbimit Farmaceutik në Shqipëri - datë 12 Dhjetor 2024.*
- *Pjesëmarrje në "Kongresin Ndërkombëtar të Shkencave Mjekësore 2025" në datat 21-22-23 Nëntor 2025, Tiranë*
- *Pjesëmarrje në trajnimin e zhvilluar nga Inspector Working Group (IWG) të Agjencisë Evropiane të barnave (EMA) gjatë ditëve 27-28 Nëntor 2025 në Amsterdam*
- *Pjesëmarrje "Taix Expert Mission" në 9.12.2025.*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

5.2 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të hartojë strategjinë institucionale të menaxhimit të riskut bazuar në dinamikën e situatave dhe fushën e përgjegjësisë së sektorëve më të rëndësishëm të institucionit.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- Me Urdhër të Drejtorit të AKBPM-së Nr.29, datë 3.4.2025 (shkresë Nr.Prot.1202, datë 3.4.2025) është ngritur Grupi i Menaxhimit Strategjik i AKBPM-së.
- Në takimet e njoftuara (shkresë Nr.Prot.1202/1, datë 11.4.2025) janë diskutuar rishikimi, vlerësimi dhe kontrolli i objektivave në ndihmë të realizimit të planit buxhetor afatmesëm 2025-2027 dhe afatgjatë 2025-2030, konsolidimi i regjistrit vjetor të objektivave dhe risqeve të AKBPM-së.
- Nga GMS është draftuar Regjistri i Riskut për vitin 2025 (komunikimet elektronike të anëtarëve të grupit datë 5/5/2025 deri më datë 29/5/2025), janë diskutuar risqet pranë Titullarit të Institucionit, po nuk ka një draft të konsoliduar.
- Në Qershor 2023 me shkresën Nr.Prot.2814/95, datë 26.6.2023 Titullari i Institucionit ka miratuar “Strategjinë e Menaxhimit të Riskut në AKBPM”, të propozuar nga Grupi i Menaxhimit Strategjik (GMS) të ngritur me Urdhër të Brendshëm Nr.56, datë 21.7.2022 sipas relacionit shoqërues me të njëjtin objekt-shkresë Nr.Prot.2814/94, datë 26.6.2023

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe në proces zbatimi.

5.3 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të marrë masat për hartimin e Rregullores së sistemit të farmakovigjilencës duke u bazuar në praktikat më të mira evropiane dhe ndërkombëtare, me qëllim përmbushjen e detyrimeve që ka Agjencia për të ushtruar vigjilencën dhe transparencën e duhur lidhur me barnat që qarkullojnë dhe janë në përdorim nga popullata në territorin e Republikës së Shqipërisë. (Rekomandimi bazuar në Vendimin nr. 237, datë 24.07.2024, të Kryetarit të KLSH-së” dërguar në AKBPM me shkresën me nr.100/6, datë 24.07.2024 dhe në MSHMS me shkresën me nr.100/5, datë 24.07.2024 “Dërgohet “Adresimi i problematikave të konstatuara në auditimin e performancës me temë “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri” i ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e institucionet e vartësisë dhe në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore sipas programit të auditimit nr. 100/2, prot. datë 18.04.2024 dhe rekomandimet”)

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- 1) Me Urdhërin e Brendshëm të Drejtorit të Agjencisë Nr.5, datë 22.1.2025 është miratuar “Rregullorja e Farmakovigjilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave”;
- 2) Më datë 23 Janar 2025 është publikuar në faqen zyrtare të Agjencisë në linkun: <http://akbpm.gov.al/wp-content/uploads/2025/02/Rregullorja-FV.pdf>
- 3) Me shkresën Nr.Prot.899/1, datë 7.3.2025 të Sektorit të Farmakovigjilencës me objekt është përcjellë informacioni përmbledhës mbi trajnimet e zhvilluara në ambjentet e AKBPM-së në datat 5, 12, 19 Shkurt dhe 5 Mars 2025 me personat përgjegjës të farmakovigjilencës të MAH që operojnë në RSH, me qëllim që të rrisim ndërgjegjësimin dhe njohuritë rreth praktikave më të mira të monitorimit të sigurisë së barnave.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

2.3 A janë të mjaftueshme inspektimet dhe kontrollet e kryera për të siguruar cilësi dhe siguri në shërbimin farmaceutik?

1. Gjetje nga auditimi: Nga AKBPM dhe në veçanti sektori i inspektimit, nuk është mbajtur një regjistër i detajuar dhe i përditësuar për numrin e rrjetit të hapur të farmacive (private) në rangë vendi. Nuk ka të dhëna për numrin e farmacive aktive, sa janë hapur të reja apo mbyllur gjatë vitit, nuk ka të dhëna të sakta për adresat e farmacive për ushtrimin e aktivitetit të tyre. AKBPM nuk ka bashkëpunuar dhe rakorduar me Qendrën Kombëtare të Regjistrimit të Bizneseve apo dhe me Drejtorinë Tatimore, për marrjen e të dhënave të rrjetit farmaceutik në lidhje me adresën e vendndodhjes, xhiron vjetore të tyre, e të dhëna të tjera që janë të nevojshme për qëllime planifikimi dhe programimi të inspektimeve.

1.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të bashkëpunojë me Qendrën Kombëtare të Regjistrimit të Bizneseve, për të hartuar dhe përditësuar një regjistër të rrjetit të hapur farmaceutik, me të dhëna të detajuara në rang vendi.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- *Me Urdhër të Kryeministrit Nr.49, datë 26.3.2025 “Për Ngritjen e Grupit Drejtues Ndërinstitucional të Punës dhe të Grupeve Teknike Ndërinstitucionale për Riorganizimin dhe Ristrukturimin e Inspektorateve në Republikën e Shqipërisë, për Hartimin e Projektakteve Nënligjore, në Funksion të Zbatimit të Ligjit Për Inspektimin, si dhe për Zhvillimin e Përmirësimit të Sistemit Elektronik të Inspektimeve “E-Inspektimi”.*
- *Më datë 13 Maj 2025 ka hyrë në fuqi Ligji Nr.99/2024 “Për inspektimin në RSH”.*
- *Aktualisht Inspektorati Qendror është në fazën e riorganizimit të institucioneve që preken nga procesi i riorganizimit. Korrespondencat respektive mbas hyrjes në fuqi të ligjit për periudhën tranzitore konform dispozitave kalimtare deri në përfundim të këtij procesi (praktikat me Nr.Prot.1749, sipas kronologjisë).*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, dërguar në KLSH me shkresën nr. Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024, është shprehur se zbatimi i këtij rekomandimi është ngushtësisht i lidhur me zbatimin e reformës për inspektimin. Me Urdhër të Kryeministrit Nr.49, datë 26.3.2025 “Për Ngritjen e Grupit Drejtues Ndërinstitucional të Punës dhe të Grupeve Teknike Ndërinstitucionale për Riorganizimin dhe Ristrukturimin e Inspektorateve në Republikën e Shqipërisë, për Hartimin e Projektakteve Nënligjore, në Funksion të Zbatimit të Ligjit Për Inspektimin, si dhe për Zhvillimin e Përmirësimit të Sistemit Elektronik të Inspektimeve “E-Inspektimi”. Më datë 13 Maj 2025 ka hyrë në fuqi Ligji Nr.99/2024 “Për inspektimin në RSH”. Aktualisht Inspektorati Qendror është në fazën e riorganizimit të institucioneve që preken nga procesi i riorganizimit.

Statusi i rekomandimit: i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Sektori i Inspektimit në AKBPM për kontrollin dhe cilësinë e barnave, duhet të ushtrojë veprimtari inspektuese në farmacitë spitalore, farmacitë e rrjetit të hapur (private),

depot farmaceutike, fabrikuesit (prodhuesit) e barnave. Nga auditimi rezultoi se ky sektor për kontrollin dhe cilësinë e barnave ka ushtruar inspektim vetëm në tre fusha të veprimtarisë të farmaceutikes, konkretisht ka kryer në farmacitë spitalore vetëm 7 inspektime në periudhën 2020-2021 dhe asnjë në vitet 2022-2023, në farmacitë e rrjetit të hapur 2049 inspektime në vitet 2020-2023 dhe në depot farmaceutike 172 inspektime në vitet 2020-2023, ndërsa nuk ka kryer asnjë inspektim në fushën e prodhimit (fabrikimit) dhe laboratorit të barnave.

2.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marr masa për fuqizimin e sektorit të inspektimit duke krijuar kushtet e nevojshme për realizimin e inspektimeve në fushën e prodhimit dhe fabrikimit.

- në planin vjetor të inspektimeve të planifikojë për të kryer inspektime edhe në fushën e prodhimit (fabrikimit) dhe laboratorëve të barnave në vend.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- *Me Urdhër të Kryeministrit Nr.49, datë 26.3.2025 “Për Ngritjen e Grupit Drejtues Ndërinstitucional të Punës dhe të Grupeve Teknike Ndërinstitucionale për Riorganizimin dhe Ristrukturimin e Inspektorateve në Republikën e Shqipërisë, për Hartimin e Projektakteve Nënligjore, në Funkcion të Zbatimit të Ligjit Për Inspektimin, si dhe për Zhvillimin e Përmirësimit të Sistemit Elektronik të Inspektimeve “E-Inspektimi”.*
- *Më datë 13 Maj 2025 ka hyrë në fuqi Ligji Nr.99/2024 “Për inspektimin në RSH”. Praktikant dokumentare me protokoll hyrës Nr.Prot.1749, datë 19.5.2025, në referencë të shkresës Nr.Prot.291, datë 12.5.2025 me objekt “Mbi hyrjen në fuqi të ligjit nr.99, datë 12.9.2024 “Për inspektimin në Republikën e Shqipërisë” të IQ, e në vijim në rend kronologjik korrespondencat respektive mbas hyrjes në fuqi të ligjit.*
- *Aktualisht Inspektorati Qendror është në fazën e riorganizimit të institucioneve që preken nga ky proces, duke respektuar periudhën tranzitore konform dispozitave kalimtare të ligjit për inspektimin.*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, dërguar në KLSH me shkresën nr. Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024, është shprehur se zbatimi i këtij rekomandimi është ngushtësisht i lidhur me zbatimin e reformës për inspektimin. Me Urdhër të Kryeministrit Nr.49, datë 26.3.2025 “Për Ngritjen e Grupit Drejtues Ndërinstitucional të Punës dhe të Grupeve Teknike Ndërinstitucionale për Riorganizimin dhe Ristrukturimin e Inspektorateve në Republikën e Shqipërisë, për Hartimin e Projektakteve Nënligjore, në Funkcion të Zbatimit të Ligjit Për Inspektimin, si dhe për Zhvillimin e Përmirësimit të Sistemit Elektronik të Inspektimeve “E-Inspektimi”. Më datë 13 Maj 2025 ka hyrë në fuqi Ligji Nr.99/2024 “Për inspektimin në RSH”. Aktualisht Inspektorati Qendror është në fazën e riorganizimit të institucioneve që preken nga procesi i riorganizimit.

Statusi i rekomandimit: i pazbatuar.

3. Gjetje nga auditimi: Për shqyrtimin e ankimeve administrative për vendimet e marra nga sektori i inspektimit, në zbatim dhe të rekomandimeve të lëna nga KLSH, drejtori i AKBPM ka ngritur komisionin e shqyrtimit të ankimeve administrative i cili ka funksionuar që nga viti 2020 dhe në vazhdim. Gjatë periudhës 2020-2023, komisioni ka shqyrtuar ankesa dhe ka marrë vendime për

subjektet që kanë paraqitur ankesë pranë AKBPM, respektivisht, për vitin 2020 për 12 subjekte, për vitin 2021 për 12 subjekte, për vitin 2022 për 5 subjekte dhe për vitin 2023 për 1 subjekt. Mirëpo, gjatë gjithë periudhës së funksionimit të tij ky komision ka funksionuar pa rregulla të qarta pasi rregullorja e brendshme e AKBPM nuk është përditësuar për të përcaktuar përgjegjësitë dhe detyrat e këtij komisioni. Po kështu, nuk ka ndonjë rregullore të veçantë për procedurën që do të ndjekë komisioni gjatë shqyrtimit të ankimeve, afatet e paraqitjes së ankesës nga subjekte, afatet e shqyrtimit nga komisioni, mënyrën dhe afatet e marrjes së vendimit nga komisionit, afatet e miratimit të vendimeve të komisionit nga drejtorit të AKBPM, etj.

3.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të hartojë dhe miratojë Rregullore të Brendshme për procedurat që duhet të ndjekë Komisioni i Shqyrtimit të Ankesave gjatë shqyrtimit të ankimeve administrative që bëjnë subjektet farmaceutike ndaj vendimeve të marra nga sektori i inspektimit.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- *Më datë 13 Maj 2025 ka hyrë në fuqi Ligji Nr.99/2024 “Për inspektimin në RSH”.*
- *Aktualisht Inspektorati Qendror është në fazën e riorganizimit të institucioneve që preken nga ky proces. Korrespondencat respektive mbas hyrjes në fuqi të ligjit për periudhën tranzitore konform dispozitave kalimtare deri në përfundim të këtij procesi (praktikat me Nr.Prot.1749, sipas kronologjisë).*
- *Në zbatim të nenit 55, të Ligjit Nr.99/2024 “Për Inspektimin në RSH” dhe VKM Nr.407, datë 16.7.2025 “Për përcaktimin e rregullave të hollësishme për funksionimin e Komisionit të Shqyrtimit të Ankimit”, Agjencia nuk ka kompetencë për shqyrtimin e ankimeve administrative (referuar shkresës së Inspektoratit Qendror me Nr.Prot.834, datë 29.10.2025 me objekt “Kërkesë për informacion” me protokoll hyrës Nr.Prot.3694, datë 31.10.2025).*

Qëndrimi i grupit të auditimit: Agjencia Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, dërguar në KLSH me shkresën nr. Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024, është shprehur se zbatimi i këtij rekomandimi është ngushtësisht i lidhur me zbatimin e reformës për inspektimin. Në zbatim të nenit 55, të Ligjit Nr.99/2024 “Për Inspektimin në RSH” (i cili ka hyrë në fuqi 13 Maj 2025) dhe VKM Nr.407, datë 16.7.2025 “Për përcaktimin e rregullave të hollësishme për funksionimin e Komisionit të Shqyrtimit të Ankimit”, Agjencia nuk ka kompetencë për shqyrtimin e ankimeve administrative dhe rekomandimi konsiderohet jo relevant.

Statusi i rekomandimit: i zbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: MSHMS nuk ka ngritur dhe bërë funksionale asnjëherë Njësinë e Posaçme për Ushtrimin e Kontrollit për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore siç përcaktohet në ligjin për barnat dhe shërbimin farmaceutik, duke mos ushtruar asnjëherë rolin e saj mbikëqyrës në procesin e kontrollit të barnave.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të ngrejë dhe bëjë funksionale njësinë e posaçme për ushtrimin e kontrollit për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, si dhe të analizojë problematikat e evidentuara në vazhdimësi nga grupet

e auditimit të kryera vitet e fundit në AKBPM

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3- A kanë shërbyer mekanizmat e ngritur për të garantuar sigurinë dhe efektshmërinë e barit në vendin tonë?

3.1 Si kanë bashkëpunuar institucionet shtetërore për kontrollin e aktiviteteve që lidhen me barnat?

1.Gjetje nga auditimi: Nga shqyrtimi i përditësimit të Regjistrit Kombëtar të Barnave në lidhje me plotësimin e afatit 5 vjeçar të vlefshmërisë së autorizimeve të tregtimit u konstatua që për 66 nga 72 autorizime tregtimi të barnave që u ka mbaruar afati i vlefshmërisë në muajin Shkurt 2024, procesi i rinovimit të autorizimit është jashtë afatit të vlefshmërisë ligjore 5 vjeçare të tyre. Mos pajisja në kohe e barnave me ri autorizim tregtimi sjell pengesë në importimin e barnave rrjedhimisht rrit riskun e mungesës së barnave në treg.

1.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa për përfundimin e procesit të pajisjes me autorizim tregtimi të barnave të cilave u ka mbaruar afati i vlefshmërisë së tyre, si dhe të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të autorizimit të tregtimit të barnave.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- *Procesi i derregullimit nuk ka përfunduar ende. AKSHI është përgjegjës për finalizimin e këtij procesi (shkresë e AKSHI me Nr.Prot.6424/2, datë 27.12.2024 me objekt “Kthim përgjigje” me protokoll hyrës Nr.Prot.1428/12, datë 31.12.2024).*
- *Agjencia ka propozuar ndryshimet ligjore të nenit 12 dhe të VKM-299 nëpërmjet korrespondencës zyrtare me rrugë elektronike me MSHMS. Këto ndryshime nuk janë miratuar ende nga Këshilli i Ministrave (komunikimet elektronike Shtator-Dhjetor 2024 me MSHMS me objekt “Në kuadër të procesit të derregullimit”)*
- *Pavarësisht kësaj Sektori i Autorizimit për Tregtim ka përfunduar procesin e rinovimit të autorizimit në kohë të barnave sapo atyre u mbaron afati i vlefshmërisë. Këtë mund ta vërtetoni nëpërmjet Regjistrin të fundit të publikuar në faqen zyrtare të AKBPM në adresën www.akbpm.gov.al të krahasuar me Regjistrin e Barnave i cili është përdorur gjatë kohës së auditimit si burim të dhënash.*
- *Në lidhje me publikimin e Regjistrave të përditësuar ato janë publikuar çdo fillim muaji (nga dt.1 - dt.5) me të gjithë urdhrat e Autorizimit të Tregimit të Ministrit të Shëndetësisë. Këto urdhra vazhdojnë të vijnë në rrugë shkresore me postë zyrtare sepse shërbimet e sektorit nuk janë të digjitalizuara duke shkaktuar vonesa në reflektim në këtë Regjistër.*

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe në proces zbatimi.

2.Gjetje nga auditimi: Nga krahasimi i të dhënave, për 451 autorizimet për barnat e paautorizuara të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, për periudhën 2020-2023, rezultoi që ka mospërputhje të të dhënave në procesin e importimit të barnave ku subjektet mbajtëse të 30 autorizimeve të importimit për barna të paautorizuara rezultojnë që nuk janë paraqitur pranë Agjencisë Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore për të kryer procesin e pajisjes me autorizim zhdoganimi dhe vazhdimin e procedurave të importimit. Sipas MSHMS koha prej 2 muajsh e afatit të autorizimit të ministrit për importimin e barnave pa autorizim tregtimi, ndodh që është e pamjaftueshme për subjektet që të kryejnë të gjitha procedurat e importimit të barnave, ndaj në këto raste mund të mos shfrytëzohet autorizimi i ministrit.

-Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka bashkëpunuar me Drejtorinë e Përgjithshme të Doganave për të verifikuar nëse subjektet e pajisura me autorizime importi për barna të pa autorizuara kanë kryer procesin e importimit të barnave.

2.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të bashkëpunojë me Drejtorinë e Përgjithshme të Doganave në verifikimin dhe rakordimin periodik të autorizimeve të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për importimin e barnave pa autorizim për tregtim.

Në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

▪ *Me shkresën Nr.Prot.3006/2, datë 27.11.2024 me objekt “Mbi vlerësimin e kërkesës për bashkëpunim” drejtuar Drejtorisë së Përgjithshme të Doganave është ri-kërkuar bashkëpunimi dhe zhvillimi i një takimi në nivel teknik në kuadër të angazhimeve institucionale në zbatim të Rekomandimeve të KLSH-së (pika 2.1).*

▪ *Në takimin teknik të zhvilluar më datë 28/05/2025, ndërmjet përfaqësuesve të Doganave dhe Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore u identifikuan disa çështje me rëndësi të veçantë për ndjekje dhe bashkërendim të mëtejshëm, ku pikat kryesore të dakordësuara kishin të bënin me:*

- *Koordinimin ndërinstitutional për kontrollin e barnave në dogane;*
- *Verifikimin dhe përputhshmëria e dokumentacionit shoqërues të barnave;*
- *Menaxhimi i rasteve të mos-përputhshmërisë;*
- *Importimin e barnave me leje të posaçme nga Ministri i Shëndetësisë;*
- *Nevojën për koordinim rast pas rasti në rastet e importimit me leje ministri, për të mundësuar zhdoganimin në përputhje me kërkesat ligjore.*
- *Organizimin e një trajnimit teknik për stafin e doganave. Trajnimi preferohet të zhvillohet në terren, për të kombinuar aspektin teorik me praktikën. Data e trajnimit mbetet për t’u dakordësuar ndërmjet palëve në vijim.*

- *Caktimin e pikave të kontaktit ndërmjet institucioneve:*

U ra dakord që të caktohen personat përgjegjës për komunikimin ndërinstitutional, me qëllim përshpejtimin e shkëmbimit të informacionit dhe zgjidhjen efektive të çështjeve operative.

- Drejtoria e Përgjithshme e Doganave: riskudpd@dogana.gov.al”-

*E-mail i datës 2/6/2025 me protokoll hyrës Nr.Prot.1321/1, datë 2/6/2025

▪ Janë caktuar pikat e kontaktit për Agjencinë në e-mailin e datës 23/6/2025.

▪ Vlerësimi i çështjeve bëhet rast pas rasti- komunikimet elektronike respektive si psh: e-mail i datës 25/6/2025 në lidhje me pajisjet mjekësore doreza kirurgjikale, dhe informacioni i përcjellë nga strukturat përgjegjëse të AKBPM;

- kërkesa për rakordimin e të dhënave për autorizimet e importit të barnave të paautorizuara që lëshohen nga MSHMS për të cilën nuk ka përgjigje.

*E-mail i datës 10/10/2025 për rakordimin e të dhënave për periudhën Janar-Shtator 2025 për autorizimet e importit të lëshuara nga MSHMS, në zbatim të rekomandimeve të KLSH-së nga Shefi i Sektorit të Shpërndarjes së Barnave dhe PM si person kontakti.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe në proces zbatimi.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe në proces zbatimi.

2.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për përmirësimin e rregullave të afateve për vlefshmërinë e autorizimit të lëshuar nga ministri i shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim.

Brenda 6 mujorit të parë të vitit 2025

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3.Gjetje nga auditimi: Nga verifikimi i 458 barnave të alternativës të parë të listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2023²³, me të dhënat e importeve të barnave që disponon Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore rezultoi se 46 barna të alternativës të autorizuar për tregtim nuk janë importuar në Shqipëri për vitin 2023. Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka qenë efektive në lidhje me verifikimin nëse barnat e autorizuar për tregtim që janë alternativë e parë në listën e barnave të rimbursueshme për vitin 2023, janë importuar dhe qarkulluar gjatë 6 muajve të fundit në RSH. Mos kryerja e verifikimit të barit për qarkullimin e tij me qëllim përditësimin e listave dhe revokimin e autorizimit të tregtimit tregon një performance të dobët të Agjencisë në drejtim të analizimit dhe menaxhimit të listës së barnave të regjistruara.

3.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore për 46 barna (Tabela nr.4, bashkëlidhur Raportit të Auditimit) të cilat janë alternative e parë e listës së barnave të rimbursueshme dhe që nuk janë importuar në Shqipëri të verifikojë qarkullimin e tyre për vitin 2023

²³ Lista e Barnave të Rimbursuara miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 196 datë 05.04.2023 Për një ndryshim në Vendimin Nr. 489 datë 30.07.2021 të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”, të ndryshuar

me qëllim për të shqyrtuar dhe për të rishikuar listën e barnave të regjistruara sipas rregullave aktualisht në fuqi.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

A) Me shkresën nr. 234/64 prot., datë 16.12.2024 me objekt “Kërkesë për informacion në lidhje me barnat e rimbursueshme” drejtuar FSDKSH dhe MSHMS është përcjellë kërkesa për informacion për 46 barnat në kuadër të angazhimeve institucionale në zbatim të Rekomandimeve të KLSH-së (pika 3.1).

B) Nga Sektori i Autorizimit të Tregtimit dhe Çështjeve Rregullatore rezultojnë të ndërmarra procedurat administrative si vijon:

1) Bazuar në shkresën e FSDKSH nr. 4179/1 prot. datë 25.11.2024 “Kthim përgjigje” për mungesën e dy barnave alternativë e parë e shërbimit spitalor e cila ka ardhur si rezultat i nevojës së alternativës së dytë për t’u pajisur me stiker në gjuhën shqipe, AKBPM ka propozuar pezullimin e Autorizimit të Tregtimit të këtyre 2 barnave që është miratuar me Urdhër Ministri 646 dt. 16.12.2024.

2) Me shkresën nr. 4351 prot., datë 06.12.2024 me objekt “Kërkesë për informacion për barnat e listës së Rimbursimit që tregtohen në farmacitë e spitaleve (Lista I)” drejtuar FSDKSH është përcjellë kërkesa për informacion për barnat të cilat nuk janë të disponueshme në treg për të plotësuar nevojat e shërbimit spitalor publik. Si rezultat e kësaj kërkesë FSDKSH ka kthyer përgjigje për 6 barna të cilat janë pezulluar me Urdhër Ministri 28 dt. 21.01.2025.

3) Me shkresën nr. 351 prot., datë 28.1.2025 me objekt “Kërkesë për informacion për barnat alternativë e parë e LBR që tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur Lista II” drejtuar FSDKSH ku është kërkuar përcjellja e informacionit në lidhje me disponueshmërinë në treg të këtyre barnave (alternativë e parë e LBR për farmacitë e rrjetit të hapur)- në çdo rast evidentimi të mungesave në treg në funksion të marrjes së masave për parandalimin e mungesës së këtyre barnave.

4) Informimi rast pas rasti nga FSDKSH. Me shkresë nr. 899/1 prot., datë 28.3.2025 me objekt “Përgjigje kërkesë” me protokoll hyrës nr. 351/1 prot., datë 1.4.2025 FSDKSH ka përcjellë informacionin për mungesën e barit Voxus (Tenofovir 245mg) alternativë e parë në LBR 2025 për shkak se asnjë kompani farmaceutike nuk është ofruar për të lidhur kontratë pranë Fondit, bar që përdoret tek pacientët me hepatit kronik, e në vijim komunikimin e vazhdueshëm në rast të evidentimit të mungesave të barnave të rimbursuara në treg.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

4.Gjetje nga auditimi: Nga verifikimi i 458 barnave të alternativës të parë të listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2023²⁴, me të dhënat e regjistrit të barnave të publikuar nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore rezultoi se, 43 barna të alternativës së parë të barnave të rimbursueshme nuk janë të pajisura me autorizim tregtimi dhe nuk rezultojnë në regjistrin e barnave për vitin 2023.

²⁴ Lista e Barnave të Rimbursuara miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 196 datë 05.04.2023 Për një ndryshim në Vendimin Nr. 489 datë 30.07.2021 të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”, të ndryshuar

-Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucionet e saj të varësisë dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk janë koordinuar ndërmjet tyre dhe nuk kanë qenë efektive në lidhje me verifikimin nëse barnat që janë alternativë e parë në listën e barnave të rimbursueshme për vitin 2023 janë pajisur me autorizim tregtimi dhe janë të regjistruara në regjistrin e barnave.

- Mungesa e koordinimit për verifikimin e barit të alternativës së parë të barnave të rimbursueshme të cilat nuk janë të pajisura me autorizim tregtimi tregon gjithashtu një përformancë të dobët të bashkëpunimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucioneve të saj të varësisë dhe Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në drejtim të vënies në qarkullim të barnave.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me institucionet e varësisë të marrë masa të qartësojë mënyrën se si duhet të trajtohen barnat pa autorizim tregtimi (*që janë alternativë e parë në listën e barnave të rimbursueshme*), të cilat duhet të kenë akses në tregun e barnave në vendin tonë dhe kanë një qarkullim të ngadaltë e përdoren për sëmundje të rralla.

Brenda 3 muajve të parë të vitit 2025

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3.2 A ka bashkëpunuar AKBPM me institucionet homologe në lidhje me qarkullimin e sigurt të barnave në Shqipëri?

1.Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka bërë transparencë dhe informim të vazhdueshëm të qytetarët dhe profesionistët e fushës në lidhje me produktet medicinale për të cilat janë refuzuar, revokuar ose pezulluar autorizimet e tregtimit, furnizimi i të cilave është ndaluar ose janë tërhequr nga tregu. Nuk ka kryer analiza laboratorike për barnat të cilat janë konsideruar nga EMA apo nga institucionet homologe si të dëmshme për shëndetin e konsumatorëve si dhe nuk ka marr masat e duhura nëpërmjet kryerjes së inspektimeve në rastet kur është njoftuar për tërheqjen nga tregu të barnave të caktuara. Gjithashtu nuk ka azhurnuar në kohë reale informacionet që vijnë nga institucionet homologe në lidhje me efektet anësore të barnave.

1.1 Rekomandimi: Të sigurohet bashkëpunimi midis Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore dhe institucioneve homologe të huaja, në veçanti me Agjencinë Evropiane të Barnave (EMA), Agjencinë Amerikane të Barnave (FDA) si dhe me Organizatën Botërore të Shëndetësisë për të përditësuar në kohë reale të dhënat mbi sigurinë dhe cilësinë e barnave dhe medikamenteve mjekësore. (*Rekomandimi bazuar në Vendimin nr. 237 , datë 24.07.2024, të Kryetarit të KLSH-së” dërguar në AKBPM me shkresën me nr.100/6, datë 24.07.2024 dhe në MSHMS me shkresën me nr.100/5, datë 24.07.2024 “Dërgohet “Adresimi i problematikave të konstatuara në auditimin e performancës me temë “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë*

në Shqipëri” i ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e institucionet e vartësisë dhe në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore sipas programit të auditimit nr. 100/2, prot. datë 18.04.2024 dhe rekomandimet”)

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

** Pjesë e raportimit në programin e masave, referuar shkresës nr. 234/24 prot., datë 23.10.2024.*

a- Forma e bashkëpunimit është diskrecion i autoriteteve rregullatore përkatëse.

Rast pas rasti, bashkëpunimi realizohet:

1) Në bazë të Marrëveshjeve Bashkëpunuese Bienale (BCA) dhe planit të saj korrespondues të punës, Zyra vendore e OBSH-së në Shqipëri siguron udhëheqjen në shëndetësi, koordinon partneritetin në shëndetësi dhe të gjitha aktivitetet e lidhura me shëndetin me të gjithë aktorët e interesuar në sektorin shëndetësor.

2) Shqipëria është anëtare me drejta të plota në Programin Ndërkombëtar të Monitorimit të Barnave (WHO-PIDM) të Uppsala Monitoring Center (UMC) me qendër në Suedi (praktika dokumentare me Nr.Prot.1823, viti 2020)

3) Bashkëpunimi me EMA mund të realizohet vetëm nëpërmjet Programit IPA (aktualisht në fuqi IPA III).

b- Marrëveshja e Bashkëpunimit e nënshkruar ndërmjet Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të Republikës së Shqipërisë dhe Agjencisë së Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të Republikës së Maqedonisë së Veriut, 1(një) kopje në gjuhën shqipe dhe 1(një) kopje në gjuhën maqedonase (Nr.Prot.234/38, datë 20.11.2024)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

1.2 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrë masa të monitorojë Mbajtësit e Autorizimit të Tregtimit në lidhje me efektet anësore të barnave të cilat kanë pasojë të rënda në shëndetin e qytetarit.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Monitorimi me frekuencë mujore i të dhënave të publikuara nga PRAC me qëllim evidentimin në kohë reale të njoftimeve informuese që kanë lidhje me sigurinë e barnave që qarkullojnë në shtetet anëtare të BE-së janë publikuar si rekomandime në faqen zyrtare të AKBPM.

PRAC:

- Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (13.12.2024)

Bllokuesit e receptorit të angiotenzinës II (ARB): azilsartan; candesartan; eprosartan; irbesartan; losartan; olmesartan; telmisartan; valsartan (kombinimet me një përbërës dhe dozë fikse) – Angioedema e zorrëve

Paracetamoli (si përbërës i vetëm dhe kombinimet me dozë fikse) – Acidoza metabolike me hendek të lartë të anionit (HAGMA) për shkak të acidozës pyroglutamate

- Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (21.1.2025):

Azathioprine – Hipertensioni portal jo cirrotik / sëmundja vaskulare e portës sinusoidale

Risperidone oral solution – Gabimet mjekuese të lidhura me mbidozimet aksidentale tek fëmijët dhe adoleshentët të trajtuar me tretësirë orale risperidone 1 mg/ml;

- *Informacion në lidhje me rekomandimet e fundit të PRAC (EMA/PRAC/111860/2025)-(08.05.2025);*
- *Rekomandime për përditësimin e informacionit të produktit(EMA/PRAC/143099/2025) Sertralina-Mungesa e shumëfishtë e dehidrogjenazës së Acil-Coenzimës A (MADD) Sulfamethoxazole, trimethoprim (Co-trimoksazol)– Pamjaftueshmeri e qarkullimit të gjakut (09.06.2025);*
- *Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi barnat Finasteride dhe Dutasteride (EMA/142716/2025)-19.06.2025;*
- *Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat Klozapinë dhe VARIVAX EMA/PRAC/224799/2025- datë 12.09.2025;*
- *Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat me lëndë aktive Dabrafenib, Trametinib, Cobimetinib, Vemurafenib, Osimertinib dhe Somatrogon. EMA/PRAC/271798/2025, datë 14.10.2025.*

RECALL: *NORFLOXACINA ABC, Hard capsules x 400mg me numër Serie A2401 dhe me datë skadence 01/2027 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim « A..F... Spa » (02/12/2024)*

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 230801, 231089 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B... A... GmbH” (12.12.2024)

ADICLAIR Suspension x 100 000 IU/ml (NYSTATIN)Box x flacon x 48ml me numër serie 320720 me skadencë 12/2025 dhe 410740 me skadencë 07/2026 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “A... GMBH GERMANI” (27.01.2025)

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 240704 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B.. A... GmbH” (09.06.2025)

DHPC (Komunikimi i Drejtëpërdrejtë me Profesionistët e Shëndetit): *EMA rekomandon masa për të minimizuar rezultatet serioze të efekteve të padëshiruara të njohura me barin metamizole që përdoret kundër dhimbjeve. (23.10.2024)*

Barnat që përmbajnë 5-fluorouracil (i.v.): Në pacientët me dëmtim të moderuar ose të rëndë të veshkave, mungesa e fenotipizimit të dihidropirimidin dehidrogjenazës (DPD) nëpërmjet matjes së nivelet të uracilit në gjak duhet të interpretohet me kujdes (08.11.2024)

Barnat që përmbajnë metamizol: masat e rëndësishme për të minimizuar efektet e padëshiruara serioze për rrezikun e njohur të agranulocitozës. (11.12.2024)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventricular ose intracerebral, është i kundërindikuar- (17.12.2025)

DHPC për barin RYBELSUS (semaglutid) –(18.08.2025)

DHPC për barin RESELIGO, Implant in pre-filled syringe x 10.8mg me lëndë aktive GOSERELINUM (as GOSERELIN ACETATE)-(10.09.2025)

DHPC-Klozapina dhe rreziku i neutropenisë dhe agranulocitozës: PRAC përditëson rekomandimet për monitorimin e vlerave të gjakut-(12.09.2025)

DHPC për barin Evrysdi 0.75 mg/mL pluhur për solucion oral (risdiplam)-(15.09.2025)

DHPC për barnat Finasterid, Dutasterid – Masa të reja për të minimizuar rrezikun e ideve vetëvrasëse-(27.10.2025)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventricular ose intracerebral, është i kundërrindikuar- (17.12.2025).

Të ndryshme: Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) nis të rishqyrtojë sigurinë e barnave që përmbajnë finasteride dhe dutasteride (05.11.2024)

Rregullorja e Farmakovigilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” (23.1.2025);

NJOFTIM mbi trajnimin në ambjentet e AKBPM-së, për të gjithë Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim në lidhje me Rregulloren e Farmakovigilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” në datat 05.02.2025, 12.02.2025, 19.02.2025 dhe 05.03.2025 në orarin 10.00-12.00 në rrjetet sociale;

Monitorimi shtesë (21.3.2025).

Ndryshime në përdorimin e antibiotikut Azitromicinë. Rekomandimet synojnë të optimizojnë përdorimin dhe të minimizojnë zhvillimin e rezistencës antimikrobike-(26.05.2025)

EMA ka nisur një rishikim të barnave që përmbajnë Ipidakrinë-(27.05.2025)

Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi Ozempic, Rybelsus dhe Wegovy (semaglutide)-(09.06.2025)

Përdorimi i paracetamolit gjatë shtatzënisë mbetet i pandryshuar në BE-(24.09.2025)

Alert për Shurup për përdorim nga goja të kontaminuara-WHO Medical Product Alert N°5/2025 (20.10.2025)

Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) ka publikuar një njoftim sipas të cilit Komiteti për Produkte Medicinale për Përdorim nga Njeriu (CHMP) ka rekomanduar që pezullimi i Autorizimit për Tregtim për barin OXBRYTA të mbetet në fuqi, pasi përfitimet e tij nuk e tejkalojnë më rrezikun e përdorimit-(29.10.2025)

Njoftim informues për barin Prazosin nga FDA- (13.11.2025)

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

1.3 Rekomandimi: - Sektori i farmakovigilencës në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të rrisë transparencën nëpërmjet faqes zyrtare dhe rrjeteve të tjera të komunikimit, mbi risqet që sjell përdorimi i një bari i cili mund të përmbajë papastërti ose përbërës aktiv të rrezikshëm dhe të pasigurt për qytetarët.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

Monitorimi me frekuencë mujore i të dhënave të publikuara nga PRAC me qëllim evidentimin në kohë reale të njoftimeve informuese që kanë lidhje me sigurinë e barnave që qarkullojnë në shtetet anëtare të BE-së janë publikuar si rekomandime në faqen zyrtare të AKBPM.

PRAC:

- Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (13.12.2024)

Bllokuesit e receptorit të angiotenzinës II (ARB): azilsartan; candesartan; eprosartan; irbesartan; losartan; olmesartan; telmisartan; valsartan (kombinimet me një përbërës dhe dozë fikse) – Angioedema e zorrëve

Paracetamoli (si përbërës i vetëm dhe kombinimet me dozë fikse) – Acidoza metabolike me hendek të lartë të anionit (HAGMA) për shkak të acidozës pyroglutamate

- *Rekomandime PRAC mbi përditësimin e informacionit të produktit (21.1.2025):*

Azathioprine – Hipertensioni portal jo cirrotik / sëmundja vaskulare e portës sinusoidale

Risperidone oral solution – Gabimet mjekuese të lidhura me mbidozimet aksidentale tek fëmijët dhe adoleshentët të trajtuar me tretësirë orale risperidone 1 mg/ml;

- *Informacion në lidhje me rekomandimet e fundit të PRAC (EMA/PRAC/111860/2025)-(08.05.2025);*

- *Rekomandime për përditësimin e informacionit të produktit(EMA/PRAC/143099/2025) Sertralina-Mungesa e shumëfishtë e dehidrogjenazës së Acil-Coenzimës A (MADD) Sulfamethoxazole, trimethoprim (Co-trimoksazol)– Pamjaftueshmeri e qarkullimit të gjakut (09.06.2025);*

- *Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi barnat Finasteride dhe Dutasteride (EMA/142716/2025)-19.06.2025;*

- *Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat Klozapinë dhe VARIVAX EMA/PRAC/224799/2025- datë 12.09.2025;*

- *Rekomandimet më të fundit të PRAC për barnat me lëndë aktive Dabrafenib, Trametinib, Cobimetinib, Vemurafenib, Osimertinib dhe Somatrogon. EMA/PRAC/271798/2025, datë 14.10.2025.*

RECALL: *NORFLOXACINA ABC, Hard capsules x 400mg me numër Serie A2401 dhe me datë skadence 01/2027 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim « A.. F....i Spa » (02/12/2024)*

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 230801, 231089 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B.. A... Gmbh” (12.12.2024)

ADICLAIR Suspension x 100 000 IU/ml (NYSTATIN)Box x flacon x 48ml me numër serie 320720 me skadencë 12/2025 dhe 410740 me skadencë 07/2026 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “A...GMBH GERMANI” (27.01.2025)

DULOXETIN BETA, Gastro-resistant capsules, me numër Serie 240704 nga Mbajtësi i Autorizimit për Tregtim “B..A...Gmbh” (09.06.2025)

DHPC (Komunikimi i Drejtëpërdrejtë me Profesionistët e Shëndetit): *EMA rekomandon masa për të minimizuar rezultatet serioze të efekteve të padëshiruara të njohura me barin metamizole që përdoret kundër dhimbjeve. (23.10.2024)*

Barnat që përmbajnë 5-fluorouracil (i.v.): Në pacientët me dëmtim të moderuar ose të rëndë të veshkave, mungesa e fenotipizimit të dihidropirimidin dehidrogjenazës (DPD) nëpërmjet matjes së nivelet të uracilit në gjak duhet të interpretohet me kujdes (08.11.2024)

Barnat që përmbajnë metamizol: masat e rëndësishme për të minimizuar efektet e padëshiruara serioze për rrezikun e njohur të agranulocitozës. (11.12.2024)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventrikular ose intracerebral, është i kundërlinduar- (17.12.2025)

DHPC për barin RYBELSUS (semaglutid) –(18.08.2025)

DHPC për barin RESELIGO, Implant in pre-filled syringe x 10.8mg me lëndë aktive GOSERELINUM (as GOSERELIN ACETATE)-(10.09.2025)

DHPC-Klozapina dhe rreziku i neutropenisë dhe agranulocitozës: PRAC përditëson rekomandimet për monitorimin e vlerave të gjakut-(12.09.2025)

DHPC për barin Evrysdi 0.75 mg/mL pluhur për solucion oral (risdiplam)-(15.09.2025)

DHPC për barnat Finasterid, Dutasterid – Masa të reja për të minimizuar rrezikun e ideve vetëvrasëse-(27.10.2025)

Formulimet intravenoze të acidit traneksamik duhet të administrohen ekskluzivisht me rrugë IV. Përdorimi me rrugë të tjera, të tilla si intratekal, epidural, intraventricular ose intracerebral, është i kundërrindikuar- (17.12.2025).

Të ndryshme: Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) nis të rishqyrtojë sigurinë e barnave që përmbajnë finasteride dhe dutasteride (05.11.2024)

Rregullorja e Farmakovigjilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” (23.1.2025);

NJOFTIM mbi trajnimin në ambjentet e AKBPM-së, për të gjithë Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim në lidhje me Rregulloren e Farmakovigjilencës “Mbi mënyrën e raportimit, mbledhjes dhe vlerësimit të efekteve të padëshiruara të dyshuara të barnave” në datat 05.02.2025, 12.02.2025, 19.02.2025 dhe 05.03.2025 në orarin 10.00-12.00 në rrjetet sociale;

Monitorimi shpeshtë (21.3.2025).

Ndryshime në përdorimin e antibiotikut Azitromicinë. Rekomandimet synojnë të optimizojnë përdorimin dhe të minimizojnë zhvillimin e rezistencës antimikrobike-(26.05.2025)

EMA ka nisur një rishikim të barnave që përmbajnë Ipidakrinë-(27.05.2025)

Përditësim i rëndësishëm nga PRAC mbi Ozempic, Rybelsus dhe Wegovy (semaglutide)-(09.06.2025)

Përdorimi i paracetamolit gjatë shtatzënisë mbetet i pandryshuar në BE-(24.09.2025)

Alert për Shurup për përdorim nga goja të kontaminuara-WHO Medical Product Alert N°5/2025 (20.10.2025)Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) ka publikuar një njoftim sipas të cilit Komiteti për Produkte Medicinale për Përdorim nga Njeriu (CHMP) ka rekomanduar që pezullimi i Autorizimit për Tregtim për barin OXBRYTA të mbetet në fuqi, pasi përfitimet e tij nuk e tejkalojnë më rrezikun e përdorimit- (29.10.2025), Njoftim informues për barin Prazosin nga FDA-(13.11.2025).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

1.4 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të gjej mekanizmat e duhur për informimin masiv e në kohë të popullatës në lidhje me barnat përdorimi i të cilave rezultojnë problematike për shëndetin e tyre apo janë tërhequr nga tregu e nuk duhet të përdoren.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit MSHMS:

Lidhur me këtë rekomandim nuk janë evidentuar masa të ndërmarra nga ana e MSHMS.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i pazbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi: Agjencia Evropiane e Barnave dhe Komisioni Evropian ka njoftuar revokimin e autorizimit të tregtimit të barit ADAKVEO, pasi referuar të dhënave, përfitimet e këtij bari nuk i tejkalojnë rreziqet që ai shkakton, pra mungon efikasiteti terapeutik i tij sipas kushteve të parashikuara të përdorimit apo bilanci risk- përfitim është i pafavorshëm. Ky bar edhe pse rezultojnë të zotërojnë autorizim për tregtim, nuk është importuar në RSH.

Në bazë të ligjit për barnat, në një rast të tillë, Ministri përgjegjës për shëndetësinë, me propozim të Agjencisë, urdhëron revokimin e autorizimit të tregtimit. Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka marrë masat e nevojshme për revokimin e autorizimit për tregtim të këtij bari, pasi nuk ka dërguar asnjë shkresë në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për të kërkuar revokimin e autorizimit të tregtimit të tij dhe pse nuk është importuar, për këtë bar rezulton të ketë autorizim tregtimi.

2.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të njoftojë Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për rreziqet e shkaktuara nga bari ADAKVEO dhe në bashkëpunim të marrë të gjitha masat e nevojshme për revokimin e autorizimit të tregtimit të këtij bari në Shqipëri.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- 1) Më datë 1.11.2024 MAH “N. P. Services Inc.” ka depozituar kërkesën për revokim të Autorizimit të Tregtimit të barit “ADAKVEO, Concentrate for solution for infusion x 100mg/10ml (10mg/ml)” protokoll hyrës Nr.Prot.3934, datë 1.11.2024;
- 2) Më datë 5.11.2024 me shkresën Nr.Prot.3731/2, AKBPM ka përcjellë “Propozimin për Revokimin e AT” pranë Ministrisë të Shëndetësisë;
- 3) Me Urdhrin e Ministrisë Nr.588, datë 21.11.2024 është revokuar Autorizimi i Tregtimit për barin ADAKVEO (protokoll hyrës Nr.Prot.3731/3, datë 2.12.2024).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

3. Gjetje nga auditimi: Gjatë periudhës 2022-2023, EMA dhe Komisioni Evropian ka njoftuar se autorizimet e tregtimit të solucioneve për infuzion HES rekomandohen të pezullohen për shkak të rrezikut të dëmtimit të veshkave dhe vdekjes në grupe të caktuara pacientësh, duke përfshirë pacientët me sëmundje kritike. Në vendin tonë në listën e barnave të autorizuar për tregtim rezulton se bari i cili ka në përmbajtje përbërësin aktiv “Hydroxyethyl-starch HES Solution” është bari “VOLULYTE 6% (60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion me Certifikatë të Produktit Farmaceutik të lëshuar nga Autoriteti rregullator gjerman të lëshuar më datë 5/8/2022, të cilit i është rinovuar Autorizim Tregtimi në 2023 dhe ka qarkulluar gjatë këtij viti. Në lidhje me njoftimin dhe rekomandimin e EMA-s për këtë medikament, AKBPM nuk ka kryer asnjë njoftim për qytetarët dhe profesionistët e fushës së shëndetësisë mbi rreziqet që shkakton përdorimi i tij. Edhe pse Komisioni Evropian ka dalë me një vendim mbi pezullimin e autorizimeve të tregtimit të solucioneve HES për infuzion, AKBPM nuk ka marrë asnjë vendim dhe bari VOLULYTE 6% (60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion ka qarkulluar gjatë vitit 2023 në Shqipëri. Gjithashtu, AKBPM duke qenë se ky është një bar i prodhuar në Gjermani, nuk ka bashkëpunuar me Institutin Federal për Farmaceutikë dhe Produkte Mjekësore të Gjermanisë.

3.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të marrë masa për të informuar profesionistët e

fushës mbi efektet që mund të shkaktoi përdorimi i barit VOLULYTE 6% (60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion, si dhe të marrë një vendim mbi këtë bar bazuar në studimet dhe rekomandimet më të fundit të Agjencisë Evropiane të Barnave, Institutin Federal për Farmaceutikë dhe Produkte Mjekësore të Gjermanisë dhe Mbajtësit e Autorizimit të Tregtimit.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

- 1) Me shkresën Nr.Prot.234/17, datë 4.9.2024 të Sektorit të Farmakovigjilencës është përcjellë informacioni për barin “VOLYLYTE 6%(60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion” pranë Sektorit të AT dhe ÇRr;
- 2) Me shkresën Nr.Prot.3901, datë 30.10.2024 me objekt “Mbi dorëzimin e informacionit të përditësuar të RMP është përcjellë kërkesa për informacion dhe dokumentacion personit përgjegjës së MAH-Subjektit “R.. F...” sh.p.k. sipas rekomandimeve të autoritetit rregullator të vendit referent (BfArM);
- 3) Më datë 31.10.2024 nëpërmjet komunikimit elektronik me BfArM në adresën BfArM-Kontaktformular@noreply.bund.de), me oobjekt “Drug Safety” është përcjellë kërkesa për informacion në lidhje me statusin e barit VOLYLYTE 6%(60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion” nëse është i autorizuar për tregtim dhe a qarkullon në tregun gjerman;
- 4) Më datë 14.11.2024 në rrugë elektronike nga struktura përgjegjëse e Institutit Federal për Barnat dhe Pajisjet Mjekësore (BfArM) në Gjermani, konkretisht Unit PRAC, Legal Status, Adverse Reaction Reports, Medication Errors- Zyra në Bon është përcjellë informacioni që AT për barin në fjalë VOLYLYTE 6% është i vlefshëm dhe qarkullon në tregun gjerman nën regjimin e “Masave për minimizimin e riskut” të përcaktuara nga Vendimi i Komisionit përkatës (protokoll hyrës Nr.Prot.234/37, datë 14.11.2024);
- 5) Më datë 25.11.2024 personi përgjegjës i MAH-subjekti “R.. F...” sh.p.k. ka dorëzuar dokumentacionin në lidhje me informacionin e përditësuar të RMP për barin “VOLYLYTE 6%(60g + 4.63g + 6.02g + 0.30g + 0.30g)/1000ml - solution for infusion” dhe njoftimin e MAH që Masat për Minimizimin e Riskut janë implementuar bazuar në risqet e supozuara si pasojë e përdorimit “off label” në disa vende EU, ndërkohë që SmPC e barit të autorizuar për tregtim në RSH përmban të gjitha indikacionet dhe udhëzimet për përdorimin e sigurt të këtij bari. Për këtë arsye nuk është e nevojshme të implementohen masa të tjera shtesë (shoqëruar me Versionin më të fundit të RMP-Nëntor 2023), me protokoll hyrës Nr.Prot.3901/1, datë 25.11.2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

4. Gjetje nga auditimi: Komiteti i barnave humane i EMA-s (CHMP), më 12 nëntor 2020 publikoi disa rekomandime mbi kufizimin e papastërtive të nitrozaminës në ilaçet e sartanit, ku njofton ndryshimin me kufijtë për nitrozaminat, të cilat më parë aplikoheshin për përbërësit aktivë, por tani do të zbatohen në vend të produkteve të gatshme (p.sh. tabletat). Këto kufij, bazuar në standardet e pranuar ndërkombëtarisht (ICH M7(R1)), duhet të sigurojnë që rreziku i tepërt i kancerit nga nitrozaminat në çdo ilaç sartan është nën 1 në 100,000 për një person që merr ilaçin për trajtim gjatë gjithë jetës. Në përputhje me rekomandimet e mëparshme, kompanitë prodhuese duhet të kenë

strategji të përshtatshme kontrolli për të parandaluar ose kufizuar sa më shumë praninë e papastërtive të nitrozaminës dhe të përmirësojnë proceset e tyre të prodhimit. Kompanitë duhet gjithashtu të vlerësojnë rrezikun e pranisë së nitrozaminave në ilaçet e tyre dhe të kryejnë testet e duhura pasi nitrozaminat klasifikohen si kancerogjene të mundshëm për njerëzit. Nga ana tjetër AKBPM duhet të kryejë vetë procesin e analizimit të barnave në mënyrë që të verifikojë dhe japi siguri mbi barnat të cilat konsumohen nga qytetarët. Referuar informacionit të AKBPM për periudhën 2021-2023 ky institucion ka marrë për analizë në formë sondazhi barnat që i përkasin grupit të barnave *metformin*, *sartan/hidroklortiazid*, import dhe prodhim vendas të cilat kanë rezultuar konform indekseve të përcaktuara në farmakope. Përsa i përket barnave të sipërcituara, Sektori i Laboratorit të Kontrollit ka kryer në total 34 analiza laboratorike, nga të cilat 0 analiza laboratorike në vitin 2020, 8 në vitin 2021, 6 në vitin 2022 dhe 20 në vitin 2023. Ndërkohë, në regjistrin e barnave të publikuar në shkurt të vitit 2024, me përbërësit aktiv të sipërcituar rezultojnë 248 barna.

4.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të vijojë me kryerjen në mënyrë periodike të analizave laboratorike të barnave që mund të përmbajnë nitrosaminë si dhe të kërkohet nga Mbajtësi i Autorizimit të Tregtimit vënia në dispozicion i vlerësimit të riskut dhe të monitorohet zbatimi i tij.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

1) Me shkresën Nr.Prot.234/36, datë 07.11.2024 është përcjellë informacioni në lidhje me grupin e barnave *Metformin*, *Sartan/hidroklortiazid* bazuar në njoftimin e përditësuar të publikuar nga EMA”.

2) Referuar Regjistrin të publikuar të Barnave të Autorizuara për Tregtim në RSH datë 11.12.2024 është bërë identifikimi i barnave me përmbajtje “*Sartan/ hidroklortiazid* dhe “*Metforminës*”, sipas praktikës dokumentare të plotë që fillon me Nr.Prot.234/40 deri më Nr.Prot.234/63 të datës 11.12.2024. Në konkluzion përmbledhës të këtyre informacioneve rezulton që barnat që kanë autorizim për tregtim në RSH janë brenda limitit të lejuar të toksicitetit në lidhje me nitrosaminat - Memo Informuese e Sektorit të Farmakovigjilencës 27 Maj 2025.

Në vijim të shkresës Nr 922/1 datë 03.03.2026 të auditimit të kryer nga Kontrolli i Lartë i Shtetit, AKBPM ka ndërmarrë procesin e vlerësimit të barnave që përmbajnë *metforminën* dhe kombinimet *sartan/hidroklortiazid*, në lidhje me praninë e mundshme të papastërtive nitrosaminave, duke u bazuar në udhëzimet dhe standardet rregullatore ndërkombëtare të publikuara nga Evropean Medicines Agency dhe International Council for Harmonisation (ICH M7).

Shpjegim shkencor mbi nitrosaminat

Papastërtitë nitrosamine janë përbërje kimike që mund të formohen gjatë proceseve të ndryshme kimike dhe industriale, përfshirë prodhimin farmaceutik, nga reaksionet midis amineve dhe agjentëve nitrozues.

Prania e tyre në nivele shumë të ulëta është një fenomen i njohur në industrinë farmaceutike dhe mund të haset gjithashtu në ushqime të përpunuara, ujë të trajtuar dhe produkte industriale të tjera. Duke qenë se disa nitrosamina klasifikohen si substanca potencialisht kancerogjene, autoritetet rregullatore ndërkombëtare kanë vendosur kufij të pranueshëm të ekspozimit (acceptable intake limits), të cilët garantojnë që prania e tyre në nivele shumë të ulëta nuk paraqet rrezik për shëndetin e pacientëve gjatë përdorimit afatgjatë të barnave.

Në këtë kuadër, Evropean Medicines Agency (EMA) dhe autoritete të tjera rregullatore kanë kërkuar nga Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim (MAH) të kryejnë një proces të strukturuar vlerësimi që përfshin:

- kryerjen e vlerësimit të riskut (risk assessment) për praninë e mundshme të nitrosaminave në produktet farmaceutike;
- realizimin e analizave laboratorike në rastet kur ekziston potencial për formimin e këtyre papastërtive;
- zbatimin e masave korigjuese dhe parandaluese në proceset e prodhimit kur identifikohen nivele mbi limitet e lejuara.

Në zbatim të këtyre kërkesave rregullatore dhe në vijim të praktikës administrative të nisur nga AKBPM, referuar Regjistrin të Barnave të Autorizuara për Tregtim në Republikën e Shqipërisë, datë 11.12.2024, është kryer identifikimi i barnave që përmbajnë metforminë dhe sartan/hidroklortiazid, duke administruar praktikën dokumentare përkatëse me nr. prot. 234/40 deri në nr. prot. 234/63, datë 11.12.2024.

Në vijim të kësaj kërkesë, mbajtësit e autorizimit për tregtim dhe përfaqësuesit e tyre në Republikën e Shqipërisë kanë depozituar dokumentacionin përkatës në përgjigje të kërkesës së Agjencisë. Dokumentacioni i dorëzuar ka përfshirë:

- deklaratat të vlerësimit të riskut për papastërtitë nitrosamine;
- raportet analitike dhe të vlerësimit të prodhuesve;
- përditësime të Planeve të Menaxhimit të Riskut (RMP);
- raporte të vlerësimit të rrezikut dhe dokumentacion mbështetës.

Ky dokumentacion është depozituar nga subjektet përkatëse dhe përfshin, ndër të tjera, korrespondencat hyrëse të depozituara nga kompanitë dhe përfaqësuesit e tyre në Republikën e Shqipërisë, të identifikuar sipas numrave të protokollit përkatës (234/67, 234/69, 234/70, 234/71, 234/72, 234/73, 234/74, 234/75, 234/76, 234/77, 234/79, 234/82, 234/83, 234/84, 234/85, 234/86, 234/87, 234/88, 234/89, 234/90, 234/81, 234/92, 234/94, 234/95, 234/97, 234/98, 234/99 dhe 234/102), gjatë periudhës janar–maj 2025, përfshirë dokumentacion shkresor dhe elektronik (CD), në përgjigje të kërkesës së AKBPM.

Dokumentacioni i depozituar është administruar dhe shqyrtuar nga strukturat përkatëse të Agjencisë dhe është analizuar nga Sektori i Farmakovigjilencës, në përputhje me udhëzimet e EMA dhe parimet shkencore të përcaktuara nga ICH M7.

Në përfundim të këtij procesi është hartuar Memo Informuese e Sektorit të Farmakovigjilencës, datë 27 maj 2025, në të cilën, në bazë të vlerësimit të dokumentacionit të depozituar dhe analizës së kryer, është arritur në konkluzionin se:

Barnat që kanë autorizim për tregtim në Republikën e Shqipërisë, për grupin e barnave të vlerësuara metforminë dhe sartan/hidroklortiazid, rezultojnë brenda limiteve të lejuara të toksicitetit në lidhje me papastërtitë e nitrosaminave.

Duke marrë parasysh analizën dhe vlerësimin e dokumentacionit të depozituar, për grupin specifik të barnave që përmbajnë metforminë dhe kombinimet sartan/hidroklortiazid, konkludohet se:

1. Barnat e autorizuar për tregtim në Republikën e Shqipërisë për këtë grup janë brenda limiteve të lejuara të papastërtive të nitrosaminave, sipas standardeve ndërkombëtare dhe udhëzimeve të publikuara nga EMA dhe ICH M7.
2. Në këto kushte, nuk ka nevojë për masa parandaluese apo korigjuese shtesë, nuk kërkohen analiza laboratorike apo vlerësime të reja të riskut, pasi procesi i vlerësimit është kryer plotësisht, dokumentuar dhe zbatuar.

3. Ky status mbetet i vlefshëm deri në momentin që nuk do të shfaqen indikacione të reja në nivel global, ose informacion i ri shkencor që kërkon rivlerësim nga autoriteti rregullator.

4. AKBPM do të vijojë monitorimin e vazhdueshëm të zhvillimeve shkencore dhe të udhëzimeve rregullatore ndërkombëtare për të garantuar që barnat e tregtuara mbeten të sigurta për pacientët. Përfundimisht, vlerësimi i kryer nga Sektori i Farmakovigjilencës tregon se barnat e analizuar janë brenda limiteve të lejuara për papastërtitë e nitrosaminave, duke konfirmuar se masat dhe kërkesat e auditimit janë zbatuar plotësisht dhe çështja për këtë grup barnash konsiderohet e përfunduar.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar**.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

5. Gjetje nga auditimi: Më datë 30 Prill 2020 Komiteti i barnave humane i EMA²⁵ (CHMP) ka rekomanduar pezullimin e të gjitha ilaçeve me ranitidinë në BE për shkak të pranisë së niveleve të ulëta të një papastërtie të quajtur N-nitrosodimetilamine (NDMA).

Përsa më sipër, gjatë auditimit ka rezultuar se në faqen elektronike të AKBPM është publikuar njoftimi mbi tërheqjen nga tregu të të gjitha prodhimeve të barnave me princip aktiv “Ranitidinë”, i cili përmban lëndën NDMA, e cila klasifikohet si kancerogjene, por konstatohet se në regjistrin e barnave për vitin 2024 kanë autorizim për tregtim dy barna të cilat kanë në përmbajtjen e tyre principin aktiv ranitidinë konkretisht: RANITIDINE/KLEVA dhe PRODRENTIDI.

Pavarësisht se këto barna në bazë të të dhënave të vëna në dispozicion nga AKBPM nuk rezultojnë të qarkullojnë në RSH për vitet 2020-2023, agjencia bazuar edhe në rekomandimin e Agjencisë Evropiane të Barnave duhet të merrte masa për të pezulluar ose revokuar autorizimin për tregtim për barnat e sipërcituara sipas përcaktimeve ligjore.

5.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrin masa për pezullimin/revokimin e riautorizimit të tregtimit sipas rastit dhe kërkesave ligjore për:

- barin “Ranitidinë Kleva” me nr. 430/24.5.2019,

- barin “Prodrentidi”, me riautorizim nr. 697/16.10.2019.

Të dy këto barna figurojnë në listën e barnave të lejuara për importim, prodhim dhe qarkullim në Republikën e Shqipërisë dhe futja e tyre në qarkullim, sjell pasoja të dëmshme për popullatën. (Rekomandimi bazuar në Vendimin nr. 237, datë 24.07.2024, të Kryetarit të KLSH-së” dërguar në AKBPM me shkresën me nr.100/6, datë 24.07.2024 dhe në MSHMS me shkresën me nr.100/5, datë 24.07.2024 “Dërgohet “Adresimi i problematikave të konstatuara në auditimin e performancës me temë “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri” i ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e institucionet e vartësisë dhe në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore sipas programit të auditimit nr. 100/2, prot. datë 18.04.2024 dhe rekomandimet”)

Menjëherë dhe në vijimësi

²⁵ <https://www.ema.europa.eu/en/news/suspension-ranitidine-medicines-eu>

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

*Pjesë e raportimit në programin e masave, referuar shkresës **Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024.**

1) Nuk rezulton të ketë aplikime për autorizim tregtimi të këtyre barnave në AKBPM (barnat e kanë kaluar afatin për rinovim, pra jemi në kushtet e aplikimit për autorizim tregtimi).

2) Refuzimi i çdo aplikimi të mundshëm për autorizim tregtimi për barnat me princip aktiv “Ranitidinë” dhe/ose import lëndë e parë.

3) Monitorimi dhe përditësimi i informacionit të publikuar nga EMA.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

6. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi është konstatuar prania në tregun farmaceutik të barnave që përmbajnë principin aktiv “Pseudoephedrine. Barnat që përmbajnë këtë princip aktiv nuk duhet të përdoren në pacientët me tension të lartë të gjakut ose në pacientët me sëmundje të rënda akute ose kronike të veshkave apo të insuficencës renale. Njoftimi për këtë princip aktiv nga EMA është bërë në datë 10 shkurt 2023, ku komiteti i sigurisë i EMA-s ka nisur një rishikim të barnave që përmbajnë këtë princip aktiv. Barnat që përmbajnë këtë princip, sipas EMA-s, po rishikohen pasi shkaktojnë rrezikun e sindromës së encefalopatisë së kthyeshme të pasme (PRES) dhe sindromës së vazokonstruksionit cerebral të kthyeshëm (RCVS), rreziqe iskemike kardiovaskulare dhe cerebrovaskulare. Sasia e barnave që janë importuar/prodhuar në RSH gjatë viteve 2020-2023, të cilat kanë përmbajtje të përbërësit aktiv pseudoephedrine është e konsiderueshme, duke pasur parasysh dhe destinacionin e përdorimit të tyre gjerësisht nga popullata. Lidhur me këtë rast në bazë të një verifikimi të kryer nga grupi i auditimit në regjistrin e barnave që kanë autorizim tregtimi në RSH, për vitin 2024 janë 27 barna që përmbajnë përbërësin aktiv pseudoforinë, të cilat përdoren në raste ftohje, gripi apo alergjie. AKBPM ka bërë njoftim në faqen e saj zyrtare vetëm pas konstatimit nga grupi i auditimit, pa vendosur datën e publikimit, por nuk ka listuar barnat që përmbajnë pseudoefedrinë dhe që gjenden në qarkullim në tregun farmaceutik në mënyrë që, si qytetarët të cilët vuajnë nga tensioni i lartë i gjakut, sëmundje të rënda akute ose kronike të veshkave apo të insuficencës renale, ashtu edhe profesionistët e fushës të marrin dijeni dhe masat e nevojshme për mospërdorimin e tyre. Në këtë mënyrë, Agjencia nuk ka respektuar detyrimet e përmendura në nenet 57-60 të ligjit nr.105/2014 të ndryshuar si dhe në nenin 154 të rregullores së brendshme “Për organizimin dhe funksionimin e Agjencisë”. Ky përbërës aktiv gjendet në barna që pacientët i përdorin pa recetën e mjekut (OTC)²⁶ dhe në këtë mënyrë aksesimi për to është shumë i lehtë dhe përdorimi është shumë herë më i gjerë.

6.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të rrisë transparencën nëpërmjet faqes zyrtare elektronike të saj dhe rrjeteve të tjera të komunikimit si dhe të listojë (të përditësuar, referuar listës së barnave që agjencia vet azhurnon në regjistrin e barnave) barnat që përmbajnë principin aktiv “Pseudoefedrinë” dhe që gjenden në qarkullim në tregun farmaceutik në mënyrë që si profesionistët e fushës ashtu edhe publiku, të marrin dijeni dhe masat e nevojshme për ndalimin e përdorimit të tyre nga pacientët me tension të lartë të gjakut, me sëmundje të rënda akute ose kronike të veshkave apo të insuficencës renale. ((Rekomandimi bazuar në Vendimin nr. 237 , datë 24.07.2024, të Kryetarit të KLSH-së” dërguar në AKBPM me shkresën me nr.100/6, datë

²⁶ Over the counter/ barna pa recetë

24.07.2024 dhe në MSHMS me shkresën me nr.100/5, datë 24.07.2024 “Dërgohet “Adresimi i problematikave të konstatuara në auditimin e performancës me temë “Efektiviteti dhe siguria e barnave që qarkullojnë në Shqipëri” i ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e institucionet e vartësisë dhe në Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore sipas programit të auditimit nr. 100/2, prot. datë 18.04.2024 dhe rekomandimet”)

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit AKBPM:

*Pjesë e raportimit në programin e masave, referuar shkresës **Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024.**

Monitorimi është bërë dhe vijon mbi bazën e publikimeve të EMA-s për barnat me lëndë aktive “Pseudoefedrinë”.

Nga monitorimi rezulton se **nuk ka përditësime**- njoftimi më i fundit daton në muajin Mars 2024 (Brussels, 27.3.2024, C(2024) 2253 final), sikurse rezulton të jetë shprehur më herët në kundërshtimet me shkrim të subjektit të audituar në Shtator 2024.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Për sa trajtuar më sipër rekomandimi konsiderohet **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

IV. Trajtimi i observacioneve:

Në vijim të Projektraportit të Auditimit dërguar me shkresën nr. 1203/39, datë 26.02.2026, protokolluar në AKBPM me nr. 922, datë 3.03.2026, është dërguar me shkresën nr. 922/3, datë 02.04.2026 “Observacion me shkrim mbi problematikat e konstatuara dhe të trajtuara me “Projektraportin e Auditimit të KLSH” me nr. 1203/39, datë 26.02.2026”, protokolluar në KLSH me nr. 1203/45, datë 03.04.2026 ka paraqitur observacione si më poshtë vijon:

Në lidhje me pikën “**II.4. Konkluzioni**” i Grupit të Auditimit të trajtuar në faqen 5, ku konkludohet se: Nga masat e pranuar
janë zbatuar plotësisht **13** rekomandime ose 40% e tyre; [...],
janë pa zbatuar **10** rekomandime ose 31% e tyre.”-;
vlerësojmë se: - **nuk përpunohet** me statusin faktik të ecurisë së zbatimit të rekomandimeve të trajtuara në pikën IV “TRAJTIMI I OBSERVACIONEVE” të Projekt Raportit faqet 39-40, ku evidentohet: “**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Observacioni i subjektit paraqet argumente dhe dokumente të cilat nuk ishin vendosur në dispozicion gjatë auditimit. Si rrjedhojë observacioni merret në konsideratë dhe statusi i rekomandimit ndryshon nga pazbatuar- në zbatuar.”-
Sa sipër raporti i zbatimit të “**Masave të Pranuar**” duhet të ndryshojë si vijon:
janë zbatuar plotësisht **14** rekomandime; [...],
janë pa zbatuar **9** rekomandime.”- dhe,
duhet të reflektohet dhe në statusin e Rekomandimeve për të cilat ri-kërkohet zbatimi i tyre e më konkretisht “**Rekomandimi 10.1**”, në faqen 45 të Projekt-Raportit.
2.Në lidhje me Rekomandimet e evidentuara sipas rastit nga Grupi i Auditimit si “pazbatuar /zbatuar pjesërisht /në proces zbatimi” të cilat kërkojnë angazhimin e MSHMS dhe AKBPM-së ose e kundërta, më specifikisht:
• Rekomandimi 1.1- faqe 43;
• Rekomandimi 4.1- faqe 44;

- Rekomandimi 5.1- faqe 44;
- Rekomandimi 7.1- faqe 44-45;
- Rekomandimi 8.1- faqe 45;
- Rekomandimi 9.1- faqe 45;
- Rekomandimi 13.1- faqe 46;

dhe për të cilat Agjencia e ka dhënë kontributin e saj në përputhje me “Programin e Masave për implementimin e rekomandimeve të KLSH-së” të miratuar me Urdhërin e Brendshëm Nr.120, datë 23.10.2024 të Titullarit të Institucionit, përcjellë në KLSH me shkresën Nr.Prot.234/24, datë 23.10.2024, vlerësojmë të sqarojmë se:

Përmbushja e plotë/zbatimi i tyre **nuk është në diskrecion të Agjencisë**, qëndrim ky i shprehur më herët në “Shpjegimet dhe komente me shkrim në lidhje me Akt Verifikimin e datës 16.1.2026 “Për kryerjen e verifikimit të zbatimit të rekomandimeve të lëna nga KLSH” të subjektit të audituar (shkresë Nr.Prot.4375/2 dhe Nr.Prot.4375/3, të datës 23.1.2026), dhe për të cilat,

Në pikën IV “Trajtimi i observacioneve” të Projekt Raportit faqe 41, cilësohet: “**Qëndrimi i grupit të auditimit:** Këto rekomandime janë në bashkëpunim me MSHMS dhe nga ky institucion nuk u paraqit asnjë dokumentacion dhe statusi i rekomandimit është vlerësuar në tërësi. Observacioni merret në konsideratë.” Agjencia ka ezauruar të gjithë burimet e saj në zbatimin me efektivitet të këtyre rekomandimeve.

3. Në lidhje me ***Rekomandimin 17.1*** të trajtuar në faqen 48 të Projekt Raportit për të cilin kemi dhënë argumentet përkatës në shpjegimet me shkrim në lidhje me “Shpjegimet dhe komente me shkrim në lidhje me Akt Verifikimin e datës 16.1.2026 “Për kryerjen e verifikimit të zbatimit të rekomandimeve të lëna nga KLSH” të subjektit të audituar (shkresë Nr.Prot.4375/2 dhe Nr.Prot.4375/3, të datës 23.1.2026, bashkëlidhur do të gjeni:

Shkresën Nr.Prot.922/2, datë 10.3.2026 të Sektorit të Farmakovigjilencës me objekt “Shkresë informuese për vlerësimin e papastërtive të nitrosaminave në barnat me autorizim për tregtim në RSH”, e cila argumenton në mënyrë shteruese faktin që ky rekomandim **është i zbatuar** nga Agjencia, dhe duhet të reflektohet në rekomandimet për të cilat ri-kërkohej zbatimi i tyre.

4. Në lidhje me pjesën tjetër të rekomandimeve që i përkasin AKBPM për të cilat grupi i auditimit ka vlerësuar statusin “zbatuar pjesërisht /në proces zbatimi” angazhimi institucional do të jetë maksimal deri në përmbushjen e plotë të tyre.

Qëndrimi i grupit të auditimit: Për sa më sipër ju sqarojmë se:

Pika 1 e observacionit merret në konsideratë dhe u kryen reflektimet në material.

Pika 2 e observacionit ju sqarojmë se këto rekomandime janë në bashkëpunim me MSHMS dhe nga ky institucion nuk u paraqit asnjë dokumentacion dhe statusi i rekomandimit është vlerësuar në tërësi. Observacioni merret në konsideratë.

Pika 3 e observacionit merret në konsideratë dhe u kryen reflektimet në material.

V. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr. 100/15 dhe 100/16, datë 02.10.2024, konstatohet se një pjesë e tyre është e pazbatuar. Niveli i zbatimit të rekomandimeve të auditimit mbi “Efektivitetin dhe sigurinë e barnave që qarkullojnë në Shqipëri” rezulton i ulët, çka dëshmon për një angazhim të pamjaftueshëm institucional, kryesisht nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale.

Institucionet përgjegjëse duhet të ndërmarrin masa të menjëhershme dhe konkrete për zbatimin e plotë të rekomandimeve të dhëna, duke marrë në konsideratë rëndësinë kritike të çështjeve të trajtuara në këtë auditim. Zbatimi efektiv i rekomandimeve është një proces i domosdoshëm për garantimin e cilësisë dhe sigurisë së shërbimit shëndetësor, si dhe për mbrojtjen e interesit publik. Nga sa më sipër, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. MASA ORGANIZATIVE

1. Pyetja Kryesore: A garantojnë institucionet shtetërore (MSHMS dhe AKBPM) sigurinë dhe cilësinë e barnave që qarkullojnë në vend?

1- A janë siguruar politika të përshtatshme dhe kuadër ligjor i plotë e i përditësuar, për garantimin e cilësisë së barnave që qarkullojnë në vendin tonë në përputhje edhe me standardet kombëtare dhe BE?

1. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për barnat dhe shërbimin farmaceutik nuk ka mundur:

- të përafrojë plotësisht me direktivën 2001/83/KE /kuadrin ligjor (specifikisht trajtuar në faqen 17-29 të Raportit Përfundimtar të Auditimit);

- të hartojë dhe miratojë udhëzimin e përbashkët me Ministrinë e Financave për vjeljen dhe administrimin e gjobave;

- të harmonizojë në kohë aktet rregullatorë në zbatim të ligjit, pasi rezulton që një sërë prej tyre janë hartuar dhe miratuar jashtë afateve të përcaktuara në ligjin për barnat dhe pajisjet mjekësore, deri në tetë vite me vonesë nga afati ligjor i përcaktuar, konkretisht;

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.564, datë 31.08.2023 “Për miratimin e rregullores mbi praktiken e përgatitjes së mirë të përgatesave galenike” duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i përbashkët i Ministrisë së Financave dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 240/1, datë 4.7.2022 “Për caktimin e tarifave për dhënien e autorizimit të tregtimit të barnave”, duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.226, datë 8.3.2018 “Për Miratimin e Udhëzuesit “Për Provat Klinike”, duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.660 datë 20.09.2018 “Për miratimin e rregullores mbi praktikën e ruajtjes dhe shpërndarjes së mirë të barnave”, duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.242, datë 14.4.2022 “Për Miratimin e Listës së Barnave që Tregtohen në Agjencitë Farmaceutike”, duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr. 243, datë 14.4.2022 “Për përcaktimin e barnave që mjekët dhe stomatologët ruajnë në klinikat e tyre” duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.276, datë 28.4.2022 “Për Formën, Përmasat dhe Ngjyrën e Emblemës së Farmacive dhe Agjencive Farmaceutike”, duhej të hartohej në maj 2015

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.501, datë 3.7.2018 “Për Miratimin e Listës së Barnave që Tregtohen pa Recetë Mjekësore në RSH”, duhej të hartohej në maj 2015,

Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale Nr.25, datë 17.1.2019 “Për Miratimin e Rregullores për Publicitetin e Barnave” të ndryshuar, duhej të hartohej në maj 2015.

1.1 Rekomandimi: - Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të vlerësojnë politikat dhe efektivitetin e tyre duke u fokusuar kryesisht në rolin dhe përgjegjësitë që ka në realizimin e objektivave institucionalë, në funksion të garantimit të produkteve farmaceutikë të sigurta në treg.

- Analizimin e raportit burime-rezultate të veprimtarisë së monitorimit dhe inspektimit të tregut të barnave, analizave të laboratorit, farmakovigjilencës, masave të marra sipas praktikave të mira, në të gjithë proceset dhe strukturat e përfshira.

- Nëpërmjet monitorimit të tregut të barnave dhe një vlerësimi të paanshëm e objektiv të sigurohet nëse baza ligjore aktualisht në fuqi, politikat e parashikuara dhe praktikat e ndjekura në vendin tonë garantojnë sigurinë, cilësinë e barnave në mbrojtjen e shëndetit të qytetarëve.

Menjëherë

1.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të përditësojë aktet ligjore për importimin e barnave në harmoni të plot dhe me direktivat e Parlamentit Evropian dhe Këshillit lidhur me produktet mjekësore për përdorim njerëzor, si dhe të hartojë udhëzimet e nevojshme për kontrollin dhe sigurinë e barnave në tregun vendas, duke përfshirë vlerësimin dhe rishikimin e ligjeve dhe rregulloreve ekzistuese për të garantuar përputhshmërinë me direktivën.

Brenda vitit 2026

1.3 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Financave në funksion të plotësimit të kuadrit ligjor për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në lidhje me procesin e parregullsive të vënies në treg të barnave, të marrë masa të hartojë dhe miratojë udhëzimin e përbashkët për vjeljen dhe administrimin e gjobave.

Brenda vitit 2026

2. Gjetje nga auditimi: Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 142 datë 18.2.2015 “Për përcaktimin e rregullave për lëshimin e autorizimit të ministrit të shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim”, nuk parashikon kryerjen e analizave të mostrave të barnave të importuara me autorizim të ministrit, ç’ ka rrit riskun e importimit të barnave jo cilësore dhe të pasigurta, duke rrezikuar shëndetin e popullatës. Ky proces nuk është i qartë dhe i rregulluar mirë për të siguruar që importet e barnave të pa regjistruara të bëhen vetëm në raste të arsyeshme, përjashtuese ose raste të jashtëzakonshme.

2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për rishikimin e rregullave dhe mënyrës së lëshimit të autorizimit të ministrit të shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim, duke mos shmangur kryerjen e analizave laboratorike në AKBPM për sigurimin e cilësisë barnave.

Brenda vitit 2026

3. Gjetje nga auditimi: Nga krahasimi i objektivave të strategjisë ndër sektoriale për mbrojtjen e konsumatorëve dhe mbikëqyrjen e tregut 2020, rezultojnë që krijimi i sistemit të gjurmimit të barnave (*track and trace*) duhej të ishte realizuar në fund të vitit 2020, por ky sistem jo vetëm që nuk është realizuar, por referuar Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030 parashikohet të realizohet në fund të vitit 2030, pra duke u shtyrë afati i implementimit të sistemit edhe me 10 vite.

3.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masat e nevojshme për fillimin e procesit të vendosjes së sistemit të gjurmimit të barnave (*track and trace*) dhe realizimin e tij sipas parashikimeve të vendosura në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë.

Menjëherë

4. Gjetje nga auditimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk kanë të publikuar në faqet e tyre zyrtare çmimet CIF dhe EXW të barnave që tregtohen në vendin tonë. Mos publikimi i çmimeve CIF dhe EXW, sjell mungese transparence në lidhje me çmimet si dhe proces të paqartë të monitorimit dhe kontrollit të tyre.

-Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka përditësuar regjistrin e barnave të autorizuar për tregtim në Republikën e Shqipërisë në muajin Janar 2024. Mos përditësimi i regjistrit të barnave sjell mungese transparence në lidhje me barnat e autorizuar të regjistrit të barnave.

4.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrin masa të publikojnë çmimet e barnave CIF dhe EXW në faqet e tyre zyrtare si dhe të përditësojnë të dhënat e regjistrit kombëtar të barnave të autorizuar për tregtim.

Menjëherë

5. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore duke qenë se çmimet CIF janë të miratuara në euro, gjatë vitit 2023, duhet të kishte në vëmendje luhatjen e kursit të këmbimit për përlogaritjen e saktë të çmimit me pakicë të barnave në varësi të kursit të këmbimit të gjashtë muorit të dytë të vitit 2022 dhe gjashtë muorit të parë të vitit 2023 e në vijimësi. Gjithashtu hedhja e të dhënave në sistemin SIRKB si dhe lëshimi i autorizimeve të përdorimit për të gjithë vitin 2023 duhej të bëhej bazuar në këtë konvertim të çmimeve CIF në lekë.

5.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të përcaktojnë qartë procedurat që duhen të ndiqen në varësi të ndryshimeve të kursit të këmbimit, në ndryshimin e çmimeve të barnave në sistemin informatikë SIRKB dhe reflektimit të tyre në regjistrat e barnave.

Brenda vitit 2026

2- A kanë shërbyer mekanizmat e ngritur për të garantuar sigurinë dhe efektshmërin e barit në vendin tonë?

2.1 A është mbështetur agjencia me fonde të mjaftueshme për garantimin e nevojave dhe sigurisë së barnave?

6. Gjetje nga auditimi: AKBPM-ja, për ushtrimin e aktivitetit të saj për periudhën 2020-2023, është financuar nëpërmjet MSHMS me fonde buxhetore të cilat kanë mbuluar shpenzimet për paga dhe shpenzime të tjera operative. Përveç vitit 2020 që i janë dhënë fonde për laboratorin e kontrollit, për të tre vitet e tjera nuk i është dhënë asnjë fond për investime në pajisje, mjete dhe materiale të tjera laboratorike. Ndërkohë gjatë ushtrimit të aktivitetit të saj, AKBPM ka realizuar dhe ka arkëtuar për llogari të buxhetit të shtetit të ardhura dytësore nga tarifat, me të cilat mund të mbuloj dhe tejkaloj shpenzimet buxhetore që jepen nga buxheti i shtetit për kryerjen e aktivitetit të saj.

7. Gjetje nga auditimi: Mos funksionimi me kapacitet të plotë të laboratorit të kontrollit të barnave, për shkak të pengesave burokratike të AKBPM dhe të MSHMS si dhe të mungesës së investimeve në laborator tregon që, siguria dhe cilësia e barnave që qarkullojnë në Shqipëri nëpërmjet analizimit të mostrave është në nivel shumë të ulët pothuajse inekzistent. Kjo, bazuar dhe duke marrë në konsideratë qarkullimin në vendin tonë të barnave nga gjithë vendet e Ballkanit si dhe nga çdo vend tjetër i botës pa kufizim në bazë të autorizimeve të importit të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

6-7.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të vlerësojë statusin e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve si institucion publik buxhetor për të mundësuar, menaxhimin me efektivitet të burimeve të saj në funksion të rritjes së sigurisë dhe cilësisë së barnave që qarkullojnë në vend.

Brenda vitit 2026

2.2 A zbatohen detyrimet që lidhen me kryerjen e analizave laboratorike dhe farmakovigjilencën?

8. Gjetje nga auditimi: Struktura organizative e laboratorit të kontrollit duhet të ketë staf të mjaftueshëm dhe të kualifikuar ku të mbështetet ky sektor shumë i rëndësishëm i AKBPM. Aktualisht struktura organizative e Laboratorit të Kontrollit përbëhet nga 16 punonjës nga 19 që janë në strukturë, të cilët për periudhën objekt auditimi janë trajnuar vetëm mbi përdorimin e pajisjeve, por nuk kanë kryer asnjëherë trajnime dhe kualifikime mbi të rejat dhe zhvillimet më të fundit në analizimin e barit.

8.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrin masa për plotësimin e strukturës së sektorit të laboratorit dhe trajnimin në mënyrë periodike të të gjithë stafit të këtij sektori në bashkëpunim dhe me institucione homologe për standardet dhe zhvillimet më të fundit të kontrollit të cilësisë së barnave.

Menjëherë dhe në vijimësi

9. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, për të analizuar të gjithë treguesit për një bar të caktuar, nuk është e përditësuar me të rejat e fundit të metodikave farmakopeale (udhëzues për analizat laboratorike të barnave) direkt nga institucionet përgjegjëse pasi nuk ka akses në farmakopet Evropiane. Aktualisht mbështetet në farmakope të shumë viteve më parë, si dhe në metodat analitike të përshkruara në dosjen e barit nga vet prodhuesi apo mbajtësi i autorizimit të tregtimit (MAH).

9.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrin masa për tu përditësuar me të rejat e fundit të metodikave farmakopeale direkt nga institucionet përgjegjëse ndërkombëtare, për të mundësuar rezultate të sakta, si dhe analizuar të gjithë treguesit e një bari të caktuar, referuar edhe praktikave më të mira farmakopeale.

Menjëherë dhe në vijimësi

10. Gjetje nga auditimi: Lidhur me raportimet e efekteve të padëshiruara të vëna në dispozicion nga sektori i farmakovigjilencës shihet një numër shumë i ulët i raportimeve në raport me ilaçet e

importuara dhe të prodhuara në vend, fakt i cili tregon mungesën e sensibilizimit të pacientëve dhe profesionistëve të fushës mbi raportimin e cilësisë dhe efektivitetit të barit.

AKBPM nuk ka një strategji institucionale të menaxhimit të riskut me qëllim për të identifikuar, karakterizuar, parandaluar ose minimizuar riskun lidhur me barnat, duke përfshirë vlerësimin e efektshmërisë së këtyre aktiviteteve dhe ndërhyrjeve si dhe sektori i farmakovigjilencës duhet të funksiononte në bazë të një rregulloreje të farmakovigjilencës, e cila ende nuk është miratuar duke ndikuar në përmbushjen e detyrimeve që ka Agjencia për të ushtruar vigjilencën dhe transparencën e duhur lidhur me barnat që qarkullojnë dhe janë në përdorim nga popullata në territorin e Republikës së Shqipërisë.

10.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të hartojë strategjinë institucionale të menaxhimit të riskut bazuar në dinamikën e situatave dhe fushën e përgjegjësisë së sektorëve më të rëndësishëm të institucionit.

Menjëherë dhe në vijimësi

2.3 A janë të mjaftueshme inspektimet dhe kontrollet e kryera për të siguruar cilësi dhe siguri në shërbimin farmaceutik?

11. Gjetje nga auditimi: Nga AKBPM dhe në veçanti sektori i inspektimit, nuk është mbajtur një regjistër i detajuar dhe i përditësuar për numrin e rrjetit të hapur të farmacive (private) në rangë vendi. Nuk ka të dhëna për numrin e farmacive aktive, sa janë hapur të reja apo mbyllur gjatë vitit, nuk ka të dhëna të sakta për adresat e farmacive për ushtrimin e aktivitetit të tyre. AKBPM nuk ka bashkëpunuar dhe rakorduar me Qendrën Kombëtare të Regjistrimit të Bizneseve apo dhe me Drejtorinë Tatimore, për marrjen e të dhënave të rrjetit farmaceutik në lidhje me adresën e vendndodhjes, xhiron vjetore të tyre, e të dhëna të tjera që janë të nevojshme për qëllime planifikimi dhe programimi të inspektimeve.

11.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të bashkëpunojë me Qendrën Kombëtare të Regjistrimit të Bizneseve, për të hartuar dhe përditësuar një regjistër të rrjetit të hapur farmaceutik, me të dhëna të detajuara në rang vendi.

Menjëherë dhe në vijimësi

12. Gjetje nga auditimi: Sektori i Inspektimit në AKBPM për kontrollin dhe cilësinë e barnave, duhet të ushtrojë veprimtari inspektuese në farmacitë spitalore, farmacitë e rrjetit të hapur (private), depot farmaceutike, fabrikuesit (prodhuesit) e barnave. Nga auditimi rezultoi se ky sektor për kontrollin dhe cilësinë e barnave ka ushtruar inspektim vetëm në tre fusha të veprimtarisë të farmaceutikes, konkretisht ka kryer në farmacitë spitalore vetëm 7 inspektime në periudhën 2020-2021 dhe asnjë në vitet 2022-2023, në farmacitë e rrjetit të hapur 2049 inspektime në vitet 2020-2023 dhe në depot farmaceutike 172 inspektime në vitet 2020-2023, ndërsa nuk ka kryer asnjë inspektim në fushën e prodhimit (fabrikimit) dhe laboratorit të barnave.

12.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marr masa për fuqizimin e sektorit të inspektimit duke krijuar kushtet e nevojshme për realizimin e inspektimeve në fushën e prodhimit dhe fabrikimit.

- në planet vjetore të inspektimeve të planifikojë për të kryer inspektime edhe në fushën e prodhimit

(fabrikimit) dhe laboratorëve të barnave në vend.

Menjëherë dhe në vijimësi

13. Gjetje nga auditimi: MSHMS nuk ka ngritur dhe bërë funksionale asnjëherë Njësinë e Posaçme për Ushtrimin e Kontrollit për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore siç përcaktohet në ligjin për barnat dhe shërbimin farmaceutik, duke mos ushtruar asnjëherë rolin e saj mbikëqyrës në procesin e kontrollit të barnave.

13.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të ngrejë dhe bëjë funksionale njësinë e posaçme për ushtrimin e kontrollit për veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, si dhe të analizojë problematikat e evidentuara në vazhdimësi nga grupet e auditimit të kryera vitet e fundit në AKBPM.

Menjëherë dhe në vijimësi

3- A kanë shërbyer mekanizmat e ngritur për të garantuar sigurinë dhe efektshmërin e barit në vendin tonë?

3.1 Si kanë bashkëpunuar institucionet shtetërore për kontrollin e aktiviteteve që lidhen me barnat?

14. Gjetje nga auditimi: Nga shqyrtimi i përditësimit të Regjistrit Kombëtar të Barnave në lidhje me plotësimin e afatit 5 vjeçar të vlefshmërisë së autorizimeve të tregtimit u konstatua që për 66 nga 72 autorizime tregtimi të barnave që u ka mbaruar afati i vlefshmërisë në muajin Shkurt 2024, procesi i rinovimit të autorizimit është jashtë afatit të vlefshmërisë ligjore 5 vjeçare të tyre. Mos pajisja në kohe e barnave me ri autorizim tregtimi sjell pengesë në importimin e barnave rrjedhimisht rrit riskun e mungesës së barnave në treg.

14.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrin masa për përfundimin e procesit të pajisjes me autorizim tregtimi të barnave të cilave u ka mbaruar afati i vlefshmërisë së tyre, si dhe të përditësojnë në kohë regjistrin kombëtar të autorizimit të tregtimit të barnave.

Menjëherë

15. Gjetje nga auditimi: Nga krahasimi i të dhënave, për 451 autorizimet për barnat e paautorizuara të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, për periudhën 2020-2023, rezultoi që ka mospërputhje të të dhënave në procesin e importimit të barnave ku subjektet mbajtëse të 30 autorizimeve të importimit për barna të paautorizuara rezultojnë që nuk janë paraqitur pranë Agjencisë Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore për të kryer procesin e pajisjes me autorizim zhdoganimit dhe vazhdimin e procedurave të importimit. Sipas MSHMS koha prej 2 muajsh e afatit të autorizimit të ministrit për importimin e barnave pa autorizim tregtimi, ndodh që është e pamjaftueshme për subjektet që të kryejnë të gjitha procedurat e importimit të barnave, ndaj në këto raste mund të mos shfrytëzohet autorizimi i ministrit.

-Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka bashkëpunuar me Drejtorinë e Përgjithshme të Doganave për të verifikuar nëse subjektet e pajisura me autorizime importi për barna të pa autorizuara kanë kryer procesin e importimit të barnave.

15.1 Rekomandimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të bashkëpunojë me Drejtorinë e Përgjithshme të Doganave në verifikimin dhe rakordimin periodik të autorizimeve të lëshuara nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale për importimin e barnave pa autorizim

për tregtim.

Në vijimësi

15.2 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për përmirësimin e rregullave të afateve për vlefshmërinë e autorizimit të lëshuar nga ministri i shëndetësisë për importimin e barnave pa autorizim për tregtim.

Brenda vitit 2026

16. Gjetje nga auditimi: Nga verifikimi i 458 barnave të alternativës të parë të listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2023²⁷, me të dhënat e regjistrit të barnave të publikuar nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore rezultoi se, 43 barna të alternativës së parë të barnave të rimbursueshme nuk janë të pajisura me autorizim tregtimi dhe nuk rezultojnë në regjistrin e barnave për vitin 2023.

-Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucionet e saj të varësisë dhe Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk janë koordinuar ndërmjet tyre dhe nuk kanë qenë efektive në lidhje me verifikimin nëse barnat që janë alternativë e parë në listën e barnave të rimbursueshme për vitin 2023 janë pajisur me autorizim tregtimi dhe janë të regjistruara në regjistrin e barnave.

- Mungesa e koordinimit për verifikimin e barit të alternativës së parë të barnave të rimbursueshme të cilat nuk janë të pajisura me autorizim tregtimi tregon gjithashtu një performancë të dobët të bashkëpunimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucioneve të saj të varësisë dhe Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore në drejtim të vënies në qarkullim të barnave.

16.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me institucionet e varësisë të marrë masa të qartësojë mënyrën se si duhet të trajtohen barnat pa autorizim tregtimi (*që janë alternativë e parë në listën e barnave të rimbursueshme*), të cilat duhet të kenë akses në tregun e barnave në vendin tonë dhe kanë një qarkullim të ngadaltë e përdoren për sëmundje të rralla.

Brenda vitit 2026

3.2 A ka bashkëpunuar AKBPM me institucionet homologe në lidhje me qarkullimin e sigurt të barnave në Shqipëri ?

17. Gjetje nga auditimi: Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk ka bërë transparencë dhe informim të vazhdueshëm të qytetarët dhe profesionistët e fushës në lidhje me produktet medicinale për të cilat janë refuzuar, revokuar ose pezulluar autorizimet e tregtimit, furnizimi i të cilave është ndaluar ose janë tërhequr nga tregu. Nuk ka kryer analiza laboratorike për barnat të cilat janë konsideruar nga EMA apo nga institucionet homologe si të dëmshme për shëndetin e konsumatorëve si dhe nuk ka marrë masat e duhura nëpërmjet kryerjes së inspektimeve në rastet kur është njoftuar për tërheqjen nga tregu të barnave të caktuara. Gjithashtu nuk ka azhurnuar në kohë reale informacionet që vijnë nga institucionet homologe në lidhje me efektet anësore të barnave.

²⁷ Lista e Barnave të Rimbursuara miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 196 datë 05.04.2023 Për një ndryshim në Vendimin Nr. 489 datë 30.07.2021 të Këshillit të Ministrave, "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre", të ndryshuar

17.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të gjej mekanizmat e duhur për informimin masiv e në kohë të popullatës në lidhje me barnat përdorimi i të cilave rezultojnë problematike për shëndetin e tyre apo janë tërhequr nga tregu e nuk duhet të përdoren.

Menjëherë dhe në vijimësi

2.6- PËR AUDITIMIN E PERFORMANCËS ME TEMË: “EFEKTIVITETI I PAJISJEVE MJEKËSORE NË SISTEMIN SPITALOR PUBLIK”.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. Përshkrimi i shkurtër i Projektit të Auditimit

Nga auditimi mbi zbatimin e masave të rekomanduara nga KLSH, në zbatim të Programit të Auditimit me nr. 1203 prot. datë 18/12/2025 me objekt “*Mbi auditimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna në auditimet e evaduara nga Departamenti i Auditimit të Performancës në gjashtëmujorin dytë të vitit 2024*” për auditimin me temë: “*Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik*”, evaduar në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024”. Auditimi tematiku ushtrua në 5 (pesë) subjektet, përkatësisht në, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Qendrën Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalin Universitar të Traumës.

Auditimi i kryer në vitin 2024, kishte si periudhë auditimi nga data janar 2021 – qershor 2024 dhe konkluzionet e tij janë miratuar me **Vendimin nr. 150 datë 31.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së** dhe u janë përcjellë subjekteve të audituar me shkresat nr. 106/15, 106/16, 106/17, 106/18, dhe 106/19, datë 01.08.2024. Auditimi u krye nga data 18.12.2025 deri më datë 16.01.2026, 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 2024, 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 Mirëqenies Sociale, Akt-Verifikimi nr. 1, datë 15.01.2026;
- Në Qendrën Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, Akt-Verifikimi nr. 2, datë 15.01.2026;
- Në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Akt-Verifikimi nr. 3, datë 15.01.2026;
- Në Qendrën Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi”, Akt-Verifikimi nr. 4, datë 15.01.2026;
- Në Spitalin Universitar të Traumës, Akt-Verifikimi nr. 5, datë 15.01.2026;

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:

Kanë miratuar nga titullari Programin e Punës 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”, subjektet si më poshtë:

- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” ka dërguar në KLSH, Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, me shkresën nr. 299/9 prot., më datë 20.08.2024.
- Spitali Universitar i Traumës ka dërguar në KLSH, Planin e Masave për zbatimin e rekomandimeve të lëna, me shkresën nr. 2915/3 prot., më datë 14.08.2024.

Nuk kanë 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”, subjektet si më poshtë:

- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale;
- Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore;
- Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi”.

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:

Nuk kanë dërguar raportim në KLSH, në respektim të afatit ligjor prej 6 muajsh, mbi zbatimin e rekomandimeve subjektet si më poshtë:

- Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale;
- Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore;
- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
- Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi”.
- Spitali Universitar i Traumës.

4. Statusi i pranimit të rekomandimeve:

Sipas shkresës përcjellëse të Raportit Përfundimtar të Auditimit administruar në KLSH me nr. 106/15, 106/16, 106/17, 106/18, dhe 106/19, datë 01.08.2024, janë rekomanduar gjithsej 20 masa, nga të cilat:

Masa për ndryshime ligjore apo përmirësime ligjore, 3 rekomandime;
Masa organizative, 17 rekomandime.

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, rezultojnë se:

Nr.	Lloji i rekomandimit	Rekomanduar	Pranuar	Pa pranuar
1	Masa për ndryshime ligjore apo përmirësime ligjore	3	3	0
2	Organizative	17	17	0

II. HYRJJA

Auditimi i zbatimit të rekomandimeve të evaduara në gjashtëmujorin e dytë të vitit 2024, është kryer në përputhje me ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”, si dhe manualit “Për ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve të Kontrollit të Lartë të Shtetit lënë subjekteve të audituara dhe regjistri elektronik institucional i zbatimit të rekomandimeve” miratuar me shkresën nr. 341/17 prot., datë 23.06.2020.

Auditimi u krye në bazë të Programit të Auditimit nr. 106/5 prot., datë 08.04.2024. Rekomandimet e lëna në Raporti Përfundimtar i Auditimit të mëparshëm me temë: “Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik”, me konkluzionet përkatëse janë miratuar me **Vendimin nr. 150 datë 31.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së** dhe janë përcjellë në subjektet e audituara me shkresat 106/15, 106/16, 106/17, 106/18, dhe 106/19, datë 01.08.2024.

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

1. E.K, përgjegjës grupi
2. A.S, anëtar

Auditimi ka filluar më, 18.12.2025

Auditimi ka përfunduar më, 16.01.2026

II.1. Objekti i auditimit:

Zbatimi i masave të rekomanduara në Raportin Përfundimtar të Auditimit të dërguar në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Qendrën Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalin Universitar të Traumës, me shkresat nr. 106/15, 106/16, 106/17, 106/18, dhe 106/19, datë 01.08.2024.

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, Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës, në lidhje

me zbatimin e rekomandimeve të lëna nga KLSH-ja me shkresat e sipërcituara, rezulton se nga 20 (njëzetë) masa të rekomanduara gjithsej, janë pranuar 20 masat nga subjektet e audituara.

Nga masa e pranuar:

-janë zbatuar 2 rekomandime ose 10% e tyre,

-gjenden pa zbatuar 18 rekomandime ose 90% e tyre.

Nr.	Lloji i rekomandimit	Pranuar	Statusi i zbatimit			
			Zbatuar	Zbatuar pjesërisht	Në proces zbatimi	Pa zbatuar
1	Ndryshime apo përmirësime ligjore	3	1		-	2
2	Masa organizative	17	1			16
	Gjithsej	20	2			18

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

Nr.	Statusi i masave ndryshime ligjore	Në numër	Në %
1	Totali	3	100%
2	Pa pranuar	-	-
3	Pranuar	3	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	1	33%
2	Zbatuar pjesërisht		
3	Në proces zbatimi		
4	Pa zbatuar	2	67%
Nr.	Statusi i masave Organizative	Në numër	Në %
1	Totali	17	100%
2	Pa pranuar		
3	Pranuar	17	100%
	Nga të pranuarat:		Në % ndaj të pranuarave
1	Zbatuar Plotësisht	1	6%
2	Zbatuar pjesërisht		
3	Në proces zbatimi		
4	Pa zbatuar	16	94%

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

Niveli i zbatimit të rekomandimeve të lëna për auditimin me temë: “Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik” paraqitet në nivel shumë të ulët, duke arritur vetëm rreth 10% të tyre. Ky rezultat është tregues i mungesës së angazhimit nga institucionet përgjegjëse, të cilat nuk kanë ndërmarrë masat e nevojshme për realizimin e tyre.

Moszbatimi i rekomandimeve të lëna, duke marrë parasysh rëndësinë e temës së auditimit rrezikon përdorimin efektiv të pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik dhe cenon cilësinë e shërbimit ndaj pacientëve.

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 PËR NDRYSHIME LIGJORE APO PËRMIRËSIME LIGJORE

1.1 Pyetje e auditimit: A ka një vizion të qartë mbi pajisjet mjekësore?

1.1.1 A garantojnë dokumentet politike dhe kuadri ligjor mirë administrimin e pajisjeve mjekësore?

1. Gjetje nga auditimi:

Nga studimi i Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë, 2021-2030 dhe feedback-u i marrë nga Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale, konstatohet se ky dokument nuk përmban asnjë parashikim specifik për pajisjet mjekësore në objektivat e tij politike.

Rekomandimi 1.1:

Ministri i Shëndetësisë dhe i Mbrojtjes Sociale të ngrejë grup pune, për analizimin dhe përfshirjen në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë të vizionit strategjik për pajisjet mjekësore dhe t'ia propozojë Këshillit të Ministrave për miratim.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektiv, MSHMS:

Në kuadër të politikave gjithëpërfshirëse, strategjive në fuqi dhe atyre më të hershme ka pasur ndikime dhe përmirësime sa i takon diagnostikës në sistemin publik parësor dhe spitalor. Kështu në kuadër të vizionit të MSHMS dhe politikave qeveritare, janë investuar dhe përmirësuar teknologjia mjekësore në tërësi si projekte të implementuara si blerje ashtu edhe në implementimin e 4 PPP në sistem, të cilat gjithashtu kanë në thelb përmirësimin dhe investimin në pajisje mjekësore. Kjo nënkupton se pajisjet mjekësore janë një nga elementet e ofrimit të shërbimit dhe pjese e strategjisë ombrelle të shëndetësisë 2021-2030.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, i pranuar dhe i pazbatuar.

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi:

Ligji 89/2014 “Për pajisjet mjekësore”, i ndryshuar, mbetet një akt i përafruar vetëm pjesërisht me legjislacionin evropian pasi shfaq boshllëqe dhe elementë sipërfaqësorë, sikurse nuk rregullon kuadrin institucional të aktorëve që kanë një rol parësor në administrimin e pajisjeve mjekësore. Pavarësisht zhvillimeve dhe dinamikave të sektorit, ky ligj nuk është rishikuar thellësisht prej dhjetë vitesh.

Rekomandimi 2.1:

Ministri i Shëndetësisë dhe i Mbrojtjes Sociale të ngrejë një grup pune për të analizuar e rishikuar plotësisht ligjin “Për pajisjet mjekësore”, duke përfshirë të gjitha institucionet përgjegjëse me

kompetencat e detyrat përkatëse, koordinimin midis tyre, në përputhje me legjislacionin e BE – së, duke përgatitur një projekt-ligj, të cilin t’ia propozojë më tej për miratim Këshillit të Ministrave.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektiv, MSHMS:

Është ngritur grupi i punës me Urdhrin nr. 81, datë 16.02.2024

Është vijuar me hartimin e draft ligjit të ri.

Në janar ka filluar procesi i licencimit, kjo forcon kontrollin dhe garanton sigurinë,

Pasi inspektohen subjektet në vend, për të verifikuar plotësimin e standardeve, për kategorinë e pajisjeve që vendosen në treg.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

1.1.2 Pyetja audituese: A janë të qarta rolet dhe përgjegjësitë e strukturave menaxhuese të pajisjeve mjekësore?

1. Gjetje nga auditimi:

Në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe në qendrat spitalore universitare objekt auditimi, strukturat e sektorit të menaxhimit të teknologjisë së pajisjeve mjekësore nuk janë të mjaftueshme në raport me numrin e madh të pajisjeve që duhen riparuar, mirëmbajtur dhe përdorur në rang vendi. Gjithashtu këto struktura nuk përshtaten me politikat për mirë administrimin e pajisjeve mjekësore dhe me aktet nënligjore (rregullore të brendshme), të qendrave spitalore, të cilat nuk janë në përputhje me përkrahjet e punës që bëjnë aktualisht strukturat e sektorit të menaxhimit të teknologjisë së pajisjeve mjekësore.

Në rregulloret e brendshme të aparatit të MSHMS dhe të këtyre qendrave spitalore, përshkruhen detyra që duhet të ndërmerren nga inxhinierët e sektorit të pajisjeve mjekësore, ku ndër të tjera dhe të trajnojnë personelin mjekësor për përdorimin e pajisjeve mjekësore. Këto sektorë nuk kanë kapacitete në burime njerëzore të mjaftueshme, të cilët nuk kanë arsimimin e përshtatshëm sipas akteve nënligjore që rregullojnë veprimtarinë funksionale të sektorit që mbulon pajisjet mjekësore. Gjithashtu në këto qendra spitalore mungojnë edhe trajnimet e nevojshme, duke marrë parasysh edhe faktin që kërkesat e vendit të punës për inxhinierë bio-mjekësore, nuk mbulohen nga arsimi vendas.

Rekomandimi 1.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa që të rishikojë dhe përditësojë aktet nënligjore/rregulloret e brendshme të strukturave që administrojnë, riparojnë pajisjet mjekësore dhe trajnojnë personelin mjekësor, si për vetë aparatit e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, ashtu edhe për të gjitha qendrat spitalore në rang vendi, referuar nevojave që ato kanë në burime njerëzore dhe në kualifikimet që kërkohen.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Është ngritur grupi i punës me Urdhrin nr. 81, datë 16.02.2024 për rishikimin e ligjit të pajisjeve mjekësore .

Është vijuar me hartimin e draft ligjit të ri, ku do të përvijojë puna me akte nënligjore për rregullimin e roleve të përgjegjesisë dhe akteve të tjera rregullatorë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

B. MASA ORGANIZATIVE

1.1 Pyetje e auditimit: A ka një vizion të qartë mbi pajisjet mjekësore?

1.1.1 A garantojnë dokumentet politike dhe kuadri ligjor mirë administrimin e pajisjeve mjekësore?

3. Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi konstatohet se detyrat që ushtron Qendra Kombëtare Teknike Bio – Mjekësore, nuk sanksionohen në ligjin për pajisjet mjekësore. Kjo strukturë është e ngarkuar t’i kryejë detyrat e saj vetëm nëpërmjet një shkrese të Ministrit të Shëndetësisë të vitit 1995, ku nga “Oficina Elektro Mjekësore” është titulluar Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore. Referuar funksioneve dhe kompetencave të këtij institucioni sipas rregullores së saj të brendshme të pa miratuar nga MSHMS, kjo qendër ka për detyrë: inventarizimin e pajisjeve mjekësore; menaxhimin e sistemit të informacionit të pajisjeve mjekësore; vlerësimin klinik të pajisjeve mjekësore që janë ekzistuese dhe të atyre të reja që bëhen pjesë e sistemit shëndetësor shqiptar; riparimin e pajisjeve mjekësore të spitaleve dhe të klinikave mjekësore në raste të mos riparimit të defektit nga riparuesit e tyre; menaxhimin dhe zgjerimin e sistemeve të telemjekësisë në sistemin shëndetësor; trajnimin e stafit në të gjithë sistemin shëndetësor shqiptar. Ndërkohë që sipas ligjit nr.89/2014, “Për Pajisjet Mjekësore”, i ndryshuar ngarkohet një institucion tjetër për regjistrimin e pajisjeve mjekësore në vend, i cili është Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.

Rekomandimi 3.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për ngritjen e një grupi pune me synim rishikimin e kuadrit rregullator për pajisjet mjekësore, qartësimin e rolit dhe përgjegjësisë së Qendrës Kombëtare Teknike Bio – Mjekësore në linjë me aktet nënligjore të saj dhe të miratojë rregulloren e brendshme të kësaj qendre.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Është ngritur grupi i punës me Urdhrin nr. 81, datë 16.02.2024

Është vijuar me hartimin e draft ligjit të ri, ku do të përvijojë puna me akte nënligjore për rregullimin e roleve të përgjegjesisë dhe akteve të tjera rregullatorë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

4. Gjetje nga auditimi:

Në tre qendrat spitalore objekt auditimi, referuar edhe akteve nënligjore që rregullojnë veprimtarinë funksionale të tyre, nuk ka inxhinierë bio-mjekësorë, por punonjësit e këtyre sektorëve kanë kryesisht arsimim të degës inxhinieri elektrike, telekomunikacioni, IT apo elektromekanikë. Arsimimi jo adekuat i punonjësve të sektorit që menaxhon, administron dhe riparon pajisjet mjekësore, ka sjellë kosto shtesë për buxhetet e këtyre qendrave spitalore duke kontraktuar periodikisht shërbimet mirëmbajtëse, riparuese të pajisjeve mjekësore, me procedura prokurimi.

Rekomandimi 4.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa që në bashkëpunim edhe me Ministrinë e Arsimit dhe Sportit, të propozojnë nënshkrimin e një marrëveshje për iniciimin e përditësimit të akteve ligjore dhe nënligjore, për të mundësuar nxitjen dhe orientimin e kurrikulave arsimore drejt zhvillimit të degës universitare të inxhinierisë bio-mjekësore.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektiv, MSHMS:

Subjekti nuk ka komentuar mbi rekomandimin e lënë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

1.1.2 A janë të qarta rolet dhe përgjegjësitë e strukturave menaxhuese të pajisjeve mjekësore?

2. Gjetje nga auditimi:

Task Forca për identifikimin dhe marrjen e masave për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte, e ngritur nëpërmjet urdhrit të Ministrit të MSHMS nr.739 datë 18.12.2023, nuk ka gjeneruar praktika të unifikuara për zgjidhjen e problematikave të ngjashme në qendrat spitalore publike, por roli i saj mbetet formal dhe thjesht raportues.

Rekomandimi 2.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për funksionimin e “Task Forcës për identifikimin dhe marrjen e masave për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte” si dhe realizimin e inspektimeve për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte nga ana e saj, në gjithë qendrat spitalore publike në rang vendi.

Menjëherë

Komenti subjektiv, MSHMS:

Është ngritur urdhri Nr. 739, datë 18.12.2023 “ Për ngritjen e taks forcës për identifikimin dhe marrjen e masave për pajisje mjekësore që pësojnë defekt”

I janë raportuar dhe dorëzuar sekretariatit të përgjithshëm inspektimet për pajisje mjekësore që kanë pësuar defekte (informacioni bashkëlidhur).

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Qëllimi i rekomandimit të lënë nga grupi i auditimit lidhej me ushtrimin real të detyrave të ngarkuara Task Forcës. Dokumentacioni i vënë në dispozicion evidenton vetëm raportimin e Task Forcës te struktura eprorë në MSHMS.

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3. Gjetje nga auditimi:

Komiteti për Planifikimin Spitalor referuar Planit Kombëtar Spitalor, nuk ka kryer analiza kosto-përfitim apo një plan veprimi me afate dhe indikatorë të qartë, sa i përket shpërndarjes së pajisjeve mjekësore sipas nevojave që kanë aktualisht qendrat spitalore në sistemin spitalor publik, duke u bazuar në vendndodhjen, nevojat e popullatës, demografinë, barrën e sëmundjeve dhe burimet njerëzore të nevojshme dhe të specializuara për menaxhimin dhe administrimin e pajisjeve mjekësore.

Rekomandimi 3.1:

Komiteti për Planifikimin Spitalor, të marrë masa që të analizojë Planin Kombëtar Spitalor, duke e rishikuar dhe përditësuar me plane veprimi, afate dhe indikatorë të qartë sa i përket shpërndarjes aktuale të pajisjeve mjekësore sipas nevojave që kanë qendrat spitalore në rang vendi, duke u bazuar në specifikat e tyre, vendndodhjen, nevojat e popullatës, demografinë, barrën e sëmundjeve dhe burimet njerëzore të nevojshme dhe të specializuara, për menaxhimin dhe administrimin e pajisjeve mjekësore.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektiv, MSHMS:

Në planin spitalor është një dokument politik i cili përfundon në vitin 2030 në të cilin planifikohen transformime të strukturave spitalore ku në bazën e funksionimit të spitaleve thelbin ose fokusin kryesor e kanë pajisjet mjekësore, megjithëse nuk përmenden drejtpërdrejtë në planin spitalor në çdo relacion të grupeve të punës për transformimin e strukturave spitalore relatohen të detajuara standardet dhe nevojat për vijueshmërinë në kuadër të pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

1.2 Pyetje e auditimit: Si administrohen dhe menaxhohen pajisjet mjekësore?

1.2.1 A janë të mjaftueshme masat e marra për mbajtjen në gatishmëri të pajisjeve mjekësore?

1. Gjetje nga auditimi:

- Sistemi CLINGO megjithëse paraqet përparësi në mënyrën si duhet të funksiononte, nuk është efektiv dhe nuk kryen funksionin si sistem kombëtar i inventarizimit të pajisjeve mjekësore.
- Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë “Për inventarizimin e pajisjeve mjekësore”, nr. 50 datë 12.02.20214, nuk ka gjetur zbatim. Sipas tij të gjithë institucionet shëndetësore të raportojnë në mënyrë të vazhdueshme çdo ndryshim të gjendjes së inventarit (prurje ose nxjerrje jashtë përdorimi), sipas standardeve të vendosura nga Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Bio-Mjekësore²⁸
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, nuk ka ndërmarrë asnjë iniciativë për të vënë në funksion sistemin CLINGO dhe për të bërë të detyrueshëm përdorimin e tij nga gjithë institucionet e sistemit shëndetësor publik.
- Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, si administruese e sistemit CLINGO, me gjithë përpjekjet që ka bërë për të ndërgjegjësuar institucionet shëndetësore të raportojnë në mënyrë të vazhdueshme, e ka të pamundur administrimin e gjithë procesit, kjo për pasojë edhe të mungesës së akteve nën ligjore e rregullatorë, që duhet të bëjnë të detyrueshëm përdorimin e sistemit nga operatorët e shumtë fundorë.
- Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza, Spitali Universitar Shefqet Ndroqi (SUSHN) nuk kanë përditësuar të dhënat në sistemin CLINGO dhe nuk kanë kryer asnjë raportim për periudhën objekt auditimi.

Rekomandimi 1.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të ngrejë një grup pune, me ekspertë bio-mjekësorë dhe inxhinierë IT për analizimin dhe vlerësimin e sistemit aktual të inventarizimit të pajisjeve mjekësore CLINGO në nivel spitalor dhe kombëtar si dhe të përcaktojë procedurat e inventarizimit të pajisjeve mjekësore, të dhënat që do të përfshihen në inventar, etiketimi me numër unik të identifikimit, lloji i etiketës që do të përdoret dhe elementët e sigurisë që duhet të përmbajë, regjistri i pajisjeve mjekësore pranë çdo institucioni, të dhënat që duhet të ketë historiku i pajisjes mjekësore, etj.

Menjëherë

Komenti subjektit, MSHMS:

Ky proces do të përfshihet në ligjin e ri të pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi:

- Etiketat që përdoren për dhënien e numrit unik identifikues të pajisjes mjekësore kanë mbishkrimin “Inventari Ministria e Shëndetësisë” dhe një numër 5 shifror. Ato nuk janë prodhuar nga material rezistent ndaj lëndëve të ndryshme pastruese dhe të qëndrueshme në

²⁸ Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë “Për inventarizimin e pajisjeve mjekësore”, nr. 50 datë 12.02.20214, pika 4.

kohë për shkak të qëndrimit gjatë gjithë ciklit jetësor të pajisjes mjekësore. (Aneksi 1 bashkëngjitur, Foto. 1) Procesi i identifikimit nëpërmjet numrit unik të pajisjes mjekësore, rezulton të jetë një proces formal, jo eficient dhe nuk shërben në asnjë rast për identifikimin e pajisjes mjekësore, si brenda strukturës spitalore publike ashtu edhe në raport me inventarin kombëtar të pajisjeve mjekësore. Ai nuk ndihmon procesin e menaxhimit të pajisjeve mjekësore si historia e shërbimit, mirëmbajtja parandaluese, procedurat dhe oraret, riparimi, historia dhe përdorimi i pjesëve të këmbimit.

- Sektori përkatës i Inxhinierisë Teknike në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalin Universitar të Traumës, nuk disponon të dhëna të sakta, lidhur me inventarin e pajisjeve mjekësore. Numri i pajisjeve mjekësore që është raportuar nga këto sektorë është i përafërt. Mënyra e mbajtjes së inventarit të pajisjeve mjekësore është kryesisht në formatin Excel dhe mban të dhëna jo të plota dhe të pa përditësuara. Numri unik identifikues i pajisjes mjekësore, nuk është pjesë e përshkrimit të inventarit kontabël që mban drejtorja e financës duke krijuar vështirësi shpesh herë në identifikimin fizik të pajisjeve mjekësore.
- Kërkesa drejtuar Qendrës Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore për pajisjen me etiketa inventarizuese, e hartuar nga tre subjektet, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitali Universitar i Traumës, nuk është e argumentuar me numrin e pajisjeve mjekësore, që kanë nevojë të pajisen me numrin unik, por me një numër shumë më të lartë. Sasia e etiketave të përdorura ndodhet gjendje dhe administrohet nga sektori teknik Bio-mjekësor pranë çdo spitali. Pas vendosjes së etiketës inventarizuese në pajisjen mjekësore, sipas procedurës duhet të vijohet me plotësimin e formularit inventarizues fizik mbi pajisjen mjekësore. Pas plotësimit të inventarizimit fizik, dokumenti origjinal disponohet në institucionin shëndetësor përkatës si dhe një kopje e dokumentin dorëzohet në QKTB. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, tërheqin etiketat me numrin unik nga Qendra Kombëtare Teknike Biomjekësore, por nuk vijnë më pas me plotësimin e formularit inventarizues fizik dhe dorëzimin e tij pranë QKTB.
- Qendra Kombëtare Teknike Biomjekësore edhe në rastet e dorëzimit të formularit inventarizues fizik nga subjektet, e administron dokumentin vetëm për efekt arkivimi fizik. Numri unik i pajisjes mjekësore nuk shërben për identifikimin e saj si brenda strukturës spitalore ashtu edhe në sistemin Clingo.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, nuk disponon të dhëna mbi inventarin kombëtar të pajisjeve mjekësore.

Rekomandimi 2.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të përcaktojë strukturën përgjegjëse për administrimin, inspektimin dhe monitorimin e procesit të inventarizimit të pajisjeve mjekësore, si edhe të marrë masa për hartimin e akteve rregullatorë, për funksionimin e sistemit unik kombëtar të inventarizimit të pajisjeve mjekësore.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Ky proces do të përfshihet në ligjin e ri të pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3. Gjetje nga auditimi:

Në përgjigjet e pyetësorit të fazës së terrenit, subjektet përkatësisht Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitali Universitar të Traumës si edhe nga vëzhgimet e grupit të auditimit në të gjitha subjektet nën auditim, rezulton se të gjitha pajisjet mjekësore nuk janë pajisur me etiketën në gjuhën shqipe.

Rekomandimi 3.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, në bashkëpunim me Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrë të gjitha masat për pajisjen me etiketën në gjuhën shqip të gjitha pajisjeve mjekësore, sipas përcaktimit ligjor.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit:

-MSHMS nuk shprehet.

-QSUNT shprehet se: “Ky rekomandim është në proces. Aktualisht është lidhur kontrata e shërbimit nga QSUNT me Shoqërinë O.. shpk me nr.1076/19, datë 26.11.2024, me objekt: “Implementimi i sistemit të informacionit të pajisjeve mjekësore SISP dhe sinjalizimit” - (bashkëlidhur do të gjeni Kontratën e shërbimit)”.

-SUT nuk shprehet.

-Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” nuk shprehet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

4. Gjetje nga auditimi:

Struktura përgjegjëse Bio-mjekësore pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalit Universitar të Traumës nuk ka regjistër të pajisjeve mjekësore ku të jenë dokumentuar regjistrimi i të dhënave të tjera që lidhen me historikun e pajisjes që nga data e vendosjes në punë dhe në vazhdim.

Rekomandimi 4.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masat për hartimin dhe miratimin e formatit të unifikuar të regjistrimit të pajisjeve mjekësore si dhe strukturat përgjegjëse Biomjekësore pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalit Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të krijojnë regjistrat e pajisjeve mjekësore, ku të jenë dokumentuar gjithë të dhënat që lidhen me historikun e pajisjes, sipas formatit të unifikuar.

Komentet e Subjektit të auditimit:

MSHMS shprehet se: “Aktualisht QKIB është në proces të inventarizimit të pajisjeve mjekësore. Është ndërtuar platforma e cila është e publikuar në ëbsite-in e QKIB.

Ky proces do të përfshihet në ligjin e ri të pajisjeve mjekësore.”

QSUNT shprehet se: “Ky rekomandim është në proces nga QSUNT. Nga QSUNT është ngritur grupi i Punës me nr. 1762/6 prot., datë 27.11.2025, urdhër i brendshëm Nr. 631, datë 27.11.2025 dhe është lidhur kontrata e shërbimit me Shoqërinë “O...shpk”, me nr. 1076/19 prot., datë 26.11.2024, për hedhjen e implimentimit të të gjithave pajisjeve mjekësore, duke vendosur numrin unik. Ky rekomandim aktualisht është në proces. Bashkëlidhur do te gjeni dokumentacionin përkatës.”

SUT shprehet se: “Spitali Universitar i Traumës ka krijuar një regjistër me të gjitha pajisjet mjekësore që disponon”.

Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” shprehet se: “Nga ana e Qendrës Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi” është dërguar informacion i detajuar QKTBM-së, sipas të dhënave të kërkuara, në lidhje me krijimin e implementimit të regjistrit të pajisjeve mjekësore.”

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

5. Gjetje nga auditimi:

Vlera e Kontratave të mirëmbajtjes të pajisjeve mjekësore full risk, për 3 spitalet universitare, subjekt i këtij auditimi janë 724,142,690 lekë, gjatë periudhës 01.01.2021-31.12.2023. Kapacitetet teknike nuk i përgjigjen numrit të lartë të pajisjeve mjekësore pranë 3 spitaleve universitare.

- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar i Traumës, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” nuk kanë kryer vlerësime të teknologjisë së pajisjeve mjekësore, statusit “end of life”, “end of support”, analiza kosto përfitim lidhur me pajisje mjekësore të cilat janë vjetërsuar dhe kostot të mirëmbajtjes mund të tejkalojnë koston e blerjes duke mbajtur në konsideratë faktin e garancisë nga prodhuesi për një periudhë të caktuar, etj.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka zhvilluar një proces sistematik të vlerësimit të teknologjisë mjekësore në sistemin spitalor publik.²⁹
- MSHMS nuk ka raporte të posaçme që lidhen me analiza të aktivitetit të pajisjeve.³⁰

Rekomandimi 5.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, në bashkëpunim me institucionet e shërbimit spitalor publik, të ngrejë një grup pune, për të kryer vlerësimin e teknologjisë së pajisjeve mjekësore, kryerjen e analizave kosto përfitim, për optimizimin e kostove të mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore.

²⁹ MSHMS Përgjigje e pyetësorit të fazës studimore

³⁰ MSHMS Përgjigje e pyetësorit të fazës studimore

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, në bashkëpunim me institucionet e shërbimit spitalor publik, do të ngrejë një grup pune, për të kryer vlerësimin e teknologjisë së pajisjeve mjekësore, kryerjen e analizave kosto përfitim, për optimizmin e kostove të mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore, por aktualisht aktualisht QKIB është në proces të inventarizimit të pajisjeve mjekësore. Është ndërtuar platforma e cila është e publikuar në website-in e QKIB.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

Rekomandimi 5.2:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të vlerësojë mundësinë e rishikimit të praktikës së mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore, nëpërmjet trajnimit të stafit teknik direkt nga prodhuesit e pajisjeve mjekësore, implementimit të mekanizmave nxitës për punësimin e tyre brenda sistemit spitalor, për reduktimin e kostove të mirëmbajtjes së pajisjeve edhe garantimin e qëndrueshëm të funksionimit të tyre.

Brenda marsit të vitit 2025

Komenti subjektit, MSHMS:

MSHMS do të rishikojë praktikën e mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

6. Gjetje nga auditimi:

Shintigrafia pranë Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, është jashtë funksionit prej datës 16.03.2020, për arsye të mungesës së lëndës radioaktive, e cila është atribut i prokurimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Rekomandimi 6.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për plotësimin e lëndës radioaktive në funksion të Shintigrafisë, e cila është jashtë funksionit, pranë Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale do të marrë masa për plotësimin e lëndës radioaktive në funksion të Shintigrafisë, pranë Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

7. Gjetje nga auditimi:

Akseleratori Linear në Shërbimin e Neurokirurgjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk është në funksion prej datës 12.12.2023. Nëpërmjet kësaj pajisje kryhen trajtimet e pacientëve me radioterapi dhe radiokirurgji stereotaksike të patologjive beninje dhe malinje të trurit. Standardet ndërkombëtare përcaktojnë jetën mesatare të një akseleratori linear 10-12 vjet.³¹ Angiograf pranë këtij shërbimi është jashtë funksioni dhe mikroskopët e sallave operatore të vjetërsuar.

Rekomandimi 7.1:

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, të vlerësojë mundësinë e zëvendësimit të pajisjeve mjekësore Akselerator Linear, Angiograf dhe mikroskopë të sallave operatore, në mënyrë që shërbimi ndaj pacientëve të Neurokirurgjisë të vijojë normalisht.

Brenda marsit të vitit 2025

Komentet e Subjektit të auditimit:

QSUNT shprehet se: “Dërguar me e-mail dhe shkresë zyrtare: Zv. Drejtorëve Mjekësore, shefit të Shërbimit të Imazherisë dhe Drejtorëve të QSUNT Nr. 299/10 prot., datë 21.08.2024, nga Sektori i Auditit. Aktualisht nga Sektori i Biomedikalit në QSUNT janë dërguar shkresa MSHMS, mbi zëvendësimin e Akseleratorit Linear në QSUNT. (Dokumentet do t’i bashkëlidhen këtij informacioni)”.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

8. Gjetje nga auditimi:

Pajisja mjekësore Grafi pranë shërbimit të Urgjencës në Spitalin Universitar të Traumës është, prej vitit 1998.

Rekomandimi 8.1:

Spitali Universitar i Traumës, të vlerësojë mundësinë e zëvendësimit të pajisjes mjekësore Grafi, pranë shërbimit të Urgjencës.

Brenda marsit të vitit 2025

³¹ <https://www.oncologysystems.com/blog/top-5-linear-accelerator-systems-being-removed>

Komentet e Subjektit të auditimit:

SUT shprehet se: “Spitali Universitar i Traumës ka filluar rikonstruksionin e Godinës së Koopusit Qëndror dhe në përfundim, në Shërbimin e Urgjencës do bëjë zëvendësimin e grafisë së vjetër të vitit 1998 me grafinë e re, e cila ndodhet në katin -1, me këto të dhëna:

Radiografia tek Urgjenca

Prodhuesi: C.. M.. System

Modeli: A.. D.. Basic

Numri serial i pajisjes: ...-1

Tensioni max: 150 kVp

Rryma max: 320 mA

Ngarkesa javore(Numri): 100

Numri i tubave: 1

Modeli i tubit: Optica 20

Viti i prodhimit: Shkurt 2017”

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i zbatuar.

1.2.2 A garantohen proceset me burime të mjaftueshme?

1. Gjetje nga auditimi:

Stafet teknike të Qendrës kombëtare Teknike Bio mjekësore, Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar të Traumës dhe Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, nuk janë të trajnuara dhe certifikuar për të punuar në fushën e pajisjeve mjekësore.

Asnjë nga subjektet e mësipërm nuk ka planifikuar fonde buxhetore për trajnimin e stafit teknik, i cili mirëmban pajisjet mjekësore, për periudhën objekt auditimi.

Rekomandimi 1.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Kombëtare Teknike Bio mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar i Traumës, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrin masa për planifikimin e fondeve buxhetore të dedikuara për trajnimin e stafit teknik.

Brenda vitit 2024

Komenti subjektit, MSHMS:

Trajnimet janë detyrime institucionale të monitoruara nga Agjencia e Cilësisë dhe Akreditimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

2. Gjetje nga auditimi:

Qendra Spitalore “Nënë Tereza” ka një procedurë të miratuar që duhet ndjekur në rast të defektit të një pajisje mjekësore, e cila nuk është zbatuar me korrektësi.

Urdhri i Brendshëm Nr. 230 datë 29.08.2017, nuk është përditësuar me ndryshimet që ka pësuar në formën e organizimit QSUNT.

Spitali Universitar i Traumës dhe Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, nuk kanë procedurë të mirë përcaktuar dhe miratuar për mënyrën e raportimit të defektit.

Rekomandimi 2.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar i Traumës, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrin masat për hartimin dhe miratimin e procedurës së raportimit të defektit, në varësi të formës së organizimit dhe ndarjes së përgjegjësisë mbi pajisjet mjekësore.

Menjëherë

Komentet e Subjektit të auditimit:

MSHMS shprehet se: “Spitalet lidhin kontrata mirëmbajtjeje me operatorë ekonomikë si dhe ka komunikim të vazhdueshëm me QKIB. Në raste avarie apo problematikash, është detyrim i spitaleve të raportohet në ministri.”

QSUNT shprehet se: “Derguar me e-mail dhe shkresë zyrtare: Zv. Drejtorëve Mjekësore, shefit të Shërbimit të Imazherisë dhe Drejtorisë së IT, me Nr. 299/10 prot., datë 21.08.2024 nga sektori i Auditit.”

SUT shprehet se: “Spitali Universitar i Traumës me Vendimin Nr. 9, datë 06.03.2025, të Bordit Drejtues ka miratuar Rregulloren e Brendshme “Për pajisjet mjekësore me defekt ose jashtë funksionit.”

Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” nuk shprehet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka bashkëpunuar me subjektet e tjera dhe nuk e ka udhëhequr procesin e hartimit dhe miratimit të procedurës së raportimit të defektit. Ndërkohë SUT ka miratuar Rregulloren e Brendshme “Për pajisjet mjekësore me defekt ose jashtë funksionit”. Ndërkohë dy subjektet e tjera, vërehet se nuk kanë hartuar dhe miratuar procedurën e raportimit të defekteve.

Lidhur me sa më sipër, referuar përgjigjeve dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion nga subjektet, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pa zbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

3. Gjetje nga auditimi:

Nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk janë evidentuar inspekte, lidhur me pajisjet mjekësore në subjektet që administrojnë pajisjet mjekësore si Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës.

4. Gjetje nga auditimi:

Nga subjektet që administrojnë pajisjet mjekësore, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës nuk janë ushtruar kontrole të brendshme mbi mënyrën e administrimit dhe menaxhimit të pajisjeve mjekësore.

Rekomandimi 4.1:

Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrë masat për kryerjen e inspektimeve lidhur me pajisjet mjekësore, gjithashtu edhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës, të marrin masa për përcaktimin e mënyrës dhe periodicitetit të kontrollit të brendshëm, lidhur me administrimin dhe menaxhimin e këtyre pajisjeve mjekësore.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komentet e Subjektit të auditimit:

MSHMS, si ministri e linjës, ku varet Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, nuk shprehet.

QSUNT shprehet se: “Ky rekomandim nuk i përket QSUNT.”

SUT nuk shprehet.

Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” nuk shprehet.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

5. Gjetje nga auditimi:

Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk është ushtruar kontroll mbi veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, për zbatimin prej saj të detyrave dhe ushtrimin e përgjegjësisë që rrjedhin nga Ligji 89/2014 “Për pajisjet mjekësore”, i ndryshuar¹.

Gjithashtu nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk është iniciuar asnjë inspektim, monitorim apo auditim mbi Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar të Traumës dhe sistemin spitalor publik, në fokus të së cilit të jenë pajisjet mjekësore.¹

Rekomandimi 5.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masa për inspektimin, monitorimin dhe auditimin e veprimtarisë së spitaleve publike mbi mënyrën e menaxhimit dhe administrimit të pajisjeve mjekësore.

Menjëherë dhe në vijimësi

Komenti subjektit, MSHMS:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale do të marrë masa për inspektimin, monitorimin dhe auditimin e veprimtarisë së spitaleve publike mbi mënyrën e menaxhimit dhe administrimit të pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Lidhur me sa më sipër, referuar dhe dokumentacionit të vënë në dispozicion, rekomandimi rezulton, **i pranuar dhe i pazbatuar.**

Statusi i rekomandimit: i pranuar dhe i pazbatuar.

IV. TRAJTIMI I OBSERVACIONEVE

Subjektet e audituara kanë observuar vetëm në fazën e Akt-Verifikimit.

Në vijim të Akt Verifikimeve të protokolluara pranë subjekteve, është paraqitur Kthim përgjigje për Akt-verifikimin nr. 4 datë 15.01.2026, mbajtur mbi masën e zbatimit të rekomandimeve të lëna, përkatësisht subjekti Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi”.

Nëpërmjet shkresës “Kthim Përgjigje Akt Verifikimi nr. 4 të KLSH, me nr. 25/2 datë 15.01.2026, protokolluar në KLSH me nr. 1203/6 datë 08.01.2026, Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” ka paraqitur observacione si më poshtë vijon:

Në lidhje me Respektimin e 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, QSRT “Shefqet Ndroqi” citon si më poshtë vijon:

Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” është institucion varësie dhe si i tillë bën raportime periodike pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale si dhe QKTBM për çdo rast defekti apo problematike në lidhje me pajisjet mjekësore pronësi e QSRT-së.

Si rrjedhim, nuk është përgatitur plan masash zbatimi, pasi zbatimi i masave të lëna nga KLSH nuk inicohet dhe urdhërohet nga institucioni ynë.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Ligji nr. 154/2014, datë 27.11.2014, "Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit", neni 15, shkronja “j” përcakton qartë: Kontrolli i Lartë i Shtetit, sipas rastit, në fillim, përgjatë dhe/ose në përfundim të veprimtarisë, duhet:

j) të vendosë një afat kohor për zbatimin e rekomandimeve dhe të informohet nga subjektet e audituara ose institucionet më të larta rreth programeve të tyre, për të zbatuar rekomandimet e bëra sipas paragrafëve të mësipërm, brenda 20 ditëve nga data e marrjes së kërkesës;

Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” ka qenë një nga subjektet nën auditimin e evaduar në gjashtëmujorin dytë të vitit 2024” me temë: “Efektiviteti i pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik”. Konkluzionet dhe rekomandimet e këtij auditimi janë miratuar me **Vendimin nr. 150 datë 31.07.2024 të Kryetarit të KLSH-së** si dhe i janë përcjellë subjektit të audituar (Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi) nëpërmjet shkresës nr. 106/16 datë 01.08.2024.

Në përfundim, *Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi”, 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”.*

-Në lidhje me Rekomandimi 3.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, në bashkëpunim me Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrë të gjitha masat për pajisjen me etiketën në gjuhën shqip të gjitha pajisjeve mjekësore, sipas përcaktimit ligjor.

<i>Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” sqaron:</i>

..nga ana e institucionit tonë i është kërkuar të gjithë operatoreve ekonomike të kontraktuar që pajisjet e reja të ardhura në vazhdim, në pronësi të QSRT, të jenë të pajisura me etiketën në gjuhën shqipe.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Observacioni i subjektit nuk paraqet argumente lidhur me masën e zbatimit të rekomandimeve të lëna.

Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për ndryshimin e vlerësimit të masës së zbatimit të rekomandimeve, për këtë arsye nuk merret në konsideratë nga grupi i auditimit dhe statusi i rekomandimeve mbetet i pa ndryshuar.

-Në lidhje me Rekomandimi 4.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrë masat për hartimin dhe miratimin e formatit të unifikuar të regjistrit të pajisjeve mjekësore si dhe strukturat përgjegjëse Biomjekësore pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalit Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të krijojnë regjistrat e pajisjeve mjekësore, ku të jenë dokumentuar gjithë të dhënat që lidhen me historikun e pajisjes, sipas formatit të unifikuar.

Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” sqaron:

..se ka dërguar informacion të detajuar pranë QKTBM-së sipas të dhënave të kërkuara në lidhje me krijimin e implementimit të regjistrit të pajisjeve mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Observacioni i subjektit nuk paraqet argumente lidhur me masën e zbatimit të rekomandimeve të lëna.

Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për ndryshimin e vlerësimit të masës së zbatimit të rekomandimeve, për këtë arsye nuk merret në konsideratë nga grupi i auditimit dhe statusi i rekomandimeve mbetet i pa ndryshuar.

-Në lidhje me Rekomandimi 2.1:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar i Traumës, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrin masat për hartimin dhe miratimin e procedurës së raportimit të defektit, në varësi të formës së organizimit dhe ndarjes së përgjegjësisë mbi pajisjet mjekësore.

Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” sqaron:

..se defektet raporton në çdo rast pranë MSHMS dhe QKTBM-së dhe kërkon suport teknik nga QKTBM-ja për çdo rast defekti për riparim nga specialistët e tyre.

Procedura e raportimit për çdo defekt realizohet sipas dispozitave ligjore të QKTBM-së.

Qëndrimi i grupit të auditimit:

Observacioni i subjektit nuk paraqet argumente lidhur me masën e zbatimit të rekomandimeve të lëna.

Subjekti nuk ka paraqitur evidencë për ndryshimin e vlerësimit të masës së zbatimit të rekomandimeve, për këtë arsye nuk merret në konsideratë nga grupi i auditimit dhe statusi i rekomandimeve mbetet i pa ndryshuar.

V. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME:

Në përfundim të procesit të auditimit, mbi zbatimin e rekomandimeve të KLSH të përcjella me shkresat nr. 106/15, 106/16, 106/17, 106/18, dhe 106/19, datë 01.08.2024, konstatohet se një pjesë e madhe e tyre, 18 nga 20 rekomandime të lëna, është e pazbatuar.

Niveli i zbatimit të rekomandimeve të auditimit mbi “Efektivitetin e pajisjeve mjekësore në sistemin spitalor publik” është vetëm 10%, një rezultat që dëshmon angazhim minimal institucional.

Institucionet përgjegjëse duhet të ndërmarrin masa të menjëhershme për zbatimin e plotë të rekomandimeve, nisur nga çështjet e rëndësishme që janë trajtuar në këtë auditim pasi ky proces është i domosdoshëm për garantimin e shërbimit shëndetësor dhe mbrojtjen e interesit publik.

Duke parë punën e pamjaftueshme të bërë në drejtim të zbatimit të tyre, **ri-kërkojmë** zbatimin e rekomandimeve, si më poshtë:

A. MASA PËR NDRYSHIME LIGJORE APO PËRMIRËSIME LIGJORE

1.1 Pyetje e auditimit: A ka një vizion të qartë mbi pajisjet mjekësore?

1.1.1 A garantojnë dokumentet politike dhe kuadri ligjor mirë administrimin e pajisjeve mjekësore?

1. Gjetje nga auditimi: Nga studimi i Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë, 2021-2030 dhe feedback-u i marrë nga Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale, konstatohet se ky dokument nuk përmban asnjë parashikim specifik për pajisjet mjekësore në objektivat e tij politike.

1.1 Rekomandimi :

Ministri i Shëndetësisë dhe i Mirëqenies Sociale të ngrejë grup pune, për analizimin dhe përfshirjen në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë të vizionit strategjik për pajisjet mjekësore dhe t’ia propozojë Këshillit të Ministrave për miratim.

Brenda datës 31.12.2026

1.1.2 Pyetja audituese: A janë të qarta rolet dhe përgjegjësitë e strukturave menaxhuese të pajisjeve mjekësore?

2. Gjetje nga auditimi: Në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe në qendrat spitalore universitare objekt auditimi, strukturat e sektorit të menaxhimit të teknologjisë së pajisjeve mjekësore nuk janë të mjaftueshme në raport me numrin e madh të pajisjeve që duhen riparuar, mirëmbajtur dhe përdorur në rang vendi. Gjithashtu këto struktura nuk përshtaten me politikat për mirë administrimin e pajisjeve mjekësore dhe me aktet nënligjore (rregullore të brendshme), të qendrave spitalore, të cilat nuk janë në përputhje me përshkrimet e punës që bëjnë aktualisht strukturat e sektorit të menaxhimit të teknologjisë së pajisjeve mjekësore.

Në rregulloret e brendshme të aparatit të MSHMS dhe të këtyre qendrave spitalore, përshkruhen detyra që duhet të ndërmerren nga inxhinierët e sektorit të pajisjeve mjekësore, ku ndër të tjera dhe

të trajnojnë personelin mjekësor për përdorimin e pajisjeve mjekësore. Këto sektorë nuk kanë kapacitete në burime njerëzore të mjaftueshme, të cilët nuk kanë arsimimin e përshtatshëm sipas akteve nënligjore që rregullojnë veprimtarinë funksionale të sektorit që mbulon pajisjet mjekësore. Gjithashtu në këto qendra spitalore mungojnë edhe trajnimet e nevojshme, duke marrë parasysh edhe faktin që kërkesat e vendit të punës për inxhinierë bio-mjekësore, nuk mbulohen nga arsimi vendas.

2.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa që të rishikojë dhe përditësojë aktet nënligjore/rregulloret e brendshme të strukturave që administrojnë, riparojnë pajisjet mjekësore dhe trajnojnë personelin mjekësor, si për vetë aparatet e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, ashtu edhe për të gjitha qendrat spitalore në rang vendi, referuar nevojave që ato kanë në burime njerëzore dhe në kualifikimet që kërkojnë.

Brenda datës 30.09.2026

B. MASA ORGANIZATIVE

1.1 Pyetje e auditimit: A ka një vizion të qartë mbi pajisjet mjekësore?

1.1.1 A garantojnë dokumentet politike dhe kuadri ligjor mirë administrimin e pajisjeve mjekësore?

1. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi konstatohet se detyrat që ushtron Qendra Kombëtare Teknike Bio – Mjekësore, nuk sanksionohen në ligjin për pajisjet mjekësore. Kjo strukturë është e ngarkuar t'i kryejë detyrat e saj vetëm nëpërmjet një shkrese të Ministrit të Shëndetësisë të vitit 1995, ku nga "Oficina Elektro Mjekësore" është titulluar Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore. Referuar funksioneve dhe kompetencave të këtij institucioni sipas rregullores së saj të brendshme të pamtuar nga MSHMS, kjo qendër ka për detyrë: inventarizimin e pajisjeve mjekësore; menaxhimin e sistemit të informacionit të pajisjeve mjekësore; vlerësimin klinik të pajisjeve mjekësore që janë ekzistuese dhe të atyre të reja që bëhen pjesë e sistemit shëndetësor shqiptar; riparimin e pajisjeve mjekësore të spitaleve dhe të klinikave mjekësore në rast të mos riparimit të defektit nga riparuesit e tyre; menaxhimin dhe zgjerimin e sistemeve të telemjekësisë në sistemin shëndetësor; trajnimin e stafit në të gjithë sistemin shëndetësor shqiptar. Ndërkohë që sipas ligjit nr.89/2014, "Për Pajisjet Mjekësore", i ndryshuar ngarkohet një institucion tjetër për regjistrimin e pajisjeve mjekësore në vend, i cili është Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.

1.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për ngritjen e një grupi pune me synim rishikimin e kuadrit rregullator për pajisjet mjekësore, qartësimin e rolit dhe përgjegjësisë së Qendrës Kombëtare Teknike Bio – Mjekësore në linjë me aktet nënligjore të saj dhe të miratojë rregulloren e brendshme të kësaj qendre.

Brenda datës 30.09.2026

2. Gjetje nga auditimi: Në tre qendrat spitalore objekt auditimi, referuar edhe akteve nënligjore që rregullojnë veprimtarinë funksionale të tyre, nuk ka inxhinierë bio-mjekësorë, por punonjësit e këtyre sektorëve kanë kryesisht arsimim të degës inxhinieri elektrike, telekomunikacioni, IT apo elektromekanikë. Arsimimi jo adekuat i punonjësve të sektorit që menaxhon, administron dhe riparon pajisjet mjekësore, ka sjellë kosto shtesë për buxhetet e këtyre qendrave spitalore duke

kontraktuar periodikisht shërbimet mirëmbajtëse, riparuese të pajisjeve mjekësore, me procedura prokurimi.

2.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa që në bashkëpunim edhe me Ministrinë e Arsimit dhe Sportit, të propozojnë nënshkrimin e një marrëveshje për iniciimin e përditësimit të akteve ligjore dhe nënligjore, për të mundësuar nxitjen dhe orientimin e kurrikulave arsimore drejt zhvillimit të degës universitare të inxhinierisë bio-mjekësore.

Brenda datës 30.09.2026

1.1.2 A janë të qarta rolet dhe përgjegjësitë e strukturave menaxhuese të pajisjeve mjekësore?

3. Gjetje nga auditimi: Task Forca për identifikimin dhe marrjen e masave për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte, e ngritur nëpërmjet urdhrit të Ministrit të MSHMS nr.739 datë 18.12.2023, nuk ka gjeneruar praktika të unifikuara për zgjidhjen e problematikave të ngjashme në qendrat spitalore publike, por roli i saj mbetet formal dhe thjesht raportues.

3.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për funksionimin e “Task Forcës për identifikimin dhe marrjen e masave për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte” si dhe realizimin e inspektimeve për pajisjet mjekësore që pësojnë defekte nga ana e saj, në gjithë qendrat spitalore publike në rang vendi.

Menjëherë

4. Gjetje nga auditimi: Komiteti për Planifikimin Spitalor referuar Planit Kombëtar Spitalor, nuk ka kryer analiza kosto-përfitim apo një plan veprimi me afate dhe indikatorë të qartë, sa i përket shpërndarjes së pajisjeve mjekësore sipas nevojave që kanë aktualisht qendrat spitalore në sistemin spitalor publik, duke u bazuar në vendndodhjen, nevojat e popullatës, demografinë, barrën e sëmundjeve dhe burimet njerëzore të nevojshme dhe të specializuara për menaxhimin dhe administrimin e pajisjeve mjekësore.

4.1 Rekomandimi:

Komiteti për Planifikimin Spitalor, të marrë masa që të analizojë Planin Kombëtar Spitalor, duke e rishikuar dhe përditësuar me plane veprimi, afate dhe indikatorë të qartë sa i përket shpërndarjes aktuale të pajisjeve mjekësore sipas nevojave që kanë qendrat spitalore në rang vendi, duke u bazuar në specifikat e tyre, vendndodhjen, nevojat e popullatës, demografinë, barrën e sëmundjeve dhe burimet njerëzore të nevojshme dhe të specializuara, për menaxhimin dhe administrimin e pajisjeve mjekësore.

Brenda datës 30.09.2026

1.2 Pyetje e auditimit: Si administrohen dhe menaxhohen pajisjet mjekësore?

1.2.1 A janë të mjaftueshme masat e marra për mbajtjen në gatishmëri të pajisjeve mjekësore?

5. Gjetje nga auditimi:

- Sistemi CLINGO megjithëse paraqet përparësi në mënyrën si duhet të funksiononte, nuk është efektiv dhe nuk kryen funksionin si sistem kombëtar i inventarizimit të pajisjeve mjekësore.
- Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë “Për inventarizimin e pajisjeve mjekësore”, nr. 50 datë 12.02.20214, nuk ka gjetur zbatim. Sipas tij të gjithë institucionet shëndetësore të raportojnë në mënyrë të vazhdueshme çdo ndryshim të gjendjes së inventarit (prurje ose nxjerrje jashtë përdorimi), sipas standardeve të vendosura nga Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Bio-Mjekësore³²
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, nuk ka ndërmarrë asnjë iniciativë për të vënë në funksion sistemin CLINGO dhe për të bërë të detyrueshëm përdorimin e tij nga gjithë institucionet e sistemit shëndetësor publik.
- Qendra Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore, si administruese e sistemit CLINGO, me gjithë përpjekjet që ka bërë për të ndërgjegjësuar institucionet shëndetësore të raportojnë në mënyrë të vazhdueshme, e ka të pamundur administrimin e gjithë procesit, kjo për pasojë edhe të mungesës së akteve nën ligjore e rregullatorë, që duhet të bëjnë të detyrueshëm përdorimin e sistemit nga operatorët e shumtë fundorë.
- Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza, Spitali Universitar Shefqet Ndroqi (SUSHN) nuk kanë përditësuar të dhënat në sistemin CLINGO dhe nuk kanë kryer asnjë raportim për periudhën objekt auditimi.

5.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të ngrejë një grup pune, me ekspertë bio-mjekësorë dhe inxhinierë IT për analizimin dhe vlerësimin e sistemit aktual të inventarizimit të pajisjeve mjekësore CLINGO në nivel spitalor dhe kombëtar si dhe të përcaktojë procedurat e inventarizimit të pajisjeve mjekësore, të dhënat që do të përfshihen në inventar, etiketimi me numër unik të identifikimit, lloji i etiketës që do të përdoret dhe elementët e sigurisë që duhet të përmbajë, regjistri i pajisjeve mjekësore pranë çdo institucioni, të dhënat që duhet të ketë historiku i pajisjes mjekësore, etj.

Menjëherë

6. Gjetje nga auditimi:

- Etiketat që përdoren për dhënien e numrit unik identifikues të pajisjes mjekësore kanë mbishkrimin “Inventari Ministria e Shëndetësisë” dhe një numër 5 shifror. Ato nuk janë prodhuar nga material rezistent ndaj lëndëve të ndryshme pastruese dhe të qëndrueshme në kohë për shkak të qëndrimit gjatë gjithë ciklit jetësor të pajisjes mjekësore. (Aneksi 1 bashkëngjitur, Foto. 1) Procesi i identifikimit nëpërmjet numrit unik të pajisjes mjekësore, rezulton të jetë një proces formal, jo eficient dhe nuk shërben në asnjë rast për identifikimin e pajisjes mjekësore, si brenda strukturës spitalore publike ashtu edhe në raport me inventarin kombëtar të pajisjeve mjekësore. Ai nuk ndihmon procesin e menaxhimit të pajisjeve mjekësore si historia e shërbimit, mirëmbajtja parandaluese, procedurat dhe oraret, riparimi, historia dhe përdorimi i pjesëve të këmbimit.

³² Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë “Për inventarizimin e pajisjeve mjekësore”, nr. 50 datë 12.02.20214, pika 4.

- Sektori përkatës i Inxhinierisë Teknike në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalin Universitar të Traumës, nuk disponon të dhëna të sakta, lidhur me inventarin e pajisjeve mjekësore. Numri i pajisjeve mjekësore që është raportuar nga këto sektorë është i përafërt. Mënyra e mbajtjes së inventarit të pajisjeve mjekësore është kryesisht në formatin Excel dhe mban të dhëna jo të plota dhe të pa përditësuara. Numri unik identifikues i pajisjes mjekësore, nuk është pjesë e përshkrimit të inventarit kontabël që mban drejtoria e financës duke krijuar vështirësi shpesh herë në identifikimin fizik të pajisjeve mjekësore.
- Kërkesa drejtuar Qendrës Kombëtare Teknike Bio-Mjekësore për pajisjen me etiketa inventarizuese, e hartuar nga tre subjektet, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitali Universitar i Traumës, nuk është e argumentuar me numrin e pajisjeve mjekësore, që kanë nevojë të pajisen me numrin unik, por me një numër shumë më të lartë. Sasia e etiketave të përdorura ndodhet gjendje dhe administrohet nga sektori teknik Bio-mjekësor pranë çdo spitali. Pas vendosjes së etiketës inventarizuese në pajisjen mjekësore, sipas procedurës duhet të vijohet me plotësimin e formularit inventarizues fizik mbi pajisjen mjekësore. Pas plotësimit të inventarizimit fizik, dokumenti origjinal disponohet në institucionin shëndetësor përkatës si dhe një kopje e dokumentin dorëzohet në QKTB. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, tërheqin etiketat me numrin unik nga Qendra Kombëtare Teknike Biomjekësore, por nuk vijnë më pas me plotësimin e formularit inventarizues fizik dhe dorëzimin e tij pranë QKTB.
- Qendra Kombëtare Teknike Biomjekësore edhe në rastet e dorëzimit të formularit inventarizues fizik nga subjektet, e administron dokumentin vetëm për efekt arkivimi fizik. Numri unik i pajisjes mjekësore nuk shërben për identifikimin e saj si brenda strukturës spitalore ashtu edhe në sistemin Clingo.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, nuk disponon të dhëna mbi inventarin kombëtar të pajisjeve mjekësore.

6.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të përcaktojë strukturën përgjegjëse për administrimin, inspektimin dhe monitorimin e procesit të inventarizimit të pajisjeve mjekësore, si edhe të marrë masa për hartimin e akteve rregullatore, për funksionimin e sistemit unik kombëtar të inventarizimit të pajisjeve mjekësore.

Brenda datës 30.09.2026

7. Gjetje nga auditimi: Në përgjigjet e pyetësorit të fazës së terrenit, subjektet përkatësisht Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitali Universitar të Traumës si edhe nga vëzhgimet e grupit të auditimit në të gjitha subjektet nën auditim, rezulton se të gjitha pajisjet mjekësore nuk janë pajisur me etiketën në gjuhën shqipe.

7.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, në bashkëpunim me Agjencinë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Qendrën Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrë të gjitha masat për pajisjen me etiketën në gjuhën shqip të gjitha pajisjeve mjekësore, sipas përcaktimit ligjor.

Menjëherë dhe në vijimësi

8. Gjetje nga auditimi: Struktura përgjegjëse Bio-mjekësore pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitalit Universitar të Traumës nuk ka regjistër të pajisjeve mjekësore ku të jenë dokumentuar regjistrimi i të dhënave të tjera që lidhen me historikun e pajisjes që nga data e vendosjes në punë dhe në vazhdim.

8.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masat për hartimin dhe miratimin e formatit të unifikuar të regjistrimit të pajisjeve mjekësore si dhe strukturat përgjegjëse Biomjekësore pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Qendrës Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi”, Spitalit Universitar të Traumës dhe gjithë sistemin spitalor publik, të krijojnë regjistrat e pajisjeve mjekësore, ku të jenë dokumentuar gjithë të dhënat që lidhen me historikun e pajisjes, sipas formatit të unifikuar.

Brenda datës 30.09.2026

9. Gjetje nga auditimi: Vlera e Kontratave të mirëmbajtjes të pajisjeve mjekësore full risk, për 3 spitalet universitare, subjekt i këtij auditimi janë 724,142,690 lekë, gjatë periudhës 01.01.2021-31.12.2023. Kapacitetet teknike nuk i përgjigjen numrit të lartë të pajisjeve mjekësore pranë 3 spitaleve universitare.

- Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar i Traumës, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” nuk kanë kryer vlerësime të teknologjisë së pajisjeve mjekësore, statusit “end of life”, “end of support”, analiza kosto përfitim lidhur me pajisje mjekësore të cilat janë vjetërsuar dhe kostot të mirëmbajtjes mund të tejkalojnë koston e blerjes duke mbajtur në konsideratë faktin e garancisë nga prodhuesi për një periudhë të caktuar, etj.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk ka zhvilluar një proces sistematik të vlerësimit të teknologjisë mjekësore në sistemin spitalor publik.³³
- MSHMS nuk ka raporte të posaçme që lidhen me analiza të aktivitetit të pajisjeve.³⁴

9.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, në bashkëpunim me institucionet e shërbimit spitalor publik, të ngrejë një grup pune, për të kryer vlerësimin e teknologjisë së pajisjeve mjekësore, kryerjen e analizave kosto përfitim, për optimizimin e kostove të mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore.

Menjëherë

9.2 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të vlerësojë mundësinë e rishikimit të praktikës së mirëmbajtjes së pajisjeve mjekësore, nëpërmjet trajnimit të stafit teknik direkt nga prodhuesit e pajisjeve mjekësore, implementimit të mekanizmave nxitës për punësimin e tyre brenda sistemit spitalor, për reduktimin e kostove të mirëmbajtjes së pajisjeve edhe garantimin e qëndrueshëm të funksionimit të tyre.

Brenda datës 30.09.2026

³³ MSHMS Përgjigje e pyetësorit të fazës studimore

³⁴ MSHMS Përgjigje e pyetësorit të fazës studimore

10. Gjetje nga auditimi: Shintigrafia pranë Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, është jashtë funksionit prej datës 16.03.2020, për arsye të mungesës së lëndës radioaktive, e cila është atribut i prokurimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

10.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për plotësimin e lëndës radioaktive në funksion të Shintigrafisë, e cila është jashtë funksionit, pranë Qendrës Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi”.

Brenda datës 30.09.2026

11. Gjetje nga auditimi: Akseleratori Linear në Shërbimin e Neurokirurgjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” nuk është në funksion prej datës 12.12.2023. Nëpërmjet kësaj pajisje kryhen trajtimet e pacientëve me radioterapi dhe radiokirurgji stereotaksike të patologjive beninje dhe malinje të trurit. Standardet ndërkombëtare përcaktojnë jetën mesatare të një akseleratori linear 10-12 vjet.³⁵ Angiograf pranë këtij shërbimi është jashtë funksioni dhe mikroskopët e sallave operatore të vjetërsuar.

11.1 Rekomandimi: Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, të vlerësojë mundësinë e zëvendësimit të pajisjeve mjekësore Akselerator Linear, Angiograf dhe mikroskopë të sallave operatore, në mënyrë që shërbimi ndaj pacientëve të Neurokirurgjisë të vijojë normalisht.

Brenda datës 30.09.2026

1.2.2 A garantohen proceset me burime të mjaftueshme?

12. Gjetje nga auditimi:

Stafet teknike të Qendrës kombëtare Teknike Bio mjekësore, Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalit Universitar të Traumës dhe Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, nuk janë të trajnuara dhe certifikuar për të punuar në fushën e pajisjeve mjekësore.

Asnjë nga subjektet e mësipërm nuk ka planifikuar fonde buxhetore për trajnimin e stafit teknik, i cili mirëmban pajisjet mjekësore, për periudhën objekt auditimi.

12.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Qendrën Kombëtare Teknike Bio mjekësore, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar i Traumës, Qendrën Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi” dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrin masa për planifikimin e fondeve buxhetore të dedikuara për trajnimin e stafit teknik.

Brenda datës 31.12.2026

13. Gjetje nga auditimi: Qendra Spitalore “Nënë Tereza” ka një procedurë të miratuar që duhet ndjekur në rast të defektit të një pajisje mjekësore, e cila nuk është zbatuar me korrektësi.

Urdhri i Brendshëm Nr. 230 datë 29.08.2017, nuk është përditësuar me ndryshimet që ka pësuar në formën e organizimit QSUNT.

³⁵ <https://www.oncologysystems.com/blog/top-5-linear-accelerator-systems-being-removed>

Spitali Universitar i Traumës dhe Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”, nuk kanë procedurë të mirë përcaktuar dhe miratuar për mënyrën e raportimit të defektit.

13.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Qendrën Spitalore “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar i Traumës, Qendrën Spitalore Rajonale të Tiranës “Shefqet Ndroqi” dhe gjithë sistemin spitalor publik, të marrin masat për hartimin dhe miratimin e procedurës së raportimit të defektit, në varësi të formës së organizimit dhe ndarjes së përgjegjësisë mbi pajisjet mjekësore.

Menjëherë

14. Gjetje nga auditimi: Nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore nuk janë evidentuar inspekte, lidhur me pajisjet mjekësore në subjektet që administrojnë pajisjet mjekësore si Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës.

15. Gjetje nga auditimi: Nga subjektet që administrojnë pajisjet mjekësore, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës nuk janë ushtruar kontrole të brendshme mbi mënyrën e administrimit dhe menaxhimit të pajisjeve mjekësore.

14-15.1 Rekomandimi:

Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore të marrë masat për kryerjen e inspektimeve lidhur me pajisjet mjekësore, gjithashtu edhe Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Qendra Spitalore Rajonale e Tiranës “Shefqet Ndroqi” dhe Spitali Universitar i Traumës, të marrin masa për përcaktimin e mënyrës dhe periodicitetit të kontrollit të brendshëm, lidhur me administrimin dhe menaxhimin e këtyre pajisjeve mjekësore.

Menjëherë dhe në vijimësi

16. Gjetje nga auditimi: Nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk është ushtruar kontroll mbi veprimtarinë e Agjencisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, për zbatimin prej saj të detyrave dhe ushtrimin e përgjegjësisë që rrjedhin nga Ligji 89/2014 “Për pajisjet mjekësore”, i ndryshuar¹.

Gjithashtu nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk është iniciuar asnjë inspektim, monitorim apo auditim mbi Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”, Spitalin Universitar të Traumës dhe sistemin spitalor publik, në fokus të së cilit të jenë pajisjet mjekësore.¹

16.1 Rekomandimi:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për inspektimin, monitorimin dhe auditimin e veprimtarisë së spitaleve publike mbi mënyrën e menaxhimit dhe administrimit të pajisjeve mjekësore.

Menjëherë dhe në vijimësi

Për sa më sipër u mbajt ky Raport Përfundimtar Auditimi.

KONTROLLI I LARTË I SHTETIT

1. ANEKSE

Përmbledhëse e masave sipas llojit për 6-auditimet e kryera.

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuara											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislacioni	5		5				100%		1				2				2			
2	Masa organizative	123		122		1		99%		42		21		14				45			
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		128	-	127		1		99 %		43		21		16				47			

Aneksi nr. 1

PËR AUDITIMIN ME TEMË “RESPEKTIMI I STANDARDEVE NË TRAJTIMIN DHE ELIMINIMIN E MBETJEVE SPITALORE, NË PARANDALIMIN E RREZIKUT PËR SHËNDETIN E PERSONELIT SHËNDETËSOR, PACIENTËVE DHE MBROJTJEN E MJEDISIT”

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuara												
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq		
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislativ	1		1				100%						1								
2	Masa organizative	31	-	31	-	-	-	100%		3		13		1				14				
3	Masa shpërblim dëmi																					
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																					
5	Për eliminimin e efekteve																					
6	Masa disiplinore																					
7	Masa Administrative																					
TOTALI		32	-	32	-	-	-	100 %		3		13		2				14				

Aneksi nr. 2

PËR AUDITIMIN ME TEMË, “PROCESI I BIRËSIMIT TË FËMIJËVE DHE GARANTIMI I TË DREJTAVE TË TYRE PËR MIRËRRITJE DHE EDUKIM”.

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuara											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislativ	1	-	1	-	0	-	100%	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
2	Masa organizative	16	-	16	-	-	-	100%	-	8	-	3	-	3	-	-	-	2	-	-	-
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		17	-	17	-	0	-	100 %	-	8	-	3	-	4	-	-	-	2	-	-	-

Aneksi nr. 3

PËR AUDITIMIN ME TEMË, “ZBATIMI I PLANIT KOMBËTAR PËR PËRSHTATJEN NDAJ NDRYSHIMEVE KLIMATIKE”.

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuara											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislativ											-									
2	Masa organizative	12	-	12	-	-	-	100%		7		2	-	1	-			2			
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		12	-	12	-	-	-	100 %		7		2		1	-	-	-	2	-	-	-

Aneksi nr. 4

PËR AUDITIMIN ME TEMË, “POLITIKAT DHE RESPEKTIMI I TË DREJTAVE TË PERSONAVE ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR NË SHËRBIMIN SPITALOR PSIKIATRIK”.

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuar											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislativ	-		-				-				-									
2	Masa organizative	12	-	11	-	1	-	92%		7		-		4							
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		12	-	11	-	1	-	92 %		7		-		4					-	-	-

Aneksi nr. 5

PËR AUDITIMIN ME TEMË, “EFEKTIVITETI DHE SIGURIA E BARNAVE QË QARKULLOJNË NË SHQIPËRI”.

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Në 000/lekë

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuar											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa organizative	35	-	35	-	-	-	100%		16		3		5				11			
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		35		35	-			100 %		16		3		5				11			

Aneksi nr. 6

PËR AUDITIMIN ME TEMË, “EFEKTIVITETI I PAJISJEVE MJEKËSORE NË SISTEMIM SPITALOR PUBLIK”.

Përmbledhëse e masave sipas llojit.

Në 000/lekë

Nr.	LLOJET E MASAVE	Rekomanduar gjithsej		Pranuar subjekti		Papranuar subjekti		Shkalla e pranimit		Statusi i rekomandimeve të pranuara											
		Nr.	Vlera lekë	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Zbatuar		Zbatuar pjesërisht		Proces zbatimi		Nga e cila		Pa zbatuar		Ne proces gjyq	
										Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera	Arkëtuar	Mbetja	Nr.	Vlera	Nr.	Vlera
1	Masa për ndryshim apo përmirësim legjislativ	3		3				100%		1								2			
2	Masa organizative	17	-	17	-	-	-	100%		1								16			
3	Masa shpërblim dëmi																				
4	Masa për eliminimin e paligjshmërisë ..																				
5	Për eliminimin e efekteve																				
6	Masa disiplinore																				
7	Masa Administrative																				
TOTALI		20		20	-	-	-	100 %		2								18			

