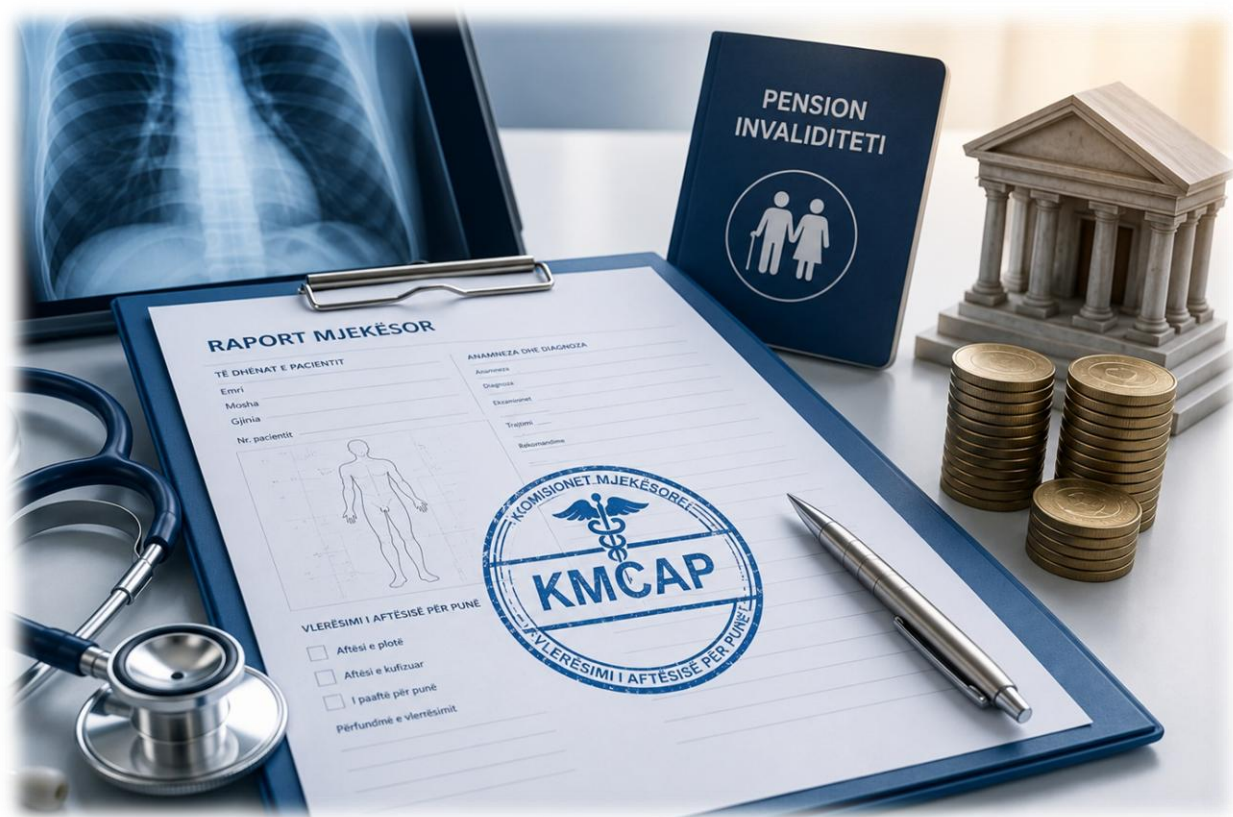




REPUBLIKA E SHQIPËRISË
KONTROLLI I LARTË I SHTETIT
DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS

RAPORT PËRFUNDIMTAR AUDITIMI PERFORMANCE

“Efektiviteti i komisioneve rajonale të KEMP-it në trajtimin e dosjeve mjekësore”



Tiranë 2026

P Ë R M B A J T J A

1. PROBLEMI SOCIAL DHE RËNDËSIA E AUDITIMIT	6
1.1 Konteksti i problemit social	6
1.2 Rëndësia e auditimit të performancës	6
 2. SUBJEKTI NËN AUDITIM	 7
2.1 Hyrje në subjektin nën auditim.....	7
2.2 Baza ligjore që rregullon çështjen nën auditim	8
2.3 Rëndësia e produkteve të subjektit	8
2.4 Pësja në buxhet	9
2.5 Feedback-u i subjektit.....	10
 3. DETAJET E AUDITIMIT	 10
3.1 Vlerësimi i risqeve të aktiviteteve të subjektit	10
3.2 Objektivi i auditimit	11
3.3 Pyetjet e auditimit	12
3.4 Fushëveprimi i auditimit.....	12
 4. SHTJELLIMI I PYETJEVE DHE NËNPYETJEVE.....	 13
4.1 A siguron kuadri rregullator një bazë të përshtatshme për trajtimin e dosjeve dhe për përfshirjen në skemë të individëve që kanë humbur aftësinë për punë?.....	13
4.2 A janë të mjaftueshme kapacitetet njerëzore dhe organizative për të mbështetur funksionimin efektiv të komisioneve rajonale të KMCAP në trajtimin e dosjeve mjekësore?	27

AKRONIMET

RSH	Republika e Shqipërisë
BE	Bashkimi Evropian
KLSH	Kontrolli i Lartë i Shtetit
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale
ISSH	Instituti i Sigurimeve Shoqërore
DRSSH	Drejtoritë Rajonale të Sigurimeve Shoqërore
KMCAP	Komisioni Mjekësor i Caktimit të Aftësisë për Punë
KA	Këshilli Administrativ
VKA	Vendim i Këshillit Administrativ
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
INTOSAI	International Organisation of Supreme Audit Institutions
EUROSAI	European Organisation of Supreme Audit Institutions
ISSAI	International Standards of Supreme Audit Institutions
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ISSA	International Social Security Association

PËRMBLEDHJA

Auditimi me temë “Efektiviteti i komisioneve rajonale të KEMP-it në trajtimin e dosjeve mjekësore” kishte si objektiv vlerësimin e efektivitetit të kuadrit rregullator, organizimit institucional dhe funksionimit të strukturave përgjegjëse për ekspertizën mjekësore dhe trajtimin e pensioneve të invaliditetit në Institutin e Sigurimeve Shoqërore. Në fokus të auditimit ishin kriteret dhe procedurat e vlerësimit të aftësisë për punë, funksionimi i KMCAP-ve, administrimi dhe dokumentimi i vendimmarrjes, kapacitetet njerëzore dhe infrastrukturore, si dhe mekanizmat e monitorimit dhe analizës së performancës së sistemit.

Vlerësimi i aftësisë për punë përbën një proces me rëndësi të veçantë sociale, pasi lidhet drejtpërdrejt me aksesin e individëve në mbrojtje sociale dhe me garantimin e një niveli minimal sigurie ekonomike për persona që kanë humbur aftësinë për punë dhe ndodhen në pamundësi për të siguruar të ardhura përmes aktivitetit ekonomik. Për këtë kategori përfituesish, pensioni i invaliditetit përfaqëson në shumë raste burimin kryesor të të ardhurave për jetesë, ndaj funksionimi në kohë dhe në mënyrë efektive i procesit të vlerësimit merr rëndësi të veçantë.

Kuadri rregullator i skemës ofron bazën për funksionimin e sistemit, por nuk rezulton të jetë përditësuar për të reflektuar zhvillimet ligjore, institucionale, teknologjike dhe metodologjike të viteve të fundit. Kriteret mjekësore të përdorura për vlerësimin e aftësisë për punë nuk i janë nënshtruar proceseve periodike të rishikimit dhe përditësimit, nuk janë të aksesueshme publikisht dhe nuk mbështeten në mekanizma të formalizuar për harmonizimin e tyre me zhvillimet bashkëkohore në fushën e vlerësimit funksional të aftësisë për punë. Gjithashtu, mungojnë mekanizma të koordinimit dhe referimit ndërmjet skemës kontributive të pensionit të invaliditetit dhe skemave jokontributive të asistencës sociale, duke zgjatur procesin e trajtimit për individët që nuk plotësojnë kushtin kontributiv për përfitim në skemën e sigurimeve shoqërore.

Procesi i komisionimit vijon të mbështetet në modelin tradicional të komisionimit fizik, ndërkohë që mekanizmat e komisionimit me mjete digjitale mbeten të kufizuara dhe të pastandardizuara proceduralisht. Edhe pse kuadri rregullator parashikon mundësinë e realizimit të komisionimit në distancë për raste të caktuara, nuk rezulton të jetë miratuar një procedurë e detajuar administrative dhe teknike për organizimin dhe zhvillimin e tij.

Sistemi përballet me sfida të lidhura me kapacitetet njerëzore dhe organizative, ku strukturat rajonale dhe lokale të ISSH-së hasin vështirësi në sigurimin e specialistëve të ekspertizës mjekësore dhe administrimit të pensioneve të invaliditetit, ndërsa procedurat e rekrutimit të zhvilluara gjatë periudhës objekt auditimi nuk kanë arritur të sigurojnë burimet e nevojshme njerëzore. Në disa raste, komisionet vijnë të funksionojnë me anëtarë që kanë tejkaluar periudhën e mandatit ose moshën e pensionit, ndërkohë që procesi i rinovimit të përbërjes së komisioneve eprorë nuk ka gjetur zgjidhje të qëndrueshme. Krahas këtyre problematikave, në një pjesë të strukturave rajonale mungojnë kushtet infrastrukturore të nevojshme për administrimin e dokumentacionit dhe zhvillimin e procesit të ekspertizës mjekësore në kushte të standardizuara.

Procesi i komisionimit vijon të mbështetet kryesisht në modelin tradicional të vlerësimit fizik, ndërkohë që mundësitë për përdorimin e mekanizmave të komisionimit në distancë mbeten të kufizuara dhe të pastandardizuara. Megjithatë kuadri rregullator parashikon përdorimin e videokonferencës në raste specifike, mungojnë procedurat e detajuara administrative dhe teknike për organizimin, dokumentimin dhe administrimin e këtij procesi. Aplikimi për pension invaliditeti realizohet nëpërmjet platformës e-Albania, pa mekanizma fizikë të dedikuar për informimin dhe orientimin e qytetarëve, çka krijon vështirësi shtesë për një kategori përfituesish që shpesh ndodhen në kushte të vështira shëndetësore dhe kanë nevojë për asistencë gjatë procesit të aplikimit.

Dobësi u evidentuan edhe në standardizimin dhe dokumentimin e procesit të vendimmarrjes. Dokumentimi i mbledhjeve, administrimi i dosjeve mjekësore, procesi i rikontrollit dhe dokumentacioni mbështetës nuk realizohen në mënyrë plotësisht të njëtrajtshme, duke kufizuar

gjurmueshmërinë e procesit dhe transparencën e bazës mbi të cilën mbështetet vendimmarrja. Në disa raste mungojnë elementë të rëndësishëm të dokumentacionit, ndërsa procedurat e rivlerësimit nuk zbatohen gjithmonë në mënyrë të standardizuar.

Analiza e treguesve të performancës tregon se gjatë periudhës objekt auditimi janë shënuar përmirësime në kohëzgjatjen mesatare të trajtimit të pensioneve të invaliditetit dhe në uljen e rasteve të trajtuara jashtë afatit ligjor. Megjithatë, ndërmjet strukturave rajonale vazhdojnë të evidentohen diferenca të konsiderueshme në kohëzgjatjen e trajtimit të rasteve, respektimin e afateve procedurale dhe tregues të tjerë të performancës. Për pasojë, një pjesë e përfituesve përballen me vonesa në aksesin ndaj pensionit të invaliditetit dhe të ardhurave që lidhen me të, duke ndikuar drejtpërdrejt në mirëqenien ekonomike dhe sociale të individëve që ndodhen në një situatë të menjëhershme nevojë.

Mekanizmat e monitorimit dhe kontrollit nuk kanë garantuar adresimin e qëndrueshëm të problematikave të identifikuara. Përsëritja e rekomandimeve ndër vite dhe mungesa e analizave të strukturara mbi treguesit e performancës kufizojnë aftësinë e sistemit për të identifikuar në kohë dobësitë dhe për të mbështetur vendimmarrjen me informacion të plotë mbi rezultatet e arritura.

Për problematikat e evidentuara janë adresuar rekomandime në drejtim të përditësimit të kuadrit rregullator, forcimit të koordinimit institucional, përmirësimit të kapaciteteve njerëzore dhe infrastrukture, standardizimit të procedurave dhe dokumentacionit, rritjes së aksesueshmërisë së shërbimit për qytetarët dhe forcimit të monitorimit të performancës. Zbatimi i tyre vlerësohet thelbësor për garantimin e një sistemi më efektiv, më të aksesueshëm dhe më të qëndrueshëm, i aftë t'u përgjigjet nevojave të individëve që kanë humbur aftësinë për punë dhe mbështeten te pensioni i invaliditetit si instrument i mbrojtjes së tyre sociale.

1. PROBLEMI SOCIAL DHE RËNDËSIA E AUDITIMIT

1.1 KONTEKSTI I PROBLEMIT SOCIAL

Procesi i përcaktimit të aftësisë për punë përmes Komisioneve Mjekësore të Caktimit të Aftësisë për Punë (KMCAP), të organizuara pranë Institutit të Sigurimeve Shoqërore (ISSH), përbën një mekanizëm thelbësor në funksionimin e skemës së pensioneve të invaliditetit në Republikën e Shqipërisë. Këto komisione janë përgjegjëse për vlerësimin e shkallës së humbjes së aftësisë për punë dhe përcaktimin e të drejtës për përfitim, duke luajtur një rol vendimtar në aksesin e individëve në mbrojtje sociale.

Rëndësia e këtij procesi lidhet drejtpërdrejt me kategorinë e përfituesve që i drejtohen këtij shërbimi, të cilët janë individë në kushte të vështira shëndetësore dhe të gjendur në pamundësi për të siguruar të ardhura përmes punës. Për këta individë, përfitimi i pensionit të invaliditetit përfaqëson burimin kryesor, në disa raste të vetëm, të të ardhurave për jetesë. Si rrjedhojë, funksionimi në kohë dhe në mënyrë efektive i procesit të vlerësimit është thelbësor për garantimin e një niveli minimal sigurie ekonomike dhe sociale.

Faktori që përbën interes publik për realizimin e këtij auditimi lidhet me faktin se individët që aplikojnë për përfitime invaliditeti ndodhen në një situatë të menjëhershme nevojë, ku pamundësia për të punuar i vendos ata përballë vështirësive ekonomike dhe sociale që kërkojnë zgjidhje në kohë. Në këtë kontekst, çdo vonesë në trajtimin e dosjeve mjekësore, çdo pengesë procedurale apo mungesë efikasiteti në funksionimin e komisioneve rajonale mund të përkthehet drejtpërdrejt në vonesë të përfitimit financiar, duke ndikuar negativisht në mirëqenien e individëve dhe familjeve të tyre.

Ky proces zhvillohet në një kontekst institucional të karakterizuar nga kërkesa e vazhdueshme për shërbime vlerësimi, shpërndarje gjeografike e komisioneve rajonale dhe kufizime në burimet njerëzore dhe organizative. Për më tepër, natyra e procesit, e cila përfshin menaxhimin e një fluksi të konsiderueshëm dosjesh dhe koordinimin ndërmjet strukturave administrative dhe mjekësore, kërkon funksionim efikas për të shmangur krijimin e vonesave dhe mbingarkesave në sistem.

Auditimi i performancës ka synuar të vlerësojë efektivitetin e funksionimit të Komisioneve Rajonale të Caktimit të Aftësisë për Punë në trajtimin e dosjeve mjekësore, në drejtim të menaxhimit të fluksit, respektimit të afateve dhe garantimit të një procesi të aksesueshëm dhe funksional për individët në nevojë.

1.2 RËNDËSIA E AUDITIMIT TË PERFORMANCËS

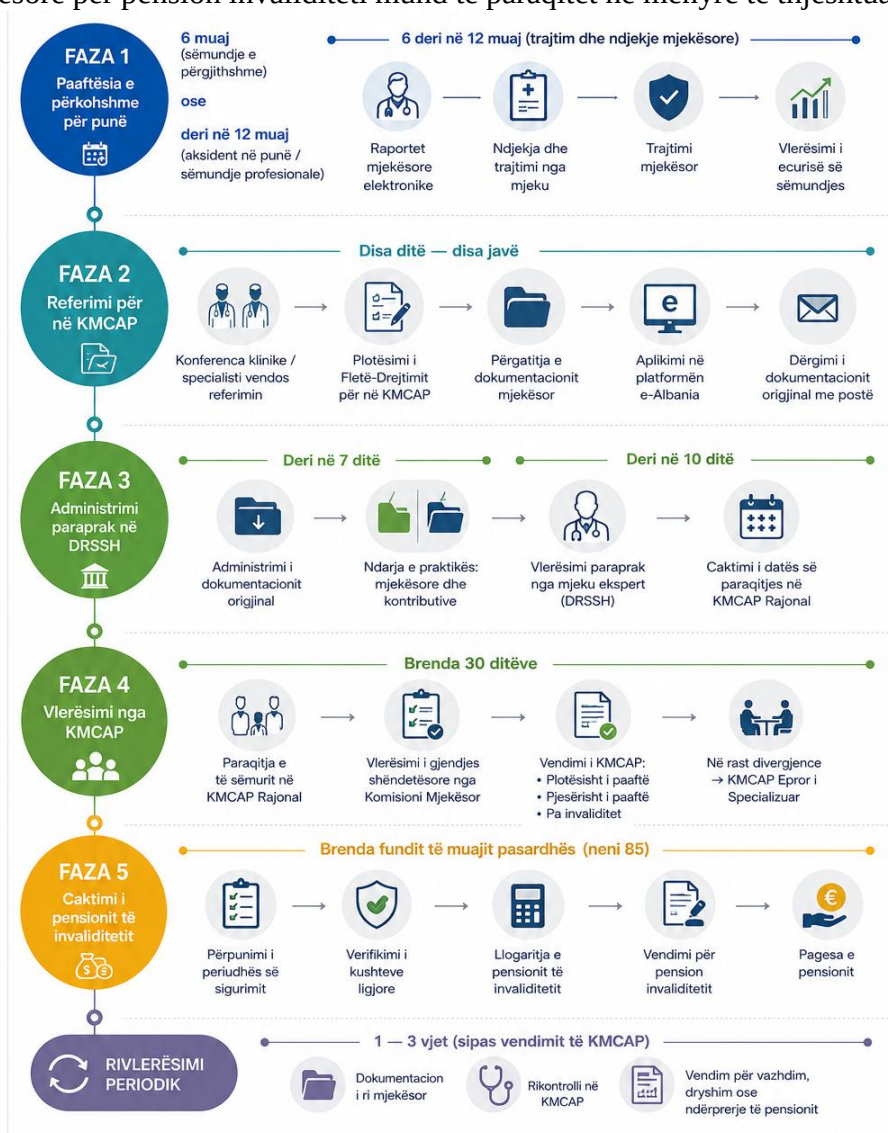
Auditimet e performancës vlerësojnë nëse synimet e politikave dhe skemat qeverisëse janë të lidhura me problemet reale të shoqërisë dhe shqetësimet e palëve të interesit, duke ofruar një pamje të plotë mbi mënyrën se si programet dhe aktivitetet publike realizohen në praktikë. Këto auditime synojnë të japin një vlerësim të pavarur mbi rezultatet e arritura dhe mbi funksionimin e proceseve në entet publike, duke kontribuar në rritjen e transparencës dhe llogaridhënies. Auditimet e performancës kryhen në përputhje me Standardet Ndërkombëtare ISSAI dhe udhëzimet përkatëse (ISSAI 300, 3000, 3100, 3200, 5100 dhe 5200), si dhe në referencë të Manualit të Auditimit të Performancës dhe praktikave më të mira ndërkombëtare. Këto standarde dhe udhëzues shërbejnë si bazë për konceptimin, planifikimin, realizimin, raportimin dhe ndjekjen e rekomandimeve të auditimit, duke marrë në konsideratë karakteristikat specifike të çdo fushe të audituar. Kontrolli i Lartë i Shtetit, në përmbushje të misionit të tij për të ofruar një ekspertizë të pavarur në mbështetje të menaxhimit të përgjegjshëm të fondeve publike, përdor auditimin e performancës si një instrument për të analizuar ekonomikitetin, eficiencën dhe efektivitetin e programeve të ekzekutivit, duke kontribuar në përmirësimin e shërbimeve publike në funksion të qytetarëve. Në këtë kuadër, auditimi i efektivitetit të KMCAP-ve rajonale fokusohet në vlerësimin e funksionimit

të procesit të trajtimit të dosjeve mjekësore, në kushtet kur individët që i drejtohen këtij shërbimi ndodhen në situata të menjëhershme nevojë për shkak të pamundësisë për të punuar. Në këtë kontekst, theksi vendoset mbi aftësinë e komisioneve për të menaxhuar fluksin e kërkesave dhe për të siguruar trajtim në kohë dhe në mënyrë funksionale, duke qenë se çdo vonesë apo pengesë procedurale ndikon drejtpërdrejt në aksesin e këtyre individëve në përfitime financiare jetike.

2. SUBJEKTI NËN AUDITIM

2.1 HYRJE NË SUBJEKTIN NËN AUDITIM

Në këtë auditim performance, **subjekti nën auditim është Instituti i Sigurimeve Shoqërore (ISSH)**, përgjegjës për administrimin e skemës së pensioneve të invaliditetit dhe organizimin e procesit të vlerësimit të aftësisë për punë, nëpërmjet strukturave të tij në nivel qendror, rajonal dhe lokal. Ky organizim krijon një zinxhir funksional ku çdo hallkë kontribuon në trajtimin dhe finalizimin e kërkesave të qytetarëve. Në kuadër të çështjes nën auditim, procesi i trajtimit të dosjeve mjekësore për pension invaliditeti mund të paraqitet në mënyrë të thjeshtuar si më poshtë:



Strukturat kryesore të përfshira në proces janë:

- Drejtoria e Përgjithshme e ISSH-së, e cila nëpërmjet njësive përkatëse brenda institucionit ushtron funksione drejtimi, koordinimi dhe monitorimi, duke synuar zbatimin e unifikuar të legjislacionit dhe standardizimin e proceseve në të gjitha nivelet;

- Komisionet Mjekësore të Caktimit të Aftësisë për Punë (KMCAP) në nivel rajonal, të cilat funksionojnë në kuadër të këtij sistemi dhe janë përgjegjëse për shqyrtimin e dosjeve dhe përcaktimin e aftësisë për punë.

- Drejtoritë Rajonale dhe njësitë lokale të ISSH-së, të cilat kanë rol në administrimin e aplikimeve, përpunimin e dokumentacionit dhe menaxhimin e marrëdhënieve me qytetarët, si dhe në zbatimin e përfitimeve të sigurimeve shoqërore;

Politikat dhe objektivat e ISSH-së në këtë fushë lidhen me garantimin e një procesi të organizuar, të aksesueshëm dhe në kohë për trajtimin e kërkesave për pension invaliditeti, në përputhje me kuadrin ligjor dhe rregullator në fuqi. Në këtë drejtim, funksionimi efektiv i ndërveprimit ndërmjet strukturave qendrore, rajonale dhe lokale është thelbësor për shmangien e vonesave, mbingarkesave dhe pengesave procedurale. Në këtë kontekst, auditimi i performancës fokusohet në analizimin e mënyrës se si këto struktura ndërveprojnë në praktikë, në drejtim të menaxhimit të fluksit të dosjeve dhe respektimit të afateve, me qëllim identifikimin e problematikave që ndikojnë në efektivitetin e procesit.

2.2 BAZA LIGJORE QË RREGULLON ÇËSHTJEN NËN AUDITIM

Kriteret teknike:

- Ligji nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
- VKM nr. 505, datë 10.6.2015 “Për organizimin, funksionimin dhe shpërblimin e komisioneve eprore të caktimit të aftësisë për punë”, e ndryshuar;
- VKM nr. 787, datë 22.9.2015 “Për përbërjen e komisioneve eprore të caktimit të aftësisë për punë”, e ndryshuar;
- VKA nr.4, datë 25.07.2022 “Për miratimin e rregullores "Për zhvillimin e veprimtarisë së anëtarëve të Komisionit Mjekësor të Caktimit të Aftësisë për Punë të nivelit të parë, në Institutin e Sigurimeve Shoqërore”.
- Rregullore e përbashkët ISSH-MSH, datë 30.05.2005 “Për organizimin, të drejtat, detyrat dhe funksionimin e Komisionit Mjekësor të Caktimit të Aftësisë për Punë (KMACP)”, e ndryshuar.

Kriteret e monitorimit dhe raportimit:

- Raporte vjetore ISSH;
- Të dhëna statistikore ISSH 2023-2025.

2.3 RËNDËSIA E PRODUKTEVE TË SUBJEKTIT

Produkti kryesor i ISSH-së në lidhje me çështjen nën auditim është procesi i trajtimit të dosjeve mjekësore dhe vendimmarrja e Komisioneve Mjekësore të Caktimit të Aftësisë për Punë (KMCAP) mbi të drejtën për pension invaliditeti. Ky proces përfshin administrimin e aplikimeve, shqyrtimin e dokumentacionit dhe nxjerrjen e vendimeve, ndërsa elementë si koha e trajtimit dhe menaxhimi i fluksit të dosjeve janë pjesë thelbësore e këtij produkti. Nga ana tjetër, legjislacioni parashikon edhe përgjegjësinë e këtyre komisioneve për të kryer studime mbi gjendjen dhe ecurinë e invaliditetit në nivel rajonal, duke zgjeruar rolin e tyre përtej funksionit vendimmarrës. Këto produkte lidhen drejtpërdrejt me rezultatin social, pasi përcaktojnë aksesin e individëve në të ardhura financiare jetike dhe kontribuojnë në kuptimin e dinamikave të invaliditetit në shoqëri. Në këtë kuadër, rëndësia nuk qëndron vetëm në prodhimin e vendimeve, por në aftësinë për t'i realizuar ato në kohë dhe në mënyrë funksionale, duke sugjeruar se sfida kryesore lidhet me efektivitetin e trajtimit të dosjeve dhe menaxhimin e ngarkesës në komisionet rajonale.

2.4 PESHA NË BUXHET

Zbatimi i politikave për rritjen e masës së pensioneve, i kombinuar me efektet financiare të rritjes së përvitshme të numrit të përfituesve, ka sjellë një rritje të vazhdueshme të shpenzimeve. Për periudhën 2023–2025, shpenzimet e sigurimeve shoqërore sipas programeve buxhetore paraqiten si më poshtë:

Shpenzimet e sigurimeve shoqërore sipas programeve buxhetore 2023–2025

(në milionë lekë)

Shpenzimet	2023	2024	2025
 Skema e detyrueshme	144,061	159,332	175,845
rritja nga viti në vit	9.2	10.6	10.4
në % PBB	6.1	6.4	6.6
 Programe kompensuese	16,453	18,371	20,342
rritja nga viti në vit	(25.2)	11.7	10.7
në % PBB	0.60	0.74	0.76
 Sigurime Suplementare	6,428	7,546	8,868
rritja nga viti në vit	1.2	17.4	17.5
në % PBB	0.3	0.3	0.3
 TOTALI	166,942	185,249	205,055

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore

Shpenzimet rriten nga viti në vit si rezultat i disa faktorëve kryesorë, përfshirë efektin mbartës të indeksimit të përfitimeve nga viti i mëparshëm, indeksimin e përfitimeve gjatë vitit aktual, rritjen e numrit të përfituesve të rinj, si dhe efektin financiar të rritjes së pagave në përfitimet afatshkurtra. Gjithashtu, në këtë rritje ndikojnë edhe ndryshimet në numrin dhe masën e përfitimeve në kuadër të programeve kompensuese, trajtimeve të veçanta dhe atyre suplementare.

Shpenzimet për përfitime për vitin 2025, janë realizuar në masën 99.9%, ku nga 170,975 milionë lekë të programuara janë shpenzuar 170,869 milionë lekë, me një mosrealizim prej rreth 107 milionë lekë. Në mënyrë analitike, shpenzimet për përfitime për vitin 2025 paraqiten si më poshtë:

Shpenzimet për përfitime për vitin 2025

(në milionë lekë)

Përfitimi	Plan	Fakt	Diferenca	% Realizimit
Sëmundje	925	922	-3	99.7
Barrë lindje	5,862	6,034	172	102.9
Pensione	164,144	163,870	-274	99.8
Aksidente e sëm. profesionale	44	42	-2	96.4
Totali i Shpenzimeve	170,975	170,869	-107	99.9

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore

Në strukturën e shpenzimeve të sigurimeve shoqërore, pjesën më të madhe e kanë shpenzimet e skemës së detyrueshme, ku peshën më të madhe e zënë shpenzimet për pensione. Këto shpenzime

kanë shënuar rritje të vazhdueshme, si pasojë e shtimit të numrit të përfituesve, si dhe e rritjes së masës së pensioneve nëpërmjet indeksimit.

Të dhënat e shpenzimeve për pensionet e invaliditetit:

(në mijë lekë)

 Planifikimi	 Viti 2023	 Viti 2024	 Viti 2025	 Pesha në total (%) 2023	 Pesha në total (%) 2024	 Pesha në total (%) 2025
 Qytet	9,015,453	9,811,552	10,303,448	5.3%	5.2%	5.0%
 Fshat	4,194,376	4,660,736	4,879,387	2.4%	2.5%	2.4%
 Total	13,209,829	14,472,288	15,182,835	7.7%	7.7%	7.4%

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore

Nga të dhënat e mësipërme evidentohet se shpenzimet për skemën e invaliditetit kanë shënuar një rritje të lehtë në vlerë absolute, ndërkohë që pesha e tyre në totalin e shpenzimeve për përfitime të detyrueshme ka pësuar një rënie të lehtë, nga 7.7% në vitin 2024 në 7.4% në vitin 2025. Kjo ecure tregon se, megjithëse ka një ulje si në numrin total të pensioneve të invaliditetit, ashtu edhe në numrin e pensioneve të reja, niveli i shpenzimeve ka vijuar të rritet për shkak të rritjes së masës mesatare të pensionit të invaliditetit, e ndikuar nga rritja e pagës minimale në shkallë vendi.

2.5 FEEDBACK-U I SUBJEKTIT

Nga ana e Institutit të Sigurimeve Shoqërore (ISSH) është garantuar një nivel i mirë bashkëpunimi me grupin e auditimit, duke vënë në dispozicion burimet njerëzore të nevojshme, si dhe informacionin e të dhënat e kërkuara për grumbullimin e evidencave të mjaftueshme e të përshtatshme për të formuar konkluzionet e auditimit. ISSH ka reflektuar disponibilitet për të adresuar kërkesat e grupit të auditimit, duke mundur akses në informacion e të dhëna dhe duke kontribuar në kuptimin më të qartë të proceseve të brendshme.

3. DETAJET E AUDITIMIT

3.1 VLERËSIMI I RISQEVË TË AKTIVITETEVE TË SUBJEKTIT

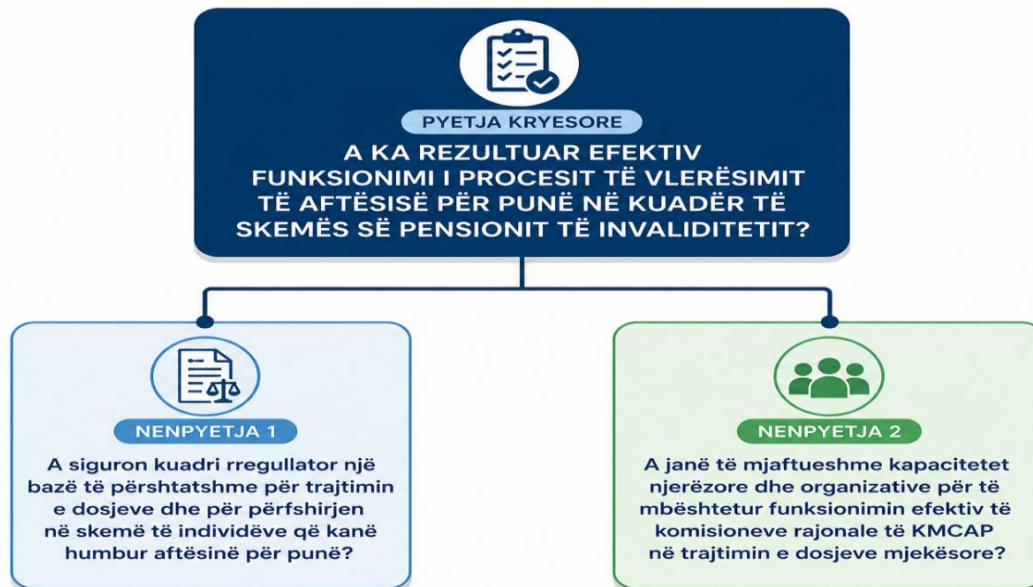
Vlerësimi i risqeve kishte për qëllim identifikimin dhe analizimin e faktorëve që mund të ndikojnë negativisht në realizimin e objektivave të komisioneve KMCAP dhe strukturave përgjegjëse për administrimin e procesit të vlerësimit të aftësisë për punë, duke ndikuar në efektivitetin e këtij procesi. Analiza u mbështet në shqyrtimin e kuadrit ligjor dhe rregullator në fuqi, dokumenteve përkatëse institucionale, në informacionin dhe të dhënat e administruara, si dhe në vizitat në terren. Ky proces ka evidentuar risqe që lidhen me kuadrin rregullator të funksionimit të KMCAP, procedurat administrative, burimet njerëzore dhe kapacitetet organizative, si dhe me mekanizmat e monitorimit dhe vlerësimit të performancës së procesit.

 Fusha e aktivitetit	 Përshkrimi i riskut	 Ndikimi që mund të kenë risqet e identifikuara	 Niveli i riskut	 Pyetja e auditimit
 Kuadri rregullator dhe procedurat administrative	Kuadri rregullator mund të ketë boshllëqe që vështirësojnë aksesin e individëve për përfitim të pensionit të invaliditetit.	Burokratizimi dhe tejzgjatja e procesit, duke mos garantuar përfitimin në kohë të arsyeshme të pensionit të invaliditetit.	 I MESËM	A siguron kuadri rregullator një bazë të përshtatshme për trajtimin e dosjeve dhe për përfshirjen në skemë të individëve që kanë humbur aftësinë për punë?
 Kriteret mjekësore	Lista e diagnozave të miratuara mund të jetë e papërditësuar dhe të mos reflektojë zhvillimet aktuale.	Individi nuk përfiton nga pensioni i invaliditetit pasi diagnoza e tij nuk përfshihet te kriteret, pavarësisht se kufizon aftësinë për punë.	 I LARTË	A siguron kuadri rregullator një bazë të përshtatshme për trajtimin e dosjeve dhe për përfshirjen në skemë të individëve që kanë humbur aftësinë për punë?
 Burimet njerëzore dhe kapacitetet	Pamundësi për të kompletuar me staf mjekësor të specializuar KMCAP-et e nivelit të parë që janë të vendosura në DRSSH ose ALSSH, si dhe strukturat monitoruese.	Pamundësi e vlerësimit të aftësisë për punë, apo vonesa në trajtimin e rasteve, nga KMCAP të nivelit të parë në rajone të caktuara, për shkak të mungesës së ekspertizës.	 I LARTË	A janë të mjaftueshme kapacitetet njerëzore dhe organizative për të mbështetur funksionimin efektiv të komisioneve rajonale të KMCAP në trajtimin e dosjeve mjekësore?
 Monitorimi dhe inspektimi	Funksionon një sistem formal, jo i plotë për matjen dhe vlerësimin e rezultateve.	Nuk matet ndikimi real i efektivitetit dhe efikasitetit të procesit, si dhe vlerësimi i rezultateve të tij.	 I LARTË	A janë të mjaftueshme kapacitetet njerëzore dhe organizative për të mbështetur funksionimin efektiv të komisioneve rajonale të KMCAP në trajtimin e dosjeve mjekësore?

3.2 OBJEKTIVI I AUDITIMIT

Objekti i këtij auditimi ishte vlerësimi i efektivitetit të funksionimit të komisioneve rajonale të KMCAP në trajtimin e dosjeve mjekësore për përcaktimin e aftësisë për punë. Auditimi u fokusua në analizimin e mënyrës se si procesi i trajtimit të dosjeve realizohet në praktikë, në drejtim të organizimit të tij, menaxhimit të fluksit dhe aftësisë për të garantuar një proces funksional për individët që aplikojnë për pension invaliditeti. Zgjedhja e efektivitetit si dimension kryesor lidhet me natyrën e problemit social, i cili nuk ka të bëjë thjesht me ekzistencën e procesit, por me aftësinë e tij për të prodhuar rezultate në përputhje me qëllimin e skemës së sigurimeve shoqërore, për mbrojtjen ekonomike të individëve që kanë humbur aftësinë për punë. Në këtë kuadër, auditimi ka synuar të vlerësojë nëse kuadri rregullator dhe kapacitetet institucionale mbështesin një funksionim efektiv të procesit.

3.3 PYETJET E AUDITIMIT



3.4 FUSHËVEPRIMI I AUDITIMIT

Fushëveprimi i këtij auditimi ka përfshirë vlerësimin e efektivitetit të funksionimit të komisioneve rajonale të KMCAP në proceset e përfitimit të pensionit të invaliditetit, në drejtim të organizimit të procesit, menaxhimit të fluksit të dosjeve dhe respektimit të afateve procedurale. Auditimi u fokusua në analizimin e kuadrit ligjor dhe rregullator në fuqi, procedurave administrative, mënyrës së organizimit të strukturave përgjegjëse, si dhe në vlerësimin e kapaciteteve njerëzore dhe organizative që ndikojnë në funksionimin e procesit. Subjekti nën auditim ishte Instituti i Sigurimeve Shoqërore (ISSH), ndërsa auditimi u zhvillua në nivel qendror (njësitë brenda ISSH-së) dhe strukturat e varësisë. Periudha nën auditim përfshin vitet 2023 - 2025, duke mundësuar analizimin e tendencave në kohë dhe vlerësimin e performancës së procesit. Auditimi nuk ka synuar të analizojë në thelb vlerësimin mjekësor, përveçse në mënyrë të kufizuar në aspektin e nevojës për rishikim të diagnozave që përfshihen, për të garantuar aksesin në skemë të çdo individi që i kufizohet aftësia për punë dhe plotëson kriteret ligjore.

Pyetja kryesore: A KA REZULTUAR EFEKTIV FUNKSIONIMI I PROCESIT TË VLERËSIMIT TË AFTËSISË PËR PUNË NË KUADËR TË SKEMËS SË PENSIONIT TË INVALIDITETIT?

Mesazhi i auditimit

Auditimi arriti në përfundimin se procesi i vlerësimit të aftësisë për punë në kuadër të skemës së pensionit të invaliditetit ka rezultuar pjesërisht efektiv, duke siguruar funksionimin e skemës, por pa garantuar në mënyrë të njëtrajtshme akses të shpejtë, të standardizuar dhe pa barriera të panevojshme për individët që kanë humbur aftësinë për punë. Megjithatë gjatë periudhës së auditimit janë evidentuar përmirësime në disa tregues të performancës, ato nuk kanë eliminuar dobësitë strukturore që ndikojnë në efektivitetin e përgjithshëm të sistemit.

Auditimi evidentoi se problematikat nuk lidhen me një hallkë të veçantë të procesit, por me funksionimin e sistemit në tërësi. Kuadri rregullator dhe metodologjik nuk është përshtatur plotësisht me zhvillimet bashkëkohore, mekanizmat e koordinimit ndërinstitucional mbeten të kufizuar, kapacitetet njerëzore dhe infrastrukturore nuk janë të konsoliduara në mënyrë të njëtrajtshme, ndërsa procedurat e dokumentimit dhe monitorimit nuk kanë garantuar përmirësimin e vazhdueshëm të performancës. Si pasojë, ndërmjet strukturave rajonale vijnë të evidentohen diferenca në performancë, ndërsa një pjesë e qytetarëve përballen me vonesa, procedura të përsëritura dhe vështirësi në aksesin në kohë ndaj pensionit të invaliditetit dhe mbështetjes financiare që synon të garantojë kjo skemë.

Kontrolli i Lartë i Shtetit vlerëson se përmirësimi i sistemit kërkon një qasje të integruar, ku përditësimi i kuadrit rregullator, modernizimi i metodologjive të vlerësimit, forcimi i kapaciteteve institucionale, standardizimi i proceseve dhe zhvillimi i mekanizmave efektivë të monitorimit të shërbejnë jo vetëm për administrimin korrekt të skemës, por edhe për garantimin e një sistemi më të aksesueshëm, më të njëtrajtshëm dhe më të orientuar drejt nevojave të individëve që, për shkak të humbjes së aftësisë për punë, mbështeten te pensioni i invaliditetit si instrument i mbrojtjes së tyre sociale.

4.1 A SIGURON KUADRI RREGULLATOR NJË BAZË TË PËRSHTATSHME PËR TRAJTIMIN E DOSJEVE DHE PËR PËRFSHIRJEN NË SKEMË TË INDIVIDËVE QË KANË HUMBUR AFTËSINË PËR PUNË?

Kuadri rregullator krijon bazën ligjore për administrimin e skemës së pensionit të invaliditetit, por nuk rezulton plotësisht i përshtatur me zhvillimet ligjore, institucionale dhe metodologjike të viteve të fundit. Auditimi evidentoi problematika që lidhen me mospërditësimin periodik të kriterëve mjekësorë, mungesën e harmonizimit me qasjen funksionale të vlerësimit të aftësisë së kufizuar, mungesën e mekanizmave të koordinimit ndërmjet skemës kontributive dhe asaj jokontributive, si dhe vijimin e mbështetjes së procesit të komisionimit kryesisht në paraqitjen fizike të individit, duke kufizuar fleksibilitetin dhe aksesueshmërinë e procesit të vlerësimit. Si rezultat, kuadri aktual nuk mbështet plotësisht një proces të standardizuar, të koordinuar dhe të orientuar drejt zhvillimeve bashkëkohore në vlerësimin e aftësisë për punë, duke ndikuar në efektivitetin dhe qëndrueshmërinë e administrimit të skemës.

Legjislacioni i sigurimeve shoqërore¹ synon ndër të tjera mbrojtjen në mënyrë të detyrueshme të të gjithë shtetasve ekonomikisht aktivë në Shqipëri, në rastin e pakësimit të të ardhurave si pasojë e invaliditetit, në përputhje me frymën e Konventës Nr. 102 të Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO) për standardet minimale të sigurimeve shoqërore. Pensioni i invaliditetit, si pjesë e skemës kontributive të sigurimeve shoqërore, synon të garantojë mbrojtje në të ardhura për personat që, si pasojë e gjendjes shëndetësore, humbasin plotësisht ose pjesërisht aftësinë për punë. Në këtë kuadër, kuadri rregullator që përcakton kriteret, procedurat dhe mekanizmat e vlerësimit të aftësisë për punë merr rëndësi të veçantë, pasi ndikon drejtpërdrejt si në trajtimin e dosjeve nga strukturat përgjegjëse, ashtu edhe në aksesin e individëve në përfitimet e skemës.

Personi që bëhet i paaftë përfiton pension invaliditeti kur plotëson periudhën minimale të sigurimit dhe kur, për shkak të gjendjes shëndetësore, bëhet i paaftë për çdo veprimtari ekonomike ose paraqet gjymtime të rënda dhe dëmtime fizike. Invaliditeti caktohet nga Komisioni Mjekësor i Caktimit të Aftësisë për Punë (KMCAP), i cili përcakton shkallën e humbjes së aftësisë për punë, shkaqet dhe kohën e fillimit të invaliditetit.

Periudha minimale e sigurimit për pension invaliditeti është sa $\frac{3}{4}$ e diferencës së moshës së personit të siguruar në momentin kur bëhet i paaftë dhe moshës 20 vjeç, si dhe kërkohet që individi të ketë së paku 12 muaj sigurim shoqëror në 5 vitet e fundit para lindjes së të drejtës.

Personi që është në kushtet e invaliditetit të plotë, por që nuk plotëson periudhën minimale të sigurimit ka të drejtë për pension invaliditeti të reduktuar, në masën që rezulton nga raporti i periudhës së tij të sigurimit me periudhën e duhur për pension të plotë invaliditeti. I siguruari merr pension për invaliditet të pjesshëm, kur ka plotësuar periudhën minimale të sigurimit dhe kur për çdo arsye përveç aksidentit në punë dhe sëmundjes profesionale, bëhet i paaftë të kryejë punën e fundit, por mund të punojë në kushte të veçanta pune.

Kur diagnoza, bazuar në kriteret mjekësore, shkakton humbjen e plotë ose të pjesshme të aftësisë për punë, legjislacioni parashikon që individi të ketë konsumuar paraprakisht periudhën e trajtimit me pagesë për paaftësi të përkohshme në punë. Referimi drejt KMCAP-it realizohet kryesisht nga institucionet spitalore me shtretër nëpërmjet “Fletë-Drejtimit për në KMCAP”, dokument që pasqyron gjendjen shëndetësore të individit dhe shërben si bazë për fillimin e procedurës së vlerësimit të aftësisë për punë. Në raste të caktuara, referimi mund të bëhet edhe nga Komisionet Mjekësore, specialistët apo institucionet spitalore në kuadër të rikontrollit ose rëndimit të gjendjes shëndetësore.

Pas pajisjes me “Fletë-Drejtimi për në KMCAP”, individi aplikon për pension invaliditeti nëpërmjet platformës e-Albania, ndërsa dokumentacioni origjinal administrativ dhe mjekësor dërgohet fizikisht me postë. Praktika administrohet në sistemin PCAMS dhe kalon për shqyrtim në strukturat përkatëse të Drejtorive Rajonale të Sigurimeve Shoqërore, ku bëhet ndarja ndërmjet dokumentacionit mjekësor dhe verifikimit të periudhës së sigurimit. Më pas, mjeku i ekspertizës cakton datën e paraqitjes së individit pranë KMCAP-it rajonal për realizimin e vlerësimit mjekësor.

Kuadri aktual procedural mbështetet kryesisht në paraqitjen fizike të individit pranë KMCAP-it. Në rast mosparaqitjeje, legjislacioni parashikon përsëritjen e njoftimit deri në tre herë dhe, në vijim, vlerësimin “pa invaliditet”, me të drejtën e rikthimit të përfitimit në rast paraqitjeje të mëvonshme. Legjislacioni parashikon edhe mekanizma alternativë për rastet kur provohet pamundësia objektive për lëvizje, vlerësimi mund të realizohet në banesë ose në institucionin shëndetësor ku ai ndodhet i shtruar.

Vendimi i KMCAP-it përbën dokumentin bazë juridiko-mjekësor mbi të cilin mbështetet njohja e të drejtës për përfitim nga skema e pensionit të invaliditetit.

Vendimarrja e KMCAP të nivelit të parë kontrollohet nëpërmjet:

¹ Neni 6 i Ligjit nr. 7703/1993, i ndryshuar.

- ankimit të saj në KMCAP Epror nga individ;
- kontrollit/vlerësimit nga specialistët e Ekspertizës Mjekësore të ISSH, të cilët japin rekomandime dhe lënë detyra: për kriter mjekësor, për vlerësim në KMCAP Epror, për datë fillimi invaliditeti, etj.;
- në rastet e divergjencës mes anëtarëve të komisionit.

Në Institutin e Sigurimeve Shoqërore janë ngritur dhe funksionojnë Komisionet Eprorë Mjekësore të Caktimit të Aftësisë për Punë të Kardiologjisë, të Neurologjisë, të Kirurgjisë, të Ortopedisë, të Psikiatrisë/ Okulistikës, me mandat 4-vjeçar².

Pensionet duhet të llogariten dhe caktohen brenda ditës së fundit të muajit pasardhës nga data e administrimit të kërkesës dhe dokumentacionit të plotë³. Megjithatë, nga vetë ISSH bëhet me dije se kohëzgjatja e procedurës së komisionimit dhe data e paraqitjes së individit pranë KMCAP-it ndikojnë drejtpërdrejt në afatet e përpunimit dhe caktimit të pensionit të invaliditetit. Pas marrjes së vendimit nga KMCAP dhe përfundimit të llogaritjes së përfitimit, kështu mujore gjenerohen për pagesë në institucionin financiar të zgjedhur nga përfituesi.

Shkalla e humbjes së aftësisë për punë, si një nga kriteret kryesore për përfitimin e pensionit të invaliditetit, caktohet nga Komisionet Mjekësore të Caktimit të Aftësisë për Punë të nivelit të parë dhe eprorë. Shtrirja e KMCAP-ve të nivelit të parë është, si më poshtë:



Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

KMCAP Rajonal përbëhet nga tre deri në pesë anëtarë dhe rinovohet çdo pesë vjet. Mjeku i DRSSH-së, është anëtar i Komisionit. Si rregull, anëtarë të komisioneve zgjidhen mjekë specialistë, si kardiolog, patolog (rheumatolog, nephrolog, pneumofthiziater endokrinolog etj.), kirurg, ortoped, neurolog, neurokirurg, psikiatër dhe okulist, që punojnë në institucione shtetërore me shtretër, kanë njohuri në specialitetin e tyre dhe me përvojë në specialitet jo më pak se pesë

² Përbërja e miratuar me VKM-ne nr. 787, datë 22.09.2015

³ pika 3 e nenit 85 të ligjit nr. 7703/1993

vjet. Komisioni mbledhet jo më pak se 3 (tre) herë në muaj. Ky komision cakton shkallën dhe shkaqet e humbjes së aftësisë për punë në vlerësim të gjendjes shëndetësore të individit, bazuar në dokumentacionin mjekësor zyrtar dhe në kriteret mjekësore⁴, duke caktuar diagnozën, datën e fillimit të invaliditetit dhe periudhën e paaftësisë për punë.

Legjislacioni i sigurimeve shoqërore nuk është harmonizuar me praktikën gjyqësore të njësuar.

Legjislacioni i sigurimeve shoqërore përcakton se vendimmarrjet e KMCAP Epror janë të formës së prerë⁵. Lidhur me këtë dispozitë, Gjykata e Lartë ka njësuar praktikën gjyqësore duke vendosur përfundimisht se vendimet e këtij komisioni nuk përmbushin kriteret e një organi *quasi* gjyqësor, duke i hapur rrugën kontrollit gjyqësor për vendimet e këtij komisioni⁶. Vendimmarrja e Gjykatës së Lartë është mbështetur në çështjen e trajtuar nga GJENDJ “*Dauti kundër Shqipërisë*”. Pavarësisht sa më sipër, neni 39/1, pika 3, i Ligjit nr. 7703/1993 nuk rezulton të jetë harmonizuar me vendimin e GJEDNJ dhe vendimin njësuës të Gjykatës së Lartë, duke bërë që ky parashikim ligjor të jetë praktikisht i pazbatueshëm. Aktualisht rezultojnë në proces gjyqësor 21 çështje, të lidhura me raste ku personave që kanë kërkuar përfitimin e pensionit të invaliditetit për shkak të gjendjes shëndetësore, u është marrë vendim “pa grup” nga KMCAP epror.

Procesi i komisionimit mbetet i mbështetur kryesisht në paraqitjen fizike të individit.

Kuadri rregullativ⁷ parashikon elementë të përdorimit të mekanizmave fleksibël të vlerësimit në distancë, përtej paraqitjes fizike tradicionale pranë KMCAP-it, megjithatë, përdorimi i tyre mbetet i kufizuar në raste specifike. Praktikë ndërkombëtare eidentojnë një tendencë graduale drejt zgjerimit të përdorimit të mekanizmave të digjitalizimit dhe telemjekësisë, jo si zëvendësim absolut i ekspertizës fizike, por si instrument plotësues për përmirësimin e efektivitetit të procesit, reduktimin e kohës dhe kostove administrative, si dhe lehtësimin e aksesit për individët me kufizime objektive të lëvizshmërisë ose që ndodhen larg qendrave ku realizohet komisionimi. Për rrjedhojë, zhvillimi gradual i mekanizmave të tele-ekspertizës dhe digjitalizimit të mëtejshëm të proceseve mund të konsiderohet si një drejtim potencial për rritjen e fleksibilitetit dhe aksesueshmërisë së sistemit, duke ruajtur njëkohësisht garancitë e nevojshme të kontrollit mjekësor dhe procedural.

Megjithëse procesi i aplikimit për pension invaliditeti është digjitalizuar pjesërisht nëpërmjet platformës e-Albania dhe administrimit elektronik të praktikave në PCAMS, procesi i komisionimit mbetet i mbështetur në paraqitjen fizike të individit për realizimin e ekspertizës mjekësore. Zhvillimi i mekanizmave alternative të komisionimit në distancë për raste të përcaktuara mund të përmirësojë aksesueshmërinë e shërbimit për individët me kufizime shëndetësore ose që banojnë larg qendrave të komisionimit, duke kontribuar në reduktimin e kohës së trajtimit të rasteve dhe rritjen e efektivitetit të procesit të vlerësimit.

Për personat që kurohen ose rehabilitohen jashtë shtetit dhe e kanë të pamundur transportimin pranë KMCAP-it, procedura mund të realizohet nëpërmjet videokonferencës. Pavarësisht njohjes së këtij mekanizmi, nuk rezulton të jetë miratuar një akt i brendshëm administrativ ose procedurë e detajuar që të përcaktojë mënyrën e organizimit dhe realizimit të këtij procesi, duke nisur nga mënyra e identifikimit të individit, standardet minimale teknike të komunikimit, mënyra e dokumentimit të procesit të komisionimit, si dhe përgjegjësitë konkrete të strukturave të përfshira

⁴ të përcaktuara dhe të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë me shkresën nr. 4913 prot, datë 24.11.2010.

⁵ bazuar në nenin 39/1, të ligjit nr. 7703/1993

⁶ me Vendimin Nr. 00-2021-1317 (113), datë 22.07.2021

⁷ Rregullorja e Përbashkët e ISSH-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë me ndryshimet e vitit 2015

në procedurë. Mungesa e standardizimit procedural mund të krijojë paqartësi në zbatimin praktik të mekanizmit të videokonferencës dhe kufizime në përdorimin efektiv të tij.

Edhe gjatë periudhës së pandemisë Covid-19, kur u pezullua funksionimi i KMCA-ve për shkak të pamundësisë së zhvillimit të mbledhjeve fizike, ka pasur korrespondenca ndërmjet ISSH-së dhe MSHMS-së ku evidentohet nevoja për garantimin e vazhdimësisë së procesit të shqyrtimit të dosjeve të invaliditetit. Gjatë asaj periudhe është referuar mundësia që shqyrtimi i rasteve të realizohej mbi bazën e dokumentacionit mjekësor të administruar, pa prezencë fizike të qytetarit ose nëpërmjet komunikimit në distancë me individin. Megjithatë, edhe gjatë kësaj periudhe nuk rezultoi të jenë miratuar procedura të detajuara administrative dhe teknike për realizimin e komisionimit në distancë apo të jetë evidentuar përdorimi i strukturuar i mekanizmave të videokonferencës për zhvillimin e procesit të ekspertizës mjekësore. Kufizimet për shkak të pandemisë evidentuan jo vetëm varësinë e sistemit nga komisionimi fizik tradicional, por edhe mungesën e një kuadri operacional të standardizuar për përdorimin e mekanizmave fleksibël të tele-ekspertizës në raste emergjente ose kufizimesh objektive të lëvizjes.

Ndërkohë, praktikat ndërkombëtare evidentojnë një tendencë graduale drejt përdorimit të formave të telemjekësisë dhe vlerësimeve në distancë në procese të caktuara të ekspertizës së invaliditetit, sidomos në rastet kur dokumentacioni mjekësor konsiderohet i plotë ose kur transportimi i individit paraqet vështirësi objektive.



Sipas një studimi të publikuar në Revistën Ndërkombëtare të Kërkimeve për Shëndetin Publik dhe Mjedisin⁸, përdorimi i mekanizmave të telemjekësisë në proceset e vlerësimit të invaliditetit po konsiderohet gradualisht si një alternativë plotësuese ndaj procedurave tradicionale të komisionimit fizik, me synim rritjen e aksesueshmërisë dhe efikasitetit të procesit të ekspertizës mjekësore, i cili në sistemin italian të sigurimeve shoqërore është zhvilluar kryesisht në vitet e fundit, i ndikuar nga pandemia Covid-19 dhe zhvillimi i teknologjive të komunikimit. Procedurat në distancë nuk synojnë të zëvendësojnë plotësisht ekzaminimin fizik, por të aplikohen në raste të përshtatshme, bazuar në dokumentacionin mjekësor elektronik dhe intervistat nëpërmjet videokonferencës. Telemjekësia paraqitet si instrument që mund të reduktojë nevojën për udhëtime fizike, kohën e trajtimit të praktikave dhe barrën administrative për individët me kufizime të

⁸ Di Fazio, N.; Delogu, G.; Morena, D.; Carfora, E.; Tripi, D.; Rinaldi, R.; Frati, P.; Fineschi, V. "Telehealth intervention: A Proposal for a Telemedicine Manual to Ascertain the Civil Disability Status in Italy". Int. J. Environ. Res. Public Health 2024, 21, 253.

lëvizshmërisë, duke krijuar njëkohësisht avantazhe organizative për institucionet përgjegjëse për ekspertizën mjekësore në drejtim të përdorimit më efikas të burimeve njerëzore dhe administrative.

Edhe në një artikull të publikuar në National Academies Press⁹, evidentohet se telemjekësia po shihet gradualisht si një mekanizëm plotësues për rritjen e aksesueshmërisë dhe fleksibilitetit të proceseve të vlerësimit të invaliditetit. Artikulli thekson se përdorimi i shërbimeve në distancë mund të kontribuojë në reduktimin e barrierave territoriale dhe organizative, veçanërisht për individët me kufizime të lëvizshmërisë ose që jetojnë larg qendrave të specializuara, duke evidentuar se telemjekësia nuk duhet të konsiderohet si zëvendësim absolut i vlerësimit fizik tradicional, por si instrument plotësues që kërkon përshtatje të kuadrit rregullator dhe monitorim të vazhdueshëm të efektivitetit të procedurave të përdorura.

Një praktikë e mirë e viteve të fundit në përmirësimin e proceseve për vlerësimin e aftësisë së kufizuar konsiderohet reforma e ndërmarrë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore të Paraguajit për digjitalizimin dhe decentralizimin e bordeve mjekësore¹⁰, e fokusuar në përdorimin e mjeteve të telemjekësisë dhe decentralizimin e vlerësimeve në pika të ndryshme shërbimi, me synim reduktimin e barrierave gjeografike dhe procedurale për përfituesit. Si rezultat, u raportua reduktim i kohës së trajtimit të praktikave dhe lehtësim i kostove dhe udhëtimeve për qytetarët. Modeli i Paraguajit paraqet dallime krahasuar me organizimin aktual të KMCAP-eve në Shqipëri, pasi sistemi shqiptar funksionon mbi bazën e komisioneve rajonale të shpërndara në disa qarqe të vendit dhe jo mbi një strukturë të vetme të centralizuar. Pavarësisht kësaj, praktika mbetet relevante në aspektin e përdorimit të mekanizmave të digjitalizimit dhe telemjekësisë për reduktimin e kohës së trajtimit, lehtësimin e procedurave dhe rritjen e fleksibilitetit të procesit të ekspertizës mjekësore.

Përtej potencialit që paraqesin këto mekanizma për rritjen e efikasitetit dhe reduktimin e barrierave territoriale, adoptimi i tyre duhet të mbështetet në një analizë të plotë të ndikimit në kushtet konkrete të vendit. Kjo analizë duhet të vlerësojë nëse niveli i aksesit në teknologji, aftësitë digjitale të përfituesve dhe shpërndarja territoriale e tyre do të mundësonin përdorimin efektiv të këtyre procedurave, pa krijuar barriera të reja për kategoritë më vulnerabël të individëve që kërkojnë përfitimin e pensionit të invaliditetit.

4.1.6 Kriteret mjekësore dhe kontributive për përfitimin e pensionit të invaliditetit



⁹ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2022. “The Use of Telehealth for Disability Evaluations in Medicine and Allied Health: Proceedings of a Workshop”. Washington, DC: The National Academies Press

¹⁰ sipas një publikimi të International Social Security Association: <https://www.issa.int/gp/279523>

Kriteret mjekësore të vlerësimit të aftësisë për punë nuk reflektojnë zhvillimet bashkëkohore në vlerësimin funksional të aftësisë së kufizuar.

Kriteret mjekësore të përdorura nga KMCAP-et për vlerësimin e aftësisë për punë¹¹ nuk i janë nënshtruar një procesi të rregullt rishikimi dhe përditësimi, pavarësisht zhvillimeve kombëtare dhe ndërkombëtare në fushën e vlerësimit të aftësisë së kufizuar. Kjo situatë ngre nevojën për të analizuar përshtatshmërinë e kriterëve aktualë në raport me konceptet bashkëkohore të funksionalitetit dhe aftësisë për punë.

Propozimi për kriteret mjekësore aktualë në vitin 2010 është iniciuar nga Drejtori i Përgjithshëm i Institutit të Sigurimeve Shoqërore¹², duke evidentuar se rinovimi i kriterëve ishte një nga prioritetet e ISSH, pasi deri në atë moment punohej me kriteret mjekësore të hartuara që në vitin 1991.

Kriteret Mjekësore që përdoren aktualisht nuk rezultojnë të jenë miratuar në formën e një akti nënligjor normativ të publikuar në Fletoren Zyrtare apo të aksesueshëm publikisht. Dokumenti administrohet dhe qarkullon në formë fizike ndërmjet strukturave përdoruese të sistemit të ekspertizës mjekësore. Mungesa e publikimit dhe aksesueshmërisë së plotë të kriterëve krijon kufizime në transparencën e kuadrit të vlerësimit, standardizimin e zbatimit të kriterëve dhe aksesin e individëve mbi bazën metodologjike mbi të cilën mbështetet vendimarrja e KMCAP-ve.

Një nga zhvillimet më të rëndësishme në sistemet evropiane të vlerësimit të aftësisë së kufizuar gjatë dekadave të fundit ka qenë kalimi gradual nga modeli strikt mjekësor drejt një qasjeje funksionale dhe biopsikosociale. Historikisht, sistemet e invaliditetit mbështeteshin kryesisht në diagnozën klinike dhe në dëmtimin anatomik ose fiziologjik, duke e trajtuar aftësinë e kufizuar kryesisht si problem individual mjekësor. Në këtë model, vlerësimi fokusohej te sëmundja ose dëmtimi në vetvete, shpesh përmes listave statike të diagnozave dhe përqindjeve të invaliditetit.

Në nivel ndërkombëtar, ndryshimi konceptual u institucionalizua nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, me miratimin në vitin 2001 të *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), e cila zëvendësoi qasjen tradicionale të bazuar vetëm në diagnozë me një model që vlerëson funksionimin, aktivitetet, pjesëmarrjen sociale dhe faktorët mjedisorë. Vetë OBSH thekson se ICF përbën kuadrin rregullativ për matjen e shëndetit dhe paaftësisë, në nivel individual dhe në rang popullsie, dhe se ajo shërben si bazë konceptuale për formulimin e politikave mbi aftësinë e kufizuar. Në ICF, termi “*funksionim (functioning)*” i referohet të gjitha funksioneve trupore, aktiviteteve dhe pjesëmarrjes, ndërsa “*aftësia e kufizuar (disability)*” është në mënyrë të ngjashme një term ombrellë që përfshin dëmtimet, kufizimet në aktivitete dhe kufizimet në pjesëmarrje¹³.

Meqenëse ICF është në thelb një klasifikim i shëndetit dhe i elementëve që lidhen me shëndetin, ai përdoret gjithashtu nga sektorë të tillë si sigurimet shoqërore, politikat sociale, hartimi i kuadrit ligjor, etj. Ai konsiderohet si një nga klasifikimet sociale të Organizatës së Kombeve të Bashkuara (UN) dhe përmendet si pjesë përbërëse e Rregullave Standarde për Barazimin e Mundësive për Personat me Aftësi të Kufizuar (*Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*)¹⁴. Në ICF (e570) përfshihen edhe shërbimet, sistemet dhe politikat e sigurimeve shoqërore, që synojnë të sigurojnë mbështetje në të ardhura për individë të cilët, për shkak ndër të tjera të gjendjes shëndetësore ose paaftësisë kanë nevojë për mbështetje që financohet nga skemat kontributive¹⁵.

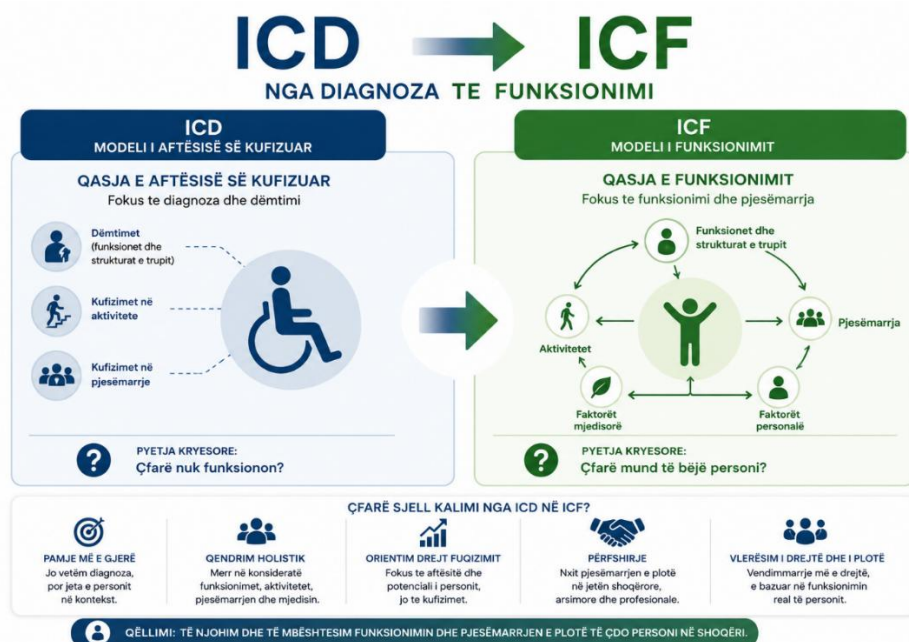
¹¹ të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë me shkresën nr. 4913 prot, datë 24.11.2010

¹² shkresa nr. 6369 prot., datë 18.11.2010 drejtuar Ministrisë së Shëndetësisë

¹³ “Towards a common language for Functioning, Disability and Health – ICF”, Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2002, fq. 2.

¹⁴ “International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF”, pika 2 “Qëllimet e ICF”, 2001, fq. 6.

¹⁵ “International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF”, Kapitulli V “Shërbimet, sistemet dhe politikat”, 2001, fq. 209.



Legjislacioni shqiptar ka përfshirë gradualisht konceptin e vlerësimit të funksionalitetit dhe qasjen biopsikosociale në një skemë paralele të vlerësimit të aftësisë së kufizuar, në legjislacionin e asistencës sociale. Vlerësimi biopsikosocial i aftësisë së kufizuar dhe i nivelit të kufizimeve funksionale bëhet në përputhje me Klasifikimin Ndërkombëtar mbi Funksionimin, Aftësinë e Kufizuar dhe Shëndetin, të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, duke përfshirë faktorët që dëmtojnë aftësinë e një individi për të kryer veprimtari të jetesës së përditshme dhe për të marrë pjesë në shoqëri në kushte të barabarta me të tjerët¹⁶. Kriteret për vlerësimin biopsikosocial të aftësisë së kufizuar tek të rriturit dhe fëmijët janë miratuar fillimisht në vitin 2016¹⁷ dhe janë rishikuar në vitin 2025¹⁸, në bashkëpunim me specialistë të fushave të ndryshme në MSHMS, QSUNT, SHSSH, OSHKSH.

KMCAP-et e ISSH-së e realizojnë vlerësimin mbi bazën e dokumentacionit mjekësor zyrtar dhe Kriteve Mjekësore të vitit 2010, duke u fokusuar në diagnozën, shkallën e humbjes së aftësisë për punë dhe periudhën e paaftësisë. Në këtë model, vlerësimi mbështetet mbi elementët klinikë dhe dëmtimin anatomik ose fiziologjik të individit. Nga analiza e kuadrit rregullator, nuk rezulton të jetë parashikuar një mekanizëm periodik rishikimi dhe përditësimi të këtyre kriteve në funksion të zhvillimeve bashkëkohore në fushën e vlerësimit të aftësisë së kufizuar. Nga intervistat e zhvilluara gjatë auditimit, specialistë mjekë të komisioneve rajonale u shprehën se, për disa kategori gjendjesh shëndetësore të parikthyeshme, kriteret e vlerësimit duhet të parashikojnë invaliditet të përhershëm dhe jo rikontrolle periodike. Konkretisht, u referuan raste si amputacionet, dëmtimet e palcës kurrizore dhe gjymtimet e tjera të pakthyeshme, për të cilat, sipas tyre, rikomisionimet e përsëritura nuk sjellin ndryshim të pritshëm në gjendjen funksionale të individit.

Nevoja për rishikim të kriteve mjekësore nuk lidhet vetëm me përfshirjen e diagnozave ose gjendjeve të reja shëndetësore, por edhe me mënyrën se si vlerësohet vetë aftësia për punë. Kriteret

¹⁶ Kreu III, pika 2, e VKM-së nr. 722, datë 11.11.2019 “Për përcaktimin e masës, të kriteve, procedurave dhe dokumentacionit për vlerësimin dhe përfitimin e aftësisë së kufizuar e të ndihmës personal, dhe të strukturave përgjegjëse e të detyrave të tyre”

¹⁷ Udhëzimi i përbashkët i Ministrisë të Mirëqenies Sociale dhe Rinisë dhe Ministrisë të Shëndetësisë nr. 21, datë 07.10.2016

¹⁸ Udhëzimi i MSHMS-së nr. 20, datë 17.01.2025

aktuale janë ndërtuar mbi parametrat dhe tipologjitë e punës ekzistuese në periudhën kur ato janë miratuar, ndërkohë që struktura e tregut të punës dhe natyra e profesioneve kanë pësuar ndryshime të konsiderueshme gjatë viteve të fundit. Zhvillimi i profesioneve me ngarkesë më të ulët fizike, përdorimi më i gjerë i teknologjisë dhe rritja e formave fleksibël të organizimit të punës krijojnë nevojën që koncepti i “aftësisë për punë” të analizohet jo vetëm në raport me dëmtimin klinik ose performancën fizike, por edhe me aftësinë reale të individit për të ushtruar veprimtari të përshtatshme pune në kushtet aktuale të tregut të punës.

Nga ana tjetër, në skemën biopsikosociale të aftësisë së kufizuar, sa i përket asistencës sociale, legjislacioni ka reflektuar zhvillimet ndërkombëtare të lidhura me ICF-së të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, duke parashikuar që vlerësimi të mos fokusohet vetëm në diagnozën mjekësore, por edhe në funksionalitetin, aktivitetin, pjesëmarrjen sociale dhe faktorët mjedisorë që ndikojnë në aftësinë e individit për të jetuar dhe funksionuar në mënyrë të pavarur në shoqëri.

Në këtë aspekt, rezulton se në nivel kombëtar aplikohen paralelisht dy modele të ndryshme vlerësimi të aftësisë së kufizuar, përkatësisht:

- modeli tradicional mjekësor, i përdorur në skemën kontributive të pensionit të invaliditetit;
- modeli biopsikosocial i bazuar në ICF, i përdorur në skemën jokontributive të asistencës sociale.

Pavarësisht natyrës së ndryshme të dy skemave, ekzistenca e dy metodologjive të ndryshme të vlerësimit të kufizimeve që burojnë nga gjendja shëndetësore, pa mekanizma të qartë harmonizimi konceptual apo koordinimi institucional, mund të krijojë premisa për trajtim jo të njëtrajtshëm të rasteve me karakteristika të ngjashme funksionale. Në këtë kuadër, përdorimi në skemën kontributive të pensionit të invaliditetit i Kriteve Mjekësore të miratuara në vitin 2010 ngre nevojën për të analizuar nëse këto kriterë reflektojnë në mënyrë të mjaftueshme zhvillimet bashkëkohore ndërkombëtare në fushën e vlerësimit funksional të aftësisë së kufizuar, përfshirë edhe qasjen e parashikuar nga ICF e Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

Kriteret mjekësore për sëmundjet profesionale nuk janë harmonizuar me kuadrin ligjor në fuqi dhe standardet e ILO-s.

Nevoja për përditësimin periodik të kriteve mjekësore reflektohet edhe në trajtimin e aksidenteve në punë dhe sëmundjeve profesionale, një fushë e karakterizuar nga zhvillime të vazhdueshme ligjore, shkencore dhe teknologjike. Në këtë kontekst, përputhshmëria e kuadrit kombëtar me standardet dhe klasifikimet ndërkombëtare merr rëndësi të veçantë për garantimin e një vlerësimi të plotë dhe bashkëkohor të aftësisë për punë.

Personat e siguruar, në rastet e aksidenteve në punë ose sëmundjeve profesionale, përfitojnë të drejtën e së ardhurës për paaftësi, pavarësisht nga vjetërsia në punë¹⁹, konkretisht të ardhura për paaftësi të përkohshme, për invaliditet të përhershëm ose të ardhura për invaliditet të pjesshëm të përhershëm.

Lista e Sëmundjeve Profesionale²⁰ përfshin kategoritë kryesore, si agjentë kimikë, sëmundje të lëkurës, respiratorë/ tumore, infektive-parazitare dhe agjentë fizikë. Ajo parashikon se sëmundjet konsiderohen profesionale kur lidhen drejtpërdrejt me profesionin dhe ekspozimin në vendin e punës. Gjithashtu, përfshin edhe çrregullime muskulo-skeletore/ fizike, si hipoakuzia nga zhurma, dëmtime nga vibrimi, bursitë, lezionet menisku, paraliza nervore nga presioni, etj.

Në Seksionin “Kriteret mjekësore për përcaktimin e aftësisë për punë për të sëmurët me sëmundje profesionale”, pjesë e Kriteve Mjekësore të vitit 2010, përcaktohet se “Lista e sëmundjeve profesionale dhe procedurat për njohjen si të tilla, përcaktohen në VKM-në 396, datë 28.06.2007

¹⁹ neni 46 i Ligjit 7703/1993

²⁰ e përcaktuar në VKM 594/2015

“Për përcaktimin e sëmundjeve profesionale”. Nuk mund të vlerësohen si sëmundje profesionale sëmundje jashtë kësaj liste”. Ky akt është shfuqizuar nga VKM nr. 594, datë 01.07.2015, ku është zgjeruar dhe modernizuar pjesërisht qasja ndaj sëmundjeve profesionale, duke reflektuar në masë më të madhe strukturën dhe klasifikimin ndërkombëtar të sëmundjeve profesionale të njohura nga International Labour Organization. Edhe në këtë rast, referimi në kriteret mjekësore të vitit 2010 ndaj një akti të shfuqizuar pasqyron nevojën e përditësimit periodik të këtyre kriterëve në funksion të zhvillimeve ligjore dhe standardeve bashkëkohore në fushën e sëmundjeve profesionale.

Lista e Sëmundjeve Profesionale të ILO-s 2010²¹ pasqyron zhvillimet më bashkëkohore në identifikimin dhe njohjen e sëmundjeve profesionale në botën e sotme të punës dhe përfaqëson konsensusin më të fundit ndërkombëtar mbi sëmundjet që pranohen ndërkombëtarisht si të shkaktuara nga puna. Krahasuar me listën e ILO-s, lista aktualisht në fuqi në Shqipëri nuk përfshin çrregullimet mendore dhe të sjelljes, të cilat janë përfshirë në listën e ILO-s për herë të parë në vitin 2010.

Mungojnë mekanizmat e referimit dhe koordinimit ndërmjet skemës kontributive të pensionit të invaliditetit dhe skemave jokontributive të mbrojtjes sociale.

Kriteri kontributiv²² përbën një nga elementët themelorë të skemës së pensionit të invaliditetit, duke kushtëzuar përfitimin jo vetëm nga humbja e aftësisë për punë, por edhe nga historia e sigurimit dhe pagesës së kontributeve. Auditimi evidentoi se, megjithëse ky kriter është në përputhje me natyrën kontributive të skemës dhe praktikat ndërkombëtare, mungesa e një sistemi referimi dhe e mekanizmave të koordinimit ndërmjet skemës së pensionit të invaliditetit dhe skemave jokontributive të mbrojtjes sociale mund të krijojë vështirësi në aksesin ndaj mbështetjes sociale për individët që rezultojnë të paaftë për punë, por që nuk përmbushin kushtet kontributive për përfitim.

Përfitimi i pensionit të invaliditetit nuk lidhet vetëm me ekzistencën e një gjendjeje shëndetësore që shkakton humbjen e aftësisë për punë, por edhe me ekzistencën e një lidhjeje paraprake të individit me skemën e sigurimeve shoqërore nëpërmjet periudhave të sigurimit dhe pagesës së kontributeve.

Kushti mbi periudhën minimale të sigurimit përbën një mekanizëm që synon të ruajë natyrën kontributive dhe qëndrueshmërinë financiare të skemës, duke diferencuar pensionin e invaliditetit në sigurimet shoqërore nga skemat jokontributive të mbështetjes sociale, duke reflektuar parimin bazë të sigurimeve shoqërore mbi marrëdhënien ndërmjet kontributeve dhe të drejtës për përfitim. Kërkesa ligjore që individit të ketë së paku 12 muaj sigurim shoqëror gjatë 5 viteve të fundit para lindjes së të drejtës (*“recent insurance requirement”*), synon të evidentojë ekzistencën e një lidhjeje relativisht aktive dhe të vazhdueshme të individit me tregun formal të punës dhe me skemën e sigurimeve shoqërore në momentin e krijimit të paaftësisë për punë. Gjatë viteve, ky kusht ligjor ka pësuar ndryshime, të cilat kanë reflektuar edhe përfshirjen e individëve në skemën e pensionit të invaliditetit.

Deri në vitin 2005, parashikohej se pensioni i invaliditetit përfitohej nga personi që bëhej i paaftë për punë gjatë kohës që ishte i siguruar, duke e lidhur lindjen e së drejtës jo vetëm me periudhën e sigurimit, por edhe me statusin aktiv të sigurimit në momentin e invalidizimit.

Me ndryshimet e vitit 2005²³, u hoq kërkesa që invalidizimi të ndodhte gjatë kohës që personi ishte i siguruar, ndërsa periudha minimale e sigurimit u përcaktua sa gjysma e diferencës ndërmjet moshës së personit në momentin e invalidizimit dhe moshës 20 vjeç. Ky zgjerim i kriterëve të

²¹ ILO List of Occupational Diseases (revised 2010), International Labour Organization

²² Sipas nenit 35 të Ligjit nr. 7703/1993, I ndryshuar

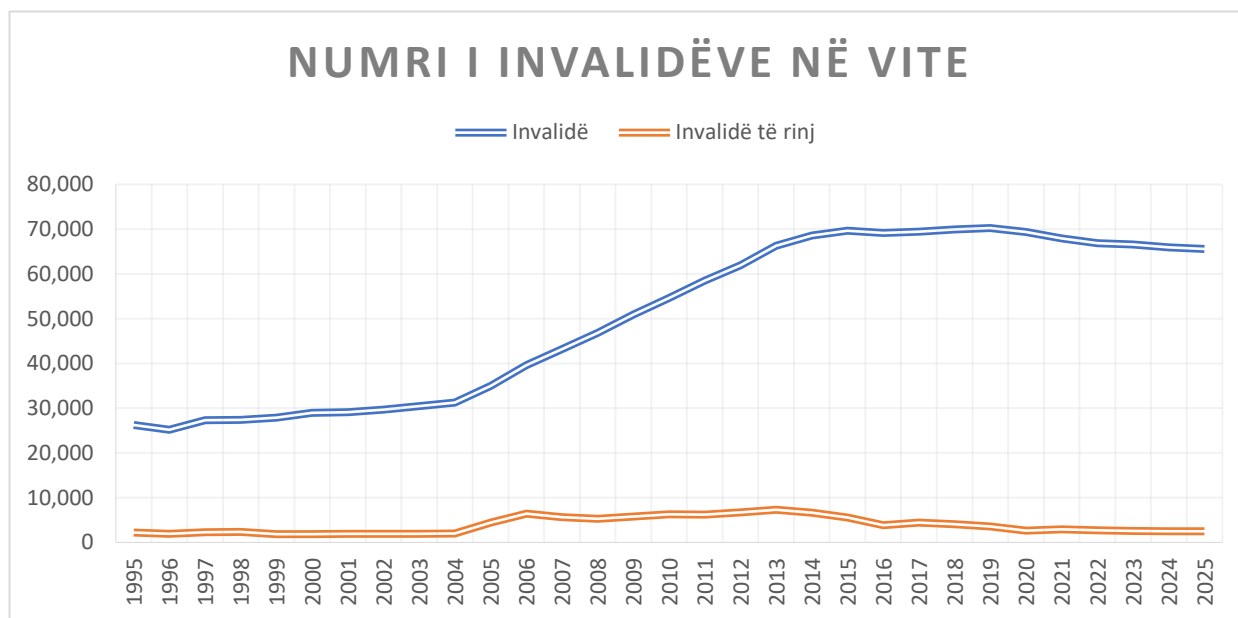
²³ Ligji nr. 9377, datë 21.04.2005

pranueshmërisë u shoqërua me një rritje të ndjeshme të përfshirjes në skemë, ku numri mesatar vjetor i pensioneve të reja të invaliditetit për periudhën 2005–2015 rezultoi rreth 200% më i lartë krahasuar me periudhën 1997–2004.

Me ndryshimet e vitit 2015²⁴, kriteri kontributiv u shtrëngua duke përcaktuar se periudha minimale e sigurimit duhet të jetë sa $\frac{3}{4}$ e diferencës ndërmjet moshës së personit në momentin e invalidizimit dhe moshës 20 vjeç, si dhe duke vendosur kushtin shtesë që individit të ketë të paktën 12 muaj sigurim shoqëror gjatë 5 viteve të fundit përpara lindjes së së drejtës.

Këto ndryshime u shoqëruan me një reduktim të numrit të përfituesve të rinj, ku mesatarja vjetore e pensioneve të reja të invaliditetit për periudhën 2015–2025 rezultoi rreth 44% më e ulët krahasuar me 2005–2015.

Ecuria ndër vite e numrit të invalidëve dhe invalidëve të rinj të përfshirë pasqyrohet grafikisht, si më poshtë:



Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Analiza krahasuese e sistemeve të sigurimeve shoqërore në disa vende evropiane evidenton se kriteret kontributive për pensionet e invaliditetit përbëjnë elementë të zakonshëm të skemave të sigurimeve shoqërore, ku përfitimi kushtëzohet jo vetëm nga ekzistenca e një humbjeje të aftësisë për punë, por edhe nga plotësimi i periudhave minimale të sigurimit dhe ekzistenca e kontributeve në vitet e fundit para lindjes së të drejtës. Këto kriteret synojnë të ruajnë lidhjen ndërmjet skemës së përfitimeve dhe pjesëmarrjes së individit në sistemin kontributiv të sigurimeve shoqërore.

Nga të dhënat e vëna në dispozicion, ka rezultuar se, për vitet periudhë auditimi 2023-2025, numri i individëve që nuk kanë përfituar pension invaliditeti për shkak të kriterit ligjor, në raport me rastet e reja të komisionuara në KMCAP-të të nivelit të parë, është, si më poshtë:

²⁴ miratuar me ligjin nr. 104, datë 31.07.2014, në fuqi nga viti 2015

2023				2024				2025			
Rajoni	Raste të reja	Neni 35	% e rasteve të reja	Rajoni	Raste të reja	Neni 35	% e rasteve të reja	Rajoni	Raste të reja	Neni 35	% e rasteve të reja
Tiranë	700	101	14.43%	Tiranë	644	134	20.81%	Tiranë	680	111	16.32%
Durrës	342	13	3.80%	Durrës	345	0	0.00%	Durrës	323	0	0.00%
Fier	183	2	1.09%	Fier	192	2	1.04%	Fier	172	1	0.58%
Vlorë	244	44	18.03%	Vlorë	267	37	13.86%	Vlorë	220	43	19.55%
Gjirokastrë	134	39	29.10%	Gjirokastrë	83	16	19.28%	Gjirokastrë	59	8	13.56%
Korçë	339	23	6.78%	Korçë	299	26	8.70%	Korçë	298	26	8.72%
Berat	206	59	28.64%	Berat	91	80	87.91%	Berat	95	85	89.47%
Elbasan	858	0	0.00%	Elbasan	877	0	0.00%	Elbasan	591	0	0.00%
Kukës	108	0	0.00%	Kukës	78	1	1.28%	Kukës	72	4	5.56%
Lezhë	159	30	18.87%	Lezhë	184	8	4.35%	Lezhë	301	14	4.65%
Shkodër	654	0	0.00%	Shkodër	178	0	0.00%	Shkodër	171	0	0.00%
Dibër	121	0	0.00%	Dibër	135	11	8.15%	Dibër	129	6	4.65%
TOTAL	4,048	311	7.68%	TOTAL	3,373	315	9.34%	TOTAL	3,111	298	9.58%



Në vitin 2023,
7.68% e rasteve të reja
nuk kanë përfituar pension invaliditeti
për shkak të kriterit ligjor.



Në vitin 2024,
9.34% e rasteve të reja
nuk kanë përfituar pension invaliditeti
për shkak të kriterit ligjor.



Në vitin 2025,
9.58% e rasteve të reja
nuk kanë përfituar pension invaliditeti
për shkak të kriterit ligjor.

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Analiza krahasuese evidenton se në shumë shtete, krahas skemave kontributive të sigurimeve shoqërore, ekzistojnë edhe mekanizma alternativë mbështetës nëpërmjet skemave jokontributive të asistencës sociale për individët që, ndonëse kanë humbur aftësinë për punë, nuk plotësojnë kushtet ligjore kontributive për përfitimin e pensionit të invaliditetit. Ndarja ndërmjet skemës kontributive dhe mekanizmave jokontributivë synon të ruajë balancën ndërmjet parimit të sigurimit shoqëror, të bazuar mbi kontributet dhe periudhat e sigurimit dhe nevojës për të garantuar mbrojtje minimale sociale për individët që për shkaqe të ndryshme mbeten jashtë skemës kontributive krahas humbjes së aftësisë për punë.

Edhe kuadri ligjor shqiptar²⁵ parashikon përfitime për persona të paaftë për punë që nuk plotësojnë kushtet ligjore për përfitim të pensionit të invaliditetit sipas legjislacionit të sigurimeve shoqërore. Kjo tregon se sistemi shqiptar, ashtu si shumë sisteme të tjera evropiane, ndërton mbrojtjen sociale mbi një kombinim të mekanizmave kontributivë dhe jokontributivë.

Pavarësisht se legjislacioni i asistencës sociale ka parashikuar përfshirjen në skemë të personave të paaftë për punë që nuk plotësojnë kushtet ligjore për përfitimin e pensionit të invaliditetit në skemën kontributive, kuadri rregullator nuk parashikon një mekanizëm të qartë referimi ndërmjet dy skemave. Kjo mangësi merr rëndësi edhe për faktin se dy skemat ndjekin procedura të ndryshme aplikimi dhe vlerësimi. Në skemën kontributive të pensionit të invaliditetit, referimi drejt KMCAP-it bëhet nga institucionet mjekësore me shtretër ose komisionet mjekësore përkatëse nëpërmjet “Fletë-Drejtimit për në KMCAP”, ndërsa në skemën e asistencës sociale procedura nis nëpërmjet referimit nga mjeku i familjes dhe plotësimit të formularit tip.

Gjithashtu, kriteret e vlerësimit në dy skemat nuk janë të njëjta. Ndërsa pensioni i invaliditetit në sigurimet shoqërore mbështetet në vlerësimin e humbjes së aftësisë për punë mbi bazën e kriterëve mjekësorë dhe periudhës së sigurimit, skema e asistencës sociale për aftësinë e kufizuar mbështetet në modelin biopsikosocial, të përshtatur sipas ICF, duke përfshirë krahas vlerësimit mjekësor edhe vlerësimin social dhe funksional të individit.

Në mungesë të një mekanizmi referimi nga skema kontributive drejt asaj jokontributive, individët që nuk përmbushin kushtet ligjore për pension invaliditeti detyrohen të nisin një procedurë të re, me dokumentacion, referim dhe kriterë të ndryshme vlerësimi, që zgjat kohën, vështirëson ndjekjen e procedurave për persona që tashmë janë identifikuar si të paaftë për punë nga KMCAP-et e ISSH-së dhe vonon përfshirjen në mbështetje financiare. Në raste të caktuara, mungesa e koordinimit të dy skemave krijon riskun që individë të mbeten përkohësisht ose plotësisht jashtë

²⁵ ligji nr. 57/2019 “Për asistencën sociale në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar

çdo skeme përfitim, veçanërisht kur diagnoza apo gjendja e vlerësuar në skemën kontributive nuk përputhet me kriteret dhe listën e diagnozave të skemës biopsikosociale të asistencës sociale.

1. Gjetja nga auditimi: Kriteret mjekësore²⁶ nuk kanë qenë objekt i një procesi të strukturuar dhe periodik rishikimi në funksion të zhvillimeve bashkëkohore në fushën e vlerësimit të aftësisë së kufizuar. Ndërkohë që në skemën jokontributive të asistencës sociale janë ndërmarrë procese rishikimi dhe përditësimi të metodologjisë së vlerësimit të aftësisë së kufizuar bazuar në funksionalitetin e individëve, në vitet 2016 dhe 2025, në skemën kontributive të pensionit të invaliditetit nuk rezulton të jetë parashikuar një mekanizëm analog për rishikimin e kriterëve mjekësore. Nevoja për përditësim nuk lidhet vetëm me përfshirjen e diagnozave ose sëmundjeve të reja, por edhe me mënyrën se si konceptohet dhe vlerësohet vetë aftësia për punë, në kushtet kur tipologjitë e profesioneve, përdorimi i teknologjisë dhe format e organizimit të punës kanë pësuar ndryshime të konsiderueshme krahasuar me periudhën kur kriteret janë miratuar. Mungesa e një mekanizmi të tillë rishikimi krijon risk që kriteret aktuale të mos reflektojnë në mënyrë të mjaftueshme zhvillimet bashkëkohore në fushën e vlerësimit funksional të aftësisë për punë.

2. Gjetja nga auditimi: Kriteret mjekësore²⁷ nuk janë miratuar nëpërmjet një akti nënligjor, nuk janë publikuar në fletoren zyrtare dhe nuk janë të aksesueshme publikisht, por qarkullojnë kryesisht në formë fizike ndërmjet strukturave përdoruese të sistemit të ekspertizës mjekësore. Mungesa e publikimit dhe aksesueshmërisë së plotë të kriterëve krijon kufizime në transparencën dhe standardizimin e procesit të vlerësimit të aftësisë për punë, si dhe vështirëson harmonizimin dhe përditësimin e tyre në funksion të ndryshimeve ligjore dhe zhvillimeve bashkëkohore në këtë fushë.

3. Gjetja nga auditimi: Legjislacioni i sigurimeve shoqërore²⁸ vijon të konsiderojë vendimet e KMCAP Epror si vendime të formës së prerë, ndonëse praktika gjyqësore ka përcaktuar se këto vendime i nënshtrohen kontrollit gjyqësor. Kjo mospërputhje ndërmjet kuadrit ligjor dhe interpretimit të detyrueshëm gjyqësor krijon paqartësi në zbatimin e legjislacionit dhe cenon sigurinë juridike të individëve që kërkojnë mbrojtjen e të drejtave të tyre.

4. Gjetja nga auditimi: Megjithëse legjislacioni i asistencës sociale²⁹ parashikon përfshirjen në skemat mbështetëse të personave të paaftë për punë që nuk përfitojnë pension invaliditeti në skemën kontributive të sigurimeve shoqërore, nuk është parashikuar një mekanizëm referimi dhe koordinimi ndërmjet dy skemave. Konkretisht, individët që nuk përfitojnë pension invaliditeti për shkak të mosplotësimit të kushtit ligjor kontributiv detyrohen t'i nënshtrohen një procedure të re aplikimi dhe vlerësimi në skemën jokontributive të asistencës sociale, e cila bazohet në procedura dhe metodologji të ndryshme vlerësimi. Mungesa e harmonizimit dhe koordinimit procedural ndërmjet akteve ligjore dhe metodologjive të vlerësimit të zbatuara në dy skemat zgjat kohën e trajtimit të rasteve deri në përfshirjen në përfitimet financiare të individëve, krijon barrë shtesë administrative për individët dhe mbart riskun e mospërfshirjes së individëve në skemat e mbështetjes sociale për shkak të ndryshimeve në kriteret e vlerësimit të aftësisë së kufizuar në skemat respektive.

5. Gjetja nga auditimi: Megjithëse mekanizmi i realizimit të komisionimit nëpërmjet kanaleve digjitale është përfshirë si metodë për raste specifike të pamundësisë objektive të prezencës fizike³⁰, nuk rezulton të jetë miratuar një procedurë administrative dhe teknike mbi mënyrën konkrete të organizimit dhe realizimit të videokonferencës. Konkretisht, nuk rezultojnë të përcaktuara platformat që përdoren, standardet minimale teknike, mënyra e identifikimit të individit, administrimi dhe ruajtja e dokumentacionit elektronik, dokumentimi i procesit të

²⁶ të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë me shkresën nr. 4913 prot, datë 24.11.2010

²⁷ të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë me shkresën nr. 4913 prot, datë 24.11.2010

²⁸ Neni 39/1 pika 3 i Ligjit nr. 7703/1993, i ndryshuar

²⁹ Kreu II, pika 1, gërma d, i VKM-së nr. 722, datë 11.11.2019

³⁰ Rregullorja e Përbashkët e ISSH-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë me ndryshimet e vitit 2015.

komisionimit dhe përgjegjësitë konkrete të strukturave të përfshira në procedurë. Nga analiza e praktikave ndërkombëtare rezulton një tendencë graduale drejt përdorimit të mekanizmave të telemjekësisë dhe tele-ekspertizës për reduktimin e kohës së trajtimit të praktikave, barrës administrative dhe barrierave territoriale për individët me kufizime të lëvizshmërisë.

Konkluzioni 1: Megjithëse kuadri rregullator i pensioneve të invaliditetit përcakton strukturat, procedurat dhe kriteret bazë për vlerësimin e aftësisë për punë, ai nuk rezulton të jetë përditësuar në mënyrë sistematike për të reflektuar zhvillimet ligjore, institucionale, teknologjike dhe metodologjike të viteve të fundit. Mungesa e mekanizmave periodikë të rishikimit të kriterëve mjekësorë, formalizimit dhe publikimit të tyre, mospërputhjet me praktikën e konsoliduar gjyqësore, mungesa e koordinimit ndërmjet skemave kontributive dhe jokontributive, si dhe standardizimi i pamjaftueshëm i procedurave të reja të vlerësimit në distancë, kufizojnë aftësinë e sistemit për t'u përshtatur me zhvillimet bashkëkohore dhe për të garantuar procese të harmonizuara, transparente, të aksesueshme dhe efektive për individët që kanë humbur aftësinë për punë. Në kushtet kur pensioni i invaliditetit përfaqëson për shumë përfitues burimin kryesor të të ardhurave për jetesë, këto mangësi rrezikojnë të ndikojnë në aksesin dhe përfshirjen në kohë të individëve në mekanizmat e mbrojtjes sociale dhe mbështetjes financiare.

1.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të marrin masa për rishikimin dhe përditësimin periodik të kriterëve të vlerësimit të aftësisë për punë, jo vetëm sa i përket diagnozave dhe gjendjeve shëndetësore të përfshira, por edhe mënyrës së konceptimit dhe vlerësimit të vetë aftësisë për punë, në funksion të zhvillimeve bashkëkohore në fushën e vlerësimit funksional të aftësisë së kufizuar, ndryshimeve të tipologjisë së profesioneve dhe tregut të punës.

Brenda vitit 2026

2.1 Rekomandimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale të marrë masa për miratimin dhe publikimin e kriterëve mjekësorë për vlerësimin e aftësisë për punë në fletoren zyrtare, për garantimin e transparencës, standardizimit dhe harmonizimit të procesit të vlerësimit të aftësisë për punë.

Brenda vitit 2026

3.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të marrë masat për propozimin e ndryshimeve ligjore të nevojshme për harmonizimin e legjislacionit të sigurimeve shoqërore me praktikën e konsoliduar gjyqësore, lidhur me natyrën juridike të vendimeve të Komisioneve Mjekësore për Caktimit e Aftësisë për Punë Eprore dhe të drejtën e individëve për t'iu drejtuar gjykatës për kontrollin e tyre.

Brenda vitit 2026

4.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Shërbimin Social Shtetëror, të marrin masa për krijimin e një mekanizmi referimi dhe koordinimi ndërmjet skemës kontributive të pensionit të invaliditetit dhe skemave jokontributive të asistencës sociale për aftësinë e kufizuar, për rastet e individëve që nuk përfitojnë pension invaliditeti për shkak të mosplotësimit të kushtit kontributiv, duke garantuar koordinimin efektiv ndërinstitucional, reduktimin e kohës së trajtimit të rasteve dhe përfshirjen në kohë të individëve në skemat përkatëse të mbështetjes sociale.

Brenda vitit 2026

5.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të marrë masa për hartimin e një procedure të miratuar administrative dhe teknike për realizimin e komisionimit nëpërmjet videokonferencës, ku të përcaktohen standardet minimale teknike, mënyra e identifikimit të individit, administrimi dhe ruajtja e dokumentacionit elektronik, dokumentimi i procesit dhe përgjegjësitë e strukturave të përfshira.

Brenda vitit 2026

5.2 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të analizojë mundësinë e përdorimit gradual dhe pilotimit të mekanizmave të tele-ekspertizës dhe videokonferencës për kategori të caktuara rastesh, me qëllim rritjen e fleksibilitetit të procesit të ekspertizës mjekësore, reduktimin e kohës së trajtimit të praktikave dhe lehtësimin e aksesit për individët me kufizime të lëvizshmërisë ose që ndodhen larg qendrave ku realizohet komisionimi.

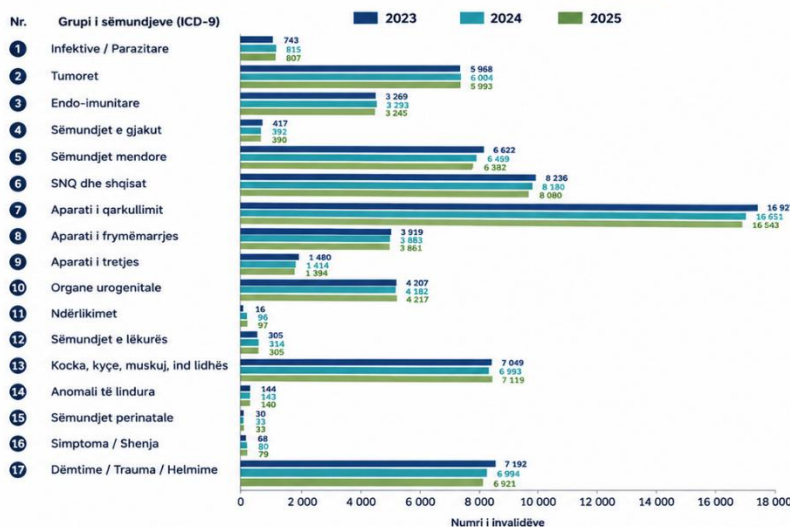
Brenda vitit 2026

4.2 A JANË TË MJAFTUESHME KAPACITETET NJERËZORE DHE ORGANIZATIVE PËR TË MBËSHTETUR FUNKSIONIMIN EFEKTIV TË KOMISIONEVE RAJONALE TË KMCAP NË TRAJTIMIN E DOSJEVE MJEKËSORE?

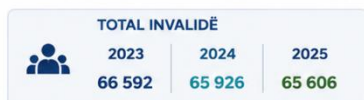
Kapacitetet njerëzore, organizative dhe administrative në KMCAP-të rajonale dhe eprorë nuk rezultojnë të mjaftueshme për të mbështetur funksionimin efektiv të procesit të vlerësimit të aftësisë për punë. Auditimi evidentoi problematika të ndërlidhura që përfshijnë ushtrimin e funksioneve nga anëtarë me mandat të përfunduar, të dalë në pension apo të dorëhequr, mungesa në kapacitetet profesionale dhe administrative, dokumentim të paplotë dhe jo të standardizuar të procesit të vendimmarrjes, si dhe problematika procedurale dhe teknologjike që ndikojnë në aksesimin e skemës. Si rezultat, konstatohen diferenca në respektimin e afateve të trajtimit, rritje e barrës administrative për qytetarët dhe dobësim i transparencës dhe gjurmueshmërisë së procesit. Këto mangësi ndikojnë drejtpërdrejt në efektivitetin e sistemit dhe në garantimin e trajtimit të barabartë të përfituesve, duke evidentuar nevojën për forcimin e kapaciteteve institucionale, standardizimin e procedurave dhe përmirësimin e mekanizmave të monitorimit dhe kontrollit.

Numri total i përfituesve të pensionit të invaliditetit ka ardhur në ulje të vazhdueshme: 66 592 (2023) → 65 926 (2024) → 65 606 (2025). Sëmundjet e aparatit të qarkullimit zënë vendin e parë (rreth 16 500 raste), të ndjekura nga sëmundjet e sistemit nervor qendror dhe shqisave, si dhe dëmtimet traumatike. Nga totali, rreth 96% janë përfitues si pasojë e sëmundjeve të përgjithshme dhe 4% si pasojë e aksidenteve në punë ose sëmundjeve profesionale.

INVALIDË GJITHSEJ SIPAS SËMUNDSHMËRISË (ICD-9) 2023–2025



Nr.	Grupi i sëmundjeve (ICD-9)	2023	2024	2025
1	Infektive / Parazitare	743	815	807
2	Tumoret	5 968	6 004	5 993
3	Endo-imunitare	3 269	3 293	3 245
4	Sëmundjet e gjakut	417	392	390
5	Sëmundjet mendore	6 622	6 459	6 382
6	SNQ dhe shqisat	8 236	8 180	8 080
7	Aparati i qarkullimit	16 927	16 651	16 543
8	Aparati i frymëmarrjes	3 919	3 883	3 861
9	Aparati i tretjes	1 480	1 414	1 394
10	Organe urogenitale	4 207	4 182	4 217
11	Ndërlikimet	16	96	97
12	Sëmundjet e lëkurës	305	314	305
13	Kocka, kyçe, muskuj, ind lidhës	7 049	6 993	7 119
14	Anomali të lindura	144	143	140
15	Sëmundjet perinatale	30	33	33
16	Simptoma / Shenja	68	80	79
17	Dëmtime / Trauma / Helmime	7 192	6 994	6 921
TOTAL		66 592	65 926	65 606



Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Strukturat e ekspertizës mjekësore përballen me vështirësi në sigurimin dhe mbajtjen e burimeve njerëzore.

Pavarësisht rolit qendror që kanë në administrimin e procesit të pensioneve të invaliditetit, strukturat përgjegjëse në ISSH dhe në nivel rajonal përballen me vështirësi në sigurimin dhe mbajtjen e kapaciteteve të nevojshme profesionale, veçanërisht të specialistëve të ekspertizës mjekësore.

Drejtoria e Përfitimeve është struktura qendrore përgjegjëse për administrimin e procesit të pensioneve të invaliditetit, në bashkëpunim me Sektorin e Ekspertizës Mjekësore, Sektorin e Përfitimeve Afatgjata dhe strukturat përkatëse në DRSSH dhe ALSSH. Këto struktura kanë përgjegjësi për planifikimin, monitorimin dhe kontrollin e procesit të vlerësimit të aftësisë për punë, si dhe për trajtimin e praktikave në zbatim të legjislacionit në fuqi.

Kjo drejtori me Sektorin e Ekzaminimeve Mjekësore (Përgjegjës Sektori; Specialist/ Mjek; Specialist përpunues i dokumentacionit KMCAP), si dhe në bashkëpunim me Sektorin e Përfitimeve Afatgjata, çdo fillim viti kalendarik hartojnë planin e punës dhe objektivat përkatëse. Sektori i Ekspertizës Mjekësore me programe të miratuara vlerëson vendimmarrjet e KMCAP të nivelit të parë në të gjitha strukturat rajonale ku ato veprojnë, bën rekomandime, lë detyra dhe del me raporte përfundimtare kontrolli.

Auditimi evidentoi se strukturat përgjegjëse për administrimin e procesit të pensioneve të invaliditetit operojnë me kapacitete të kufizuara njerëzore në fushën e ekspertizës mjekësore, situatë që ndikon në qëndrueshmërinë dhe efektivitetin e procesit. Konkreisht:

- Funkcioni i specialistit mjek pranë KMCAP Epror nuk është i organizuar si pozicion i veçantë pune, por realizohet nga Përgjegjësi i Sektorit të Ekspertizës Mjekësore krahas detyrave të tjera funksionale.
- Në vitin 2024, ISSH zhvilloi procedura rekrutimi për specialistë të ekspertizës mjekësore në disa DRSSH dhe ALSSH³¹, por procedurat u mbyllën pa kandidatë konkurrues. Deri në momentin e auditimit nuk rezulton të jenë ndërmarrë procedura të tjera rekrutimi për këto pozicione.
- Sipas drejtuesve të strukturave rajonale, ndër faktorët që kanë ndikuar në mungesën e kandidatëve përmenden emigrimi i mjekëve dhe niveli i pagave. Megjithatë, nuk rezulton që ISSH të ketë kryer analiza institucionale për identifikimin e shkaqeve të vështirësive në rekrutimin dhe mbajtjen e specialistëve të ekspertizës mjekësore, si bazë për planifikimin e masave korrigjuese.

Përbërja e KMCAP-ve rajonale nuk garanton plotësisht përmbushjen e kërkesave ligjore dhe funksionimin efektiv të komisioneve.

Përbërja dhe funksionimi i një pjese të KMCAP-ve rajonale nuk rezulton plotësisht në përputhje me kriteret e përcaktuara për anëtarësinë dhe organizimin e komisioneve³², duke reflektuar vështirësi në rinovimin e përbërjes së tyre, sigurimin e kapaciteteve të nevojshme profesionale dhe garantimin e pavarësisë së procesit të vlerësimit.

KMCAP-të rajonale përbëhen nga tre deri në pesë anëtarë, mjekë specialistë me minimalisht 5 vjet përvojë, që punojnë në institucione shtetërore me shtretër dhe rinovohen çdo 5 vjet. Çdo ndryshim i mëvonshëm kërkon miratim nga ISSH. Nga verifikimi i dokumentacionit në DRSSH-të e Beratit, Shkodrës, Kavajës, etj., si dhe vëzhgimi në terren, u konstatuan si më poshtë:

³¹ me shkresën nr. 4320 prot., datë 09.04.2024

³² Sipas Rregullores së Përbashkët ISSH-MSH, datë 30.05.2005 (e ndryshuar)

- Në nivel kombëtar funksionojnë 38 KMCAP pranë drejtorive rajonale dhe agjencive lokale, ku 68 mjekë anëtarë rezultojnë të kenë tejkaluar periudhën 5-vjeçare të parashikuar për ushtrimin e funksionit në komision.
- Për të garantuar vijimësinë e procesit të komisionimit, në disa raste janë rinovuar marrëdhëniet kontraktore të anëtarëve ekzistues pa u realizuar procesi i rishikimit dhe miratimit nga ISSH.
- Në përbërjen e disa KMCAP-ve vijnë të ushtrojnë funksione mjekë që kanë arritur moshën e pensionit, çka evidenton vështirësi në sigurimin e burimeve të nevojshme njerëzore për funksionimin e komisioneve.
- Në disa raste u konstatua se i njëjti mjek ndjek individin si mjek kurues, lëshon dokumentacionin e referimit për në KMCAP dhe më pas merr pjesë edhe në vlerësimin e aftësisë së tij për punë si anëtar i komisionit. Kjo situatë krijon risk për cenimin e objektivitetit dhe pavarësisë së procesit të vlerësimit.

Përbërja e KMCAP-ve Eprorë nuk është plotësuar në mënyrë të qëndrueshme.

Auditimi evidentoi mangësi edhe lidhur me rinovimin e përbërjes së KMCAP-ve Eprorë, të cilat kanë sjellë vijimësinë e ushtrimit të funksioneve nga specialistë të dalë në pension, ekzistencën e vakancave të pambuluara dhe vështirësi në sigurimin e një përbërjeje të plotë e të qëndrueshme të komisioneve.

KMCAP-të Eprorë të specializuara përbëjnë nivelin më të lartë të ekspertizës mjekësore në skemën e pensioneve të invaliditetit dhe funksionojnë pranë Drejtorisë së Përgjithshme të ISSH-së. Nga shqyrtimi i dokumentacionit dhe vëzhgimi në terren, u konstatua:

- Në përbërjen e KMCAP-ve Eprorë rezultojnë vende vakante të pambuluara, si pasojë e daljes në pension, ndërrimit të jetës ose dorëheqjes së disa anëtarëve, pa u realizuar zëvendësimi i tyre.
- Pavarësisht ndryshimeve të ndërmarra në kuadrin rregullator, në KMCAP-të Eprorë vijnë të ushtrojnë funksione specialistë që kanë dalë në pension. Ndërkohë, megjithëse numri i rasteve të shqyrtuara ka ardhur në rënie (nga 2,791 raste në vitin 2023 në 1,980 raste në vitin 2025), numri i rasteve të mbetura pa u trajtuar vijon të mbetet i konsiderueshëm (808 raste në vitin 2023 dhe 472 raste në vitet 2024–2025). Kjo situatë evidenton nevojën për forcimin e kapaciteteve dhe sigurimin e një përbërjeje të plotë dhe të qëndrueshme të komisioneve.
- ISSH ka referuar në mënyrë të përsëritur problematikën pranë MSHMS dhe MF³³, duke kërkuar emërimin e anëtarëve të rinj. Megjithatë, deri në momentin e auditimit nuk rezulton të jetë ndërmarrë një zgjidhje për plotësimin e vakancave ekzistuese.

Procesi i vendimmarrjes në KMCAP nuk dokumentohet në mënyrë të plotë dhe të standardizuar.

Procesi i shqyrtimit të rasteve në KMCAP-të rajonale nuk dokumentohet në mënyrë të plotë dhe të standardizuar, duke kufizuar gjurmueshmërinë e vendimmarrjes dhe mundësinë për të verifikuar aktivitetet e kryera nga komisionet.

KMCAP-et Rajonale mblidhen jo më pak se tre herë në muaj për të shqyrtuar kërkesat e të sëmureve dhe invalidëve, ndërsa KMCAP-et Eprorë jo më pak se një herë në muaj³⁴. Përpara zhvillimit të komisionimit, anëtarët e komisionit shqyrtojnë dokumentacionin e rastit, vlerësojnë përmbushjen e kushteve për përfitim dhe analizojnë elementët që lidhen me gjendjen shëndetësore, historikun e invaliditetit dhe aktivitetin profesional të individit. Pas shqyrtimit të dokumentacionit

³³ Shkresat nr. 2030 prot., datë 18.03.2022, nr. 8455 prot., datë 02.08.2024 dhe nr. 1255 prot., datë 16.01.2026

³⁴ Rregullore. Paragr. II.Të Drejtat dhe Detyrat e KMCAP-ve

dhe vizitës së personit, komisioni merr vendim mbi shkallën e humbjes së aftësisë për punë dhe, sipas rastit, rekomandon masa për riaftësimin fizik ose profesional të tij.

Nga verifikimi në terren si dhe dokumentacioni i vënë në dispozicion, për mbledhjet e komisioneve KMCAP-ve rajonale si dhe KMCAP-të eprore, vihet re se zhvillohen mbledhje në DRSSH dhe në ISSH për komisionet eprore, ka një fletë format të relatorit ku pasqyrohen emrat e mjekëve si dhe të pacientëve që vizitohen, libri i protokollit si dhe gjenden dosjet e pacientëve, por gjithçka rreth pacientit evidentohet vetëm te vendimi i komisionit.

Referuar sa më sipër, jo të gjitha mbledhjet evidentohen me një proces verbal, raport apo të dhëna të tjera që dokumentojnë pjesëmarrjen dhe vendimmarrjen e mjekëve në komision, etj, ndërkohë që anëtarët e KMCAP-ve kanë për detyrë që para zhvillimit të seancës, të studiojnë praktikën me dokumentacionin e plotësuar. KMCAP-të eprore, së bashku me mjekët e ISSH-së, kontrollojnë aktivitetin e KMCAP-ve rajonale dhe bëjnë vlerësime mbi punën e kryer. Ndër detyrat e tjera të KMCAP-ve eprore janë kryerja e studimeve mbi gjendjen dhe ecurinë e invaliditetit, caktimi i drejtimeve për përmirësimin e treguesve, si dhe përmirësimi vazhdimisht i kriterëve mjekësorë për caktimin e aftësisë për punë të të sëmureve dhe invalidëve.

Gjithashtu, nga shkresat e kontrollit nr. 119 prot. (05.01.2024) drejtuar disa DRSSH, u konstatua se në disa dosje drejtuar KMCAP-ve Eprore mungojnë relacionet shoqëruese me referencën e gjendjes shëndetësore të pacientëve. Sipas aktit ligjor, bashkë me dosjen duhet të dorëzohet edhe "relacioni i hollësishëm" ku argumentohet vendimi i KMCAP-së së nivelit të parë.

Treguesit e performancës së procesit të komisionimit (2023–2025)

Megjithëse në nivel kombëtar evidentohet një përmirësim gradual i disa treguesve operacionalë gjatë periudhës 2023–2025, analiza e rasteve të trajtuara jashtë afatit ligjor dhe e rasteve me divergjencë ndërmjet anëtarëve të komisioneve evidenton se efektiviteti i procesit të vlerësimit të aftësisë për punë nuk është i njëtrajtshëm në të gjitha strukturat rajonale. Diferencat e konstatuara ndërmjet qarqeve tregojnë se kapacitetet njerëzore, organizative dhe profesionale të komisioneve ndikojnë drejtpërdrejt në kohëzgjatjen, cilësinë dhe qëndrueshmërinë e procesit vendimmarrës, duke krijuar në raste të caktuara vonesa dhe procedura shtesë për individët që kërkojnë përfitimin e pensionit të invaliditetit.

Respektimi i afateve procedurale për caktimin e pensioneve të invaliditetit përbën një tregues të rëndësishëm të efektivitetit të procesit të trajtimit të përfitimeve. Edhe vetë ISSH evidenton se pensionet e invaliditetit vijnë të shoqërohen me vonesa në lidhjen e përfitimeve dhe se kalimi i rasteve për shqyrtim në KMCAP-të Eprore ndikon në zgjatjen e procesit të vendimmarrjes³⁵. Përtej aspektit procedural, vonesat në caktimin e pensioneve të invaliditetit ndikojnë në mirëqenien ekonomike të përfituesve dhe në aksesin e tyre në kohë ndaj mbështetjes financiare, ndërsa për institucionin sjellin rritje të fluksit të ankesave, kërkesave për informacion dhe kostove administrative të lidhura me trajtimin e tyre.

Për të vlerësuar funksionimin praktik të sistemit të ekspertizës mjekësore, auditimi analizoi ecurinë e komisionimeve gjatë periudhës 2023–2025, si dhe treguesit që lidhen me respektimin e afateve procedurale dhe rastet e trajtuara me divergjencë. Këta tregues ofrojnë informacion mbi funksionimin e komisioneve në nivel rajonal dhe epror dhe efektivitetin e procesit. Gjatë periudhës 2023–2025 evidentohet një tendencë rënëse në numrin e individëve të komisionuar, nga 30,597 raste në vitin 2023 në 29,438 raste në vitin 2024 dhe 25,513 raste në vitin 2025. E njëjta prirje konstatohet edhe për rastet e reja të paraqitura për vlerësim, të cilat kanë rënë nga 4,048 raste në vitin 2023 në 3,373 raste në vitin 2024 dhe 3,111 raste në vitin 2025. Gjithashtu, në rënie paraqiten edhe rastet e trajtuara me divergjencë ndërmjet anëtarëve të komisionit, nga 614 raste në vitin 2023

³⁵ Raport vjetor mbi aktivitetin ekonomiko-financiar të Institutit të Sigurimeve Shoqërore, 2025, fq. 58, 59.

në 546 raste në vitin 2024 dhe 407 raste në vitin 2025. Tabelat me të dhënat mbi dinamikën e KMCAP-ve rajonale janë në aneksin nr. 1, bashkëlidhur.

Respektimi i afateve procedurale është përmirësuar, por mbeten diferenca të konsiderueshme ndërmjet rajoneve.

Afatet e komisionimit të individëve janë 30 ditë nga data e aplikimit, ndërsa afati për lidhjen e pensionit përlllogaritjet rreth 45 ditë, duke përfshirë procesin e vlerësimit nga KMCAP-të, procedurat administrative të caktimit të pensionit, verifikimet e periudhave të sigurimit dhe përlllogaritjen e masës së pensionit. Respektimi i këtyre afateve është veçanërisht i rëndësishëm duke pasur parasysh se pensioni i invaliditetit përbën burimin kryesor të të ardhurave për individë që kanë humbur aftësinë për punë.

Koha mesatare e trajtimit të pensioneve të reja të invaliditetit

Pavarësisht se ISSH nuk administron tregues mbi kohëzgjatjen mesatare të procesit të komisionimit sipas rajoneve, institucioni disponon të dhëna mbi ditët mesatare për lidhjen e pensioneve të invaliditetit. Të dhënat tregojnë se koha mesatare kombëtare e trajtimit të pensioneve të reja ka ardhur në përmirësim gjatë periudhës objekt auditimi, nga mesatarisht 33 ditë për pension në vitin 2023 në 31 ditë në vitin 2024 dhe 28 ditë në vitin 2025, si më poshtë:

Numri i pensioneve të reja dhe mesatarja ditë/ pension

Rajoni	2023		2024		2025	
	Pensione të reja	Ditë/ pension	Pensione të reja	Ditë/ pension	Pensione të reja	Ditë/ pension
 Sarandë	28	16	32	15	35	18
 Tropojë	36	22	31	21	31	19
 Berat	73	34	86	42	84	31
 Dibër	91	48	99	35	84	44
 Durrës	238	30	276	28	253	27
 Elbasan	443	40	442	42	441	29
 Fier	194	41	177	35	187	36
 Gjirokastrë	65	31	56	26	40	31
 Korçë	255	28	241	27	258	27
 Kukës	68	28	53	26	44	24
 Lezhë	133	33	125	29	127	35
 Shkodër	154	17	146	17	130	15
 Tiranë	578	32	552	30	573	25
 Vlorë	99	30	84	30	69	39
 SHUMA	2,455	33	2,400	31	2,356	28

● Performancë e mirë ($\leq$ mesatares kombëtare)

● Performancë mesatare (mbi mesatare deri në +20%)

● Performancë e dobët ($>$ +20% mbi mesatare)

Shënim: Ngjyrosja bazohet në krahasimin me mesataren kombëtare të ditëve/pension përkatës për çdo vit.

Mesataret kombëtare: 2023 = 33 ditë | 2024 = 31 ditë | 2025 = 28 ditë

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Analiza sipas rajoneve evidenton diferenca të konsiderueshme territoriale. DRSSH Dibër paraqet vazhdimisht kohën më të lartë të trajtimit, me mesatarisht 48 ditë në vitin 2023, 35 ditë në vitin 2024 dhe 44 ditë në vitin 2025. Gjithashtu, në vitin 2025 edhe DRSSH Vlorë paraqet kohëzgjatje të lartë trajtimi, me mesatarisht 39 ditë për pension. Nga ana tjetër, rajone si Saranda, Shkodra dhe Tropoja paraqesin vazhdimisht kohë më të ulët trajtimi, duke treguar se brenda të njëjtit kuadër institucional ekzistojnë nivele të ndryshme performance.

Pensionet e lidhura jashtë afatit

Përveç kohëzgjatjes mesatare të trajtimit, një tregues tjetër i rëndësishëm i performancës lidhet me rastet kur pensionet e invaliditetit lidhen jashtë afatit të parashikuar. Të dhënat tregojnë se mesatarja kombëtare e rasteve të trajtuara jashtë afatit ka ardhur në rënie nga 10% në vitet 2023 dhe 2024 në 5% në vitin 2025, duke reflektuar një përmirësim të përgjithshëm të respektimit të

afateve procedurale. Edhe në këtë tregues evidentohen diferenca të ndjeshme territoriale, ku DRSSH Dibër paraqet nivelin më të lartë të rasteve të trajtuara jashtë afatit gjatë gjithë periudhës së analizuar, me 35% në vitin 2023, 18% në vitin 2024 dhe 31% në vitin 2025. Në vitin 2025 përkeqësim paraqet edhe DRSSH Vlorë, ku 20% e rasteve janë trajtuar jashtë afatit ligjor. Sipas informacionit të administruar gjatë auditimit, në disa raste vonesat kanë tejkaluar 90 ditë përtej afatit procedural të parashikuar.



RASTET JASHTË AFATIT SIPAS RAJONEVE

Përqindja e rasteve të caktuara jashtë afatit ligjor

RAJONI	2023 JASHTË AFATIT (%)	2024 JASHTË AFATIT (%)	2025 JASHTË AFATIT (%)
Berat	18%	29%	8%
Dibër	35%	18%	31%
Durrës	0%	0%	0%
Elbasan	25%	31%	7%
Fier	11%	8%	4%
Gjirokastrë	9%	7%	12%
Korçë	5%	5%	5%
Kukës	0%	0%	0%
Lezhë	5%	2%	2%
Shkodër	0%	0%	0%
Tiranë	8%	4%	2%
Vlorë	2%	2%	20%
MESATARE KOMBËTARE	10%	10%	5%

TOP 3 RAJONET ME NIVELIN MË TË LARTË TË RASTEVE JASHTË AFATIT NË 2025

- 1** Dibër **31%**
- 2** Vlorë **20%**
- 3** Gjirokastrë **12%**

SHKALLA E RASTEVE JASHTË AFATIT

- 0% – 5% (Shumë e mirë)
- >5% – 10% (E mirë)
- >10% – 20% (Mesatare)
- >20% (E lartë)



MESATARJA KOMBËTARE E RASTEVE JASHTË AFATIT

2023
10%

2024
10%

2025
5%



50% ULJE
krahasuar me vitin 2024
(nga 10% në 5%)

Shënim: Përqindja llogaritet si raporti i rasteve të caktuara jashtë afatit ndaj totalit të rasteve të caktuara gjatë vitit.

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Kohëzgjatja e vonesave për pensionet e lidhura jashtë afatit

Analiza e rasteve të trajtuara jashtë afatit tregon se problematika nuk lidhet vetëm me numrin e rasteve, por edhe me kohëzgjatjen e konsiderueshme të vonesave. Në nivel kombëtar, pensionet e lidhura jashtë afatit janë shoqëruar me një vonesë mesatare prej 75 ditësh në vitin 2023, 73 ditësh në vitin 2024 dhe 67 ditësh në vitin 2025, si më poshtë:

Numri i pensioneve të lidhura jashtë afatit dhe mesatarja e ditëve/ pension jashtë afatit

Rajoni	2023		2024		2025	
	Pensione të lidhura jashtë afatit	Ditë/ pension jashtë afatit	Pensione të lidhura jashtë afatit	Ditë/ pension jashtë afatit	Pensione të lidhura jashtë afatit	Ditë/ pension jashtë afatit
Sarandë	0	0	0	0	0	0
Tropojë	0	0	0	0	0	0
Berat	13	71	25	76	7	68
Dibër	32	95	18	115	26	91
Durrës	0	0	1	130	0	0
Elbasan	110	73	138	71	32	58
Fier	21	87	15	84	7	70
Gjirokastrë	6	78	4	76	5	62
Korçë	12	58	13	54	13	51
Kukës	0	0	0	0	0	0
Lezhë	6	102	3	59	2	65
Shkodër	0	0	0	0	0	0
Tiranë	47	63	21	55	12	77
Vlorë	2	47	2	47	14	53
SHUMA	249	75	240	73	118	67

- Performancë e mirë (≤ mesatares kombëtare)
- Performancë mesatare (mbi mesatare deri në +20%)
- Performancë e dobët (> +20% mbi mesatare)

Shënim: Ngjyrosja bazohet në krahasimin me mesataren kombëtare të ditëve/ pension jashtë afatit për çdo vit.
Mesataret kombëtare: 2023 = 75 ditë | 2024 = 73 ditë | 2025 = 67 ditë

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Edhe në këtë tregues, DRSSH Dibër paraqet rezultatet më problematike, me vonesa mesatare prej 95 ditësh në vitin 2023, 115 ditësh në vitin 2024 dhe 91 ditësh në vitin 2025. Gjithashtu, rajone si Lezha, Fieri dhe Elbasani paraqesin në periudha të caktuara vonesa të konsiderueshme mbi mesataren kombëtare. Ndërkohë, në vitin 2025 vihet re përkeqësim i treguesit në DRSSH Vlorë, ku vonesa mesatare për pensionet e lidhura jashtë afatit arrin në 53 ditë.

Analiza e treguesve mbi kohëzgjatjen e trajtimit, rastet e lidhura jashtë afatit dhe kohëzgjatjen e vonesave evidenton se, megjithëse performanca kombëtare ka ardhur në përmirësim gjatë periudhës objekt auditimi, vijojnë të ekzistojnë diferenca të konsiderueshme ndërmjet rajoneve. Vonesat në komisionim dhe në lidhjen e pensioneve ndikojnë drejtpërdrejt në aksesin në kohë të qytetarëve ndaj pensionit të invaliditetit dhe të ardhurave që lidhen me të, duke krijuar vështirësi ekonomike dhe sociale për individë që, për shkak të humbjes së aftësisë për punë, ndodhen në kushte veçanërisht të cënueshme. Respektimi i afateve ndikohet nga faktorë operacionalë dhe organizativë, përfshirë mungesat e personelit specialist në strukturat e ekspertizës mjekësore dhe përfitimeve, kohëzgjatjen e procesit të komisionimit. Diferencat ndërmjet rajoneve tregojnë se kapacitetet njerëzore dhe organizative të strukturave rajonale ndikojnë drejtpërdrejt në eficiencën dhe kohëzgjatjen e procesit të trajtimit të pensioneve të invaliditetit.

Rastet me divergjencë vijojnë të krijojnë procedura shtesë dhe zgjatje të procesit të vlerësimit.

Në rastet kur ndërmjet anëtarëve të komisionit ka mendime të ndryshme lidhur me shkallën e humbjes së aftësisë për punë, praktika i përcillet për shqyrtim me divergjencë KMCAP-it Epror të specializuar. Nga të dhënat e vëna në dispozicion për periudhën objekt auditimi 2023-2025, rastet e dërguara me divergjencë në raport me rastet e komisionuara, sipas qarqeve, paraqiten si më poshtë:

Rajoni	2023			2024			2025		
	Komis. Total	Divergj.	(%)	Komis. Total	Divergj.	(%)	Komis. Total	Divergj.	(%)
Tiranë	6,181	115	1.86%	5,702	141	2.47%	5,533	102	1.84%
Durrës	3,553	147	4.14%	3,410	126	3.70%	2,815	85	3.02%
Fier	2,071	11	0.53%	2,589	2	0.08%	2,092	19	0.91%
Vlorë	1,909	25	1.31%	2,113	7	0.33%	1,682	6	0.36%
Gjirokastrë	665	18	2.71%	622	17	2.73%	491	9	1.83%
Korçë	2,745	14	0.51%	2,838	1	0.04%	2,672	0	0.00%
Berat	1,201	18	1.50%	1,293	78	6.03%	1,097	37	3.37%
Elbasan	5,045	15	0.30%	4,715	7	0.15%	3,490	19	0.54%
Kukës	1,508	48	3.18%	1,357	18	1.33%	1,272	7	0.55%
Lezhë	1,479	63	4.26%	1,657	54	3.26%	1,377	39	2.83%
Shkodër	2,529	0	0.00%	1,664	3	0.18%	1,526	0	0.00%
Dibër	1,711	140	8.18%	1,503	92	6.12%	1,465	72	4.91%
Total	30,597	614	2.01%	29,463	546	1.85%	25,512	395	1.55%

Burimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, përpunuar nga grupi i auditimit

Analiza sipas qarqeve pasqyron diferenca të konsiderueshme territoriale në peshën e rasteve me divergjencë. Qarku Dibër paraqet nivelin më të lartë të rasteve të dërguara me divergjencë gjatë të gjithë periudhës, me 8.18% në vitin 2023, 6.12% në vitin 2024 dhe 4.91% në vitin 2025, nivele dukshëm mbi mesataren kombëtare. Edhe qarqet Lezhë dhe Durrës paraqesin përqindje relativisht të larta divergjence, me mbi 3–4% në disa vite të periudhës së analizuar. Nga ana tjetër, qarqe si Korça, Elbasani apo Shkodra paraqesin nivele shumë të ulëta ose pothuajse inekzistente të rasteve

me divergjencë. Nivelet më të larta të divergjencës mund të reflektojnë kompleksitetin e rasteve të trajtuara ose nevojën për ekspertizë më të specializuar në vlerësimin e diagnozave të caktuara.

Në aspekt procedural, rastet me divergjencë i nënshtrohen shqyrtimit nga KMCAP-et Eprorë të specializuara, të cilat funksionojnë të centralizuara në Tiranë. Për rrjedhojë, divergjenca ndërmjet anëtarëve të komisioneve rajonale jo vetëm zgjat kohëzgjatjen e procesit të vendimmarrjes për qytetarët, por në raste të caktuara mund të krijojë edhe barrë shtesë administrative dhe territoriale për individët që duhet t'i nënshtrohen procedurave të mëtejshme të shqyrtimit pranë strukturave eprorë të centralizuara.

Procesi i rikontrollit paraqet mangësi që kufizojnë efektivitetin e tij.

Auditimi evidentoi se procesi i rikontrollit nuk funksionon gjithmonë në përputhje me objektivin për të siguruar një rivlerësim efektiv dhe proporcional të gjendjes së përfituesve³⁶. Mangësitë në dokumentimin e rasteve, vonesat në realizimin e ekzaminimeve mjekësore, trajtimi i njëjtë i rasteve me gjendje të rikthyeshme dhe të pakthyeshme, si dhe mosfunksionimi efektiv i mekanizmave të koordinimit ndërinstitutional ndikojnë në efikasitetin dhe vlerën e shtuar të procesit të rikontrollit.

Rikontrolli kryhet në intervale jo më shumë se 1-vjeçare, ndërsa për invalidët me gjymtime fizike të parikthyeshme ose me pamundësi riaftësimi, afati mund të shtrihet deri në 3 vjet. Referuar rekomandimeve, në vizitën e rradhës, në momentin që jepen ekzaminimet nga KMCAP-ja, ka raste që personave të paaftë në punë, u caktohet ekzaminimi për një interval kohe më të gjatë se afati i përcaktuar. Mjeku i familjes i cakton një datë për vizitë te mjeku specialist, më pas te sistemi i referimit QSUT. Kjo datë caktohet për një interval kohe më të gjatë se sa e lejon afati i përcaktuar në rregulloren e KMCAP-ve.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale specifikon që pacientët e KMCAP-ve duhet të kenë prioritet përpara të gjithë pacientëve të tjerë, për të kryer ekzaminime sa më shpejt në QSUT³⁷, Invalidët e punës duhet të përfshihen në sistemin ambulator dhe spitalor direkt (pa sistem referimi), bazuar në rekomandimet e lëshuara nga KMCAP-të, duke i trajtuar si raste të urgjencës, pa planifikim. Duke qenë se sistemi i referimit është QSUT-ja, pacientëve të KMCAP-ve, u del problem me mosrespektimin e afatit kohor për kryerjen e ekzaminimeve mjekësore që i rekomandon KMCAP- Eprorë qoftë dhe Rajonale për rikontrollin e rradhës. Kjo gjë ndodh dhe për rastet urgjente që paraqiten në komision, pasi dhe për këto nuk ka procedurë tjetër, përveçse aplikimit nëpërmjet platformës e-Albania. Kjo dhe pse është përcaktuar në shkresën e mësipërme, nuk ka funksionuar siç duhet.

Nga auditimi i dosjeve të rikontrollit dhe vëzhgimet e kryera në terren u evidentuan mangësi që lidhen me dokumentimin, organizimin dhe efektivitetin e procesit të rikontrollit, konkretisht:

- Formulari i vendimit të rikontrollit për sëmundje të përgjithshme është i njëjtë me formularin e përdorur për kontrollin fillestar, pa elementë që pasqyrojnë ecurinë e gjendjes shëndetësore të pacientit ndërmjet dy vlerësimeve. Gjithashtu, në një pjesë të dosjeve nuk rezultojnë të administruara rekomandimet e mjekëve specialistë të KMCAP-ve Eprorë.
- Megjithëse MSHMS ka përcaktuar trajtimin me prioritet të pacientëve të KMCAP-ve për kryerjen e ekzaminimeve, auditimi evidentoi se ky mekanizëm nuk funksionon në mënyrë efektive në praktikë. Në disa raste, afatet e vizitave dhe ekzaminimeve të caktuara nga sistemi shëndetësor tejkalojnë afatet e rekomanduara nga KMCAP-të, ndërsa nuk rezultojnë një procedurë alternative për trajtimin e këtyre rasteve.

³⁶ Sipas pikave 8 dhe 9 të Rregullores KMCAP (30.05.2005, e ndryshuar)

³⁷ Me shkresën nr. 3516 Prot., datë 09.09.2025 drejtuar QSUT dhe spitaleve rajonale, me lëndë: “Për njohje dhe zbatim”

- U konstatuan raste kur dosje të trajtuara më parë nga KMCAP-të Eprorë janë rivlerësuar nga KMCAP-të rajonale pa ndjekur plotësisht procedurat e përcaktuara për referimin dhe shqyrtimin e tyre në nivel epror.
- Një pjesë e konsiderueshme e ekzaminimeve mjekësore të nevojshme për rikontroll kryhen në struktura private shëndetësore, ndërkohë që procedurat ekzistuese mbështeten kryesisht në sistemin publik të referimit.
- Nga intervistat me mjekët specialistë rezultoi se për disa kategori dëmtimesh të përhershme dhe objektivisht të pandryshueshme, si amputacionet, gjymtimet fizike apo disa dëmtime të kolonës vertebrale, rikontrollet periodike rrallë sjellin ndryshim në vlerësimin përfundimtar. Në këto raste, përsëritja e procesit të rikontrollit rrit ngarkesën administrative dhe kostot për institucionet dhe përfituesit, pa gjeneruar vlerë të shtuar proporcionale me burimet e përdorura.

Dokumentacioni i administruar në dosjet individuale nuk është i plotë dhe i standardizuar.

Auditimi evidentoi mangësi në cilësinë, plotësinë dhe standardizimin e dokumentacionit të administruar në dosjet e pensioneve të invaliditetit. Këto mangësi kufizojnë gjurmueshmërinë e procesit, vështirësojnë verifikimin e bazës mbi të cilën është marrë vendimmarrja dhe ndikojnë në cilësinë e informacionit të disponueshëm për vlerësimin e rasteve.

Kuadri ligjor parashikon dokumentacionin e plotë për çdo pacient të KMCAP-ve, duke përfshirë: kërkesën nëpërmjet e-Albania, fletën e drejtimit për KMCAP, epikrizën përcjellëse, ekzaminimet, vendimin e komisionit dhe rekomandimet. Administrimi i plotë dhe i saktë i dokumentacionit përbën një element thelbësor për garantimin e një procesi të besueshëm dhe të gjurmueshëm të vlerësimit të aftësisë për punë. Dokumentacioni i administruar në dosjen individuale të përfituesit shërben si bazë për shqyrtimin e rastit nga komisionet, argumentimin e vendimmarrjes dhe verifikimin e mëvonshëm të procedurave të ndjekura.

Dokumentet e lidhura me procesin e komisionimit administrohen në dosje individuale pranë strukturave rajonale, ndërsa të dhënat kryesore të procesit evidentohen në regjistrat përkatës. Cilësia dhe plotësia e këtij dokumentacioni marrin rëndësi të veçantë, pasi çdo mangësi në dokumentet mjekësore ose në informacionin mbështetës mund të ndikojë në vlerësimin e rastit dhe në gjurmueshmërinë e procesit vendimmarrës. Në këtë kuadër, fleta e drejtimit për në KMCAP përbën një dokument bazë të procesit, pasi përmbledh të dhënat kryesore mbi gjendjen shëndetësore të pacientit dhe shërben si bazë për shqyrtimin e rastit nga komisioni, duhet të përmbajë të gjitha rubrikat të plotësuara dhe të nënshkruara nga mjeku kurues, shefi i pavionit apo klinikës, shefi i shërbimit dhe drejtuesit e institucionit³⁸.

Nga auditimi i dosjeve të administruara u konstatuan mangësi të përsëritura në dokumentacionin mbështetës dhe në dokumentet e vendimmarrjes, konkretisht:

- Në një pjesë të dosjeve u konstatuan formularë me formate jo të unifikuara, përfshirë përdorimin e emërtimeve të mëparshme të komisioneve ("KEMP" në vend të "KMCAP"). Gjithashtu, në disa raste mungonin të dhëna të rëndësishme identifikuese, nënshkrimet e mjekëve përgjegjës ose informacioni i detajuar mbi historikun e sëmundjes.
- Në disa dosje mungonin fletët e daljes nga spitali ose këto dokumente paraqiteshin në formate të ndryshme, duke kufizuar një paraqitje të njëtrajtshme të informacionit mjekësor.
- Në një numër rastesh u konstatuan vendime të paplotësuara në të gjitha elementet e tyre, përfshirë mungesën e të dhënave mbi profesionin, diagnozën, kohën e fillimit të invaliditetit, rekomandimet për riaftësim, afatin e rikontrollit ose nënshkrimet e anëtarëve të komisionit.

³⁸ Shkresë e MSHMS nr. 3516 prot., datë 09.09.2025, drejtuar QSUT, spitaleve rajonale dhe ISSH

- Dokumentacioni që duhet të pasqyrojë ecurinë e gjendjes shëndetësore ndërmjet kontrolleve, epikriza përcjellëse, nuk rezultonte gjithmonë i plotësuar në mënyrë të plotë dhe konsistente, duke kufizuar informacionin e disponueshëm për vlerësimin e mëtejshëm të rastit.

Infrastruktura fizike e KMCAP-ve paraqet mangësi në administrimin e dokumentacionit dhe zhvillimin e ekzaminimeve mjekësore.

Infrastruktura fizike përbën një element mbështetës të rëndësishëm për administrimin e dokumentacionit dhe zhvillimin e procesit të vlerësimit të aftësisë për punë. Kushtet e përshtatshme për ruajtjen e dosjeve dhe realizimin e ekzaminimeve mjekësore ndikojnë drejtpërdrejt në cilësinë, sigurinë dhe besueshmërinë e procesit të komisionimit.

Nga auditimi në terren në disa DRSSH dhe ALSSH u konstatua se strukturat përgjegjëse nuk disponojnë gjithmonë hapësirat dhe kushtet e nevojshme për administrimin dhe arkivimin e dokumentacionit të pensioneve të invaliditetit. Gjithashtu, në disa raste mungojnë ambientet dhe pajisjet e nevojshme për kryerjen e ekzaminimeve mjekësore në përputhje me kërkesat e procesit të vlerësimit.

Gjatë intervistave të zhvilluara në kuadër të auditimit, mjekët anëtarë të komisioneve rajonale evidentuan se, krahas përmirësimit të procedurave të komisionimit, ekziston nevoja për investime në krijimin e ambienteve më të përshtatshme për pritjen dhe ekzaminimin e qytetarëve që i nënshtrohen procesit të vlerësimit të aftësisë për punë.

Procesi i aplikimit mbështetet kryesisht në kanalet digjitale, pa mekanizma të dedikuar asistence për qytetarët.

Për shkak të natyrës së grupit përfitues dhe kompleksitetit të procedurave e dokumentacionit të kërkuar, personat që aplikojnë për pension invaliditeti mund të përballen me vështirësi në aksesimin e shërbimeve, pasi procesi i aplikimit mbështetet kryesisht në kanale digjitale, në mungesë të sporteleve fizike. Mungesa e një mekanizmi fizik konsultimi dhe orientimi për qytetarët ndikon jo vetëm në aksesimin e shërbimit, por edhe në cilësinë e aplikimeve të paraqitura, duke rritur mundësinë e dorëzimit të dokumentacionit të paplotë ose të pasaktë. Kjo sjell nevojën për plotësim të mëtejshëm të dokumentacionit, rrit kostot kohore dhe financiare për qytetarët, si dhe krijon ngarkesë administrative shtesë për ISSH-në në verifikimin, kthimin dhe rishqyrtimin e aplikimeve. Për pasojë, procesi i përfshirjes së individëve që kanë humbur aftësinë për punë në skemën e pensioneve të invaliditetit bëhet më kompleks, duke ndikuar në aksesin e tyre në kohë ndaj mbështetjes financiare dhe sociale që ofron skema, si dhe në efektivitetin e përgjithshëm të procesit.

Aplikimi për shërbimet dhe përfitimet e sigurimeve shoqërore realizohet nëpërmjet platformës e-Albania, ndërsa dokumentacioni origjinal përcillet me shërbim postar. Megjithatë, aktualisht nuk funksionojnë mekanizma fizikë të dedikuar për informimin, orientimin dhe asistimin e qytetarëve gjatë procesit të aplikimit, ku ata të mund të verifikojnë paraprakisht plotësinë e dokumentacionit dhe të marrin mbështetje në përdorimin e kanaleve digjitale.

Në analogji me procedurën e aplikimit për personat me aftësi të kufizuar në skemën jokontributive të asistencës sociale, individët që duan të përfitojnë i drejtohen me dokumentacionin e kërkuar zyrës së vlerësimit të aftësisë së kufizuar, por është stafi i zyrës së vlerësimit që kryen paraprakisht vlerësimin e shqyrtimin e dosjes për plotësinë e dokumentacionit dhe hedhjen e të dhënave për aplikimin në sistem.

Nga intervistat e zhvilluara me pacientë dhe punonjës të KMCAP-ve Eprore rezultoi se një numër qytetarësh nga rrethet paraqiten pranë këtyre strukturave pa informacion të plotë mbi procedurat

që duhet të ndjekin dhe dokumentacionin e nevojshëm për aplikim, duke shkakuar lëvizje të panevojshme, kosto shtesë dhe ngarkesë administrative për strukturat përgjegjëse.

Raportime të mediave kanë evidentuar se, pas mbylljes së sporteleve fizike dhe kalimit të shërbimeve publike në kanale digjitale, një pjesë e qytetarëve i drejtohen subjekteve private për kryerjen e procedurave në platformën e-Albania. Kjo situatë sugjeron ekzistencën e një nevoje të vazhdueshme për orientim dhe asistencë gjatë përdorimit të shërbimeve elektronike, ndërkohë që transferon te qytetarët kosto shtesë financiare për aksesimin e shërbimeve publike³⁹.

Megjithëse në faqen zyrtare të ISSH-së publikohen skedat informative të shërbimeve, formularët standardë të aplikimit, informacioni mbi pensionet e invaliditetit dhe të dhënat e kontaktit të strukturave qendrore dhe rajonale, ka raste të mosfunksionimit të rregullt të platformës e-Albania, duke vështirësuar paraqitjen e aplikimeve, veçanërisht për personat me aftësi të kufizuar dhe qytetarët që banojnë larg qendrave administrative. Për të shmangur ndërprerjen e procesit të trajtimit të kërkesave në rastet e mosfunksionimit të platformës, ISSH ka mundur në praktikë regjistrimin dhe administrimin e aplikimeve nëpërmjet protokollit institucional. Megjithatë, kjo mënyrë veprimi nuk rezulton e formalizuar në kuadrin e brendshëm rregullator të institucionit, duke krijuar paqartësi mbi procedurat që duhet të ndiqen në raste të tilla.

Mekanizmat e monitorimit nuk garantojnë mbylljen e plotë të ciklit të kontrollit dhe përmirësimit.

Auditimi evidentoi se, megjithëse ISSH ka ngritur mekanizma monitorimi dhe kryen rregullisht inspektime mbi veprimtarinë e KMCAP-ve⁴⁰, këto mekanizma nuk rezultojnë gjithmonë efektivë në adresimin e problematikave të identifikuar dhe në sigurimin e përmirësimit të qëndrueshëm të procesit. Përsëritja e të njëjtave gjetje ndër vite, mungesa e analizave të strukturuar të riskut dhe monitorimi i kufizuar i zbatimit të rekomandimeve tregojnë dobësi në mbylljen e ciklit të kontrollit dhe përmirësimit të performancës.

Monitorimi dhe inspektimi përbëjnë mekanizmat kryesorë nëpërmjet të cilëve ISSH synon të sigurojë funksionimin e rregullt të KMCAP-ve, zbatimin e kuadrit rregullator dhe përmirësimin e vazhdueshëm të procesit të vlerësimit të aftësisë për punë. Efektiviteti i këtyre mekanizmave varet jo vetëm nga kryerja e kontroleve, por edhe nga aftësia e sistemit për të analizuar problematikën e identifikuar, për të monitoruar zbatimin e rekomandimeve dhe për të adresuar në mënyrë të qëndrueshme shkaqet e mangësive të konstatuara.

Drejtoria e Përfitimeve, nëpërmjet Sektorit të Ekspertizës Mjekësore dhe në bashkëpunim me Sektorin e Përfitimeve Afatgjatë⁴¹, harton në fillim të çdo viti planin e punës dhe objektivat përkatëse për monitorimin e procesit të pensioneve të invaliditetit. Në kuadër të këtyre programeve, Sektori i Ekspertizës Mjekësore kryen vlerësime të vendimmarrjeve të KMCAP-ve të nivelit të parë në strukturat rajonale, identifikon problematikat, lë rekomandime dhe detyra për përmirësim, si dhe harton raportet përfundimtare të kontrollit. Kontrollat realizohen mbi vendimmarrjet e KMCAP-ve për rastet e invaliditetit që ndodhen brenda afateve të përcaktuara për aftësinë për punë dhe afateve të parashikuara në legjislacionin përkatës.

Paralelisht me aktivitetin e kontrollit, ISSH ka hartuar regjistrat e riskut për veprimtarinë e saj gjatë periudhës 2023–2025, ku janë identifikuar drejtimet kryesore të riskut për secilën strukturë organizative, përfshirë edhe procesin e pensioneve të invaliditetit. Regjistra risku hartohen edhe

³⁹ <https://acqj.al/en/digjitalizimi-i-sherbimeve-publike-braktis-pensionistet/>; <https://citizens.al/2023/06/02/e-albania-ne-kancelari-mbyllja-e-sporteleve-rrit-kostot-dhe-cenon-sigurine-e-grupeve-ne-nevoje/>

⁴⁰ Rregullore e Përbashkët e Institutit të Sigurimeve Shoqërore dhe Ministrisë së Shëndetësisë, datë 30.05.2005 “Për organizimin, të drejtat, detyrat dhe funksionimin e Komisionit Mjekësor të Caktimit të Aftësisë për Punë të Invalidëve”, e ndryshuar.

⁴¹ Rregullore për organizimin dhe funksionimin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore

nga DRSSH-të, ku janë përcaktuar risqet dhe masat përkatëse që lidhen me veprimtarinë e KMCAP-ve. Megjithatë, nga auditimi u konstatua se këto regjistra nuk shoqërohen me analiza të strukturuar mbi shkaqet, ndikimin dhe ecurinë e risqeve që lidhen me funksionimin e procesit të ekspertizës mjekësore.

Gjatë periudhës 2023–2025, Sektori i Ekspertizës Mjekësore ka realizuar gjithsej 33 inspektime në DRSSH (12 në vitin 2023, 11 në vitin 2024 dhe 10 në vitin 2025), nëpërmjet programeve të kontrollit të miratuara nga Drejtori i Përgjithshëm i ISSH-së.



Nga shqyrtimi i raporteve të inspektimit rezultoi se:

- Problematikat e identifikuar paraqiten të përsëritura ndër vite, ndërsa një pjesë e konsiderueshme e rekomandimeve të adresuara nga kontrollet mbeten të njëjta nga një periudhë në tjetrën. Kjo tregon se mekanizmat e monitorimit nuk sigurojnë gjithmonë mbylljen e plotë të ciklit të kontrollit, nga identifikimi i problematikës deri te verifikimi i zbatimit të masave korrigjuese.
- Megjithëse ISSH dhe strukturat rajonale kanë hartuar regjistra rreziku për veprimtarinë e KMCAP-ve, nuk rezulton të kryhen analiza periodike mbi treguesit kryesorë të riskut dhe ecurinë e tyre në kohë.

6. Gjetja nga auditimi: Degët e Përfitimeve në Drejtoritë Rajonale dhe Agjencitë Lokale të ISSH-së⁴² përballen me vështirësi në sigurimin e stafit specialist në sektorët e ekspertizës mjekësore dhe të administrimit të pensioneve të invaliditetit, duke vijuar të ushtrojnë funksione specialistë të dalë në pension, ndërkohë që pozicionet vakante nuk kanë arritur të plotësohen. ISSH zhvilloi gjatë vitit 2024 procedura rekrutimi për specialistë të ekspertizës mjekësore në disa DRSSH dhe ALSSH, të cilat u mbyllën pa kandidatë konkurrues. Megjithatë, pas dështimit të këtyre procedurave nuk rezulton të jenë kryer analiza të strukturuar mbi shkaqet e mungesës së kandidatëve apo të jenë ndërmarrë masa konkrete për adresimin e problematikës, duke bërë që mungesa e specialistëve të vijoje të ndikojë në qëndrueshmërinë dhe efektivitetin e procesit të ekspertizës mjekësore.

7. Gjetja nga auditimi: Në 38 Komisione Mjekësore për Caktimin e Aftësisë për Punë rajonale⁴³ dhe strukturat përkatëse pranë Agjencive Lokale të Sigurimeve Shoqërore u konstatua se 68 anëtarë vijnë të ushtrojnë funksionet e tyre përtej periudhës së përcaktuar për anëtarësinë në komision, ndërsa në disa raste bëjnë pjesë në komision specialistë që kanë arritur moshën e pensionit. Gjithashtu, u evidentuan situata ku i njëjti specialist ushtron njëkohësisht funksionin e

⁴² VKM nr. 787, datë 22.9.2015 “Për përbërjen e komisioneve eprore të caktimit të aftësisë për punë”, të ndryshuar

⁴³ VKM nr. 505, datë 10.6.2015 “Për organizimin, funksionimin dhe shpërblimin e Komisioneve Eprore të Caktimit të Aftësisë për Punë”, e ndryshuar.

mjekut kurues dhe të anëtarit të komisionit që vlerëson aftësinë për punë të pacientit, duke sjellë nevojën për rivlerësim të dosjeve në nivele më të larta të sistemit, duke zgjatur procedurat dhe duke rritur kostot administrative, kohore dhe sociale për përfituesit.

8. Gjetja nga auditimi: Komisionet Mjekësore për Caktimin e Aftësisë për Punë Eprore⁴⁴ funksionojnë me anëtarë që kanë arritur moshën e pensionit apo kanë tejkaluar periudhën e mandatit. Pavarësisht ndryshimeve të ndërmarra në kuadrin rregullator dhe nevojës së evidentuar për rinovimin e përbërjes së komisioneve, nuk janë marrë masa për zëvendësimin dhe emërimin e anëtarëve të rinj. ISSH i është drejtuar në mënyrë të përsëritur institucioneve përgjegjëse me kërkesa për rishikimin e përbërjes së KMCAP-ve Eprore, por deri në momentin e auditimit nuk rezulton të jetë dhënë zgjidhje për këtë problematikë. Për rrjedhojë, procesi i vendimmarrjes në nivelin më të lartë të ekspertizës mjekësore vijon të zhvillohet nga komisione, përbërja e të cilave nuk është plotësisht në përputhje me kërkesat e kuadrit rregullator në fuqi.

9. Gjetja nga auditimi: Procesi i dokumentimit të veprimtarisë së KMCAP-ve rajonale dhe eprore⁴⁵ nuk realizohet në mënyrë të plotë, të njëtrajtshme dhe të standardizuar. Dokumentimi i mbledhjeve, analizave dhe vendimmarrjeve të komisioneve rezulton i pjesshëm, ndërsa në një pjesë të dosjeve mungon informacioni i detajuar që argumenton vendimet e marra ose pasqyron në mënyrë të plotë gjendjen shëndetësore të pacientit. Këto mangësi kufizojnë gjurmueshmërinë e procesit, vështirësojnë verifikimin e bazës mbi të cilën është marrë vendimmarrja dhe ndikojnë në transparencën, cilësinë dhe njëtrajtshmërinë e vlerësimit të rasteve.

10. Gjetja nga auditimi: Gjatë periudhës objekt auditimi, mesatarja kombëtare e rasteve të trajtuara jashtë afatit ligjor për caktimin e pensioneve të invaliditetit ka ardhur në përmirësim⁴⁶, nga 10% në vitet 2023 dhe 2024 në 5% në vitin 2025. Koha mesatare kombëtare e trajtimit të pensioneve të reja të invaliditetit është reduktuar nga 33 ditë për pension në vitin 2023 në 28 ditë në vitin 2025. Për rastet e trajtuara jashtë afatit evidentohet përmirësim, ku vonesa mesatare është ulur nga 75 ditë në vitin 2023 në 67 ditë në vitin 2025. Analiza sipas rajoneve evidenton diferenca ndërmjet rajoneve në treguesit e performancës, si në kohëzgjatjen e trajtimit të pensioneve të reja, ashtu edhe në numrin dhe kohëzgjatjen e rasteve të trajtuara jashtë afatit. Diferencat e konstatuara tregojnë se procesi i trajtimit të pensioneve të invaliditetit nuk realizohet me të njëjtin nivel efience në të gjithë territorin. Për pasojë, një pjesë e përfituesve përballen me vonesa në aksesin ndaj pensionit të invaliditetit dhe të ardhurave që lidhen me të, duke ndikuar drejtpërdrejt në mirëqenien ekonomike të individëve që kanë humbur aftësinë për punë.

11. Gjetja nga auditimi: Nga auditimi i dosjeve të rikontrollit u konstatuan mangësi në dokumentimin dhe njëtrajtshmërinë e procesit të rivlerësimit të aftësisë për punë⁴⁷. Formulari i vendimit të rikontrollit për sëmundje të përgjithshme është i njëjtë me formularin e përdorur për vlerësimin fillestar në KMCAP, duke mos pasqyruar në mënyrë të plotë ecurinë e gjendjes shëndetësore të pacientit ndërmjet dy vlerësimeve. Gjithashtu, rekomandimet e mjekëve specialistë të KMCAP-ve Eprore nuk rezultojnë të administruara në mënyrë të plotë në të gjitha dosjet e pensioneve të invaliditetit. Nga verifikimet u konstatua gjithashtu se një pjesë e ekzaminimeve mjekësore kryhen në klinika private dhe jo nëpërmjet sistemit publik të referimit, ndërsa për disa dosje të rihapura nuk janë ndjekur të njëjtat procedura të parashikuara për trajtimin e rasteve analoge, duke krijuar praktika jo të njëtrajtshme në procesin e rivlerësimit.

12. Gjetja nga auditimi: Nga auditimi i dosjeve të pensioneve të invaliditetit u konstatuan mangësi në administrimin dhe standardizimin e dokumentacionit mbështetës⁴⁸. Formatet e dokumenteve nuk janë të unifikuara dhe në praktikë vijnë të përdoren dokumente me emërtime

⁴⁴ VKM nr. 787, datë 22.9.2015 “Për përbërjen e komisioneve eprore të caktimit të aftësisë për punë”, e ndryshuar.

⁴⁵ VKM nr. 787, datë 22.9.2015 “Për përbërjen e komisioneve eprore të caktimit të aftësisë për punë”, e ndryshuar.

⁴⁶ Rregullore datë 30.05.2005 “Për Organizimin, të Drejtat, Detyrat dhe Funksionimin e Komisionit Mjekësor të Caktimit të Aftësisë për Punë të Invalidëve”.

⁴⁸ Shkresë e MSHMS nr. 3516 prot., datë 09.09.2025, drejtuar QSUT, spitaleve rajonale dhe ISSH

të vjetra (“KEMP”), duke reflektuar mungesë të harmonizimit të dokumentacionit të përdorur në proces. Gjithashtu, në një pjesë të vendimeve të KMCAP-ve nuk rezultojnë të plotësuara të gjitha rubrikat e nevojshme, si profesioni, kuadri klinik, kodi i sëmundjes, koha e fillimit të invaliditetit, këshillat për riaftësim ose afati i rikontrollit. U konstatua gjithashtu se dokumentacioni mjekësor shoqërues, përfshirë fletët e daljes, paraqitet në formate të ndryshme, duke kufizuar standardizimin dhe plotësinë e informacionit të administruar në dosjet e përfituesve.

13. Gjetja nga auditimi: Nga auditimi u konstatua se një pjesë e Drejtorive Rajonale dhe Agjencive Lokale të Sigurimeve Shoqërore⁴⁹ nuk disponojnë infrastrukturën e nevojshme fizike për administrimin dhe arkivimin e dokumentacionit të pensioneve të invaliditetit, si dhe për zhvillimin e seancave të vlerësimit të gjendjes shëndetësore në kushte të përshtatshme. Mangësitë infrastrukturore të evidentuara kufizojnë krijimin e kushteve të standardizuara për zhvillimin e procesit të ekspertizës mjekësore dhe administrimin e dokumentacionit mbështetës.

14. Gjetja nga auditimi: Procesi i aplikimit për pensionet e invaliditetit kryhet nëpërmjet platformës e-Albania⁵⁰, ndërkohë që përdorimi i kanaleve digjitale dhe administrimi i plotë i dokumentacionit të kërkuar mund të krijojnë vështirësi për një pjesë të aplikantëve, duke rritur nevojën për informim, orientim dhe asistencë të drejtpërdrejtë gjatë procesit të aplikimit. Në dallim nga skema jokontributive e asistencës sociale, ku qytetarët asistohen nga strukturat përgjegjëse gjatë administrimit të aplikimit dhe verifikimit të dokumentacionit, në skemën e pensioneve të invaliditetit nuk funksionojnë pika të dedikuara informacioni dhe asistence apo sportele për qytetarët. Si pasojë, një pjesë e aplikantëve paraqiten pranë strukturave të ekspertizës mjekësore pa informacion të plotë mbi procedurat dhe dokumentacionin e nevojshëm, duke sjellë aplikime të paplota, nevojë për plotësime të mëtejshme dhe paraqitje të përsëritura të qytetarëve pranë strukturave përgjegjëse. Gjithashtu, procedurat alternative të ndjekura në praktikë në rastet e mosfunksionimit të kanaleve digjitale nuk rezultojnë të formalizuara, duke krijuar paqartësi në aksesimin e shërbimit.

15. Gjetja nga auditimi: Nga 33 inspektimet e kryera⁵¹ gjatë periudhës 2023–2025 rezulton se rekomandimet e lëna përsëriten në masë të madhe nga një vit në tjetrin, duke treguar se mekanizmat e monitorimit dhe inspektimit nuk garantojnë adresimin efektiv të problematikave të konstatuara dhe përmirësimin e vazhdueshëm të procesit. Gjithashtu, ISSH nuk ka kryer analiza konkrete mbi risqet dhe treguesit e menaxhimit të veprimtarisë së KMCAP-ve, duke kufizuar përdorimin e informacionit të monitorimit për mbështetjen e vendimmarrjes dhe përmirësimin e performancës.

Konkluzioni 2: Kapacitetet njerëzore, organizative, infrastrukturore dhe monitoruese të strukturave përgjegjëse për ekspertizën mjekësore nuk janë ende të konsoliduara në nivelin e nevojshëm për të garantuar funksionimin e njëtrajtshëm, cilësor dhe në kohë të procesit të vlerësimit të aftësisë për punë. Megjithatë sistemi ka shënuar përmirësime në disa tregues të performancës gjatë periudhës së auditimit, mangësitë e evidentuara në sigurimin e burimeve njerëzore, organizimin dhe funksionimin e komisioneve, standardizimin e dokumentimit dhe administrimit të informacionit, si dhe në monitorimin dhe ndjekjen e problematikave, tregojnë se mekanizmat mbështetës të procesit nuk funksionojnë ende në mënyrë të integruar dhe efektive. Si pasojë, vijnë të evidentohen diferenca të performancës ndërmjet strukturave rajonale, vonesa në trajtimin e një pjese të rasteve, barrë administrative shtesë për qytetarët dhe institucionin, si dhe kufizime në garantimin e një procesi të njëtrajtshëm, transparent dhe të orientuar drejt përmirësimit të vazhdueshëm.

⁴⁹ Ligji nr. 7703/1993, i ndryshuar dhe VKM nr. 252/2022.

⁵⁰ Ligji nr. 7703/1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe VKM nr. 252/2022.

⁵¹ Rregullore për organizimin dhe funksionimin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore, miratuar në Mars 2018.

6.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të kryejë një analizë mbi faktorët që kanë ndikuar në mungesën e kandidatëve në procedurat e rekrutimit për specialistët e ekspertizës mjekësore, administrimit të pensioneve të invaliditetit dhe korrigjimin nga strukturat përgjegjëse.

Brenda vitit 2026

7.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, të kryejë një analizë të shkaqeve që kufizojnë sigurimin e specialistëve për përbërjen e Komisioneve Mjekësore për Caktimin e Aftësisë për Punë rajonale dhe të propozojë masa për forcimin e kapaciteteve dhe funksionimin efektiv të komisioneve.

Brenda vitit 2026

8.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale dhe Ministrinë e Financave, të ndërmarrë veprimet e nevojshme për nisjen e procedurave për përzgjedhjen dhe propozimin për miratimin e aktit nënligjor përkatës për anëtarët e rinj të Komisioneve Mjekësore për Caktimin e Aftësisë për Punë Eprorë.

Brenda vitit 2026

9.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të marrë masa për standardizimin e dokumentimit të veprimtarisë së Komisioneve Mjekësore për Caktimin e Aftësisë për Punë rajonale dhe eprorë, duke përcaktuar kërkesa minimale për evidentimin e mbledhjeve, analizave dhe vendimarrjeve të komisioneve, si dhe për administrimin e plotë dhe të njëtrajtshëm të dokumentacionit mbështetës në dosjet e pacientëve, për rritjen e gjurmueshmërisë, transparencës dhe cilësisë së procesit të vlerësimit.

Brenda vitit 2026 e në vijimësi

10.1 Rekomandimi: Drejtoria e Përfitimeve, në bashkëpunim me strukturat përgjegjëse për ekspertizën mjekësore, të monitorojë dhe analizojë periodikisht treguesit e performancës së procesit të trajtimit të pensioneve të invaliditetit, përfshirë kohëzgjatjen e trajtimit, rastet e trajtuara jashtë afatit, kohëzgjatjen e vonesave dhe rastet me divergjencë, për identifikimin e shkaqeve të diferencave ndërmjet rajoneve dhe ndërmarrjen e masave për përmirësimin e aksesit në kohë të qytetarëve ndaj përfitimeve.

Në vijimësi

11.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të rishikojë dhe standardizojë procedurat e rikontrollit, duke hartuar një formular të dedikuar për procesin e rivlerësimit që të pasqyrojë ecurinë e gjendjes shëndetësore të pacientit, rekomandimet e mëparshme mjekësore dhe ndryshimet e konstatuara ndërmjet vlerësimeve. Gjithashtu, të marrë masa për administrimin e plotë të dokumentacionit mbështetës dhe unifikimin e praktikave të trajtimit të rasteve të rikontrollit dhe dosjeve të rihapura, për garantimin e një procesi të dokumentuar, të gjurmueshëm dhe të njëtrajtshëm

Brenda vitit 2026

12.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të marrë masa për unifikimin dhe standardizimin e dokumentacionit të përdorur nga KMCAP-të Rajonale dhe Eprorë, si dhe për miratimin e formateve të përditësuara me kërkesa të qarta për plotësimin e dokumenteve dhe vendimeve, për garantimin e plotësisë dhe njëtrajtshmërisë së informacionit të administruar.

Brenda vitit 2026

13.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të kryejë një vlerësim të nevojave infrastrukturore të strukturave rajonale dhe lokale që administrojnë procesin e pensioneve të invaliditetit, lidhur me kushtet për arkivimin e dokumentacionit, për zhvillimin e ekspertizës mjekësore dhe infrastrukturën mbështetëse, si dhe të hartojë një plan masash dhe investimesh për adresimin gradual të mangësive të konstatuara.

Brenda vitit 2026 dhe në vijimësi

14.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të shqyrtojë mundësinë e krijimit të mekanizmave fizikë të informacionit, orientimit dhe asistencës për aplikantët, për lehtësimin e aksesit në shërbim, mbështetjen e përdorimit të kanaleve digjitale dhe reduktimin e rasteve të aplikimeve të paplota ose të pasakta.

Në vijimësi

15.1 Rekomandimi: Instituti i Sigurimeve Shoqërore të marrë masa për forcimin e mekanizmave të monitorimit dhe kontrollit të veprimtarisë së Komisioneve Mjekësor të Caktimit të Aftësisë për Punë të Invalidëve, analizimin e shkaqeve e problematikave të përsëritura, ndjekjen sistematike të zbatimit të rekomandimeve të lëna nga strukturat inspektuese dhe ndërmarrjen e masave korrigjuese.

Në vijimësi

ANEKS 1: DINAMIKA E KMCAP-VE

Viti 2023									
Rajoni / ALSSH	KMCAP-i	Numri i individëve të komisionuar	Raste të reja	Rikontroll	Invalid i plotë (Gr. II)	Invalid i pjesshëm (Gr. IV)	Invalidë të plotë me përkujdesje	Pa grup	Divergjencia
Tiranë / Agjenci Kavajë	5/1	6,181	700	5,481	5,310	400	128	228	115
Durrës / Agjenci Krujë	2/1	3,553	342	3,211	3,148	126	67	65	147
Fier / Agjenci Lushnje	2/1	2,071	183	1,888	1,896	99	13	52	11
Vlorë / Sarandë	2/1	1,909	244	1,665	1,675	96	48	65	25
Gjirokastrë	1	665	134	531	520	33	22	72	18
Korçë / Agjenci Pogradec / Agjenci Ersekë	2/1/1	2,745	339	2,406	2,546	117	27	41	14
Berat	2	1,201	206	995	972	59	15	137	18
Elbasan / Agjenci Librazhd / Agjenci Gramsh	2/1/1	5,045	858	4,187	4,578	142	47	263	15
Kukës / Tropojë	2/1	1,508	108	1,400	1,337	94	22	7	48
Lezhë / Agjenci Mirditë / Laç	2/1/1	1,479	159	1,320	1,208	98	39	71	63
Shkodër / Agjenci Pukë	2/1	2,529	654	1,875	1,775	128	19	607	0
Dibër / Agjenci Burrë	2/1	1,711	121	1,590	1,375	123	25	48	140
TOTAL		30,597	4,048	26,549	26,340	1,515	472	1,656	614

Viti 2024									
Rajoni/ALSSH	KMCAP-i	Numri i individëve të komisionuar	Raste të reja	Rikontroll	Invalid i plotë (Gr. II)	Invalid i pjesshëm (Gr. IV)	Invalidë të plotë me përkujdesje	Pa grup	Divergjencia
Tiranë/Agjenci Kavajë	5/1	5,699	644	5,061	4,837	328	144	255	141
Durrës/Agjenci Krujë	2/1	3,410	345	3,075	3,041	136	67	50	126
Fier/ Agjenci Lushnje	2/1	2,585	192	2,393	2,414	89	40	40	2
Vlorë/Sarandë	2/1	2,108	267	1,843	1,897	99	49	58	7
Gjirokastrë	1	622	83	539	511	38	19	37	17
Korçë/Agjenci Pogradec/Agjenci Ersekë	2/1/1	2,838	299	2,539	2,605	111	53	68	1
Berat	2	1,293	91	1,195	1,107	52	37	12	78
Elbasan/Agjenci Librazhd/ Agjenci Gramsh	2/1/1	4,713	877	3,836	4,218	138	59	291	7
Kukës/ Tropojë	2/1	1,352	78	1,274	1,204	100	22	8	18
Lezhë/Agjenci Mirditë/Laç	2/1/1	1,655	184	1,471	1,384	101	39	77	54
Shkodër/Agjenci Pukë	2/1	1,660	178	1,496	1,441	85	26	119	3
Dibër/ Agjenci Burrë	2/1	1,503	135	1,368	1,241	91	34	45	92
Total		29,438	3,373	26,065	25,900	1,368	589	1,060	546

Viti 2025									
Rajoni/ALSSH	KMCAP-i	Numri i individëve të komisionuar	Raste të reja	Rikontroll	Invalid i plotë (Gr. II)	Invalid i pjesshëm (Gr. IV)	Invalidë të plotë me përkujdesje	Pa grup	Divergjenca
Tiranë/Agjenci Kavajë	5/1	5,534	680	4,854	4,621	297	147	363	106
Durrës/Agjenci Krujë	2/1	2,815	323	2,492	2,517	102	55	62	79
Fier/ Agjenci Lushnjë	2/1	2,092	172	1,920	1,957	77	25	17	16
Vlorë/Sarandë	2/1	1,682	220	1,462	1,497	81	48	35	21
Gjirokastrë	1	491	59	432	401	26	27	28	9
Korçë/Agjenci Pogradec/Agjenci Ersekë	2/1/1	2,672	298	2,374	2,496	113	39	24	0
Berat	2	1,097	95	1,002	969	57	20	12	39
Elbasan/Agjenci Librazhd/ Agjenci Gramsh	2/1/1	3,490	591	2,899	2,900	272	140	159	19
Kukës/ Tropojë	2/1	1,272	72	1,200	1,160	69	30	6	7
Lezhë/Agjenci Mirditë/Laç	2/1/1	1,377	301	1,076	1,163	94	31	50	39
Shkodër/Agjenci Pukë	2/1	1,526	171	1,355	1,326	103	4	93	0
Dibër/ Agjenci Burrël	2/1	1,465	129	1,336	1,212	90	27	64	72
Total		25,513	3,111	22,402	22,219	1,381	593	913	407

Për sa më sipër, paraqitet ky Raport Auditimi.

KONTROLLI I LARTË I SHTETIT