



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

RAPORT AUDITIMI PERFORMANCE



**“KUJDESI SHËNDETËSOR NË INSTITUCIONET E EKZEKUTIMIT
TË VENDIMEVE PENALE”**

Tiranë, shtator 2026

P Ë R M B A J T J A

PËRMBLEDHJA	4
1. PROBLEMI SOCIAL DHE RËNDËSIA E AUDITIMIT	6
1.1. Konteksti i Problemit Social.....	6
1.2 Rëndësia e auditimit të performancës	6
2. SUBJEKTET NËN AUDITIM	7
2.1 Hyrje në subjektet nën auditim	7
2.2 Baza ligjore dhe kriteret e tjera që rregullojnë çështjen nën auditim	8
2.2.1 KRITERET POLITIKE	9
2.2.2 KRITERET TEKNIKE DHE TË MONITORIMIT	9
2.3 Rëndësia e produkteve të subjekteve.....	9
2.4 Pesha në buxhet.....	10
2.4.2. SHPENZIMET PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR – VITI 2024	11
2.4.3. SHPENZIMET PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR – VITI 2025	11
2.5. Feedback-u i subjekteve përgjatë gjithë auditimit.....	13
3. DETAJET E AUDITIMIT	13
3.1 Vlerësimi i risqeve të aktiviteteve të subjekteve.....	13
3.2 Objektivat e auditimit.....	15
3.3. Pyetjet e auditimit	16
3.4 Fushëveprimi i auditimit	17
4. SHTJELLIMI I PYETJEVE	18
4.1. A ËSHTË EFEKTIV KUJDESI I SHËRBIMIT SHËNDETËSOR PËR PERSONAT ME ÇRREGULLIME TË SHËNDETIT MENDOR, TË MITURIT, GRATË SHTATZËNA DHE KATEGORITË E TJERA VULNERABËL QË VUAJNË DËNIMIN NË IEVP?	19
4.1.1. A I PLOTËSOJNË NEVOJAT E KËTYRE KATEGORIVE AMBIENTET AKTUALE DHE STAFI MJEKËSOR I SPECIALIZUAR NË KËTO FUSHA?	22
4.1.2. A zbatohen udhëzuesit klinik për trajtimin e të dënuarve përdorues të lëndëve narkotike?	31
4.2. A ZBATOHEM SISTEMI I REFERIMIT PËR OFRIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR NË TË TRE NIVELET E TIJ PËR PERSONAT QË VUAJNË DËNIMIN NË IEVP?.....	45
4.2.1. A zbatohen në mënyrë efektive procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në IEVP, në përputhje me protokollat dhe udhëzimet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë?.....	50
4.2.2. A është stafi mjekësor i mjaftueshëm dhe i specializuar për ofrimin e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP?	55
4.2.3. A janë të mjaftueshme, funksionale dhe të certifikuar pajisjet mjekësore diagnostikuese dhe të stomatologjisë, për ofrimin e kujdesit shëndetësor pranë IEVP?	59
4.2.3.1. Analiza statistikore e rezultateve dhe perceptimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor sipas të anketuarve.	66
4.3. A KA PROTOKOLLE DHE PROCEDURA TË MIRATUARA QË GARANTOJNË SIGURINË FIZIKE GJATË OFRIMIT TË SHËRBIMIT SHËNDETËSOR?.....	74
4.3.1. A zbatohen protokollat e sigurisë fizike nga strukturat përgjegjëse gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor në IEVP?	75
4.3.2. A ka ngritur DPB një mekanizëm kontrolli dhe monitorimi për cilësinë e ofrimin të kujdesit të shërbimit shëndetësor në IEVP?.....	80
5. ANEKSET	86
ANEKSI 1. PYETJET E FAZËS SË TERRENIT.....	86
Aneksi 2. Pyetësi për personat që vuajnë dënimin në IEVP	91
Aneksi 3: Evidencë fotografike e gjetjeve gjatë auditimit në terren	95
Aneksi 4: Observacionet e DPB	103

✂ LISTA E SHKURTIMEVE

BE	Bashkimi Evropian
AKBPM	Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore
KLSH	Kontrolli i Lartë i Shtetit
MD	Ministria e Drejtësisë
DPB	Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe e Mirëqenies Sociale
IEVP	Institucione të Ekzekutimit të Veprave Penale
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm i Kujdesit Shëndetësor
DRF	Drejtoria Rajonale e Fondit
ERX	Receta Mjekësore Elektronike
KÇB	Komisioni i Çmimit të Barnave.
KPB	Komisioni i Përhershëm i Barnave.
INTOSAI	The International Organization of Supreme Audit Institutions
LBR	Lista e Barnave të Rimbursueshme
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
EUROSAI	The European Organisation of Supreme Audit Institutions
CTP	Komiteti Evropian për Parandalimin e Torturës dhe të Trajtimit ose Dënimit Çnjerëzor dhe Poshtërues
ËHO	Organizata Botërore e Shëndetit
DROSHKSH	Drejtoria Rajonale e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

PËRMBLEDHJA

Kujdesi shëndetësor për personat e privuar nga liria përbën një detyrim themelor të shtetit dhe një komponent të rëndësishëm për garantimin e dinjitetit dhe respektimin e të drejtave të njeriut. Kuadri ligjor u garanton këtyre personave të drejtën për të përfituar kujdes shëndetësor sipas të njëjtave standarde që zbatohen për popullatën në përgjithësi. Kompleksiteti i ofrimit të këtij shërbimi, numri i lartë i personave me patologji të rënda dhe çrregullime të shëndetit mendor, si dhe problematikat e evidentuara nga institucionet kombëtare dhe ndërkombëtare të monitorimit përbënë faktorë të rëndësishëm për përzgjedhjen e kësaj teme për auditim.

Auditimi i performancës i Kontrollit të Lartë të Shtetit, me temë “Kujdesi shëndetësor në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale”, për periudhën 2024–2025, përfshiu Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve (DPB), Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB) dhe Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP).

Auditimi synoi të vlerësonte efektivitetin e organizimit dhe funksionimit të shërbimit shëndetësor, duke iu përgjigjur pyetjes kryesore: “A janë efektive procedurat, protokollet, infrastruktura mjekësore dhe burimet njerëzore për sigurimin e kujdesit shëndetësor në përputhje me kuadrin ligjor në IEVP-të për vitet 2024–2025?”

Fushëveprimi i auditimit përfshiu organizimin e shërbimit, burimet njerëzore dhe infrastrukturore, sistemin e referimit, kujdesin për personat me çrregullime të shëndetit mendor dhe kategoritë vulnerabël, trajtimin e varësive nga opioidet, administrimin e barnave dhe pajisjeve mjekësore, si dhe respektimin e standardeve gjatë ofrimit të kujdesit. Auditimi u mbështet në analizën e kuadrit ligjor, dokumentacionit dhe të dhënave të subjekteve, intervista, pyetësorë, analizë statistikore, si dhe vizita dhe verifikime në terren. Evidenca institucionale dhe verifikimet e audituesve u plotësuan me analizën statistikore të pyetësorëve të administruar me personat e dënuar, për të evidentuar perceptimin e tyre mbi aksesin dhe cilësinë e shërbimit shëndetësor.

Auditimi konstatoi se, gjatë periudhës 2024–2025, procedurat, protokollet, infrastruktura mjekësore dhe burimet njerëzore nuk kanë qenë plotësisht efektive për sigurimin e kujdesit shëndetësor në IEVP në përputhje me kuadrin ligjor. Dobësitë strukturore dhe operacionale të konstatuara kanë ndikuar në aksesin, cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit dhe nuk kanë garantuar në mënyrë të njëtrajtshme ofrimin e shërbimit sipas të njëjtave standarde që zbatohen për popullatën në përgjithësi.

Një nga dobësitë sistemike lidhet me organizimin dhe qeverisjen e shërbimit shëndetësor. Struktura aktuale e Sektorit të Kujdesit Shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve nuk i përgjigjet plotësisht kompleksitetit dhe shtrirjes së përgjegjësi për planifikimin, koordinimin dhe monitorimin e kujdesit shëndetësor në sistemin penitenciar, duke kufizuar kapacitetet për drejtimin dhe mbikëqyrjen efektive të shërbimit. Në të njëjtën kohë, organizimi i kujdesit shëndetësor ndërmjet sistemit penitenciar, në varësi të Ministrisë së Drejtësisë, dhe sistemit shëndetësor, nën përgjegjësinë e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, nuk është shoqëruar me mekanizma mjaftueshëm efektivë koordinimi dhe monitorimi, duke zbehur rolin e strukturave përgjegjëse të sistemit shëndetësor në monitorimin e respektimit të standardeve të kujdesit në IEVP. Këtyre dobësive organizative u shtohen mungesa dhe shpërndarja jo e balancuar e mjekëve specialistë, angazhimi i personelit mjekësor me kohë të pjesshme, përfshirë në pozicione drejtuese, si dhe kapacitetet e kufizuara infrastrukturore dhe diagnostikuese, të cilat kanë dobësuar aftësinë e sistemit për t’iu përgjigjur në mënyrë të njëtrajtshme nevojave shëndetësore.

Problematika më e rëndësishme lidhet me trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor dhe të personave me masa mjekësore. Mbipopullimi, shpërndarja e pabarabartë e

personelit të specializuar, kapacitetet e kufizuara profesionale dhe infrastrukturore, mungesa e kapaciteteve të përshtatshme për trajtim psikiatrik afatgjatë dhe rehabilitues, si dhe mosfunksionalizimi i një strukture të specializuar të psikiatrisë ligjore jashtë sistemit penitenciar, kufizojnë trajtimin sipas nevojave klinike, duke ndikuar në efektivitetin dhe vazhdimësinë e kujdesit dhe duke rritur riskun e cenimit të standardeve të kujdesit dhe të drejtave të njeriut.

Kapacitetet e kufizuara diagnostikuese dhe laboratorike të IEVP-ve dhe QSB-së rrisin varësinë nga referimet drejt strukturave të jashtme të sistemit shëndetësor, duke shtuar kostot dhe nevojat për transport, shoqërim dhe siguri. Mosimplementimi i recetës elektronike (eRx) për barnat e rimbursueshme kufizon më tej integrimin e shërbimit shëndetësor penitenciar me mekanizmat e sistemit publik shëndetësor dhe aksesin në skemën e rimbursimit sipas të njëjtave mekanizma që zbatohen jashtë IEVP-ve. Mangësitë në administrimin, funksionalitetin dhe mirëmbajtjen e pajisjeve mjekësore dhe stomatologjike kufizojnë gjithashtu aftësinë e institucioneve për të ofruar shërbime brenda sistemit.

Analiza statistikore e pyetësorëve të administruar me personat e dënuar plotësoi evidencën e auditimit me perceptimin e përfituesve të drejtpërdrejtë të shërbimit. Rezultatet evidentuan diferenca ndërmjet IEVP-ve në cilësinë e perceptuar të kujdesit, si dhe problematika në disponueshmërinë e barnave, aksesin në shërbimet e specializuara dhe kapacitetet stomatologjike e diagnostikuese. Mbi gjysma e të anketuarve raportuan mungesa të barnave shpesh ose ndonjëherë, ndërsa pothuajse gjysma evidentuan vonesa në marrjen e shërbimeve të specializuara jashtë institucioneve. Të vlerësuara së bashku me evidencën dokumentare dhe verifikimet në terren, këto rezultate përforcojnë konstatimet e auditimit se aksesin dhe cilësia e shërbimit nuk janë të njëtrajtshme ndërmjet IEVP-ve dhe se mangësitë e kapaciteteve të sistemit reflektohen edhe në përvojën e pacientëve.

Në trajtimin e personave me varësi nga opioidet, auditimi evidentoi mangësi në planifikimin, administrimin dhe kontrollin e metadonit, të cilat ndikojnë në gjurmueshmërinë dhe sigurinë e menaxhimit të tij. Trajtimi mbetet kryesisht i orientuar drejt ndërhyrjes farmakologjike, ndërsa mungesa e programeve individuale të rehabilitimit dhe e një qasjeje funksionale multidisciplinare kufizon efektivitetin e procesit të rehabilitimit. Auditimi evidentoi gjithashtu raste të pranishme të personelit të sigurisë policore gjatë vizitave dhe trajtimeve mjekësore, pa një vlerësim të dokumentuar të riskut që të justifikonte këtë prani, duke cenuar privatësinë e pacientit.

Në përgjigje të problematikave të konstatuara, rekomandimet kryesore të auditimit orientohen drejt rishikimit dhe forcimit të strukturës përgjegjëse për kujdesin shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, me synim rritjen e kapaciteteve për drejtimin, koordinimin dhe monitorimin e shërbimit; forcimit të bashkëpunimit ndërmjet sistemit penitenciar dhe atij shëndetësor; planifikimit dhe shpërndarjes më efektive të burimeve njerëzore; zhvillimit të strukturave të përshtatshme për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor dhe masa mjekësore; forcimit të kapaciteteve diagnostikuese dhe trajtuese të IEVP-ve dhe QSB-së; implementimit të plotë të recetës elektronike (eRx); përmirësimit të administrimit të barnave dhe pajisjeve mjekësore; si dhe zhvillimit të programeve multidisciplinare të rehabilitimit. Zbatimi i këtyre rekomandimeve duhet të synojë përmirësimin e aksesit, cilësisë dhe vazhdimësisë së kujdesit, reduktimin e varësisë nga referimet e panevojshme drejt strukturave të jashtme shëndetësore dhe garantimin që personat e privuar nga liria të përfitojnë kujdes shëndetësor në kohë dhe sipas të njëjtave standarde që zbatohen për popullatën në përgjithësi.

Në përfundim për të gjithë problematikën e konstatuara janë dhënë rekomandime specifike shoqëruar me afatet kohore konkrete për zbatimin e tyre.

1. PROBLEMI SOCIAL DHE RËNDËSIA E AUDITIMIT

1.1. Konteksti i Problemit Social

Kuadri ligjor në fuqi u garanton personave të privuar nga liria në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) të drejtën për të përfituar kujdes shëndetësor sipas standardeve të njëjta me ato që ofrohen për qytetarët e tjerë në Republikën e Shqipërisë. Megjithatë, në praktikë, sistemi penitenciar shqiptar përballet me problematika në ofrimin e këtij standardi kujdesi, duke e bërë shërbimin shëndetësor për personat e privuar nga liria një çështje me rëndësi të veçantë sociale dhe njerëzore dhe një nga arsyet kryesore për planifikimin e këtij auditimi të performancës nga Kontrolli i Lartë i Shtetit.

Problematikat në ofrimin e shërbimit shëndetësor në IEVP dhe në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB) janë evidentuar edhe në raportet ndërkombëtare mbi gjendjen e kujdesit shëndetësor në IEVP¹, si dhe në median e shkruar dhe audiovizive.

Çështjet e ngritura lidhen, ndër të tjera, me funksionimin e sistemit të referimit, furnizimin, qarkullimin dhe ruajtjen e barnave, mungesën e personelit shëndetësor, si dhe respektimin e privatësisë së pacientëve gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor në IEVP, QSB dhe strukturat shëndetësore publike dhe jopublike.

Përmasat e kësaj problematike bëhen më të dukshme nga të dhënat e Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve (DPB), sipas të cilave rreth 851 persona të dënuar vuajnë nga patologji të rënda. Një nga sfidat më të rëndësishme sociale dhe shëndetësore lidhet me personat me çrregullime të shëndetit mendor. Në IEVP ndodhen rreth 459 pacientë me çrregullime të shëndetit mendor, ndërsa krahas tyre trajtohen edhe 507 persona me masën mjekësore “mjekim i detyruar”, të vendosur me vendim gjykate, kryesisht në IEVP Lezhë dhe në QSB.

Përballë një numri të lartë personash me nevoja komplekse shëndetësore, veçanërisht të atyre me çrregullime të shëndetit mendor dhe masa mjekësore, sigurimi i kujdesit të specializuar, të vazhdueshëm dhe multidisiplinar përbën një sfidë të rëndësishme për sistemin penitenciar. Nevoja për personel të specializuar, kapacitete të përshtatshme diagnostikuese dhe infrastrukturore, si dhe për një bashkëveprim efektiv me sistemin publik shëndetësor, e vendos kujdesin shëndetësor për personat e privuar nga liria ndër çështjet me rëndësi të veçantë sociale dhe njerëzore.

Garantimi i këtij kujdesi nuk lidhet vetëm me aksesin dhe cilësinë e shërbimit shëndetësor, por edhe me respektimin e dinjitetit dhe të drejtave themelore të personave gjatë vuajtjes së dënimit.

1.2 Rëndësia e auditimit të performancës

Auditimi i performancës përbën një instrument të rëndësishëm të auditimit publik të jashtëm, i cili synon të vlerësojë nëse politikat dhe aktivitetet e institucioneve publike realizohen me ekonomicitet, eficiencë dhe efektivitet (3E), si dhe nëse ato adresojnë në mënyrë të përshtatshme nevojat e shoqërisë. Fusha e kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale është përzgjedhur për auditim bazuar në rëndësinë e saj për garantimin e të drejtave themelore të njeriut, vështirësinë e organizimit të këtij shërbimi dhe sinjalet e evidentuara lidhur me funksionimin e tij. Kjo temë është identifikuar gjithashtu në kuadër të prioritetëve institucionale dhe analizës së riskut gjatë procesit të planifikimit të auditimeve. Auditimi synon të ofrojë një vlerësim të pavarur mbi mënyrën e organizimit dhe funksionimit të shërbimit shëndetësor në sistemin e IEVP, duke kontribuar në përmirësimin e menaxhimit, rritjen e përgjegjshmërisë institucionale dhe forcimin e politikave publike në këtë fushë.

¹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *Report to the Albanian Government on the periodic visit to Albania carried out by the CPT from 4 to 15 May 2023*, Council of Europe. [Raporti i CPT-së për Shqipërinë](#)

2. SUBJEKTET NËN AUDITIM

2.1 Hyrje në subjektet nën auditim

Auditimi i performancës për shërbimin e kujdesit shëndetësor në IEVP është një auditim i një rëndësie të veçantë, pasi garantimi i këtij shërbimi prek drejtpërdrejt të drejtat themelore të njeriut dhe standardet e trajtimit në institucionet e vuajtjes së dënimit. Përgjegjësia për ofrimin, menaxhimin dhe kontrollin e kujdesit shëndetësor është e shpërndarë midis disa hallkave institucionale, të cilat sipas roleve specifike që kanë në proces kanë edhe detyrime të veçanta.

Në këtë kuadër, për vlerësimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor për periudhën 2024–2025, subjektet e përfshira në këtë auditim janë:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, si institucioni përgjegjës për administrimin, politikën e përgjithshme dhe mbikëqyrjen e sistemit penitenciar;

Qendra Spitalore e Burgjeve, si institucioni i specializuar shëndetësor për trajtimin e rasteve specifike dhe spitalore të të dënuarve dhe të paraburgosurve;

Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), si strukturat ku ofrohet shërbimi mjekësor parësor dhe kujdesi i përditshëm shëndetësor.

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB) është institucion në varësi të Ministrisë së Drejtësisë, përgjegjës për organizimin dhe administrimin e sistemit të ekzekutimit të vendimeve penale në Republikën e Shqipërisë. Në përputhje me legjislacionin në fuqi dhe standardet ndërkombëtare, DPB ka si objektiv garantimin e trajtimit human dhe respektimin e të drejtave të personave të privuar nga liria, përfshirë edhe ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Në këtë kuadër, DPB është përgjegjëse për organizimin, planifikimin dhe mbikëqyrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale, në bashkëpunim me strukturat e sistemit publik shëndetësor. Politikat dhe praktikat e saj synojnë garantimin e aksesit në shërbime shëndetësore, vazhdimësinë e trajtimit, si dhe trajtimin e kategorive vulnerabil, në përputhje me kuadrin ligjor.

Sistemi i burgjeve përbëhet nga institucione të vuajtjes së dënimit dhe paraburgimit, si dhe nga disa struktura me rol të specializuar, si Qendra Spitalore e Burgjeve dhe institucione për kategori të veçanta (për të sëmurët mendor, gratë dhe gratë shtatzëna, shtresat vulnerabil dhe të mitur), të cilat adresojnë nevoja specifike të trajtimit shëndetësor. Në fushën e kujdesit shëndetësor, përgjegjësitë kryesore të DPB përfshijnë:

- organizimin dhe funksionimin e shërbimit shëndetësor në IEVP;
- planifikimin dhe menaxhimin e burimeve njerëzore dhe logjistike;
- sigurimin e furnizimit me barna dhe materialeve mjekësore;
- hartimin dhe zbatimin e procedurave për ofrimin e shërbimit shëndetësor;
- organizimin e sistemit të referimit për trajtime të specializuara jashtë institucioneve;
- bashkëpunimin me institucionet e sistemit shëndetësor dhe aktorë të tjerë përkatës.

Në këtë mënyrë, DPB përbën subjektin kryesor përgjegjës për organizimin dhe funksionimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor në sistemin e burgjeve, duke pasur rol qendror në adresimin e çështjeve që lidhen me këtë auditim.

Qendra Spitalore e Burgjeve

Qendra Spitalore e Burgjeve përbën strukturën e specializuar të sistemit të burgjeve në RSH për ofrimin e shërbimeve shëndetësore të nivelit dytësor dhe terciar për personat e privuar nga liria.

Ajo funksionon në varësi të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve dhe bashkëvepron ngushtë me institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP) dhe me sistemin publik shëndetësor.

Roli kryesor i QSB është të sigurojë trajtim të specializuar për rastet që nuk mund të trajtohen në nivelin e IEVP-ve, përfshirë diagnostikimin e avancuar, trajtimin spitalor dhe ndjekjen klinike të pacientëve me patologji të rënda, kronike apo komplekse. Në këtë kuadër, QSB shërben si hallkë lidhëse midis shërbimit shëndetësor brenda burgjeve dhe strukturave të jashtme të shëndetësisë publike (QSUT, spitale rajonale, si dhe shërbimeve të tjera më të specializuara).

Qendra spitalore e burgjeve, bashkëvepron me IEVP-të, të cilat referojnë rastet që kërkojnë trajtim të specializuar;

Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve (DPB), e cila planifikon, mbikëqyr dhe monitoron shërbimin;

Strukturat e sistemit publik shëndetësor, për raste që kërkojnë ndërhyrje të mëtejshme ose kapacitete më të avancuara.

Në këtë kuptim, QSB është një hallkë lidhëse kryesore në zinxhirin e ofrimit të kujdesit shëndetësor, ku efienca dhe efektiviteti i funksionimit të saj ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e shërbimit për personat e privuar nga liria.

Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale

Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) përbëjnë strukturat bazë të sistemit të burgjeve në Republikën e Shqipërisë dhe janë përgjegjëse për zbatimin e vendimeve penale dhe masave të sigurimit personal, në përputhje me legjislacionin në fuqi. Ato funksionojnë nën drejtimin dhe mbikëqyrjen e Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve dhe kanë si objektiv garantimin e sigurisë, respektimin e të drejtave të personave të privuar nga liria dhe ofrimin e shërbimeve bazë, përfshirë kujdesin shëndetësor.

Në kuadër të këtij auditimi, IEVP-të janë njësitë ku ofrohet drejtpërdrejt shërbimi i kujdesit shëndetësor për personat e privuar nga liria, në bashkëpunim me Qendrën Spitalore të Burgjeve dhe strukturat e sistemit publik shëndetësor. Politikat dhe praktikat e tyre synojnë garantimin e aksesit në shërbime shëndetësore, ndjekjen e gjendjes shëndetësore dhe trajtimin e rasteve që kërkojnë kujdes të specializuar. Përgjegjësitë kryesore të IEVP-ve në këtë fushë përfshijnë:

organizimin dhe ofrimin e shërbimit shëndetësor dhe farmaceutik brenda institucionit;

garantimin e aksesit në shërbime shëndetësore gjatë gjithë qëndrimit në institucion;

kryerjen e kontrollit shëndetësor dhe ndjekjes klinike të personave të privuar nga liria;

menaxhimin e sëmundjeve kronike, rasteve urgjente dhe problematikave të shëndetit mendor;

sigurimin dhe administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore;

organizimin e referimeve për trajtime të specializuara jashtë institucionit;

bashkëpunimin me strukturat e sistemit publik shëndetësor për garantimin e vazhdimësisë së kujdesit.

2.2 Baza ligjore dhe kriteret e tjera që rregullojnë çështjen nën auditim

Kujdesi shëndetësor për personat e privuar nga liria rregullohet nga një kuadër i gjerë ligjor dhe nënligjor, i cili përcakton organizimin e shërbimit, të drejtat e përfituesve, përgjegjësitë institucionale dhe standardet e trajtimit. Ky kuadër shërben si bazë për vlerësimin e përputhshmërisë, efektivitetit dhe cilësisë së shërbimit në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale, si dhe për identifikimin e mangësive në zbatimin e tij. Në këtë kuadër, kriteret e auditimit bazohen në aktet ligjore dhe rregullatorë si më poshtë:

2.2.1 Kriteret politike

- Strategjia Ndërsektorale e Drejtësisë 2024-2030, të planit të saj të veprimit dhe pasaportës së treguesve²
- Marrëveshje Bashkëpunimi “Për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor me masë mjekësore ndërmjet Ministrisë së Drejtësisë (MD) me nr. 6111 prot., datë 23.11.2021 dhe Ministrisë Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale (MSHMS) me nr. 4787 prot., datë 23.11.2021;
- Rekomandim (2006)³i Këshillit të Ministrave për shtetet anëtare mbi Rregullat Evropiane të Burgjeve;
- Rregullat Minimale Standarde për Trajtimin e të Burgosurve (Rregullat e Nelson Mandelës)⁴;
- Standardet e CPT (Komiteti Evropian për Parandalimin e Torturës)⁵

2.2.2 Kriteret teknike dhe të monitorimit

- Ligji nr. 154/2014 “Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit”;
- Ligji nr. 81/2020 “Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve”, i ndryshuar;
- Ligji nr. 80/2020 “Për policinë e Burgjeve”;
- Ligji nr. 44/2012 “Për Shëndetin Mendor”, i ndryshuar;
- Ligji nr. 105/2014 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”;
- Ligji nr. 10 107, datë 30.3.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”;
- Ligji nr. 15/2016 “Për parandalimin dhe luftën ndaj infeksioneve dhe sëmundjeve infektive”;
- VKM nr. 127, datë 03.03.2021 “Për organizimin dhe funksionimin e Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve”;
- VKM nr. 209 datë 06.04.2022 “Për miratimin e Rregullores së Përgjithshme të Burgjeve”;
- VKM nr. 787, datë 18.12.2024 “Për miratimin e strategjisë ndërsektorale të drejtësisë 2024–2030, të planit të saj të veprimit dhe të pasaportës së treguesve”;
- Urdhër nr. 615, datë 21.01.2019 “Transporti dhe shoqërimi i të burgosurve”;

Të tjera kriteret të monitorimit dhe raportimit:

- Raporte vjetore DPB;
- Analiza vjetore 2024, 2025 DPB;
- Raportime nga institucione brenda dhe organizata të tjera ndërkombëtare .

2.3 Rëndësia e produkteve të subjekteve.

Vlerësimi i produkteve të subjekteve nën auditim merr një rëndësi specifike, pasi ato ndikojnë drejtpërdrejt në përdorimin me ekonomikitet, efikasitet dhe efektivitet të fondeve publike, si dhe në garantimin e standardeve të kujdesit shëndetësor për personat me liri të kufizuar.

1. Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB)

Produktet: Hartimi dhe miratimi i rregulloreve të brendshme shëndetësore, planet buxhetore për barnat dhe pajisjet mjekësore, kontratat e prokurimit publik për furnizim mjekësor, aktet e inspektimit dhe raportet e monitorimit të shërbimit mjekësor në IEVP.

Rëndësia: Veprimtaria e DPB-së në lidhje me rregullimin dhe planifikimin e kujdesit shëndetësor në IEVP/QSB përbën shtyllën e menaxhimit strategjik dhe financiar të të gjithë sistemit. Rëndësia e këtyre produkteve qëndron në faktin se një planifikim i dobët i buxhetit apo vonesat në

² <https://www.drejtesia.gov.al/wp-content/uploads/2024/12/VKM-SND-2024-2030.pdf>

³ https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

⁴ https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

⁵ <https://rm.coe.int/16806ce943>

procedurat e prokurimit (p.sh. për barna ose materiale mjekësore) ndikojnë drejtpërdrejt në cilësinë dhe disponueshmërinë e këtij shërbimi në terren.

2. Qendra Spitalore e Burgjeve (QSB)

Produktet: Protokollet e trajtimit të specializuar mjekësor, shërbimet e shtrimit spitalor, shërbimet diagnostikuese dhe terapeutike, kartelat mjekësore të specializuara, planet e transferimit emergjent mjekësor.

Rëndësia: Si i vetmi institucion spitalor i dedikuar në sistem, produktet dhe shërbimet e QSB-së kanë rëndësi kritike për jetën dhe shëndetin e të dënuarve që kanë nevojë për kujdes sekondar (spitalor). Efikasiteti i këtyre produkteve matet me aftësinë për të ofruar trajtim në kohë, duke minimizuar nevojën për transferime të kushtueshme në spitalet publike apo private (të cilat rrisin kostot e shoqërimit dhe sigurisë).

3. Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP)

Produktet: Shërbimi mjekësor parësor (vizita të përditshme), administrimi dhe shpërndarja e përditshme e barnave, menaxhimi i urgjencave mjekësore bazë, si dhe dokumentimi i historisë mjekësore (kartelat shëndetësore).

Rëndësia: Produktet e IEVP-ve kanë ndikimin më të drejtpërdrejtë te përfituesit e shërbimit (të paraburgosurit/të dënuarit). Rëndësia e tyre lidhet me parandalimin e rreziqeve epidemiologjike brenda burgjeve, zbulimin e hershëm të sëmundjeve (përfshirë shëndetin mendor) dhe trajtimin e vazhdueshëm të sëmundjeve kronike. Mosrealizimi me efikasitet i këtyre produkteve përshkallëzon rritjen e problematikave të këtij sistemi të kujdesit shëndetësor dhe cenon performancën e të gjithë sistemit.

Konkluzion: Integrimi i produkteve të këtyre tre subjekteve krijon "zinxhirin e vlerës" së shërbimit shëndetësor. Auditimi do të vlerësojë nëse këto produkte janë cilësore, nëse prodhohen në kohë dhe nëse arrijnë objektivin final, një shërbim shëndetësor standard, të sigurt dhe me kosto efektive për periudhën 2024–2025.

2.4 Pesha në buxhet

2.4.1. Buxhetimi i sistemit penitenciar dhe financimi i shërbimeve shëndetësore

Fondet buxhetore të akorduara për sistemin e burgjeve për vitin 2024, sipas Ligjit nr. 97/2023 “Për buxhetin e vitit 2024”, të ndryshuar, dhe Aktit Normativ nr. 3, datë 28.08.2024, janë në shumën 7,920,232 mijë lekë, duke përfaqësuar rreth 53% të buxhetit të Ministrisë së Drejtësisë. Për vitin 2025, sipas Ligjit nr. 115/2024 “Për buxhetin e vitit 2025”, të ndryshuar, dhe Aktit Normativ nr. 6, datë 11.06.2025, fondet u rritën në 9,641,527 mijë lekë, ose rreth 67% të buxhetit të Ministrisë së Drejtësisë. Krahësuar me vitin 2024, fondet e akorduara për sistemin penitenciar u rritën me 1,721,295 mijë lekë, ose 21.7%.

Përveç fondeve të buxhetit të shtetit, shërbimi i kujdesit shëndetësor financohet edhe nga burime të tjera, kryesisht nëpërmjet Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR), sipas kontratave tripalëshe ndërmjet Drejtorive Rajonale të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, distributorëve dhe IEVP-ve, si dhe nëpërmjet financimit të programit të trajtimit me Metadon nga Drejtoritë Rajonale të Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor. Gjatë vitit 2024 financimi për LBR rezultoi 10,961,919 lekë, ndërsa në vitin 2025 9,061,123 lekë. Financimi

për Metadonin ishte 1,341,763 lekë në vitin 2024 dhe 972,700 lekë në vitin 2025, duke shënuar ulje për të dyja këto programe.

2.4.2. Shpenzimet për kujdesin shëndetësor – Viti 2024

Referuar buxhetit të konsoliduar të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, gjatë vitit 2024 shpenzimet për paga dhe sigurime shoqërore të personelit mjekësor dhe ndihmësmjekësor arritën në 314,148,903 lekë, ose rreth 4% të buxhetit të përgjithshëm të sistemit penitenciar. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekimi arritën në 58,431,718 lekë, ndërsa financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon ishte përkatësisht 10,961,919 lekë dhe 1,341,763 lekë. Në total, shpenzimet e drejtpërdrejta për barna, materiale mjekimi, Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon arritën në 70,735,400 lekë. Gjatë vitit 2024, në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale kanë vuajtur dënimin me burgim ose paraburgim 4,741 persona, duke rezultuar në një shpenzim mesatar prej 14,920 lekë për person. Struktura e këtyre shpenzimeve tregon se financimi i kujdesit shëndetësor dominohet nga kostot e personelit, ndërsa fondet e dedikuara për barna dhe programet specifike të trajtimit zënë një peshë më të kufizuar.

2.4.3. Shpenzimet për kujdesin shëndetësor – Viti 2025

Referuar buxhetit të konsoliduar të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, gjatë vitit 2025 shpenzimet për paga dhe sigurime shoqërore të personelit mjekësor dhe ndihmësmjekësor arritën në 338,376,935 lekë, ose rreth 4% të buxhetit të përgjithshëm të sistemit penitenciar. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekimi arritën në 60,339,026 lekë, ndërsa investimet në pajisje dhe infrastrukturë shëndetësore rezultuan 8,711,064 lekë. Financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme ishte 9,061,123 lekë, ndërsa për programin e trajtimit me Metadon 972,700 lekë. Në total, shpenzimet e drejtpërdrejta për barna, materiale mjekimi, investime, Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon arritën në 79,083,913 lekë. Gjatë vitit 2025, numri i personave që kanë vuajtur dënimin me burgim ose paraburgim ishte 4,474 persona, duke rezultuar në një shpenzim mesatar prej 17,676 lekë për person. Krahasuar me vitin 2024, rritja e financimit u orientua kryesisht drejt kostove të personelit dhe investimeve, ndërsa financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon rezultoi më i ulët.

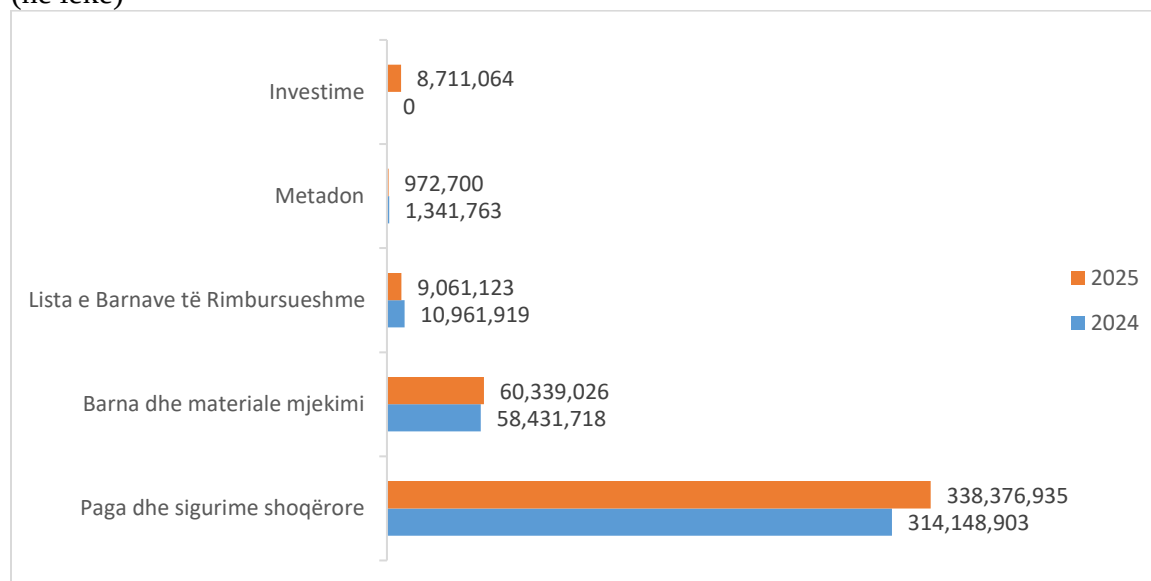
Tabela nr.1. Shpenzime për kujdesin shëndetësor për vitet 2024-2025 (në lekë)

Viti	IEVP	600&601	602	230/231	LBR	Metadon	Buxheti Fakt	Nr. Dënuarve	Nr. paraburgosurve
2024	21	314,148,903	3,439,143		10,961,919	1,341,763	6,046,891,867	1,800	2,941
	DPB		54,992,575				1,863,747,257		
2025	21	338,376,935	2,602,126		9,061,123	972,700	6,547,732,817	1,730	2,744
	DPB		57,736,900	8,711,064			2,415,171,407		

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH-së

Tabela nr. 1 paraqet strukturën e financimit të kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale gjatë viteve 2024–2025, sipas burimeve kryesore të financimit. Shpenzimet për paga, barna, materiale mjekimi dhe investime mbulohen nga fondet buxhetore të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, ndërsa financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon sigurohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Operatori i Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor.

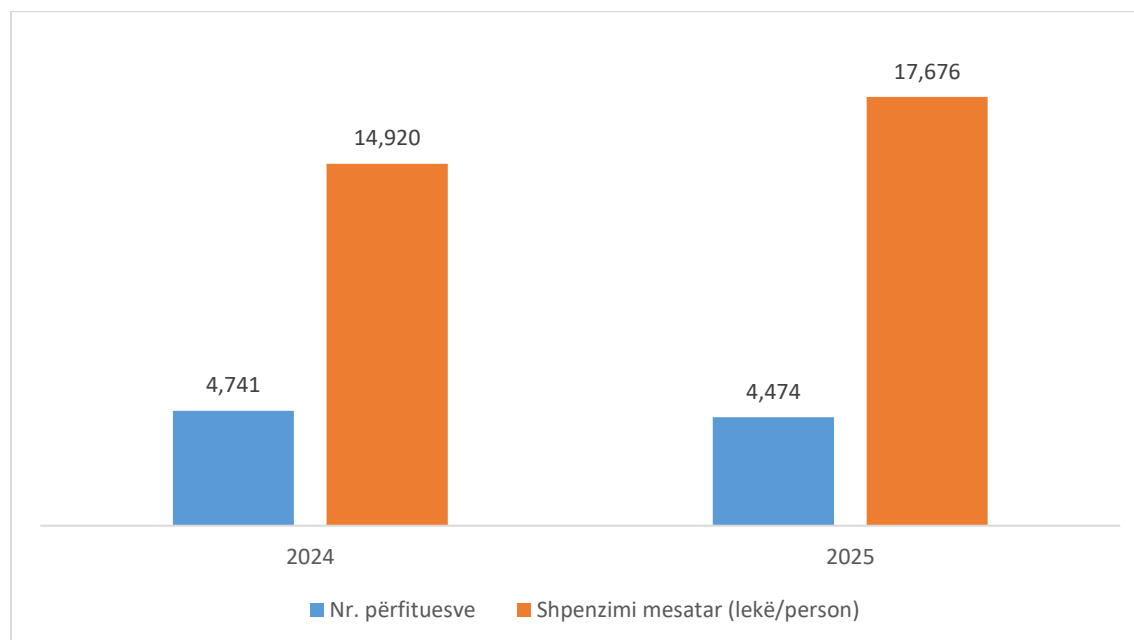
Grafiku nr. 1. Struktura e shpenzimeve për kujdesin shëndetësor sipas kategorive, 2024–2025 (në lekë)



Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH-së

Grafiku nr. 1 paraqet shpërndarjen e shpenzimeve sipas kategorive dhe burimeve të financimit gjatë viteve 2024–2025. Ai evidenton se peshën kryesore të financimit e zënë pagat dhe sigurimet shoqërore të personelit, ndërsa financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon realizohet nëpërmjet mekanizmave të veçantë të financimit, jashtë buxhetit të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve. Në vitin 2025 evidentohen gjithashtu investime në pajisje dhe infrastrukturë shëndetësore.

Grafiku nr. 2. Shpenzimi mesatar për përfitues dhe numri i përfituesve, 2024–2025



Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH-së

Interpretimi i të dhënave financiare

Analiza e të dhënave për vitet 2024–2025 tregon se, megjithëse buxheti i përgjithshëm i sistemit penitenciar u rrit me 21.7%, rritja e financimit për kujdesin shëndetësor nuk ishte e njëjtë në të gjitha burimet dhe kategoritë e shpenzimeve. Struktura e financimit vijon të dominohet nga fondet buxhetore të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve për pagat dhe sigurimet shoqërore të personelit, barnat, materialet mjekësore dhe, gjatë vitit 2025, edhe për investimet në pajisje dhe infrastrukturë shëndetësore. Ndërkohë, financimi për Listën e Barnave të Rimbursueshme dhe programin e trajtimit me Metadon, i cili realizohet nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Operatorit të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor, shënoi ulje krahasuar me vitin 2024. Në të njëjtën kohë, shpenzimi mesatar për përfitues u rrit nga 14,920 lekë në 17,676 lekë, ndërsa numri i personave që përfituan shërbime shëndetësore u ul nga 4,741 në 4,474 persona. Të dhënat tregojnë se rritja e burimeve financiare është përqendruar kryesisht në pagat, sigurimet shoqërore dhe investimet e financuara nga buxheti i Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, ndërsa financimi i komponentëve të tjerë të kujdesit shëndetësor, të mbështetur nga FSDKSH dhe OSHKSH, nuk ka ndjekur të njëjtin ritëm. Për rrjedhojë, rritja e buxhetit të përgjithshëm të sistemit penitenciar nuk u reflektua në mënyrë proporcionale në të gjitha burimet e financimit të kujdesit shëndetësor, veçanërisht në financimin e Listës së Barnave të Rimbursueshme.

2.5. Feedback-u i subjekteve përgjatë gjithë auditimit

Gjatë zhvillimit të auditimit, institucionet objekt auditimi bashkëpunuan me grupin e auditimit, duke vënë në dispozicion dokumentacionin dhe informacionin e kërkuar, si dhe duke mundësuar realizimin e vizitave në terren dhe intervistave të planifikuara. Në veçanti, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve dhe Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale mbështetën administrimin e pyetësorit të auditimit në 11 IEVP, duke kontribuar në mbledhjen e informacionit të nevojshëm për analizën e gjetjeve.

3. DETAJET E AUDITIMIT

3.1 Vlerësimi i risqeve të aktiviteteve të subjekteve

Vlerësimi i risqeve synon të identifikojë faktorët që mund të ndikojnë negativisht në organizimin dhe funksionimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale, duke cenuar aksesin, cilësinë, vazhdimësinë e trajtimit dhe respektimin e standardeve të trajtimit dinjitoz etj. Analiza është bazuar në shqyrtimin e kuadrit ligjor dhe rregullator, dokumenteve strategjike, raporteve të mëparshme të auditimit, si dhe informacionit të siguruar gjatë fazës studimore. Në këtë kuadër, janë identifikuar risqet kryesore si më poshtë, të renditura sipas rëndësisë:

Tabela nr. 2. Kategorizimi i risqeve

Fusha e aktivitetit	Përshkrimi i riskut	Ndikimi i risqet të identifikuar	Niveli i riskut	Pyetja e auditimit
Kujdesi për shëndetin mendor dhe kategoritë vulnerabil	Mungesë stafi të specializuar dhe ambiente të papërshtatshme për trajtim	Trajtim jo efektiv, përkeqësim i gjendjes shëndetësore, cenim i dinjitetit	I Lartë	A është efektiv kujdesi i shërbimit shëndetësor për personat me çrregullime të shëndetit mendor, të miturit, gratë shtatzëna dhe kategoritë e tjera vulnerabil që vuajnë dënimin në IEVP? A i plotësojnë nevojat e këtyre kategorive ambientet aktuale dhe stafi mjekësor i specializuar në këto fusha?

Trajtimi i përdoruesve të substancave narkotike	Moszbatim i udhëzuesve klinikë dhe mungesë programesh të strukturuar	Trajtim jo i standardizuar, rikthim në varësi, risk për shëndetin publik	I Lartë	A zbatohen udhëzuesit klinik për trajtimin e të dënuarve përdorues të lendeve narkotike?
Sistemi i referimit shëndetësor	Mosfeksionim efektiv i referimit dhe vonesa në trajtim	Vonesa në diagnozë dhe trajtim, rritje e komplikimeve	I Lartë	A zbatohet sistemi i referimit për ofrimin e kujdesit shëndetësor në të tre nivelet e tij për personat që vuajnë dënimin në IEVP?”
Menaxhimi i barnave dhe materialeve mjekësore	Mungesë e ndjekjes, stok i pamjaftueshëm, mungesë sistemi elektronik	Ndërprerje trajtimi, rrezik për jetën dhe shëndetin	I Lartë	A zbatohen në mënyrë efektive procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në IEVP, në përputhje me protokollet dhe udhëzimet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë?
Burimet njerëzore	Numër i pamjaftueshëm mjekësh dhe specialistësh	Cilësi e ulët shërbimi, mbingarkesë e stafit	I Lartë	A është stafi mjekësor i mjaftueshëm dhe i specializuar për ofrimin e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP?
Koordinimi ndër-institucional	Mungesë bashkëpunimi DPB–MSHMS–spitale	Fragmentim i shërbimit, mungesë vazhdimësie trajtimi	I Mesëm	A zbatohet sistemi i referimit për ofrimin e kujdesit shëndetësor në të tre nivelet e tij për personat që vuajnë dënimin në IEVP?
Pajisjet dhe infrastruktura mjekësore	Pajisje të pamjaftueshme ose jo funksionale	Kufizim i diagnostikimit dhe trajtimit	I Mesëm	A janë të mjaftueshme, funksionale dhe të certifikuar pajisjet mjekësore diagnostiko dhe të stomatologjisë, si dhe laboratorët, për ofrimin e kujdesit shëndetësor pranë IEVP?
Protokollet e sigurisë në kujdesin shëndetësor	Moszbatim i standardeve për përdorimin proporcional të forcës dhe mjeteve kufizuese	Cenim i dinjitetit, ndërhyrje në trajtim mjekësor	I Lartë	A ka protokolle dhe procedura të miratuara për sigurinë fizike të për personat që vuajnë dënimin në IEVP? A zbatohen protokollet e sigurisë fizike nga strukturat përgjegjëse gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor për personat e privuar nga liria?
Monitorimi dhe kontrolli i shërbimit	Mungesë indikatorësh dhe sistemi monitorimi	Vendimmarrje jo e bazuar në të dhëna, shërbim jo efektiv	I Lartë	A ka ngritur DPB një mekanizëm kontrolli dhe monitorimi për ofrimin e kujdesit të shërbimit shëndetësor në IEVP?
Transporti dhe shoqërimi për shërbime shëndetësore	Kushte jo të përshtatshme dhe përdorim jo proporcional i kufizimeve	Rrezik për shëndetin dhe cenim i dinjitetit	I Lartë	A ka protokolle dhe procedura të miratuara për sigurinë fizike të për personat që vuajnë dënimin në IEVP?

Analiza SWOT

Duke iu referuar evidentimit të fuqi, dobësi, shanse dhe kërcënime të paraqitura në analizën SËOT për kujdesin e shërbimit shëndetësor pranë IEVP-ve, grupi i auditimit ka kryer një ndarje dhe grupim të risqeve që lidhen me funksionimin e këtij shërbimi, me qëllim adresimin e tyre në mënyrë të strukturuar dhe efektive. Në këtë kuadër, faktorët e riskut janë klasifikuar sipas përkatësisë së tyre në faktorë të brendshëm, nën kontrollin menaxherial të institucioneve përgjegjëse, dhe faktorë të jashtëm, jashtë këtij kontrolli.

Fuqitë (S)	Dobësitë (Ë)
Kuadër ligjor i përcaktuar për organizimin e shërbimit shëndetësor në burgje Struktura shëndetësore funksionale në DPB dhe IEVP Funksionimi i Qendrës Spitalore të Burgjeve (QSB) Bashkëpunim me sistemin publik shëndetësor për referime Parashikime ligjore për kategoritë vulnerabël	Mungesë protokollesh për referim dhe trajtim (IEVP–QSB) Mungesë mjekësh specialistë dhe staf i palicencuar Mangësi serioze në rekrutim dhe menaxhim të burimeve njerëzore Mungesë sistemi informatik eRx Menaxhim i dobët i barnave (planifikim historik, mungesë inventari, skadenca, kushte jashtë standardeve) Mungesë kontrolli nga AKBPM dhe DPB Mungesë të dhënash për pacientët kronikë dhe kartela mjekësore jo të transferuara Pajisje diagnostike të amortizuara Mbipopullim dhe kushte jo standarde (sidomos për shëndetin mendor)
Shanset (O)	Kërcënimet (T)
Digjitalizimi i sistemit (e-receta, menaxhim barnash, kartela elektronike) Forcimi i bashkëpunimit me MSHMS dhe FSDKSH Integrimi me sistemin publik shëndetësor Përafrimi me standardet e BE dhe praktikat ndërkombëtare Rritja e fokusit institucional dhe ndërkombëtar mbi shërbimin	Rritja e numrit të të dënuarve dhe presioni mbi sistemin Vështirësi në rekrutimin dhe mbajtjen e specialistëve Rreziqe për shkelje të të drejtave të njeriut Ekspozim ndaj kritikave/raporteve ndërkombëtare Ulje e cilësisë për shkak të shkëputjes nga MSH Risk financiar dhe abuzimi në menaxhimin e barnave

3.2 Objektivat e auditimit

Auditimi me temë “Kujdesi Shëndetësor në Institucionet e Ekzekutimeve të Vendimeve Penale” synon të vlerësojë nëse DPB/IEVP/QSB dhe strukturat shëndetësore publike përkatëse kanë garantuar një sistem të qëndrueshëm, efektiv dhe të koordinuar të kujdesit shëndetësor, në përputhje me kërkesat ligjore kombëtare dhe standardet ndërkombëtare për trajtim dinjitoz dhe akses të barabartë. Në këtë kuadër, objektivat specifike janë:

Të vlerësojë nëse personat e privuar nga liria marrin kujdes shëndetësor në kohë, pa diskriminim, me respektim të dinjitetit, privatësisë dhe konfidencialitetit;

Të vlerësojë nevojat dhe përdorimin e burimeve (personel, barna, pajisje, infrastrukturë) në funksion të një shërbimi cilësor dhe të vazhdueshëm;

Të vlerësojë funksionimin e proceseve klinike (kontrolli në hyrje, ndjekja e sëmundjeve kronike, urgjencat, shëndeti mendor dhe trajtimi i varësive);

Të vlerësojë efektivitetin e sistemit të referimit dhe bashkëpunimit me strukturat e jashtme shëndetësore, si dhe ndjekjen pas trajtimit;

Të vlerësojë menaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore, përfshirë furnizimin, ruajtjen dhe ndjekjen;

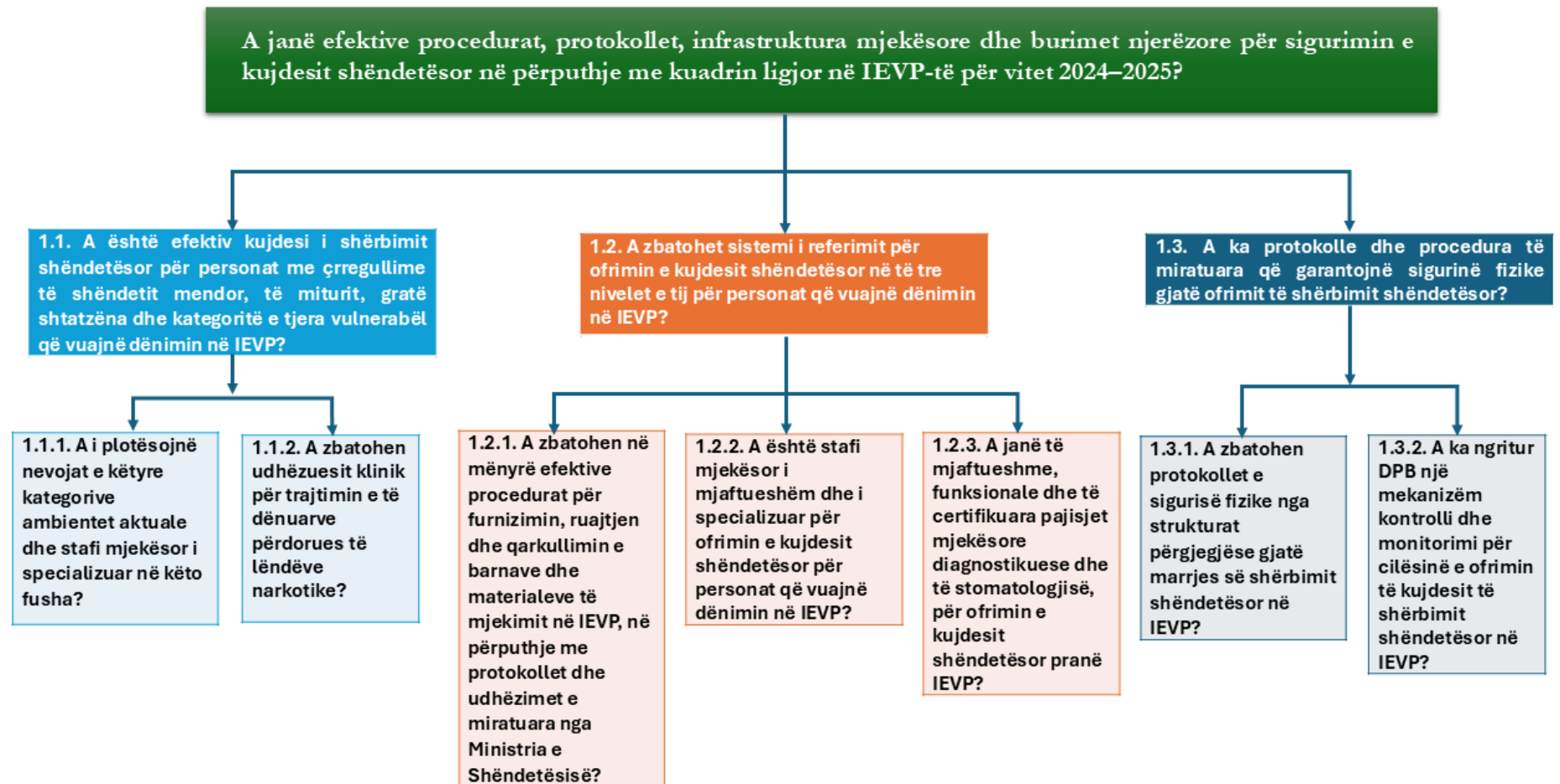
Të vlerësojë nëse pajisjet mjekësore dhe kushtet infrastrukturore i përgjigjen nevojave dhe funksionojnë si duhet.;

Të vlerësojë zbatimin e protokolleve të sigurisë gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor, përfshirë shoqërimin dhe transportin, në raport me nevojën klinike dhe dinjitetin e personit;

Të vlerësojë mekanizmat e monitorimit, kontrollit dhe raportimit për cilësinë e shërbimit shëndetësor;

Të vlerësojë nëse shërbimi shëndetësor për kategoritë vulnerabil ofrohet në mënyrë të përshtatur dhe sipas nevojave specifike.

3.3. Pyetjet e auditmit



3.4 Fushëveprimi i auditimit

Ky auditimi i performancës do të mbuloj organizimin dhe funksionimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor për personat e privuar nga liria në IEVP, me fokus në aksesin në shërbime, cilësinë e trajtimit, vazhdimësinë e kujdesit, menaxhimin e barnave dhe koordinimin ndërinstitutional. Në këtë kuadër, auditimi përfshin vlerësimin e:

- ofrimit të shërbimit shëndetësor në IEVP (vizita mjekësore, trajtimi i urgjencave, ndjekja e sëmundjeve kronike dhe trajtimi i shëndetit mendor dhe varësive);
- funksionimit të sistemit të referimit për trajtime të specializuara në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB), në QSUT dhe në spitalet rajonale;
- menaxhimit të barnave dhe materialeve mjekësore;
- bashkëpunimit ndërmjet institucioneve përgjegjëse për ofrimin dhe financimin e shërbimit shëndetësor;
- zbatimin e protokolleve të sigurisë gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor.

Auditimi është shtrirë në nivel qendror në DPB dhe në një numër institucione të përzgjedhura në terren përfshirë IEVP dhe struktura shëndetësore si QSB.

Periudha nën auditim ishte 2024–2025, ndërsa për analiza krahasuese janë përdorur të dhëna edhe nga vite të tjera.

Paradigma kryesore e auditimit është:

Vlerësimi i efektivitetit të modelit aktual të organizimit dhe koordinimit institucional ndërmjet Ministrisë së Drejtësisë dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, duke analizuar në mënyrë pragmatiste nëse kuadri rregullator dhe marrëveshjet ekzistuese të bashkëpunimit sigurojnë një mbulim dhe monitorim të plotë të shërbimit shëndetësor dhe hospitalizues në IEVP dhe QSB.

4. SHTJELLIMI I PYETJEVE

Pyetja kryesore:

A janë efektive procedurat, protokollet, infrastruktura mjekësore dhe burimet njerëzore për sigurimin e kujdesit shëndetësor në përputhje me kuadrin ligjor në IEVP-të për vitet 2024–2025?

MESAZHI I AUDITIMIT

Kuadri ligjor në fuqi⁶ garanton që personat e privuar nga liria të përfitojnë kujdes shëndetësor sipas të njëjtave standarde që zbatohen për popullatën në përgjithësi.

Megjithatë, auditimi konstatoi se, gjatë periudhës 2024–2025, organizimi dhe funksionimi i shërbimit shëndetësor në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) nuk kanë garantuar në mënyrë efektive aksesin, cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit në përputhje me këto standarde.

Dobësitë kryesore lidhen me mungesën e një koordinimi dhe monitorimi efektiv ndërmjet sistemit penitenciar dhe sistemit shëndetësor, kapacitetet e pamjaftueshme të burimeve njerëzore, shpërndarjen jo të balancuar të mjekëve specialistë, si dhe mangësitë infrastrukturore e diagnostikuese.

Mosfunksionimi i një pjese të pajisjeve mjekësore dhe mosimplementimi i recetës elektronike (eRx) kanë kufizuar integrimin me sistemin publik shëndetësor dhe kanë rritur varësinë nga referimet në strukturat e jashtme.

Mangësitë janë më të theksuara në kujdesin ndaj personave me çrregullime të shëndetit mendor dhe atyre me masa mjekësore, ku kapacitetet ekzistuese nuk u përgjigjen nevojave për trajtim të specializuar dhe rehabilitim.

Po ashtu, trajtimi i personave me varësi nga opioidet mbetet i mbështetur kryesisht në terapinë zëvendësuese me metadon, ndërsa dobësitë në planifikimin, administrimin dhe kontrollin e tij kufizojnë efektivitetin dhe sigurinë e këtij shërbimi.

Përmirësimi i kujdesit shëndetësor në IEVP kërkon një qasje më të integruar, me përgjegjësi të qarta institucionale, koordinim dhe monitorim efektiv ndërmjet Ministrisë së Drejtësisë dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, forcim të kapaciteteve profesionale e infrastrukturore, implementim të plotë të recetës elektronike (eRx) dhe zhvillimin e strukturave të specializuara për trajtimin e çrregullimeve të shëndetit mendor dhe rehabilitimin, me qëllim garantimin e një kujdesi shëndetësor cilësor dhe të barabartë.

⁶ Ligji nr. 81/2020, "Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve", neni 41; Ligji nr. 10383, datë 24.02.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar;

4.1. A është efektiv kujdesi i shërbimit shëndetësor për personat me çrregullime të shëndetit mendor, të miturit, gratë shtatzëna dhe kategoritë e tjera vulnerabël që vuajnë dënimin në IEVP?

IEVP Lezhë është institucioni i vetëm në sistemin peninteciar shqiptar i dedikuar për trajtimin e personave me çrregullime të shëndetit mendor⁷, për të cilët gjykata ka caktuar masë mjekësore duke e bërë këtë institucionin hallkën kryesore të ofrimit të kujdesit psikiatrik në burgje.

Kujdesi shëndetësor për personat me çrregullime të shëndetit mendor përbën një nga komponentët më të rëndësishëm të këtij sistemi pasi lidhet drejtpërdrejt me mbrojtjen e të drejtës për shëndet, respektimin e dinjitetit njerëzor dhe realizimin e qëllimit rehabilitues të ekzekutimit të masave mjekësore. Përmbushja e këtij misioni kërkon organizimin dhe funksionimin efektiv të shërbimit shëndetësor, duke garantuar akses në kujdes të specializuar, trajtim farmakologjik dhe psikosocial, ndjekje të vazhdueshme klinike të përshtatur me nevojat individuale të pacientëve.

IEVP Pojskë si institucioni i vetëm për gratë e dënuara ka përgjegjësinë për të siguruar një shërbim shëndetësor të organizuar dhe efektiv, i cili t'u përgjigjet nevojave specifike të kësaj kategorie.

Kujdesi shëndetësor për gratë e privuara nga liria kërkon shërbime të specializuara, të vazhdueshme dhe të integruara. Ofrimi i kujdesit shëndetësor duhet të garantojë jo vetëm trajtimin e problematikave të përgjithshme shëndetësore, por edhe mbulimin e nevojave të veçanta që lidhen me shëndetin riprodhues, kujdesin gjinekologjik, shëndetin mendor dhe rehabilitimin.

Kujdesi shëndetësor për të miturit në IEVP Kavajë si institucioni i dedikuar për të miturit në konflikt me ligjin ka një rëndësi të veçantë për mbrojtjen e të drejtave të fëmijëve. Për shkak të moshës, fazës së zhvillimit fizik dhe psikologjik, si dhe nevojave të veçanta shëndetësore e psiko-sociale, të miturit kërkojnë një model kujdesi të specializuar, të integruar dhe të orientuar drejt rehabilitimit dhe riintegritit social.

QSB përfaqëson strukturën e vetme të specializuar të sistemit peninteciar që ofron kujdes shëndetësor spitalor për personat e privuar nga liria, përfshirë edhe gratë me çrregullime të shëndetit mendor të cilat për shkak të gjendjes së tyre klinike kanë nevojë për trajtim të specializuar dhe monitorim të vazhdueshëm. Garantimi i kujdesit shëndetësor për gratë me probleme të shëndetit mendor të privuara nga liria përbën një detyrim ligjor që kërkon organizimin e shërbimeve të specializuara në përputhje me nevojat klinike dhe standardet e pranuar të kujdesit shëndetësor.

Sipas të dhënave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë⁸(ËHO) dhe studimeve ndërkombëtare⁹ mbi shëndetin në burgje, prevalenca e çrregullimeve mendore tek personat e privuar nga liria është ndjeshëm më e lartë sesa në popullatën e përgjithshme. Kategoritë më të shpeshta të patologjive përfshijnë:

- çrregullimet depresive dhe ankthioze;
- çrregullimet psikotike, përfshirë skizofreninë;
- çrregullimin bipolar;
- çrregullimet e personalitetit, veçanërisht personalitetin antisocial dhe borderline;
- çrregullimet e lidhura me varësinë nga alkooli dhe substancat psikoaktive;
- diagnozat e dyfishta (çrregullime mendore të shoqëruara me varësi);
- çrregullimin e stresit post-traumatik (PTSD);

⁷ Përkufizim sipas kuadrit ligjor

⁸ [https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-\(hiped\)](https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-(hiped))

⁹ Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis (The Lancet Public Health, 2025)

- rastet me rrezik të lartë për vetëvrasje dhe vetëdëmtim.

Në kushtet kur këto patologji kërkojnë vlerësim të vazhdueshëm multidisiplinar, mungesa e specialistëve kufizon mundësinë për diagnostifikim të hershëm, rishikim periodik të trajtimit farmakologjik, ndërhyrje psikoterapeutike dhe rehabilitim psikosocial. Për pasojë, rritet probabiliteti i përkeqësimit të gjendjes klinike, episodeve akute psikiatrike, vetëdëmtimeve, tentativave për vetëvrasje, incidenteve të sigurisë dhe transferimeve drejt institucioneve të specializuara shëndetësore.

Një praktikë e mirë në këtë fushë ofrohet nga Finlanda, ku shërbimi shëndetësor penitenciar administrohet nga Instituti Finlandez për Shëndetin dhe Mirëqenien¹⁰ (THL) dhe është plotësisht i integruar me sistemin publik shëndetësor. Ky model bazohet në parimin e ekuivalencës së kujdesit, sipas të cilit personat e privuar nga liria duhet të marrin të njëjtin standard shërbimesh si popullata jashtë burgut. Elementët kryesorë të këtij modeli janë:

- depistimi i detyrueshëm i shëndetit mendor për çdo person në momentin e pranimit në institucion;
- vlerësimi multidisiplinar nga psikiatër, psikolog, infermier i shëndetit mendor dhe punonjës social;
- hartimi i planeve individuale të trajtimit dhe rehabilitimit;
- përdorimi i telepsikiatrisë për institucionet që ndodhen larg qendrave universitare;
- monitorimi elektronik i historikut klinik dhe vazhdimësia e trajtimit gjatë transferimeve ose pas lirimit nga burg;
- bashkëpunimi i vazhdueshëm ndërmjet sistemit penitenciar dhe shërbimeve komunitare të shëndetit mendor.

Ky model ka kontribuar në uljen e rasteve të vetëvrasjeve, reduktimin e krizave psikiatrike, rritjen e vazhdimësisë së trajtimit dhe përdorimin më efikas të burimeve njerëzore dhe financiare.

Në Tabelën nr. 3 paraqiten të dhënat mbi numrin e personave me çrregullime të shëndetit mendor, si dhe numri i mjekëve specialistë psikiatër në IEVP dhe QSB.

Tabela nr.3. Raporti i mjekëve specialistë ndaj pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor

Nr.	IEVP	Nr. i personave me masa mjekësore (psikiatrike)	Nr. i personave me çrregullime të shëndetit mendor pa	Total. Nr persona me çrregullime të shëndetit mendor	Nr. Mjeteve specialist psikiatër		Raport Mjete specialist (psikiatër) / Pacientë me çrregullime të shëndetit
					Me kohe te plote	Part Time	
1	IEVP Jordan Misja		34	34			'0/34
2	IEVP Pojskë		16	16			'0/16
3	IEVP Mine Peza		15	15			'0/15
4	IEVP Kukës		2	2			'0/2
5	IEVP Durrës		61	61		1	'1/61
6	IEVP Fushë-Krujë		36	36			'0/36
7	IEVP Lezhë	454		454	1	1	'1/454
8	IEVP Rrogozhinë		35	35		1	'1/35
9	IEVP Peqin		40	40		1	'1/40
10	IEVP Lushnjë		20	20			'0/20
11	IEVP Tepelenë		0	0			'0/0
12	IEVP Vlorë		11	11		1	'1/11
13	IEVP Korçë		22	22		1	'1/22
14	IEVP Elbasan		6	6			'0/6
15	IEVP Berat		8	8			'0/8
16	Kavajë		0	0			'0/0
17	IEVP Burrel		9	9			'0/9
18	IEVP Fier		88	88			'0/88
19	IEVP Shkodër		53	53			'0/53
20	QSB	35		35	1		'1/35
TOTALI		489	456	945	2	6	1/118

Burimi: DPB, përpunuar nga grupi i auditimit të KLSH

¹⁰ <https://thl.fi/en/front-page>
<https://vth.fi/en/>

Në mungesë të praktikave të mira, raporti i mjekëve psikiatër me të dënuar tregon problematika të mëdha në trajtimin e pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor.

Nga të dhënat e paraqitura në tabelën nr. 3 rezulton se, në 13 IEVP nuk ka mjek specialist psikiatër, as me kohë të plotë dhe as me kohë të pjesshme, konkretisht:

Në IEVP Jordan Misja ka 34 pacient me çrregullime të shëndetit mendor, IEVP Pojskë 16 pacient, IEVP Mine Peza 15 pacient, IEVP Kukës 2 pacient, IEVP Fushë-Krujë 36 pacient, IEVP Lushnjë 20 pacient, IEVP Elbasan 6 pacient, IEVP Berat 8 pacient, IEVP Burrel 9 pacient, IEVP Fier 88 pacient dhe IEVP Shkodër 53 pacient.

Në 11 IEVP, ku ndodhen gjithsej 287 pacient me çrregullime të shëndetit mendor, nuk ka asnjë mjek specialist psikiatër të angazhuar, me kohë të plotë ose të pjesshme.

Në IEVP e tjera, shërbimi psikiatrik sigurohet kryesisht me kohë të pjesshme.

Në IEVP Durrës ka një psikiatër me kohë të pjesshme për 61 pacient, IEVP Rrogozhinë për 35 pacientë, IEVP Peqin për 40 pacientë, IEVP Vlorë për 11 pacientë dhe IEVP Korçë për 22 pacientë. IEVP Lezhë, ku ndodhen 454 pacient me masë mjekësore psikiatrike, ka një psikiatër me kohë të plotë dhe një me kohë të pjesshme. QSB ka një psikiatër me kohë të plotë për 35 pacient me masë mjekësore.

Në tërësi, për 945 pacient me nevojë të shëndetit mendor janë angazhuar 8 mjekë specialistë psikiatër, nga të cilët vetëm 2 me kohë të plotë dhe 6 me kohë të pjesshme.

Kjo gjendje tregon se problemi nuk lidhet vetëm me numrin e psikiatërve, por edhe me shpërndarjen e tyre të pabarabartë, pasi një pjesë e konsiderueshme e pacientëve ndodhet në institucione ku ky shërbim i specializuar mungon plotësisht.

Mangësi në ofrimin e kujdesit të specializuar u evidentuan edhe për kategori të tjera vulnerabël.

IEVP Pojskë është institucioni ku trajtohen gratë e dënuara dhe të paraburgosura, dhe për shkak të profilit të veçantë të popullatës që trajton, institucioni duhet të sigurojë akses në shërbime të përshtatura me nevojat specifike shëndetësore të grave, përfshirë kujdesin gjinekologjik, ndjekjen e shtatzënisë, shërbimin stomatologjik, mbështetjen për shëndetin mendor dhe kushtet e përshtatshme higjieno-sanitare. Nga auditimi rezultoi se shërbimet gjinekologjike dhe stomatologjike nuk ofrohen brenda institucionit. Në IEVP Kavajë ku trajtohen të miturit në konflikt me ligjin, megjithëse kushtet e përgjithshme dhe programet rehabilituese vlerësohen relativisht të mira, institucioni nuk disponon mjek peditër. Mungesa e këtij specialisti ka sjellë vështirësi të herëpashershme në sigurimin e kujdesit shëndetësor të përshtatur për këtë grupmoshë, veçanërisht për rastet që kërkojnë vlerësim dhe ndjekje të specializuar. Një tjetër kategori vulnerabël përfaqësohet nga personat që trajtohen me metadon, të cilët në fund të vitit 2025 rezultojnë në total 128 individë në sistemin e IEVP-ve. Zbatimi i programeve për trajtimin e varësisë nga substancat narkotike përballet me kufizime që lidhen me mungesën e burimeve njerëzore të specializuara dhe të kapaciteteve rehabilituese, përfshirë numrin e kufizuar të psikiatërve dhe psikologëve klinikë, mungesën e stafit të dedikuar për trajtimin e varësisë dhe ngarkesën e lartë të rasteve për specialist. Këto mangësi ndikojnë në mundësinë për të siguruar ndërhyrje terapeutike të vazhdueshme dhe të përshtatura me nevojat individuale të personave në trajtim.

1.Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi u evidentua se kujdesi shëndetësor në IEVP nuk garanton një nivel të njëjtë cilësie dhe aksesueshmërie për të gjithë personat e privuar nga liria. Referuar kuadrit ligjor zbatimi në praktikë paraqet mangësi të konsiderueshme në aspektin e organizimit, burimeve njerëzore dhe aksesit në shërbime të specializuara.

Në kujdesin e personave të cilët vuajnë nga problemet e shëndetit mendor u evidentua një shpërndarje e pabarabartë e mjekëve psikiatër në IEVP, pasi një pjesë e tyre disponojnë psikiatër dhe psikolog me kohë të plotë ndërsa pjesa tjetër mbështetet në vizitat periodike ose në shërbime të ofruara nga strukturat e jashtme, duke krijuar diferenca në frekuencën e vlerësimeve klinike, monitorimin dhe ndërhyrjet rehabilituese. Në IEVP Pojskë nuk është i parashikuar pozicioni i gjinekologut në strukturë, edhe pse është i vetmi institucion i cili trajton gratë e dënuara. Në IEVP Kavajë mungon mjeku pediatër në strukturë edhe pse trajton të miturit në konflikt me ligjin.

1. Konkluzioni:

Shërbimi shëndetësor për personat me çrregullime të shëndetit mendor dhe kategoritë e tjera vulnerabël në IEVP nuk rezulton plotësisht efektiv në garantimin e një kujdesi të aksesueshëm, të vazhdueshëm dhe të përshtatur me nevojat specifike të tyre.

Në tërësi, mangësitë në planifikimin dhe shpërndarjen e burimeve njerëzore të specializuara, si dhe në organizimin e shërbimeve të specialiteteve, nuk garantojnë një standard të njëtrajtshëm të kujdesit shëndetësor për kategoritë vulnerabël në IEVP dhe kufizojnë efektivitetin e shërbimit në përmbushjen e nevojave specifike të këtyre kategorive.

1.1 Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të kryejë një vlerësim të plotë të nevojave për personel mjekësor të specializuar në të gjitha IEVP-të dhe, mbi bazën e këtij vlerësimi, të hartojë dhe zbatojë një plan për shpërndarjen e mjekëve specialistë psikiatër sipas ngarkesës me pacientë dhe profileve të riskut të institucioneve.

Menjëherë dhe në vijimësi

1.2. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të krijojë mekanizma të qëndrueshëm dhe të dokumentuar për sigurimin periodik të shërbimeve të specializuara shëndetësore (gjinekologji, pediatri, stomatologji dhe specialitete të tjera sipas nevojave), duke përcaktuar frekuencën e ofrimit të këtyre shërbimeve, mënyrën e dokumentimit dhe monitorimin e zbatimit të tyre, me qëllim garantimin e aksesit të barabartë, vazhdimësisë së kujdesit shëndetësor dhe përmbushjes së nevojave specifike të kategorive vulnerabël në sistemin e burgjeve.

Menjëherë dhe në vijimësi

4.1.1. A i plotësojnë nevojat e këtyre kategorive ambientet aktuale dhe stafi mjekësor i specializuar në këto fusha?

Për të vlerësuar efektivitetin e kujdesit shëndetësor për kategoritë vulnerabël në sistemin penitenciar, auditimi analizoi kapacitetet infrastrukturore, burimet njerëzore të specializuara dhe organizimin e shërbimeve shëndetësore në IEVP dhe në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB), si dhe të dhënat mbi personat që përfitojnë këto shërbime gjatë viteve 2024–2025.

Personat me çrregullime të shëndetit mendor

Nga auditimi në IEVP Lezhë rezultoi se sipërfaqja e disponueshme për person nuk përmbush standardin minimal të përcaktuar në legjislacionin në fuqi¹¹. Konkretisht, në Godinën 4 dhomat standarde me sipërfaqe 16.52 m² akomodojnë 7 persona, duke siguruar vetëm 2.36 m² për person, ndërsa dhoma e madhe me sipërfaqe 42.33 m² akomodon 15 persona, duke siguruar

¹¹ Ligj Nr. 81/2020 “Për Të Drejtat Dhe Trajtimin E Të Dënuarve Me Burgim Dhe Të Paraburgosurve”, Neni 33, pika 4

2.82 m² për person. Në Godinën 5, dhomat standarde me sipërfaqe 20.91 m² akomodojnë 7 persona, duke siguruar 2.99 m² për person, ndërsa dhoma e madhe me sipërfaqe 43.25 m² akomodon 12 persona, duke siguruar 3.60 m² për person. Sipërfaqja minimale e akomodimit duhet të jetë jo më pak se 4 m² për çdo person, ndërsa kubatura jo më pak se 9 m³ për person. Krahassimi i gjendjes faktike me kriterin ligjor evidenton se asnjë prej ambienteve të verifikuara nuk e përmbush këtë standard, çka tregon se kapacitetet akomoduese të institucionit nuk janë në përputhje me numrin e personave të strehuar.

Kjo situatë tregon se menaxhimi i kapaciteteve akomoduese nuk ka garantuar kushte strehimi në përputhje me kërkesat ligjore dhe standardet minimale, duke ndikuar negativisht në cilësinë e jetesës dhe trajtimit të personave të privuar nga liria. Mungesa e hapësirës së mjaftueshme për person cenon dinjitetin e tyre, rrit rrezikun e përhapjes së sëmundjeve infektive dhe të problematikave të shëndetit mendor, si dhe kufizon efektivitetin e masave rehabilituese dhe riintegruese që synohen të ofrohen në institucion.

Nga auditimi u konstatua se, në IEVP Lezhë janë të akomoduar rreth 447 persona me masë mjekësore, ndërkohë që kapaciteti është 214 shtretër. Në fund të vitit 2025, numri i personave të akomoduar me masa mjekësore ka arritur në rreth 472 persona, duke e çuar mbipopullimin në nivelin rreth 218% të kapacitetit.

Gjithashtu, raporti i pranimeve krahasuar me lirimet rezulton në masën 211%, çka tregon se fluksi hyrës është më i lartë se mundësitë reale të sistemit për akomodim, trajtim dhe rehabilitim. Personat me çrregullime të shëndetit mendor përbëjnë kategorinë më të madhe të personave vulnerabël në sistemin penitenciar. Në vitin 2024 u identifikuan 914 persona me probleme të shëndetit mendor, ndërsa në vitin 2025 numri arriti në 939 persona. Nga këta, 480 persona në vitin 2024 dhe 504 persona në vitin 2025 ishin të akomoduar në IEVP Lezhë dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve me masa mjekësore të vendosura nga gjykata ("mjekim i detyruar" ose "shtrim i përkohshëm"), duke evidentuar një rritje të ngarkesës së këtyre strukturave.

Tabela nr.4. Të sëmurë të shëndetit mendor sipas IEVP-ve.

Nr.	IEVP	2024	2025
1	Jordan Misja	24	34
2	Pojskë	8	16
3	Mine Peza	13	15
4	Kukës	1	2
5	Durrës	74	61
6	Fushë-Krujë	15	36
7	Lezhë <i>(me masë, mjekim i detyrueshëm nga gjykata)</i>	447	472
8	Rrogozhinë	22	35
9	Peqin	50	40
10	Lushnjë	5	20
11	Tepelenë	9	0
12	Vlorë	13	11
13	Korçë	10	22
14	Elbasan	6	6
15	Berat	12	8
16	Kavajë	3	0
17	Burrel	8	9
18	Fier	108	88
19	Shkodër	54	53
20	QSB <i>(me masë, mjekim i detyrueshëm nga gjykata)</i>	33	32
	Shuma	914	939

Burimi: Të dhëna të administruara dhe të përpunuara në formë tabele nga grupi i auditimit të KLSH

Në sistemin e burgjeve janë të akomoduar të burgosur me probleme serioze shëndetësore dhe aftësi fizike të kufizuara, të cilët për shkak të gjendjes së tyre kanë nevojë për kujdes të shtuar, ndihmë të vazhdueshme dhe shërbim sanitar/kujdestar për nevojat e përditshme.

Sipas të dhënave të administruara, kjo kategori ka qenë 7 të burgosur në vitin 2024, 8 të burgosur në vitin 2025, ndërsa aktualisht rezultojnë 10 të burgosur, (nga të cilët 2 janë persona të verbër në I EVP Lezhë). Këta persona janë të akomoduar kryesisht në I EVP Durrës, I EVP Lezhë dhe QSB.

Kuadri ligjor në fuqi dhe standardeve ndërkombëtare, ka përcaktuar se personat të cilët vuajnë nga çrregullime të shëndetit mendor, ndaj të cilëve gjykata ka vendosur masa mjekësore të detyrueshme, duhet të trajtohen në institucione mjekësore të posaçme, pjesë e sistemit të integruar shëndetësor dhe nën administrimin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale. Megjithatë, pavarësisht detyrimeve të përcaktuara në legjislacion, këto institucione të specializuara ende nuk janë krijuar, duke bërë që personat me masa mjekësore të vazhdojnë të trajtohen brenda sistemit penitenciar, në I EVP Lezhë dhe në QSB. Kjo situatë nuk është në përputhje me qëllimin e parashikuar nga kuadri ligjor, pasi këta persona nuk duhet të jenë pjesë e sistemit të vuajtjes së dënimit, por të përfitojnë trajtim në institucione shëndetësore të specializuara, të përshtatura me nevojat e tyre klinike dhe rehabilituese. Mungesa e krijimit të këtyre institucioneve vijon të ndikojë negativisht në garantimin e një trajtimi të përshtatshëm shëndetësor dhe në respektimin e të drejtave të kësaj kategorie. Në të njëjtën linjë, kuadri ligjor dhe marrëveshjet ndër-institucionale përcaktojnë nevojën për ofrimin e trajtimit të specializuar shëndetësor për këtë kategori, si dhe angazhimin e shërbimeve psikiatrike mbështetëse sipas nevojave të institucioneve të ekzekutimit të vendimeve penale. Referuar strukturës së miratuar, në I EVP Lezhë janë parashikuar në organikë 12 mjekë, nga të cilët 6 mjekë psikiatër dhe 6 mjekë të specialiteteve të tjera ose mjekë të përgjithshëm. Ndërkohë, aktualisht ushtrojnë detyrën vetëm 2 mjekë psikiatër, pasi një mjek psikiatër ka ndërruar jetë. Kjo krijon ngarkesë të lartë për personelin ekzistues dhe vështirëson ndjekjen individuale, të vazhdueshme dhe terapeutike të pacientëve me masa mjekësore. Sa i përket masave të planifikuara, institucioni ka sqaruar se ndërtimi i një Institucioni të Psikiatrisë Ligjore është përfshirë në një plan konkret, i cili parashikon marrjen në dorëzim të projektit gjatë muajit maj 2026, procedurat e prokurimit gjatë muajve qershor–shtator 2026, si dhe shpalljen e operatorit fitues dhe lidhjen e kontratës në periudhën tetor–nëntor 2026. Megjithatë, deri në funksionalizimin e kësaj strukture, personat me masa mjekësore vijnë të trajtohen në sistemin e burgjeve. Shkaku kryesor i kësaj situatë lidhet me mosfunksionimin ende të institucionit të posaçëm psikiatrik në varësi të sistemit shëndetësor, i cili duhet të marrë përsipër trajtimin e personave me masa mjekësore. Situata rëndohet më tej nga mosplotësimi i organikës me mjekë psikiatër dhe staf mbështetës, si dhe nga kapacitetet e kufizuara infrastrukturore, terapeutike dhe rehabilituese të I EVP Lezhë dhe QSB. Për pasojë, trajtimi i personave me masa mjekësore vijon të realizohet në kushte që nuk garantojnë plotësisht standardin e kërkuar për kujdes psikiatrik, rehabilitim, siguri, dinjitet dhe trajtim të individualizuar. Mbipopullimi, mungesa e hapësirës së mjaftueshme, numri i kufizuar i psikiatërve dhe mungesa e një institucioni të posaçëm psikiatrik funksional krijojnë risk për përkeqësimin e gjendjes shëndetësore të pacientëve, rritjen e incidenteve, cenimin e dinjitetit dhe mosrespektimin e standardeve kombëtare dhe ndërkombëtare për trajtimin e kësaj kategorie.

2. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se organizimi aktual i trajtimit të personave me çrregullime të shëndetit mendor, ndaj të cilëve gjykata ka vendosur masa mjekësore, nuk është në përputhje të plotë me kërkesat e kuadrit ligjor¹². Rezulton se, në praktikë, trajtimi vijon të realizohet në

¹²Ligj Nr. 44/2012 “Për Shëndetin Mendor”, Neni 28, pika 1

IEVP Lezhë , ku kapacitetet infrastrukturore dhe burimet njerëzore nuk janë në përputhje me numrin dhe kompleksitetin e rasteve të trajtuara. Mbipopullimi i institucionit, mungesa e hapësirave të përshtatshme dhe numri i pamjaftueshëm i mjekëve psikiatër kufizojnë mundësinë për kryerjen e vlerësimeve periodike, zbatimin e planeve individuale të trajtimit dhe monitorimin e vazhdueshëm klinik.

2. Konkluzion

Trajtimi i personave me masa mjekësore në I EVP Lezhë nuk është i organizuar në përputhje të plotë me natyrën shëndetësore të nevojave të tyre dhe me kërkesat e kuadrit ligjor në fuqi. Mbipopullimi, mungesa e hapësirës së mjaftueshme, numri i kufizuar i psikiatërve dhe mungesa e një institucioni të posaçëm psikiatrik funksional kufizojnë cilësinë dhe vazhdimësinë e trajtimit.

Kjo gjendje bën që sistemi në e burgjeve të mbajë një kategori personash që, sipas ligjit, duhet të trajtohen nga sistemi shëndetësor. Për pasojë, rritet risku për trajtim jo të përshtatur, përkeqësim të gjendjes së pacientëve dhe cenim të standardeve kombëtare e ndërkombëtare¹³ për të drejtat e njeriut.

2.1. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve t'i kërkojë Ministrisë së Drejtësisë që, në kuadër të bashkëpunimit ndërinstitutional me ministrinë përgjegjëse për shëndetësinë, të marrë masat e nevojshme për përshtetimin e procedurave për ngritjen dhe funksionalizimin e Institucionit të Psikiatrisë Ligjore, me qëllim transferimin gradual të personave me masa mjekësore nga institucionet penitenciare në strukturën e posaçme shëndetësore.

Në vijimësi

2.2. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për plotësimin e pozicioneve vakante të mjekëve psikiatër në I EVP Lezhë, duke siguruar ndjekje më të rregullt, individuale dhe të dokumentuar të pacientëve me masa mjekësore deri në funksionalizimin e institucionit të posaçëm.

Brenda datës 31.12.2026

IEVP Pojskë

Në I EVP Pojskë sipas të dhënave të administruara, janë të akomoduar 69 gra, nga të cilat 39 të dënuara dhe 30 të paraburgosura.

Duke pasur parasysh profilin specifik të kësaj popullate, institucioni duhet të garantojë një model kujdesi shëndetësor të përshtatur me nevojat biologjike, psikologjike dhe sociale të grave të privuara nga liria. Ky kujdes duhet të përfshijë akses të rregullt në shërbime gjinekologjike, ndjekjen e shtatzënisë dhe kujdesin prenatal/postnatal sipas rastit, kontrole parandaluese për shëndetin e grave (përfshirë ekzaminime gjinekologjike dhe depistime sipas protokolleve përkatëse), shërbime stomatologjike, mbështetje psikologjike dhe monitorim të shëndetit mendor, si dhe kushte higjieno-sanitare të përshtatshme. Nga auditimi rezultoi se organizimi aktual i shërbimeve shëndetësore në I EVP Pojskë nuk garanton plotësisht këtë qasje të përshtatur. Shërbimi stomatologjik nuk ofrohet brenda institucionit, duke bërë që gratë të varen nga referimet jashtë I EVP-së për marrjen e këtij shërbimi. Nga auditimi u konstatua se pozicioni i farmacistit ishte i paplotësuar dhe mbulohej nga infermieri.

Gjithashtu, shërbimi gjinekologjik nuk ofrohet në mënyrë të integruar dhe të vazhdueshme brenda institucionit. Ekzaminimet gjinekologjike realizohen jashtë I EVP-së dhe kryesisht në

¹³ https://www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml?

momentin e pranimit, ndërsa nga dokumentacioni i vënë në dispozicion nuk rezulton të jetë vendosur një praktikë e standardizuar, periodike dhe e dokumentuar për kontrolle parandaluese gjinekologjike dhe ekzaminime mamografike sipas nevojës së kategorisë së trajtuar.

Mungesa e një programi të organizuar të kontrolleve parandaluese dhe kufizimet në aksesin ndaj shërbimeve të specializuara ndikojnë në mundësinë e identifikimit të hershëm të problematikave shëndetësore dhe në sigurimin e një kujdesi të vazhdueshëm, duke mos garantuar plotësisht një standard kujdesi të barabartë me nevojat specifike të grave të privuara nga liria.

3. Gjetje nga auditimi

Nga grupi i auditimit u konstatua se IEVP Pojskë, nuk ka kapacitete të plota të shërbimeve të specialiteteve. Në praktikë rezultojnë mangësi në mbulimin me farmacist, mungesë e pozicioneve të dedikuara për stomatolog dhe gjinekolog, si dhe mungesë e një programi të rregullt për kontrolle gjinekologjike, mamografike dhe ndjekje të shtatzënisë.

3. Konkluzioni

IEVP Pojskë nuk garanton në mënyrë të plotë një shërbim shëndetësor dhe psikologjik të specializuar, të vazhdueshëm dhe të përshtatur për gratë e dënuara/paraburgosura. Mungesa e farmacistit, stomatologut, gjinekologut, kontrolleve periodike gjinekologjike si dhe mungesa e ambienteve dhe pajisjeve të posaçme, kufizojnë cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit.

Kjo gjendje rrit varësinë nga shërbimet e jashtme, krijon risk për vonesa në diagnostifikim dhe trajtim, si dhe kufizon mundësinë për reagim të menjëhershëm në rastet emergjente që lidhen me shëndetin e grave, përfshirë shtatzëninë dhe problematikat gjinekologjike.

3.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për plotësimin e menjëhershëm të organikës në IEVP Pojskë me farmacist, stomatolog dhe mjek specialist gjinekolog, me qëllim garantimin e shërbimeve të plota shëndetësore, psikologjike dhe sanitare.

Menjëherë

IEVP Kavajë:

Referuar kuadrit ligjor kombëtar¹⁴ dhe standardeve ndërkombëtare¹⁵ për trajtimin e të miturve në konflikt me ligjin, kujdesi shëndetësor në institucionet penitenciare duhet të jetë i organizuar në mënyrë të tillë që të marrë në konsideratë moshën, fazën e zhvillimit fizik, psikologjik dhe emocional të të miturit, si dhe nevojat e veçanta që lidhen me këtë periudhë zhvillimi.

Për këtë kategori, kujdesi shëndetësor nuk duhet të kufizohet vetëm në trajtimin e sëmundjeve akute, por duhet të bazohet në një qasje gjithëpërfshirëse, parandaluese, rehabilituese dhe multidisiplinare, e orientuar drejt mbrojtjes së shëndetit, zhvillimit dhe riintegritimit social të të miturve në konflikt me ligjin. Një sistem efektiv i kujdesit shëndetësor duhet të garantojë kryerjen e një vlerësimi të plotë shëndetësor që në momentin e pranimit në institucion, duke përfshirë vlerësimin fizik dhe psikologjik, si dhe identifikimin e problematikave të mëparshme shëndetësore, varësive, çrregullimeve të shëndetit mendor dhe faktorëve të tjerë të riskut. Më tej, ai duhet të sigurojë ndjekje periodike mjekësore dhe monitorim të vazhdueshëm të gjendjes shëndetësore, në përputhje me nevojat specifike të moshës, si dhe akses në shërbime pediatrike, duke qenë se të miturit kërkojnë vlerësim dhe trajtim nga specialistë të trajnuar për zhvillimin dhe patologjitë karakteristike të kësaj grupmoshe.

¹⁴ Ligj Nr. 37/2017 Kodi I Drejtësisë Penale Për Të Mitur

¹⁵ United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (The Beijing Rules)

Në të njëjtën kohë, sistemi duhet të garantojë vlerësim të rregullt dhe mbështetje të shëndetit mendor, duke marrë në konsideratë prevalencën e lartë të traumave, çrregullimeve të sjelljes, ankthit, depresionit, vetëlëndimit dhe vështirësive të përshtatjes që karakterizojnë këtë kategori. Kjo duhet të shoqërohet me ofrimin e shërbimeve psikologjike dhe psikosociale të vazhdueshme, të integruara me kujdesin shëndetësor dhe programet rehabilituese. Kujdesi shëndetësor duhet të përfshijë kontrolle dhe trajtim dentar si pjesë e kujdesit bazë, të sigurojë referim të shpejtë dhe të koordinuar drejt shërbimeve të specializuara jashtë institucionit kur nevojat shëndetësore e kërkojnë, si dhe të zhvillojë programe të edukimit shëndetësor dhe rehabilitimit, të fokusuara veçanërisht në parandalimin e përdorimit të substancave psikoaktive, promovimin e higjienës personale, ushqyerjes së shëndetshme dhe zhvillimin e aftësive sociale, me qëllim mbështetjen e zhvillimit të shëndetshëm dhe riintegrimin të suksesshëm të të miturve në shoqëri.

Nga auditimi rezultoi se në I EVP Kavajë trajtohen 29 të mitur dhe të rinj në konflikt me ligjin, të grupmoshës 14–21 vjeç, nga të cilët 12 të dënuar dhe 17 të paraburgosur. Megjithëse institucioni disponon një strukturë bazë shëndetësore të përbërë nga 1 mjek, 4 infermierë, 1 farmacist dhe 1 stomatolog, ai nuk disponon mjek peditër.

Mungesa e mjekut peditër përbën një kufizim të rëndësishëm në sigurimin e kujdesit shëndetësor të përshtatur për këtë kategori, pasi vlerësimi dhe ndjekja e të miturve kërkon njohuri specifike mbi zhvillimin fizik dhe psikologjik të tyre. Për pasojë, rastet që kërkojnë vlerësim peditrik duhet të referohen jashtë institucionit, duke krijuar varësi nga disponueshmëria e shërbimeve jashtë I EVP-së dhe duke ndikuar në vazhdimësinë e kujdesit. Gjithashtu, mungesa e një strukture të plotë multidisiplinare, që të kombinojë në mënyrë të qëndrueshme shërbimet mjekësore, psikologjike dhe sociale, kufizon mundësinë për trajtim të individualizuar dhe rehabilitim efektiv të të miturve në konflikt me ligjin.

4. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se në I EVP Kavajë kujdesi shëndetësor për të miturit nuk organizohet plotësisht mbi bazën e një modeli të integruar dhe të dokumentuar që të sigurojë lidhjen ndërmjet shërbimeve mjekësore, psikologjike, sociale dhe rehabilituese, sipas nevojave specifike të kësaj kategorie.

Gjithashtu, auditimi evidentoi problematika të lidhura me mirëmbajtjen e ambienteve dhe kushteve higjieno-sanitare. Megjithëse këto problematika janë trajtuar nga institucioni, mungesa e një sistemi të dokumentuar kontrolli periodik me përcaktim të qartë të përgjegjësisve dhe afateve për eliminimin e mangësive rrit riskun e përsëritjes së tyre dhe ndikon në sigurimin e vazhdueshëm të kushteve të përshtatshme higjieno-sanitare.

4. Konkluzioni

I EVP Kavajë nuk ka ende një model të plotë dhe të standardizuar për ndjekjen shëndetësore, psikologjike dhe rehabilituese të të miturve me nevoja të veçanta. Mungesa e programeve të qëndrueshme të rehabilitimit, varësia nga shërbimet e jashtme të specializuara dhe problematikat e mirëmbajtjes së ambienteve sanitare mund të kufizojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe efektivitetin e trajtimit institucional.

4.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të miratojë një program të posaçëm për ndjekjen shëndetësore dhe psikosociale të të miturve, ku të përcaktohen vlerësimi periodik mjekësor, psikologjik, trajtimi i rasteve me varësi, ankth, depresion apo problematika të sjelljes, mënyra e referimit te mjekët specialist, dokumentimi i ecures për çdo të mitur, si dhe kontrolle të rregullta për mirëmbajtjen, pastrimin dhe dezinfektimin e ambienteve higjieno-sanitare.

Në vijimësi

Qendra Spitalore e Burgjeve:

Qendra Spitalore e Burgjeve (QSB) është struktura hospitalizuese e sistemit të kujdesit shëndetësor që ofrohet për personat e privuar nga liria, e cila siguron trajtim spitalor dhe të specializuar për rastet që nuk mund të trajtohen në nivelin e shërbimit shëndetësor të IEVP-ve. Ajo funksionon në varësi të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve dhe bashkëvepron me Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), si dhe me strukturat e sistemit publik shëndetësor.

Roli kryesor i QSB-së është të sigurojë diagnostifikimin, trajtimin spitalor dhe ndjekjen klinike të pacientëve me patologji të rënda, kronike apo komplekse, të cilët kërkojnë një nivel kujdesi që nuk mund të ofrohet pranë IEVP-ve. Në këtë kuadër, IEVP-të referojnë pranë QSB-së rastet që kërkojnë trajtim të specializuar, ndërsa për rastet që kërkojnë ndërhyrje apo kapacitete diagnostifikuese dhe trajtuese më të avancuara, pacientët referohen në strukturat e sistemit publik shëndetësor, përfshirë QSUT-në, spitalet rajonale dhe shërbime të tjera të specializuara.

Në këtë mënyrë, QSB-ja përbën një hallkë të rëndësishme ndërmjet shërbimit shëndetësor të ofruar në IEVP dhe strukturave të sistemit publik shëndetësor

Qendra Spitalore e Burgjeve (QSB) disponon një kapacitet të përgjithshëm prej 103 shtretërish, të organizuar sipas ve dhe profileve të shërbimit. Në katin e parë funksionojnë pavijoni i patologjisë me 17 shtretër, pavijoni infektiv me 12 shtretër, kirurgjia me 17 shtretër, psikiatria me 27 shtretër dhe reanimacioni me 5 shtretër, ndërsa në katin e dytë pavijoni i patologjisë disponon 25 shtretër. Shpërndarja e kapaciteteve hospitalizuese sipas ve paraqiten si më poshtë:

Tabela nr.5. Nr. i shtretërve në QSB sipas pavijoneve

Kati	Pavijoni	Kapaciteti / shtretër
Kati i parë	Patologji	17
Kati i parë	Infektiv	12
Kati i parë	Kirurgji	17
Kati i parë	Psikiatri	27
Kati i parë	Reanimacion	5
Kati i dytë	Patologji	25
Gjithsej		103

Burimi: Të dhëna të administruara dhe të përpunuara në formë tabele nga grupi i auditimit të KLSH.

Shërbimit shëndetësor në QSB, disponon një strukturë prej 46 punonjësish, të përbërë nga 1 shef shërbimi, 9 mjekë specialistë, 1 farmacist, 20 infermierë, 5 kujdestarë dhe 10 sanitarë. Stafi mjekësor i specializuar përfshin mjekë të profileve të pneumologjisë, nefrologjisë, imazherisë, psikiatrisë, kirurgjisë, neurologjisë, kardiologjisë, laboratorit dhe sëmundjeve infektive, ndërsa mjeku kardiolog ushtron funksionin me kohë të pjesshme. Struktura e kujdesit shëndetësor dhe përbërja e personelit të QSB-së paraqiten si më poshtë:

Tabela nr.6. Struktura e kujdesit shëndetësor në QSB

Pozicioni / kategoria	Numri	Shënime
Shef shërbimi	1	
Mjekë specialistë	9	Pneumolog, nefrolog, imazherist, psikiatër, kirurg, neurolog, kardiolog, laborant, infeksionist. Mjeku kardiolog është me kohë të pjesshme.
Farmacist	1	
Infermierë	20	

Pozicioni / kategoria	Numri	Shënime
Kujdestarë	5	
Sanitarë	10	
Gjithsej staf	46	

Burimi: Të dhëna të administruara dhe të përpunuara në formë tabele nga grupi i auditimit të KLSH.

Një kategori e veçantë e personave të hospitalizuar në QSB përbëhet nga gratë me masa mjekësore. Në periudhën e auditimit, në QSB rezultojnë të akomoduar dhe trajtuara gjithsej 34 gra me masa mjekësore, nga të cilat 25 me vendim gjykate për mjekim të detyruar dhe 9 me vendim gjykate për shtrim të përkohshëm. Të dhënat mbi numrin dhe kategoritë e pacienteve me masa mjekësore të hospitalizuara në QSB paraqiten si më poshtë:

Tabela nr.7. Nr. i pacienteve me masë mjekësore të hospitalizuar në QSB

Kategoria	Numri	Përshkrim
Mjekim i detyruar	25	Gra me vendim gjykate për masë mjekësore.
Shtrim i përkohshëm	9	Gra me vendim gjykate për shtrim të përkohshëm.
Gjithsej gra me masë mjekësore	34	Akomodohen dhe trajtohen në QSB.

Burimi: QSB, përpunuar nga grupi i auditimit të KLSH

Gratë me masa mjekësore akomodohen dhe trajtohen në ambiente të ve të psikiatrisë dhe kirurgjisë, të cilat shërbejnë edhe për kategori të tjera pacientësh të hospitalizuar në QSB. Pavijoni i psikiatrisë disponon një kapacitet të përgjithshëm prej 27 shtretërish, të shpërndarë në 10 dhoma me kapacitete të ndryshme, ndërsa pavijoni i kirurgjisë disponon 17 shtretër, të shpërndarë në 6 dhoma. Këto kapacitete nuk janë të dedikuara ekskluzivisht për gratë me masa mjekësore, por përdoren në funksion të nevojave të hospitalizimit dhe trajtimit të kategorive të ndryshme të pacientëve në QSB. Organizimi i dhomave dhe kapacitetet përkatëse të këtyre ve paraqiten si më poshtë:

Tabela nr.8. Shpërndarja e pacienteve me masë mjekësore

Pavijoni	Numri i dhomave	Kapaciteti
Psikiatri	10	27
Kirurgji	6	17

Burimi: QSB, përpunuar nga grupi i auditimit të KLSH

Pranimi i pacienteve me masa mjekësore në QSB kryhet në zbatim të vendimeve gjyqësore, ndërsa pacientet shoqërohen në institucion nga komisariatet përkatëse. Në momentin e pranimit hapet kartela mjekësore dhe kryhet vlerësimi fillestar, i cili përfshin ekzaminimin ekografik gjinekologjik dhe konsultën psikiatrike. Në vijim, përcaktohet skema e ndjekjes së pacientes dhe, sipas nevojës, kryhen ekzaminime laboratorike dhe imazherike. Trajtimi përfshin si problemet e shëndetit mendor, ashtu edhe problematikat organike akute apo kronike. Procedura e pranimit, vlerësimit dhe trajtimit të pacienteve me masa mjekësore në QSB paraqiten si më poshtë:

Tabela nr.9. Procedura e pranimit dhe trajtimit të pacienteve me masë mjekësore në QSB

Faza	Veprimi
Hyrja në institucion	Pacientet vijnë të shoqëruara nga komisariatet përkatëse, në zbatim të vendimit gjyqësor për masë mjekësore.

Faza	Veprimi
Vlerësimi fillestar	Në ditën e hyrjes realizohet eko gjinekologjike, hapet kartela mjekësore dhe kryhet konsultë psikiatrike.
Plani i ndjekjes	Përcaktohet skema e ndjekjes dhe plotësohen ekzaminimet laboratorike dhe imazherike sipas nevojës.
Trajtimi	Pacientet trajtohen për çrregullime të shëndetit mendor, si dhe për probleme organike akute apo kronike.

Burimi: QSB, përpunuar nga grupi i auditimit të KLSH

Në momentin e auditimit, në QSB rezultojnë të hospitalizuar gjithsej 70 pacientë me nevoja të ndryshme shëndetësore. Pjesën më të madhe e përbëjnë 34 gratë me vendim gjykate për masa mjekësore, të ndjekura nga 12 të burgosur me probleme psikiatrike ose simptomatika akute. Gjithashtu, trajtohen 6 pacientë me probleme kardiake, 3 me probleme pulmonare, 4 me infeksione urinare dhe 4 me probleme kirurgjikale. Krahas tyre, në QSB janë të hospitalizuar 2 pacientë me vendim gjykate për ekspertim mjeko-ligjor dhe 5 pacientë me vendim gjykate për ekspertim psikiatriko-ligjor. Përbërja e pacientëve të hospitalizuar sipas kategorive dhe problematikave shëndetësore paraqiten si më poshtë:

Tabela nr. 10. Gjendja aktuale e pacientëve të hospitalizuar në QSB

Kategoria e pacientëve	Numri
Gra me vendim gjykate me masë mjekësore	34
Të burgosur me probleme psikiatrike / simptomatika akute	12
Pacientë me probleme kardiake	6
Pacientë me probleme pulmonare	3
Pacientë me infeksione urinare	4
Pacientë me probleme kirurgjikale	4
Pacientë me vendim gjykate për ekspertim mjeko-ligjor	2
Pacientë me vendim gjykate për ekspertim psikiatriko-ligjor	5
Gjithsej pacientë të hospitalizuar	70

Burimi: QSB, përpunuar nga grupi i auditimit të KLSH.

Nga auditimi konstatohet se numri i pacientëve të akomoduar në t e psikiatrisë dhe kirurgjisë tejkalon kapacitetet e disponueshme për trajtimin e tyre, duke sjellë nevojën për përdorimin e ambienteve për funksione të ndryshme nga destinacioni i tyre fillestar. Kjo situatë evidenton se QSB-ja, pavarësisht rolit të saj si strukturë hospitalizuese e sistemit të kujdesit shëndetësor për personat e privuar nga liria, nuk disponon kapacitete infrastrukturore të mjaftueshme dhe ambiente të dedikuara për trajtimin afatgjatë të personave me çrregullime të shëndetit mendor dhe të personave me masa mjekësore. Shkaku i kësaj situatë lidhet kryesisht me mungesën e kapaciteteve të dedikuara dhe të specializuara për trajtimin psikiatrik jashtë sistemit penitenciar, mungesën e një strukture të posaçme për trajtimin afatgjatë psikiatrik dhe rehabilitues, si dhe pamjaftueshmërinë e ambienteve terapeutike dhe të programeve të strukturuar psikosociale brenda QSB-së.

Gjithashtu, ngarkesa e lartë dhe dinamika e pacientëve të hospitalizuar kufizojnë mundësinë e institucionit për të siguruar ndjekje individuale, terapi të vazhdueshme dhe rehabilitim efektiv. Si pasojë, QSB-ja përballlet me mbingarkesë të ve ekzistuese dhe përdorim të disa ambienteve jashtë funksionit të tyre fillestar, duke kufizuar kapacitetin e saj për ofrimin e trajtimit të specializuar, të vazhdueshëm dhe rehabilitues për personat me çrregullime të shëndetit mendor. Në të njëjtën kohë, mungesa e ambienteve të përshtatshme terapeutike dhe

e programeve të strukturuar psikosociale kufizon efektivitetin e trajtimit dhe rehabilitimit, si dhe mund të rrisë riskun e përkeqësimit të gjendjes emocionale dhe sjelljes së pacientëve, me ndikim edhe në sigurinë institucionale.

5 Gjetje nga auditimi

Nga grupi i auditimit u konstatua se për dënuarit me probleme shëndetësore dhe personave me masa mjekësore, Qendra Spitalore e Burgjeve nuk disponon kapacitete të plota të dedikuara infrastrukturore, terapeutike dhe psiko-sociale për trajtimin afatgjatë të pacientëve me çrregullime të shëndetit mendor. Pavarësisht veprime fillestare mjekësore, trajtimi afatgjatë mbetet i kufizuar nga mungesa e ambienteve, programeve të strukturuar psikosociale dhe kapaciteteve të posaçme për pacientët me çrregullime të shëndetit mendor.

5. Konkluzioni

Qendra spitalore e burgjeve vijon të mbajë dhe trajtojë një kategori pacientësh që, sipas kuadrit ligjor, duhet të përfitojnë kujdes të specializuar në struktura shëndetësore të administruara nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë. Akomodimi i grave me masa mjekësore edhe në pavijone jo të dedikuara për trajtim psikiatrik tregon mbingarkesë të kapaciteteve dhe mungesë të infrastrukturës së përshtatur për trajtim afatgjatë. Kjo situatë kufizon cilësinë, vazhdimësinë dhe efektivitetin e trajtimit terapeutik e rehabilitues, rrit varësinë nga zgjidhjet e përkohshme brenda QSB-së dhe krijon risk për përkeqësim të gjendjes shëndetësore, emocionale dhe sjelljes së pacientëve.

5.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për riorganizimin funksional të ambienteve të QSB-së, duke përcaktuar pavijone dhe hapësira të dedikuara për pacientët me çrregullime të shëndetit mendor dhe me masa mjekësore, me qëllim shmangien e përdorimit të ambienteve jashtë funksionit të tyre fillestar.

Në vijimësi

5.2. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të hartojë një program të dokumentuar për trajtimin terapeutik, psiko-social dhe rehabilitues të pacientëve me masa mjekësore në QSB, ku të përcaktohen plani individual i trajtimit, ndjekja psikiatrike, mbështetja psikologjike, aktivitetet rehabilituese dhe mënyra e monitorimit të ecurisë së çdo pacienti.

Në vijimësi

4.1.2. A zbatohen udhëzuesit klinik për trajtimin e të dënuarve përdorues të lëndëve narkotike?

Trajtimi i personave me varësi nga opioidet në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) realizohet kryesisht nëpërmjet Terapisë Mbajtëse me Metadon (TMM), si një formë trajtimi e varësisë nga opioidet.¹⁶ Organizimi dhe funksionimi i këtij programi mbështetet në kuadrin rregullator të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale¹⁷ për menaxhimin dhe koordinimin e TMM-së, ngritjen dhe funksionimin e njësive të trajtimit, si

¹⁶ Urdhri nr. 706, datë 01.12.2023, i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, “Për miratimin e Udhërrëfyesit Klinik për Trajtimin Mbajtës me Metadon (TMM)”

¹⁷ Urdhri nr. 694/1, datë 22.11.2023 i MSHMS, “Për miratimin e rregullores ‘Për menaxhimin dhe koordinimin e programit të trajtimit mbajtës me metadon në Shqipëri’”; Urdhri nr. 19, datë 12.01.2024 i MSHMS, “Për ngritjen, funksionimin dhe referimin e pacientëve në njësitë e trajtimit mbajtës me metadon në institucionet shëndetësore publike”.

dhe në Udhërrëfyesin Klinik për Trajtimin Mbajtës me Metadon.¹⁸Udhërrëfyesi Klinik e koncepton TMM-në jo vetëm si një ndërhyrje farmakologjike, por si një proces të integruar rehabilitues, ku ndërveprimi i profesionistëve të ndryshëm shëndetësorë dhe social është i rëndësishëm për arritjen e rezultateve afatgjata.

Grupi multidisiplinar, i përbërë nga mjeku, psikologu, punonjësi social dhe infermieri, ka rol në vlerësimin gjithëpërfshirës të pacientit, hartimin e planit individual të trajtimit, ndjekjen e ecurisë dhe adresimin e nevojave psikologjike, sociale dhe të sjelljes që lidhen me varësinë.

Në këtë mënyrë, trajtimi nuk duhet të kufizohet vetëm në administrimin e medikamentit, por të mbështesë procesin e rikuperimit, parandalimin e rikthimit në përdorimin e substancave dhe riintegrimin social të përfituesve. Për të vlerësuar zbatimin në praktikë të këtyre kërkesave, grupi i auditimit analizoi dokumentacionin e administruar nga DPB dhe IEVP-të, kapacitetet e burimeve njerëzore të përfshira në trajtimin e personave me varësi, dokumentacionin për ndjekjen e pacientëve nën TMM, si dhe evidencën e siguruar gjatë verifikimeve në terren.

Tabela nr. 11. Nr. i psikologëve dhe punonjësve socialë në IEVP

Nr.	IEVP	Psikologë			Punonjës social		
		(fakt)	Të licencuar	Pa licencë	(fakt)	Të licencuar	Pa licencë
1	Burrel	0	0	0	0	0	0
2	Durrës	2	1	1	3	1	2
3	Elbasan	1	0	1	1	0	1
4	Fier	2	2	0	0	0	0
5	F. Krujë	2	2	0	4	1	3
6	313	5	4	1	3	2	1
7	Kavajë	2	1	1	3	1	2
8	Korçë	1	0	1	0	0	0
9	Kukës	0	0	0	1	0	1
10	Lezhë	3	3	0	4	1	3
11	Lushnjë	1	0	1	0	0	0
12	(302)	1	1	0	1	0	1
13	Berat	1	1	0	1	1	0
14	Peqin	2	2	0	3	2	1
15	Pojskë	1	0	1	1	0	1
16	QSB	1	1	0	0	1	0
17	Rrogozhinë	1	0	1	0	0	0
18	Shkodër	3	2	1	2	0	2
19	Vlorë	0	0	0	0	0	0
20	DPB	3	3	0	1	0	1
21	ALI DEMI	1	1	0	1	1	0
Totali		33	24	9	29	11	18

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH.

Në Tabelën nr. 11 paraqitet struktura e psikologëve dhe punonjësve socialë, si dhe numri i tyre në secilin Institucion të Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), sipas statusit profesional të ushtrimit të profesionit. Këta profesionistë janë pjesë përbërëse e grupit multidisiplinar përgjegjës për vlerësimin, planifikimin, zbatimin dhe monitorimin e trajtimit të personave që përfitojnë terapi zëvendësuese me metadon, në bashkëpunim me mjekun e institucionit dhe personelin infermior. Nga të dhënat e Tabelës nr. 11 rezulton se, nga 33 psikologë të punësuar, 24 janë të licencuar dhe 9 pa licencë, ndërsa nga 29 punonjës socialë, 11 rezultojnë të licencuar dhe 18 pa licencë. Në total, nga 62 punonjës që përbëjnë stafin psikosocial, 27 ose 43,55% nuk përmbushin kriterin e licencimit profesional.

^{18 17} Urdhri nr. 706, datë 01.12.2023 i ministrit përgjegjës për shëndetësinë, “Për miratimin e Udhërrëfyesit Klinik për Trajtimin Mbajtës me Metadon”.

6. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se zbatimi i Programit të Trajtimit Mbajtës me Metadon (TMM) në IEVP nuk është zhvilluar në përputhje të plotë me qasjen rehabilituese të parashikuar në Udhërrëfyesin Klinik. Kujdesi ndaj personave përfitues të TMM-së është përqendruar kryesisht në shpërndarjen dhe monitorimin e dozave të metadonit, ndërkohë që komponenti psikosocial dhe rehabilitues nuk është zhvilluar në mënyrë të strukturuar¹⁹. Kjo evidentohet nga fakti se, në shumicën e IEVP-ve, psikologët nuk dispononin licencë për ushtrimin e profesionit, ndërsa në disa raste mungonin evidencat për përfshirjen e tyre në vlerësimin, këshillimin dhe ndjekjen e pacientëve. Nga 33 psikologë të punësuar në sistemin e burgjeve, 24 janë të licencuar dhe 9 pa licencë, ndërsa nga 29 punonjës socialë, 11 rezultojnë të licencuar dhe 18 pa licencë. Në total, nga 62 punonjës që përbëjnë stafin psikosocial, 27, ose 43,55%, nuk përmbushin kriterin e licencimit profesional. Gjithashtu, nuk u evidentua hartimi dhe zbatimi i planeve individuale të rehabilitimit, si dhe funksionimi i plotë i ekipeve multidisiplinare.

6. Konkluzioni

Zbatimi i Udhërrëfyesit Klinik për TMM në sistemin e IEVP-ve është i pjesshëm. Ndërsa komponenti farmakologjik i trajtimit realizohet, kapacitetet e pamjaftueshme profesionale dhe mosfunksionimi i plotë i qasjes multidisiplinare kufizojnë dimensionin psikologjik, social dhe rehabilitues të programit. Si rezultat, TMM nuk funksionon në mënyrë të plotë si një proces i integruar dhe individualizuar, duke kufizuar efektivitetin e tij në rehabilitimin afatgjatë dhe reduktimin e riskut të rikthimit në varësi.

6.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me drejtuesit e IEVP-ve, të marrë masa për forcimin e zbatimit të Programit të Trajtimit Mbajtës me Methadone, duke siguruar funksionimin efektiv të ekipit multidisiplinar dhe hartimin e zbatimit të planeve individuale të trajtimit, rikuperimit dhe riintegrit social për çdo përfitues, në mënyrë që trajtimi të mos kufizohet vetëm në administrimin farmakologjik, por të përfshijë edhe ndërhyrjet psiko-sociale, në përputhje me Udhërrëfyesin Klinik dhe standardet në fuqi.

Menjëherë

Planifikimi, administrimi, ruajtja, shpërndarja dhe dokumentimi i përdorimit të metadonit

Për shkak se metadoni është një medikament “opioid” me potencial të lartë për abuzim, devijim dhe mbidozim, menaxhimi i tij kërkon zbatimin rigoroz të procedurave të standardizuara në çdo hallkë të procesit, duke filluar nga furnizimi dhe ruajtja, deri te administrimi dhe regjistrimi i dozave të marra nga pacienti. Referuar Udhëzuesit Klinik²⁰, administrimi i metadonit duhet të kryhet nën mbikëqyrje të specializuar mjekësore dhe infermierore, duke siguruar respektimin e dozës së përkrahur dhe monitorimin e vazhdueshëm të gjendjes klinike. Ruajtja e preparatit duhet të realizohet në ambiente të sigurt, me akses të kontrolluar, në përputhje me kërkesat ligjore për substancat narkotike dhe psikotrope, me qëllim parandalimin e humbjeve, vjedhjeve apo përdorimit të paautorizuar²¹.

¹⁹ Urdhri nr. 706, datë 01.12.2023 i ministrit përgjegjës për shëndetësinë, “Për miratimin e Udhërrëfyesit Klinik për Trajtimin Mbajtës me Metadon”.

²⁰ Urdhri nr. 706, datë 01.12.2023 i ministrit përgjegjës për shëndetësinë, “Për miratimin e Udhërrëfyesit Klinik për Trajtimin Mbajtës me Metadon”.

²¹ urdhrin e drejtorit të përgjithshëm të burgjeve nr.1093 prot., datë 25.07.2023 “Mbi funksionimin e infermierisë në regjimin e brendshëm në IEVP

Në skemën e mëposhtme paraqiten në mënyrë të plotë të gjitha hapat që ndiqen për trajtimin e personave me metadon.



I. Planifikimi i nevojave për metadon

Furnizimi i Institucioneve të Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) me metadon kryhet nga Drejtoria Rajonale e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, bazuar në kërkesat dhe nevojat e paraqitura nga IEVP-të.

Blerja e metadonit financohet nga buxheti i DROSHKSH-së dhe realizohet nëpërmjet procedurave të prokurimit publik, ndërsa më pas bëhet shpërndarja e metadonit në IEVP, në përputhje me kërkesat e tyre.

Tabela nr.12 paraqet planifikimin e nevojave për metadon për Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), duke pasqyruar sasi të parashikuara nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB) për vitet 2024 dhe 2025.

Tabela nr.12.Parashikimi i përdorimit të metadonit 2024-2025

IEVP	Rrogozhine	Berat	Vlore	Peqin	Korçë	Shkodër	Durrës	Elbasan	Lushnje	Lezhe	Jordan Misja	Mine Peza	Fier	Fushe Kruje	Pojске	QSB	Total
Parashikimi I metadon (ml) për 24 muaj	16400	31000	8700	17600	35000	25000	55000	25000	18000	5000	26000	8000	72000	54000	1000	2700	400,400

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH

Nga analiza e të dhënave të paraqitura në Tabelën nr. 12, konstatohet se Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB) ka planifikuar 400 litra metadon për periudhën 2024–2025, ose mesatarisht 200 litra në vit.

Realizimi faktik i konsumit të metadonit për vitet 2024–2025

Për periudhën objekt auditimi 2024–2025, në kushtet kur të dhënat e Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve nuk paraqisnin sasinë faktike të metadonit të konsumuar sipas çdo IEVP-je, grupi i auditimit të KLSH-së hartoi një metodologji për përlllogaritjen dhe analizimin e konsumit faktik të metadonit, duke kryqëzuar të dhënat financiare me të dhënat mbi përfituesit e programit të trajtimit.

Qëllimi i metodologjisë ishte përcaktimi i sasive faktike të metadonit të konsumuar gjatë viteve 2024 dhe 2025, në total dhe sipas IEVP-ve, si dhe krijimi i një baze të krahasueshme për vlerësimin e realizimit kundrejt sasive të planifikuara për furnizim.

Për realizimin e analizës u përdorën të dhënat e siguruar nga dy burime kryesore:

Drejtoria Ekonomike e DPB-së, për vlerën totale në lekë të metadonit të tërhequr/furnizuar sipas IEVP-ve gjatë viteve 2024 dhe 2025, dhe IEVP-të/Spektori i Kujdesit Shëndetësor, për numrin e personave përfitues të trajtimit me metadon, dozën mesatare ditore për person dhe sasi të dozave mujore të administruara sipas IEVP-ve.

Përlllogaritja e sasisë faktike të metadonit u krye duke marrë si bazë çmimin për njësi prej 7,315 lekë²² për litër.

Për secilën IEVP, vlera financiare e metadonit u konvertua në sasi fizike (ml/litra), sipas formulës:

Sasia e konsumuar e metadonit (ml) = Vlera totale e metadonit (lekë) / 7.315 lekë për ml

Rezultatet e përftuara nga konvertimi i vlerës financiare në sasi, u analizuan dhe u kryqëzuan me të dhënat e raportuara për numrin e përdoruesve të metadonit, dozën mesatare ditore për person dhe dozën/sasinë mujore sipas IEVP-ve.

²² Referuar faturave të furnizimit nga OSHKSH

Ky kryqëzim u përdor për të vlerësuar ndërmjet vlerës financiare të metadonit, sasive të përlllogaritura dhe sasisë së konsumit.

Në përfundim të përlllogaritjeve, grupi i auditimit përcaktoi konsumin faktik të metadonit për secilën IEVP dhe në nivel të përgjithshëm për secilin vit të periudhës objekt auditimi.

Për vitin 2024, konsumi faktik i përlllogaritur rezultoi 183,426 ml, ose rreth 184 litra, me një vlerë totale prej 1,341,763 lekë.

Për vitin 2025, konsumi faktik rezultoi 132,973 ml, ose rreth 133 litra, me një vlerë totale prej 972,700 lekë.

Në total, për periudhën 2024–2025, konsumi faktik i përlllogaritur rezultoi rreth 316.4 litra metadon, me një konsum mesatar vjetor prej rreth 158.2 litra.

Kjo metodologji mundësoi përcaktimin e konsumit faktik të metadonit sipas IEVP-ve, si dhe krahasimin e tij me sasisë të planifikuara nga DPB.

Rezultatet e përlllogaritjes shërbyen si bazë për analizën e efektivitetit të procesit të planifikimit dhe furnizimit me metadon gjatë periudhës objekt auditimi, si dhe për identifikimin e devijimeve ndërmjet sasive të planifikuara dhe konsumit faktik, të paraqitura në tabelën nr.13. Të dhënat e Tabelës nr. 13 evidentojnë ndryshime ndërmjet IEVP-ve dhe ndërmjet dy viteve si në numrin e përfituesve, ashtu edhe në dozat dhe sasisë të metadonit të konsumuara.

Në vitin 2024 rezultojnë 143 përfitues dhe konsum rreth 183,4 litra, ndërsa në vitin 2025 rezultojnë 128 përfitues dhe konsum rreth 133 litra.

Tabela nr.13. Konsumi vjetor i metadonit (në ml) në fund të vitit 2024 dhe 2025

Nr.	IEVP	Metadon									
		Viti 2024					Viti 2025				
		Nr. P. me Metadon	Doza ditore (ml) pwr 1 person	doza mujore (ml)	Vlera në lekë	sasia (ml)	Nr. P. me Metadon	Doza ditore (ml) pwr 1 person	doza mujore (ml)	Vlera në lekë	sasia (ml)
1	Burrel	0	0.0	-	-	-	0	0	-	-	-
2	Durrës	11	4.5	1,500	131,676	18,001	9	2.5	667	58,520	8,000
3	Elbasan	14	3.6	1,528	134,128	18,336	7	4.2	877	77,023	10,529
4	Fier	19	6.0	3,410	299,346	40,922	22	3.4	2,252	197,651	27,020
5	Fushe Krujë	22	1.3	888	77,978	10,660	16	1.4	671	58,886	8,050
6	Jordan Misja (313)	9	3.7	1,000	87,780	12,000	8	2.3	542	47,548	6,500
7	Kavajë	0		-	-	-	0		-	-	-
8	Korçë	17	2.0	1,000	87,780	12,000	15	1.1	500	43,890	6,000
9	Kukës	0		-	-	-	0		-	-	-
10	Lezhë	3	5.6	500	43,890	6,000	2	0.0	-	-	-
11	Lushnjë	5	3.3	500	43,890	6,000	10	2.5	750	65,835	9,000
12	Mine Peza (302)	2	1.4	86	7,511	1,027	4	0.9	104	9,087	1,242
13	Paraburgim Berat	12	3.5	1,250	109,725	15,000	7	4.0	833	73,150	10,000
14	Peqin	6	4.2	752	66,019	9,025	4	4.4	531	46,597	6,370
15	Pojskë	1	0.8	25	2,195	300	2	5.2	312	27,358	3,740
16	QSB	3	9.3	833	73,150	10,000	3	0.0	-	-	-
17	Rrogozhinë	7	2.3	473	41,477	5,670	7	2.4	495	43,477	5,943
18	Shkodër	6	6.5	1,167	102,410	14,000	7	10.3	2,167	190,190	26,000
19	Tepelenë	2	0.0	-	-	-	3	0.0	-	-	-
20	Vlorë	3	4.2	374	32,808	4,485	2	6.4	381	33,488	4,578
23	ALI DEMI	1	0.0	-	-	-	0	0.0	-	-	-
Total		143	62.1	15,286	1,341,763	183,426	128	50.81	11,081	972,700	132,973
mesatarja ditore për një person			4					3			

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH

7. Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi u konstatua se procesi i planifikimit të nevojave për metadon nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB) nuk mbështetet në një metodologji të miratuar dhe të dokumentuar, e cila të përcaktojë kriteret, procedurat dhe përgjegjësitë për vlerësimin e nevojave. Nuk rezultoi të jetë nxjerrë një akt administrativ për ngritjen e një grupi pune në nivel të DPB-së dhe IEVP-ve, i ngarkuar me përcaktimin e nevojave për metadon mbi bazën e treguesve të matshëm, si numri i personave që trajtohen me terapi zëvendësuese, konsumi ditor dhe mujor, gjendja e stokut, si dhe qarkullimi i metadonit gjatë viteve të mëparshme²³.

Gjithashtu, DPB nuk disponon një marrëveshje bashkëpunimi me Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (OSHKSH) për furnizimin me këtë medikament, ku të jenë të përcaktuara qartë përgjegjësitë e palëve, përfshirë edhe procedurën dhe mënyrën e planifikimit të nevojave për metadon.

Nga krahasimi i sasisë së metadonit të planifikuar nga DPB prej 400 litra me konsumin faktik prej 316.4 litra, rezultoi një diferencë prej 83.6 litra, ose 20.9% e sasisë së planifikuar për periudhën 2024–2025. Kjo diferencë përfaqëson një vlerë financiare prej 611,534 lekë²⁴.

Nga auditimi u konstatua se planifikimi i nevojave për metadon nuk është bazuar në një analizë të dokumentuar të faktorëve që ndikojnë në nevojat reale për furnizim, si gjendja e stokut ekzistues, konsumi historik, numri i përfituesve të Programit të Trajtimit Mbjatës me Metadon (TMM) dhe ndryshimet në dozat e administruara.

Si rezultat, sasia e planifikuar dhe e kërkuar për furnizim nga DPB nuk ka reflektuar nevojat reale të IEVP-ve, duke krijuar një stok metadoni pranë këtyre IEVP-ve në total prej 83.6 litra, sasi e cila rrit rrezikun e krijimit të stokut të panevojshëm, skadimit të medikamentit dhe përdorimit paekonomicitet, efikasitet dhe efektivitet të fondeve buxhetore.

7. Konkluzioni:

Mungesa e një metodologjie të formalizuar nuk garanton që planifikimi dhe furnizimi me metadon të përshtaten në mënyrë të vazhdueshme me nevojat faktike të programit. Kjo kufizon mundësinë për të vlerësuar efikasitetin e menaxhimit të stokut dhe krijon risk për mospërputhje ndërmjet sasive të furnizuara dhe konsumit real.

7.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për dokumentimin dhe përmirësimin e procesit të planifikimit të nevojave për metadon, duke e bazuar atë në numrin real të përfituesve, konsumin historik dhe nevojat faktike të trajtimit, me qëllim optimizimin e menaxhimit të sasisë së nevojshme.

Në vijimësi

8. Gjetje nga auditimi – IEVP “Jordan Misja”

Nga auditimi në IEVP “Jordan Misja” u konstatuan mangësi në kontrollin e brendshëm për planifikimin, ruajtjen, administrimin dhe gjurmueshmërinë e metadonit.

Gjatë verifikimit fizik të kryer më 07.05.2026, u konstatua se farmacia ku ruhej dhe administrohej metadoni ndodhej jashtë regjimit të sigurisë së institucionit²⁵.

Në të njëjtën datë u konstatua një gjendje prej 21.5 litra metadon, si dhe 20 shishe bosh²⁶, që i përkisnin furnizimit të muajit Tetor 2025.

²³ Të paktën 2 viteve të fundit..

²⁴ Vlera financiare është përlllogaritur nga grupi i auditimit duke shumëzuar diferencën prej 83.6 litra me çmimin e furnizimit 7,315 lekë/litrë ($83.6 \times 7,315 = 611,534$ lekë).

²⁵ Urdhrit të drejtorit të përgjithshëm të burgjeve nr.1093 prot., datë 25.07.2023 “Mbi funksionimin e infermierisë në regjimin e brendshëm në IEVP

²⁶ me kapacitet 1 litër secila

Për të verifikuar përputhshmërinë ndërmjet konsumit për këtë periudhë dhe konsumit faktik, grupi i auditimit analizoi numrin e përfituesve dhe konsumin ditor për periudhën 01.10.2025–07.05.2026.

Nga analiza rezulton se, për periudhën 218-ditore²⁷, konsumi i përlllogaritur është rreth 7.85²⁸ litra metadon.

Krahasuar me sasinë prej 20 litra²⁹ të evidentuar si të konsumuar³⁰, rezultoi një diferencë prej rreth 12.15 litra³¹ metadon, me vlerë 88,891 lekë³². Për këtë sasi të munguar nga Farmacisti i IEVP “Jordan Misja” nuk u paraqit dokumentacion që të justifikonte administrimin ose destinacionin e kësaj sasie³³ në një IEVP tjetër

Njëkohësisht, gjendja prej 21.5 litra³⁴ metadon në datën 07.05.2026, është e mjaftueshme për 597 ditë trajtim (afërsisht 19.6 muaj)³⁵, duke treguar se sasia e stokut nuk ishte në përputhje me konsumin faktik dhe nevojat reale të përfituesve. Mangësitë e konstatuara tregojnë se kontrollet e brendshme për planifikimin, ruajtjen, administrimin dhe gjurmueshmërinë e metadonit nuk kanë funksionuar në mënyrë efektive në këtë IEVP, duke mos krijuar siguri të arsyeshme se sasi të furnizuara, të administruara dhe gjendja e tij, menaxhohen në përputhje me nevojat faktike të përfituesve dhe kërkesat e menaxhimit financiar dhe kontrollit, duke rritur rrezikun e përdorimit ose destinacionit të pajustificuar të këtij opioidi.

8. Konkluzioni

Planifikimi i nevojave për metadon nga DPB-ja dhe IEVP-të nuk bazohet në nevojat reale, duke krijuar mospërputhje ndërmjet sasive të deklaruara si të përdorura dhe gjendjes fizike të metadonit në farmaci. Gjetjet evidentojnë mangësi në zbatimin e kuadrit ligjor për menaxhimin financiar, administrimin, kontrollin dhe dokumentimin e konsumit të metadonit, si dhe pasaktësi në evidencat e përdorimit dhe të gjendjes së tij. Gjithashtu, u konstatua se në disa IEVP farmacia dhe metadoni administroheshin jashtë regjimit të sigurisë, në kundërshtim me aktet rregullatore në fuqi.³⁷

8.1.Rekomandimi:

Titullari i IEVP “Jordan Misja” të marrë masa për garantimin e administrimit dhe ruajtjes së metadonit brenda regjimit të sigurisë së institucionit, duke zhvendosur ambientin e farmacisë brenda regjimit të sigurisë, në përputhje me kuadrin rregullator në fuqi. Të rishikohen procedurat e planifikimit, dokumentimit dhe kontrollit të konsumit të metadonit, duke siguruar që kërkesat dhe gjendjet e stokut të bazohen në konsumin real ditor dhe në nevojat faktike të përfituesve, me qëllim shmangien e mospërputhjeve midis gjendjes fizike dhe evidencave administrative.

Menjëherë dhe vijimësi

9. Gjetje nga auditimi – IEVP Rrogozhinë

Nga verifikimi fizik i kryer më 06.05.2026 në IEVP Rrogozhinë, grupi i auditimit konstatoi se farmacia e institucionit ndodhej jashtë regjimit të sigurisë së IEVP-së, në ambientet e

²⁷ 01.10.2025–07.05.2026.

²⁸ $= (218 \times 36) / 1000$

²⁹ Shishe bosh

³⁰ Në datën kur u mbajtë akt verifikimi 07.05.2026

³¹ -20-7.85 (Litra)

³² 1 litër = 7,315 lekë

³³ 12.15 litra

³⁴ bazuar në konsumin mesatar prej 36 ml në ditë

³⁵ Sasi gjendje me metadon ne date 07.05.2026

³⁶ Deri më datë 25.12.2027

³⁷ Urdhrit të drejtorit të përgjithshëm të burgjeve nr.1093 prot., datë 25.07.2023 “Mbi funksionimin e infermierisë në regjimin e brendshëm në IEVP

administratës, dhe për rrjedhojë edhe metadoni ruhej jashtë regjimit të sigurisë, në kundërshtim me kërkesat për administrimin dhe ruajtjen e barnave me regjim të posaçëm.³⁸

Gjatë verifikimit fizik u konstatua një gjendje prej 3.5 litra metadon. Sipas dokumentacionit të institucionit, në IEVP trajtoheshin 7 përfitues, me konsum mesatar ditor 16–18 ml gjatë periudhës mars–maj 2026. Institucioni ishte furnizuar me 4 litra metadon më datë 31.03.2026 nga IEVP “Jordan Misja”³⁹, ndërsa deri në datën e verifikimit rezultonte të ishin konsumuar vetëm 0.5 litra, dhe kishte një sasi të mbetur prej 3.5 litra.

Bazuar në konsumin mesatar ditor⁴⁰, gjendja prej 3.5 litra rezultonte e mjaftueshme për të mbuluar nevojat e institucionit deri më datë 12.12.2026, pra për më shumë se 6 muaj nga data e verifikimit. Njëkohësisht, konsumi prej vetëm 500 ml gjatë periudhës 01.04.2026–06.05.2026 tregon se trajtimi i përfituesve ishte mbuluar edhe nga sasi të mbajtura stok nga furnizime të mëparshme.

Këto konstatime tregojnë se planifikimi i furnizimit dhe administrimi i gjendjes së metadonit nuk ishin të bazuara në konsumin faktik dhe nevojat reale të përfituesve, duke sjellë krijimin e stokut për periudha të gjata dhe ruajtjen e tij jashtë regjimit të sigurisë. duke rritur rrezikun e krijimit të stokut të panevojshëm, skadimit të medikamentit dhe përdorimit paekonomicitet, efikasitet dhe efektivitet të fondeve buxhetore.

9. Konkluzion:

Për periudhën e verifikimit fizik të kryer në IEVP Rrogozhinë, institucioni nuk ka paraqitur nevojë për furnizim të ri pranë IEVP “Jordan Misja”, pasi gjendja ekzistuese e metadonit, bazuar në konsumin ditor, rezulton e mjaftueshme deri më datë 12.12.2026, duke mbuluar një periudhë mbi 6 muaj. Nga verifikimi fizik u konstatua gjithashtu se farmacia e institucionit ndodhej jashtë regjimit të sigurisë, në ambientet e administratës, në kundërshtim me kërkesat rregullatore për ruajtjen dhe administrimin e barnave me regjim të posaçëm.

9.1. Rekomandimi:

Titullari i IEVP Rrogozhinë të marrë masa për zhvendosjen e farmacisë brenda regjimit të sigurisë së institucionit, në përputhje me kërkesat rregullatore në fuqi për ruajtjen dhe administrimin e barnave me regjim të posaçëm.

Të rishikohen procedurat e planifikimit të nevojave për metadon, duke siguruar që furnizimet të bazohen në konsumin real ditor dhe në analizën periodike të stokut ekzistues, me qëllim garantimin e administrimit efektiv të tij.

Menjëherë dhe në vijimësi

Administrimi i metadonit duhet të kryhet në kushte që garantojnë ruajtjen e sigurt, dokumentimin e plotë të sasive të administruara, konfirmimin e marrjes së dozës nga përfituesi, marrjen e rregullt në dorëzim të sasive të furnizuara, si dhe rakordimin e vazhdueshëm ndërmjet gjendjes fizike, hyrjeve dhe konsumit, me qëllim sigurimin e gjurmueshmërisë së plotë gjatë gjithë procesit.

³⁸ Urdhrit të drejtorit të përgjithshëm të burgjeve nr.1093 prot., datë 25.07.2023 “Mbi funksionimin e infermierisë në regjimin e brendshëm në IEVP

³⁹ Në zbatim të këtij autorizimi, me fletëdaljen nr. 17, datë 31.03.2026, nga IEVP “Jordan Misja” janë furnizuar drejt IEVP Rrogozhinë 4 litra metadon (4 shishe), me vlerë totale 29,260 lekë, sasi e cila është pasqyruar si hyrje me fletëhyrjen nr. 1, datë 31.03.2026.

⁴⁰ Referuar shkresës nr. 1842 prot., datë 30.03.2026, konsumi mesatar ditor për periudhën mars–prill 2026 rezulton rreth 18 ml në ditë dhe 16 ml për muajin maj 2026. Me autorizimin nr. 1843 prot., datë 30.03.2026, të miratuar nga drejtori i institucionit është autorizuar tërheqja pranë IEVP Jordan Misja sasia e metadonit për 7 personat në trajtim.

10. Gjetje nga auditimi – IEVP Fier

Nga auditimi i procedurave të ndjekura për administrimin e metadonit në IEVP Fier dhe verifikimet e kryera nga grupi i auditimit të KLSH-së më datat 22.04.2026 dhe 11.05.2026, u konstatuan mangësi në ruajtjen, dokumentimin, furnizimin dhe gjurmueshmërinë e sasive të metadonit.

Në verifikimin e datës 22.04.2026, u konstatua se sasia prej 3.25 litra metadon, e destinuar për 22 përdorues, nuk ruhej në ambientet e farmacisë së institucionit brenda regjimit të sigurisë, por ishte vendosur në zyrat e administratës, jashtë këtij regjimi⁴¹.

Gjithashtu, megjithëse stafi infermieror mbante një regjistër të veçantë për administrimin e metadonit, marrja e dozës nga pacientët nuk dokumentohej nëpërmjet konfirmimit të tyre. Në kolonën e parashikuar për firmën e pacientit rezultonte e vendosur e njëjta firmë me atë të infermierit në kolonën përkatëse, duke mos siguruar evidencë të dokumentuar për marrjen individuale të dozës së metadonit nga pacienti.

Në datën 22.04.2026, gjendja fizike e metadonit ishte 3.25 litra (3,250 ml), ndërsa konsumi ditor për 22 përdoruesit, sipas të dhënave të administrimit, ishte 98 ml.

Bazuar në këtë nivel konsumi, sasia në gjendje ishte e mjaftueshme për rreth 33 ditë trajtim, ose afërsisht deri më datë 25.05.2026.

Në verifikimin e dytë, të kryer nga grupi i auditimit të KLSH më datë 11.05.2026, pra 19 ditë pas verifikimit të parë, u konstatua një gjendje fizike prej 18 litra metadon^{42 43}

Për periudhën 19-ditore ndërmjet dy verifikimeve, bazuar në konsumin ditor⁴⁴, përllogaritet të jenë konsumuar 1,862 ml metadon. Për rrjedhojë, nga gjendja prej 3,250 ml e konstatuar më datë 22.04.2026, më datë 11.05.2026 duhej të rezultonte një gjendje e mbetur prej 1,388 ml, ose rreth 1.4 litra metadon në vlerën 10,241 lekë

Kjo sasi nuk rezultoi në gjendjen fizike, dhe IEVP Fier nuk paraqiti dokumentacion që të justifikonte konsumin e saj.

Për rrjedhojë, nga rakordimi ndërmjet gjendjes fizike të konstatuar më datë 22.04.2026, konsumit të përllogaritur për periudhën 19-ditore dhe gjendjes së verifikuar më datë 11.05.2026, rezultoi një diferencë e pajustificuar prej rreth 1.4 litra⁴⁵ metadon me vlerë 10,241 lekë.

Nga auditimi i furnizimit prej 18 litra metadon nga IEVP Vlorë u konstatua se kjo sasi nuk ishte marrë në dorëzim nga komisioni për marrjen në dorëzim dhe kolaudimin.

Gjithashtu, në kërkesën e titullarit të IEVP Fier për furnizimin me metadon ishte përcaktuar si konsum ditor sasia prej 980 ml⁴⁶. Kjo e dhënë nuk përputhet me konsumin faktik ditor për 22 përdoruesit, i cili, sipas të dhënave të administrimit, ishte 98 ml. Referuar dozave ditore⁴⁷, vlera 980 i korrespondon sasisë prej 980 mg, ekuivalente me 98 ml, dhe jo 980 ml, duke evidentuar pasaktësi në njësinë matëse të përdorur në dokumentacionin që ka shërbyer për kërkesën për furnizim.

Bazuar në konsumin ditor prej 98 ml, sasia e furnizuar prej 18 litra (18,000 ml) është e mjaftueshme për rreth 184 ditë trajtim, ose afërsisht 6 muaj. Ky furnizim është realizuar ndërkohë që, sipas përllogaritjeve të grupit të auditimit, në datën 11.05.2026 duhej të ekzistonte ende një gjendje prej rreth 1.4 litra nga sasia gjendje e konstatuar më datë 22.04.2026, ndërsa stoku fillestar, bazuar në nivelin e konsumit ditor, ishte parashikuar deri më datë 25.05.2026.

⁴¹ urdhrit të drejtorit të përgjithshëm të burgeve nr.1093 prot., datë 25.07.2023 “Mbi funksionimin e infermierisë në regjimin e brendshëm në IEVP

⁴²sasi e furnizuar nga IEVP Vlorë.

⁴³ (18 shishe nga 1 litër secila).

⁴⁴ 98 ml

⁴⁵ 1 litër = 7,315 leke

⁴⁶ Duhej 980 mg

⁴⁷ Konsumi ditor në ml

Për rrjedhojë, furnizimi me 18 litra është kryer përpara përfundimit të gjendjes ekzistues dhe në një sasi që, sipas konsumit, do të mbulonte nevojat për një periudhë rreth 6-mujore.

Sa më sipër evidentohen mangësi në kontrollin e brendshëm dhe në gjurmueshmërinë e procesit të administrimit të metadonit në IEVP Fier, të shprehura në ruajtjen e tij jashtë regjimit të sigurisë, mungesën e konfirmimit të dokumentuar nga pacientët për marrjen e dozave, mosrakordimin e gjendjes fizike me sasitë e administruara, diferencën e pajustificuar prej rreth 1.4 litra metadon, marrjen në dorëzim të furnizimit pa procedurën përkatëse, si dhe pasaktësitë në dokumentacionin mbi të cilin është kërkuar furnizimi. Këto mangësi cenojnë gjurmueshmërinë dhe kontrollin mbi administrimin e metadonit dhe nuk krijojnë siguri të mjaftueshme mbi planifikimin e nevojave, administrimin e sasive të furnizuara dhe përdorimin e tyre sipas destinacionit.

10. Konkluzioni:

Nga auditimi i administrimit të metadonit në IEVP Fier u konstatuan mangësi në drejtim të ruajtjes, dokumentimit dhe kontrollit të metadonit, i cili nuk administrohej në përputhje me kërkesat e sigurisë, pasi ishte vendosur jashtë ambienteve të farmacisë së institucionit.

Gjithashtu, dokumentimi i shpërndarjes së dozave nuk siguronte gjurmueshmërinë e marrjes së tyre nga pacientët, pasi konfirmimi në regjistër nuk firmosej nga përfutuesit.

Verifikimet në terren evidentuan mospërputhje ndërmjet gjendjes fizike dhe lëvizjeve të dokumentuara të metadonit, duke rezultuar në mungesën e një sasie prej rreth 1.4 litra, për të cilën nuk u gjet dokumentacion i justifikues. Po ashtu, furnizimi me 18 litra metadon nuk ishte shoqëruar me procedura të rregullta të marrjes në dorëzim dhe kolaudit, ndërsa dokumentacioni përkatës paraqiste mangësi në identifikimin e numrave serial të produktit dhe pasaktësi në përcaktimin e konsumit ditor. Në tërësi, këto mangësi tregojnë dobësi në sistemin e kontrollit të brendshëm dhe në menaxhimin e metadonit, duke rritur rrezikun e humbjes, keqadministrimit ose përdorimit të paautorizuar të këtij opioidi.

10.1. Rekomandimi: Titullari i IEVP Fier të verifikojë dhe dokumentojë shkaqet e diferencës së konstatuar prej rreth 1,4 litra të metadonit dhe të standardizojë procedurat e marrjes në dorëzim dhe administrimit të tij, duke siguruar identifikimin e sasive të furnizuara, dokumentimin e marrjes së dozës nga përfutuesi dhe rakordimin periodik të gjendjes fizike.

Menjëherë dhe në vijimësi

11 Gjetje nga auditimi – IEVP Drenovë

Gjatë verifikimit në terren në IEVP Drenovë, u konstatuan mangësi në dokumentimin, ruajtjen dhe kushtet e administrimit të metadonit. Regjistri i përdorur për evidentimin e administrimit të tij nuk ishte i standardizuar dhe nuk përmbante kolonë për firmën e përfutuesit, duke mos mundësuar dokumentimin dhe verifikimin e marrjes individuale të dozës së metadonit. Gjithashtu, institucioni nuk dispononte një ambient të posaçëm dhe të sigurt për administrimin e metadonit, ndërsa medikamenti nuk ruhej në dollap të mbyllur me çelës, në kundërshtim me kërkesat e përcaktuara në rregulloren për administrimin dhe ruajtjen e metadonit. Ambienti i infirmierisë, i përdorur edhe për këtë proces, paraqitej në kushte të papërshtatshme higjieno-sanitare dhe pa ndarje të qartë funksionale. Në të njëjtën hapësirë u konstatua prania e produkteve ushqimore të personelit, enëve të kuzhinës, një bombole gazi për gatim, bidonëve plastikë të ripërdorur, si dhe materialeve mjekësore të vendosura pa ndarje të përshtatshme sipas funksionit. Gjithashtu, u evidentuan bidonë plastikë me kapacitet 0.5 litra, të përdorur për mbajtjen dhe shpërndarjen e metadonit. Këto kushte evidentojnë mangësi në respektimin e kërkesave të sigurisë, higjienës dhe kontrollit të riskut në procesin e ruajtjes dhe administrimit të metadonit, sikurse pasqyrohet edhe në dokumentacionin fotografik të paraqitur në fotot nr. 1 dhe nr. 4, Aneksi III. Referuar të dhënave të administrimit, në IEVP Drenovë trajtoheshin 15

përdorues, me një konsum mesatar ditor prej 2.8 ml për person, çka rezultoi në një konsum total prej 42 ml në ditë. Bazuar në këtë nivel konsumi, gjendja prej 6 litra (6,000 ml) metadon është e mjaftueshme për rreth 143 ditë trajtim, ose afërsisht 4.7 muaj, me kusht që numri i përfituesve dhe dozat e administruara të mbeten të pandryshuara. Sa më sipër u evidentua se administrimi i metadonit në I EVP Drenovë nuk shoqërohet me kushte dhe mekanizma të mjaftueshëm kontrolli për të garantuar dokumentimin e marrjes së dozës nga përfituesit, ruajtjen e sigurt të medikamentit dhe administrimin e tij në kushte të përshtatshme higjieno-sanitare. Mungesa e një ambienti të posaçëm, ruajtja e pasigurt, përdorimi i mjeteve të papërshtatshme për mbajtjen dhe shpërndarjen e metadonit, si dhe mangësitë në dokumentimin e dozave të administruara, cenojnë gjurmueshmërinë dhe sigurinë e procesit dhe rrisin riskun e keqadministrimit të metadonit.

11. Konkluzioni

Auditimi në I EVP Drenovë evidentoi mangësi në administrimin dhe ruajtjen e metadonit, të cilat cenojnë gjurmueshmërinë, sigurinë dhe kontrollin e procesit të trajtimit të personave përfitues. Regjistri i përdorur për dokumentimin e administrimit të metadonit nuk ishte i standardizuar dhe nuk përmbante kolonën për firmosjen e përfituesve, duke mos garantuar dokumentimin e plotë dhe verifikimin e marrjes së dozës së përshkruar. Gjithashtu, mungesa e një ambienti të posaçëm për administrimin e terapisë dhe mosruajtja e medikamentit në dollap të mbyllur me çelës tregojnë mosrespektim të kërkesave të përcaktuara në aktet rregullatore për administrimin dhe ruajtjen e metadonit. Këto mangësi rrisin rrezikun e administrimit jo të kontrolluar të medikamentit, cenojnë sigurinë e tij dhe dobësojnë mekanizmat e kontrollit dhe monitorimit të trajtimit.

11.1. Rekomandimi

Titullari i I EVP Drenovë të standardizojë regjistrimin e administrimit të metadonit, duke siguruar konfirmimin e marrjes së dozës nga përfituesi, si dhe të përshtatë një ambient të posaçëm dhe të sigurt për ruajtjen e tij dhe të përmirësojë kushtet higjieno-sanitare të ambientit ku realizohet administrimi.

Menjëherë dhe në vijimësi

Shpërndarja e metadonit nga I EVP Vlorë për I EVP Fier dhe Lushnjë

Sipas planit të shpërndarjes së metadonit të miratuar nga OSHKSH, I EVP Vlorë shërben si institucion furnizues për I EVP Fier (22 përfitues), I EVP Lushnjë (8 përfitues) dhe I EVP Vlorë (2 përfitues). Në këtë plan është përfshirë edhe I EVP Tepelenë, e cila rezulton e mbyllur dhe pa përfitues aktivë, megjithatë vijon të figurojë në planifikimin e furnizimeve.

Tabela nr.14. Plani shpërndarjes së metadonit

RAJONI	Institucioni Shëndetësor(ofrues i shërbimit për TMM)	Total Litra të Shpërndara
VLORE & I.E.V.P	Sp. Rajonal Vlorë	169
	Sp. Rajonal Gjirokastrë	
	Sp. Rajonal Fier	
	Sp. Bashkiak Sarandë	
	I.E.V.P Vlorë	20
	I.E.V.P Tepelenë	
	I.E.V.P Fier	
	I.E.V.P Lushnje	
DROSHKSH Vlorë		189

Burimi: DPB

- IEVP Lushnjë⁴⁸, ka autorizuar farmacistin⁴⁹ për të tërhequr sasinë e metadonit pranë IEVP Vlorë. Në këtë autorizim janë përcaktuar emrat e 8 përfituesve, si dhe doza ditore për secilin prej tyre, ndërsa konsumi total ditor është 21 ml.

Në zbatim të këtij autorizimi, IEVP Vlorë ka bërë dalje të metadonit me Fletëdaljen nr. 2, datë 23.01.2026, në sasinë 3.5 litra metadon. Referuar konsumit ditor të deklaruar për IEVP Lushnjë, sasia e marrë në dorëzim mbulon nevojat për rreth 166 ditë, ose afërsisht 5.5 muaj furnizim.

Në tabelën 15 pasqyrohen lëvizjet e metadonit nga IEVP Vlorë në rolin e furnizuesit për IEVP Fier, Lushnjë, Tepelene⁵⁰

Tabela nr.15. Lëvizjet hyrje dalje të metadonit nga IEVP Vlorë

	nr.	data	Furnitori	destinacion			sasia (litra)
Hyrje	250	10.10.2025	DROSHKSH	IEVP Vlorë	IEVP Tepelenë	IEVP Fier	10
	320	31.12.2025		IEVP			15
	1	30.03.2026		IEVP Vlore			20
Total Hyrje							45
Dalje	16	20.10.2025	IEVP Vlorë	IEVP Fier			5
	1	06.01.2026		IEVP Fier			10
	2	23.01.2026		IEVP Lushnje			3.5
	3	08.05.2026		IEVP Fier			18
Total Dalje							36.5

Gjendje	11.05.2026	IEVP Vlorë		7
----------------	------------	------------	--	----------

Burimi: IEVP Vlore, përpunimi nga Grupi i auditimit të KLSH.

12. Gjetje nga auditimi – IEVP Vlorë

Nga verifikimi i kryer në terren më datë 11.05.2026 në IEVP Vlorë, mbi administrimin dhe shpërndarjen e metadonit, u konstatua se në farmacinë e institucionit disponohej një gjendje fizike prej 7 litra metadon. Nga verifikimi i dokumentacionit justifikues të lëvizjeve hyrje– dalje rezultoi se janë evidentuar hyrje në total prej 45 litra metadon dhe dalje të dokumentuara prej 36.5 litra, duke rezultuar një gjendje teorike prej 8.5 litra metadon.

Nga rakordimi i gjendjes teorike prej 8.5 litra me inventarin fizik të kryer në terren, ku u konstatua gjendje prej 7 litra metadon, rezultoi një diferencë e pajustificuar prej 1.5 litra metadon, me vlerë 10,973 lekë.

12. Konkluzioni

Mospërputhja ndërmjet gjendjes dokumentare dhe inventarit fizik tregon dobësi në mekanizmin e rakordimit dhe kontrollit të inventarit të metadonit. Në mungesë të një rakordimi të rregullt dhe të dokumentuar, nuk garantohej besueshmëria e evidencës dhe gjurmueshmëria e plotë e lëvizjeve të metadonit.

12.1. Rekomandimi: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me IEVP Vlorë, të verifikojë dhe dokumentojë shkaqet e diferencës së konstatuar prej rreth 1,5 litra dhe të vendosë një procedurë të detyrueshme për rakordimin periodik të gjendjes fizike me evidencën e hyrje-daljeve, duke përcaktuar përgjegjësit për kryerjen dhe dokumentimin e këtij procesi.

Menjëherë dhe në vijimësi

⁴⁸ në bazë të autorizimit nr. 87 prot., datë 06.01.2026, të lëshuar nga drejtori E.B,

⁴⁹ A.S

⁵⁰ IEVP Tepelenë rezulton e mbyllur në këtë periudhë

IEVP Peqin

Më datë 24.04.2026, gjatë verifikimit fizik të kryer nga grupi i auditimit të KLSH-së në I EVP Peqin, u konstatua një gjendje prej 7 litra metadon për 3 përfitues të trajtimit.

Kjo sasi mbahej në farmacinë e institucionit, e cila ndodhej në ambientet e administratës dhe jo brenda regjimit të institucionit, në kundërshtim me kërkesat e rregullores për administrimin dhe ruajtjen e metadonit, sipas së cilës ambientet e ruajtjes dhe administrimit të këtij medikamenti duhet të jenë të vendosura brenda regjimit dhe nën kontroll të vazhdueshëm. Gjithashtu, sasia e konstatuar tejkalonte nevojat operative të arsyeshme të institucionit.

13. Gjetje nga auditimi – I EVP Peqin

Nga verifikimi i kryer në terren në I EVP Peqin, mbi administrimin dhe menaxhimin e metadonit, u konstatua se gjendja fizike e disponueshme prej 7 litra metadon, referuar konsumit mesatar ditor prej 4.2 ml për person, ishte e mjaftueshme për mbulimin e nevojave të 3 përfituesve deri më datë 31.10.2027, duke evidentuar mbajtjen e një sasive të konsiderueshme metadoni për një periudhë afatgjatë, tej nevojave faktike të konsumit.

Gjithashtu, për këtë sasi metadoni nuk u vu në dispozicion dokumentacioni justifikues i nevojshëm për të garantuar gjurmueshmërinë e plotë të medikamentit, përfshirë dokumentet e hyrjes, daljes dhe administrimit. Nga verifikimi rezultoi se procesi i marrjes në dorëzim, përdorimit dhe asgjësimit të shisheve të metadonit nuk dokumentohej në mënyrë të plotë, si dhe nuk u evidentua zbatimi i kontroleve periodike për verifikimin e gjendjes së tyre, në përputhje me procedurat e përcaktuara.

Kjo situatë evidenton dobësi në sistemin e kontrollit të brendshëm, duke cenuar gjurmueshmërinë, sigurinë dhe administrimin efektiv të një medikamenti me regjim të posaçëm.

13. Konkluzioni

Auditimi në I EVP Peqin evidentoi mangësi në administrimin, ruajtjen dhe dokumentimin e metadonit, duke mos garantuar gjurmueshmërinë, sigurinë dhe kontrollin e plotë të këtij medikamenti me regjim të posaçëm. Mbajtja e një sasive prej 7 litra metadon për 3 përfitues, e mjaftueshme për mbulimin e nevojave deri më 31.10.2027, tregon mungesë të planifikimit dhe menaxhimit efektiv të stokut.

Gjithashtu, farmacia e institucionit, ku ruhej kjo sasi, ndodhej në ambientet e administratës dhe jo brenda regjimit të institucionit, në kundërshtim me kërkesat e përcaktuara për ruajtjen dhe administrimin e metadonit.

Mungesa e dokumentacionit justifikues për hyrjet, daljet dhe administrimin e medikamentit, si dhe mosfunksionimi i mekanizmave të nevojshëm të kontrollit dhe verifikimit periodik, cenojnë transparencën dhe gjurmueshmërinë e procesit, duke rritur rrezikun e humbjes, përdorimit të paautorizuar ose keqadministrimit të këtij medikamenti.

13.1 Rekomandimi: Titullari i I EVP Peqin të marrë masa për zhvendosjen e farmacisë brenda regjimit të institucionit, duke siguruar ruajtjen e metadonit në ambientet e saj, me qëllim garantimin e sigurisë fizike, forcimin e kontrollit të brendshëm dhe gjurmueshmërinë e administrimit të këtij medikamenti, në përputhje me kërkesat rregullatore.

Menjëherë dhe në vijimësi

Konkluzion i përgjithshëm

Nga auditimi rezultoi se Trajtimi Mbajtës me Metadon në sistemin e I EVP-ve nuk zbatohet në përputhje të plotë dhe të njëtrajtshme me kërkesat e Udhërrëfyesit Klinik dhe kuadrit rregullator përkatës. Megjithatë trajtimi farmakologjik me metadon ofrohet për personat përfitues, kërkesa për një trajtim të integruar, multidisiplinar dhe rehabilitues nuk zbatohet në mënyrë sistematike.

Mangësitë në kapacitetet profesionale të stafit psikosocial, mosfunksionimi i plotë i ekipeve multidisiplinare dhe mungesa e planeve individuale të rehabilitimit kufizojnë adresimin e nevojave psikologjike dhe sociale të përfituesve dhe efektivitetin afatgjatë të programit.

Njëkohësisht, kërkesat për administrimin e sigurt, të kontrolluar dhe të gjurmueshëm të metadonit nuk janë garantuar në të gjitha hallkat e procesit.

Mungesa e një metodologjie të dokumentuar për planifikimin, si dhe mangësitë në ruajtjen, marrjen në dorëzim, dokumentimin e dozave dhe rakordimin e gjendjeve, kanë sjellë mbajtjen e stoqeve për periudha të zgjatura dhe, në raste konkrete, diferenca të pajustificuara të sasive të metadonit.

Për rrjedhojë, devijimet nga kërkesat e Udhërrëfyesit Klinik dhe kuadrit rregullator tregojnë se Programi i Trajtimit Mbjatës me Metadon funksionon pjesërisht si një proces i integruar dhe individualizuar trajtimi, ndërsa dobësitë në planifikimin dhe kontrollin e ciklit të menaxhimit të metadonit cenojnë eficiencën, sigurinë dhe gjurmueshmërinë e tij.

Në këto kushte, sistemi aktual nuk garanton plotësisht arritjen e objektivave rehabilituese të TMM-së dhe menaxhimin e kontrolluar të metadonit në IEVP.

4.2. A zbatohet sistemi i referimit për ofrimin e kujdesit shëndetësor në të tre nivelet e tij për personat që vuajnë dënimin në IEVP?

Sipas kuadrit ligjor në fuqi⁵¹, personat e privuar nga liria përfitojnë të njëjtin trajtim dhe kujdes shëndetësor si pjesa tjetër e popullsisë, nëpërmjet sistemit publik të sigurimeve shëndetësore, duke përfituar pa pagesë shërbimet dhe barnat e mbuluara nga kjo skemë. Për rrjedhojë, shërbimi shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP) është pjesë e sistemit publik të kujdesit shëndetësor dhe duhet të garantojë akses në të gjitha nivelet e kujdesit, në përputhje me nevojat shëndetësore të personave të burgosur

Në këtë kuadër, shërbimi shëndetësor në IEVP përbën nivelin e parë të kontaktit të personit të privuar nga liria me sistemin shëndetësor, duke ushtruar funksione të ngjashme me ato të kujdesit shëndetësor parësor në sistemin publik.

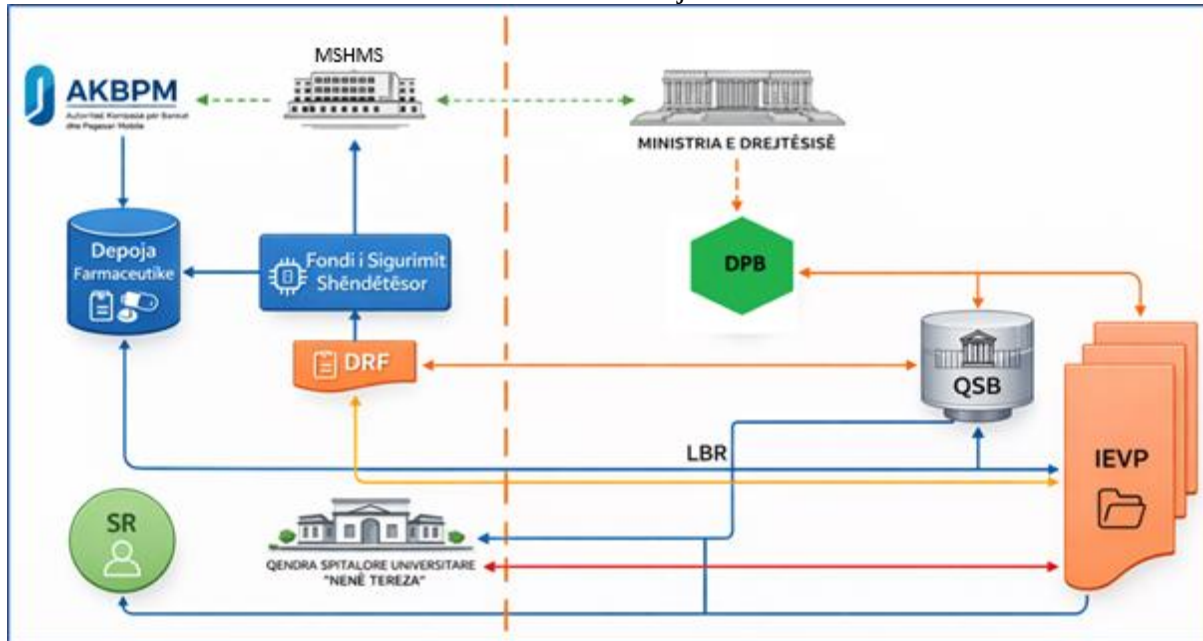
Në këtë nivel realizohen vlerësimi fillestar, diagnostikimi, trajtimi, monitorimi i gjendjes shëndetësore dhe vendimmarrja për referimin e pacientit drejt mjekëve specialistë të poliklinikave dhe, sipas nevojës klinike, në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB), spitalet rajonale ose institucionet universitare të kujdesit shëndetësor. Për rrjedhojë, funksionimi efektiv i sistemit të referimit nuk varet vetëm nga ekzistenca e procedurave të referimit, por edhe nga kapaciteti funksional i kujdesit shëndetësor parësor për të garantuar vlerësim klinik në kohë, ndjekje të vazhdueshme të pacientit dhe koordinim efektiv me strukturat e tjera të sistemit publik të kujdesit shëndetësor.

Për të vlerësuar zbatimin e këtij sistemi në praktikë, auditimi analizoi organizimin e procesit të referimit, rrugëtimin e pacientëve/burgosur në sistemin e kujdesit shëndetësor, funksionimin e mekanizmave të financimit dhe furnizimit me barna, si dhe koordinimin ndërmjet institucioneve përgjegjëse për ofrimin e shërbimit.

Në Skemën nr. 1 paraqitet organizimi i sistemit të referimit dhe financimit të kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP.

⁵¹ Neni 4 dhe neni 41 i Ligjit nr. 81/2020, datë 25.06.2020, "Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve", si dhe pika 6 e Udhëzimit të përbashkët të Ministrisë së Drejtësisë dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale nr. 1, datë 17.03.2023, "Për diagnostikimin dhe mjekimin pranë Qendrës Spitalore Universitare dhe institucioneve spitalore rajonale, si dhe përcaktimin e rregullave të detajuara për mënyrën e ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore për personat e burgosur".

Skema nr.1. Sistemi i referimit dhe financimit të kujdesit shëndetësor në IEVP



Burimi: Grupi i auditimit të KLSH-së

Skema nr. 1 paraqet organizimin e sistemit të referimit dhe mekanizmat që mbështesin ofrimin e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP.

Skema paraqet gjithashtu mekanizmin e financimit dhe furnizimit me barna për personat që vuajnë dënimin në IEVP, të cilët përfitojnë barnat e Listës së Barnave të Rimbursueshme në të njëjtat kushte dhe sipas të njëjtave procedura si kategoritë e tjera përfituese në sistemin publik të kujdesit shëndetësor.

Financimi mbulohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, ndërsa furnizimi realizohet nëpërmjet depove farmaceutike të kontraktuara. Organizimi i këtij sistemi mbështetet në bashkëveprimin ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, Ministrisë së Drejtësisë, Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, Qendrës Spitalore të Burgjeve, Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe institucioneve të tjera të sistemit publik të kujdesit shëndetësor.

Nga analiza e kuadrit ligjor dhe organizimit institucional rezulton se mekanizmi i referimit drejt shërbimeve të specialiteteve dhe niveleve më të larta të kujdesit shëndetësor është i parashikuar dhe zbatohet nëpërmjet strukturave të sistemit publik.

Megjithatë, funksionimi efektiv i këtij sistemi mbështetet në mekanizma të cilët duhet të garantojnë vazhdimësinë e trajtimit, koordinimin ndërinstitutional dhe monitorimin e proceseve që shoqërojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Në këtë drejtim, auditimi evidentoj se disa prej këtyre mekanizmave nuk funksionojnë plotësisht në praktikë, duke ndikuar në efektivitetin e sistemit të referimit dhe në vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor.

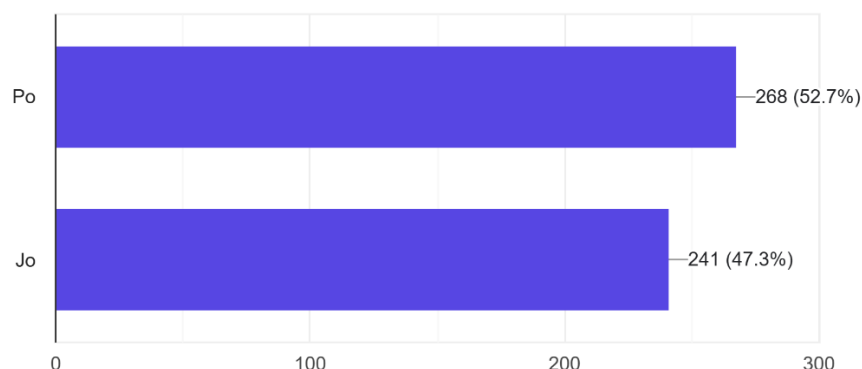
Përveç analizës së dokumentacionit dhe verifikimeve në terren, grupi i auditimit vlerësoi edhe perceptimin e personave që vuajnë dënimin në 11 IEVP mbi zbatimin praktik të sistemit të referimit, nëpërmjet një pyetësoi.

Rezultatet e pyetësorit përbëjnë evidencë plotësuese për vlerësimin e aksesit në shërbimet diagnostikuese, vijueshmërisë së procesit të referimit dhe kohës së marrjes së shërbimeve shëndetësore.

Grafiku nr. 3.

A keni bërë analiza të gjakut në IEVP/QSB?

509 responses



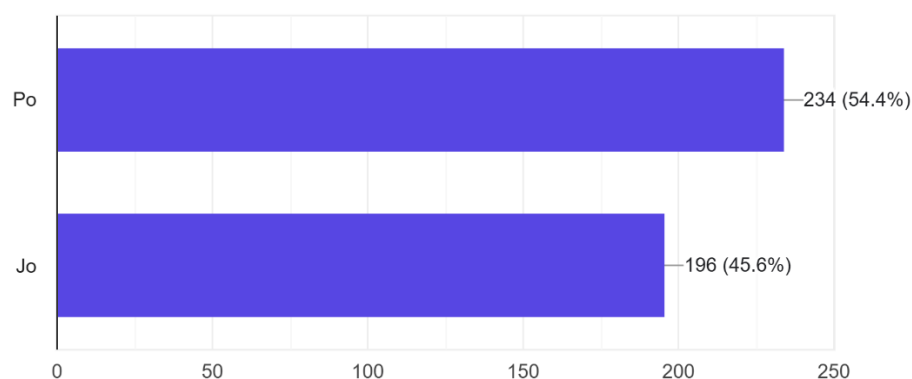
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Nga 509 të anketuar që iu përgjigjën kësaj pyetjeje, 52.7% deklaruan se kanë kryer analiza të gjakut gjatë qëndrimit në IEVP, ndërsa 47.3% pohuan se nuk kanë përfituar këtë shërbim. Rezultatet tregojnë se shërbimet bazë diagnostikuese ofrohen, por nuk rezultojnë të aksesueshme në mënyrë të njëtrajtshme për të gjithë personat e privuar nga liria, duke mbështetur gjetjet e auditimit mbi funksionimin jo plotësisht efektiv të mekanizmave të referimit.

Grafiku nr.4

A kanë ardhur në kohë rezultatet e këtyre analizave?

430 responses



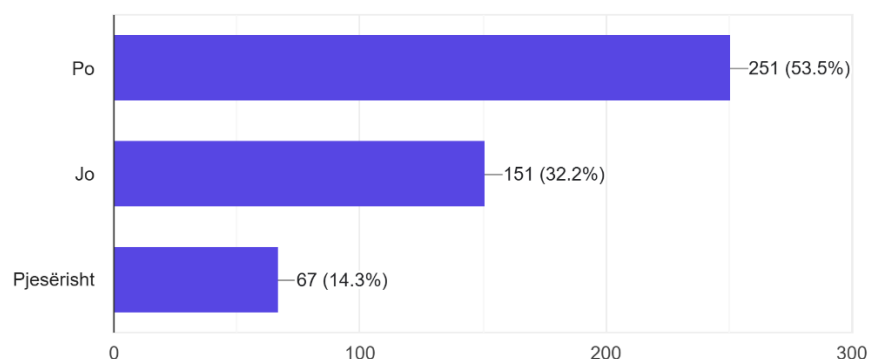
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Nga 430 të anketuar që iu përgjigjën pyetjes mbi kohën e marrjes së rezultateve të analizave, 54.4% deklaruan se rezultatet kanë ardhur në kohë, ndërsa 45.6% raportuan të kundërtën. Përqindja e konsiderueshme e të anketuarve që evidentojnë vonesa tregojnë se procesi diagnostik dhe vijueshmëria e trajtimit nuk realizohen në kohë në të gjitha rastet.

Grafiku nr.5

A ju shpjegohen rezultatet nga mjeku specialist?

469 responses



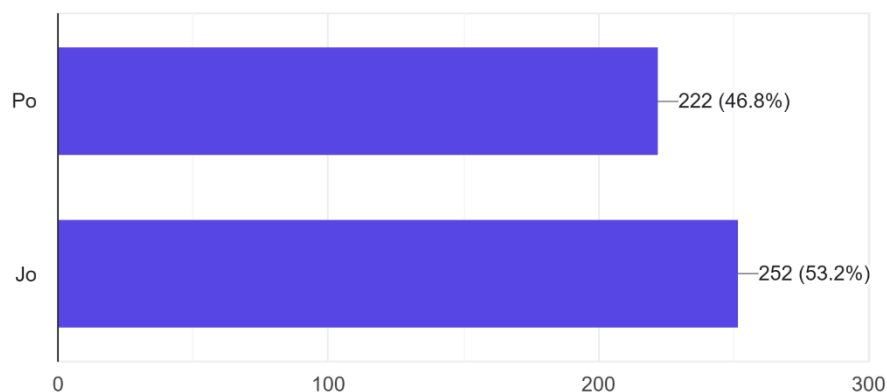
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Nga 469 të anketuar, 53.5% deklaruan se rezultatet u janë shpjeguar nga mjeku specialist, 14.3% se u janë shpjeguar pjesërisht dhe 32.2% se nuk kanë marrë shpjegime. Në tërësi, 46.5% e të anketuarve raportojnë mungesë ose pamjaftueshmëri të informimit, duke evidentuar dobësi në komunikimin e rezultateve dhe në vazhdimësinë e ndjekjes së pacientit pas kryerjes së ekzaminimeve.

Grafiku nr.6

A keni patur vonesa për këto shërbime?

474 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

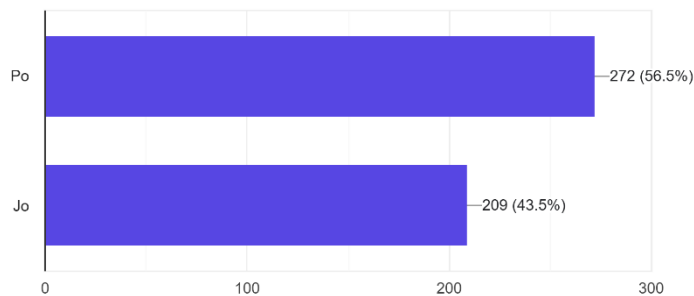
Nga 474 të anketuar që iu përgjigjën kësaj pyetjeje, 46.8% deklaruan se kanë pasur vonesa në marrjen e shërbimeve diagnostikuese, ndërsa 53.2% nuk raportuan vonesa. Fakti që pothuajse një në dy të anketuar ka evidentuar vonesa tregon se mekanizmat organizativë që mbështesin sistemin e referimit nuk garantojnë në mënyrë të njëtrajtshme marrjen në kohë të shërbimeve të nevojshme.

Në tërësi, rezultatet e pyetësit tregojnë se, megjithëse shërbimet diagnostikuese ofrohen për një pjesë të konsiderueshme të personave që vuajnë dënimin, aksesin në këto shërbime, marrja

në kohë e rezultateve dhe komunikimi me pacientin nuk garantohen në mënyrë të njëtrajtshme. Këto rezultate mbështesin gjetjet e auditimit se mekanizmat organizativë dhe profesionalë që mbështesin funksionimin e sistemit të referimit nuk funksionojnë plotësisht në praktikë.

Grafiku nr. 7

A merrni barna nga familjarët për shkak të mungesës së tyre në IEVP/QSB?
481 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Nga 481 të anketuar, 56.5% deklaruan se kanë marrë barna nga familjarët për shkak të mungesës së tyre në IEVP/QSB, ndërsa 43.5% deklaruan se nuk janë ndodhur në këtë situatë. Ky rezultat evidenton se furnizimi institucional me barna nuk ka garantuar në të gjitha rastet mbulimin e nevojave terapeutike të personave që vuajnë dënimin, duke krijuar varësi nga furnizimi familjar dhe duke cenuar vazhdimësinë dhe barazinë në trajtim. Rezultatet e pyetësorit janë në përputhje me verifikimet në terren dhe analizën e dokumentacionit të kryer gjatë auditimit, duke konfirmuar se funksionimi praktik i sistemit të referimit nuk garanton në mënyrë të njëtrajtshme aksesin në shërbimet diagnostikuese, marrjen në kohë të tyre dhe vazhdimësinë efektive të kujdesit shëndetësor.

Gjithashtu, auditimi analizoi edhe mekanizmat që mbështesin funksionimin e sistemit të referimit, përfshirë implementimin e sistemit të recetës elektronike (eRx), si një element thelbësor për garantimin e vazhdimësisë së trajtimit me medikamente.

14. Gjetje nga auditimi

Auditimi konstatoi se sistemi i recetës elektronike (eRx)⁵², i cili përbën mekanizmin e detyrueshëm për përshkrimin, gjenerimin, ekzekutimin, kontrollin dhe rimbursimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR), nuk është implementuar në asnjë institucion të ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP).

Analiza e dokumentacionit dhe verifikimet në terren evidentuan se mosimplementimi i sistemit eRx nuk lidhet me mungesën e kuadrit ligjor apo të platformës elektronike, por me mosplotësimin e kushteve organizative, profesionale dhe teknike të nevojshme për funksionimin e tij.

Verifikimet evidentuan se në një pjesë të IEVP-ve shërbimi mjekësor mbulohet nga mjekë me kohë të pjesshme, ndërsa në disa institucione mungon farmacisti i licencuar. Koncretisht, në IEVP Lezhë dhe Pojskë funksioni i farmacistit ushtrohet nga infermieri, ndërsa në IEVP Vlorë farmacisti i punësuar nuk disponon licencën për ushtrimin e profesionit.

⁵² Referuar Rregullores së FDSKSH nr. 1, datë 12.12.2019, “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike (eRx)”, pika 3.a, germa iv, përcaktohet se përdorues të sistemit janë edhe mjekët në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP).

Këto mangësi, të shoqëruara me struktura të paplota të personelit shëndetësor, nuk krijojnë kushtet e nevojshme organizative dhe profesionale për funksionimin e sistemit eRx.

Sipas të dhënave të administruara gjatë auditimit, numri i personave të burgosur me sëmundje kronike përfitues të barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme ishte 1,486 në vitin 2024 dhe 1,518 në vitin 2025. Megjithatë, auditimi konstatoi se Ministria e Drejtësisë, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve dhe Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nuk kanë ndërmarrë masa të koordinuara për krijimin e kushteve organizative, profesionale dhe teknike të nevojshme për implementimin e sistemit eRx në IEVP.

Si rrjedhojë, personat që vuajnë dënimin në IEVP, megjithëse janë përfitues të skemës së sigurimeve shëndetësore dhe të barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme, nuk përfitojnë administrimin e këtyre barnave nëpërmjet mekanizmit të standardizuar elektronik, duke kufizuar gjurmueshmërinë, kontrollin dhe monitorimin e procesit të përshkrimit dhe ekzekutimit të tyre, si dhe duke ndikuar në vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor.

14. Konkluzioni:

Nga auditimi rezultoi se, megjithëse sistemi i referimit për personat që vuajnë dënimin në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP) është i organizuar sipas strukturës së sistemit publik të kujdesit shëndetësor dhe procedurat e referimit janë të parashikuara në kuadrin ligjor dhe rregullator në fuqi, funksionimi i tij nuk garantohet plotësisht në praktikë. Mangësitë e konstatuara në mekanizmat organizativë, profesionalë dhe administrativë ndikojnë në aksesin në shërbimet diagnostikuese, vazhdimësinë e trajtimit dhe administrimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR).

Auditimi konstatoi se sistemi i recetës elektronike (eRx) nuk është implementuar në asnjë nga IEVP-të, duke mos garantuar zbatimin e mekanizmit standard të përshkrimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme, në përputhje me kuadrin ligjor dhe rregullator në fuqi. Mosimplementimi i sistemit lidhet me mangësi në organizimin e shërbimit shëndetësor, në strukturën e burimeve njerëzore të IEVP-ve, veçanërisht mungesën e mjekëve me kohë të plotë dhe farmacistëve të licencuar, si dhe me mungesën e masave të koordinuara ndërinstitutionale për krijimin e kushteve organizative, profesionale dhe teknike të nevojshme për funksionimin e tij.

Si pasojë, nuk garantohet funksionimi i mekanizmit të standardizuar elektronik për përshkrimin, ekzekutimin, kontrollin dhe rimbursimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme, duke kufizuar gjurmueshmërinë, monitorimin dhe kontrollin e administrimit të tyre, si dhe duke ndikuar në efektivitetin e sistemit të referimit dhe në vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP.

14.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, të marrë masa për krijimin e kushteve organizative, institucionale dhe të burimeve njerëzore të nevojshme për implementimin e sistemit të recetës elektronike (eRx) në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale, duke siguruar plotësimin e strukturave me mjekë me kohë të plotë dhe farmacistë të licencuar.

Brenda datës 31.12.2026

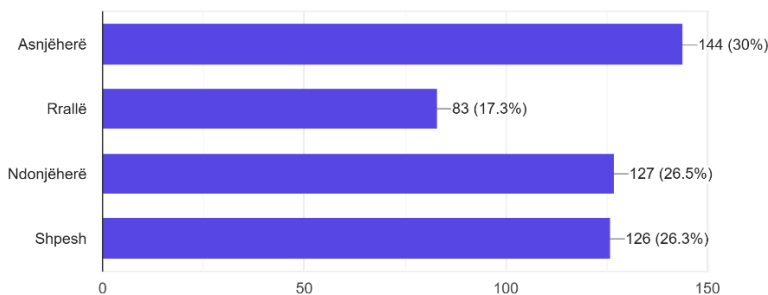
4.2.1. A zbatohen në mënyrë efektive procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në IEVP, në përputhje me protokollet dhe udhëzimet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë?

Furnizimi, ruajtja dhe administrimi i barnave dhe materialeve të mjekimit përbëjnë një komponent thelbësor të ofrimit të kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale. Kuadri ligjor dhe rregullator në fuqi përcakton që këto procese duhet të organizohen dhe të zbatohen në mënyrë që të garantojnë furnizimin në kohë, ruajtjen sipas kushteve të përcaktuara, gjurmueshmërinë e lëvizjes së barnave, administrimin e sigurt të tyre dhe funksionimin efektiv të mekanizmave të kontrollit gjatë gjithë ciklit të menaxhimit⁵³. Procesi i administrimit të barnave përfshin planifikimin e nevojave, furnizimin, marrjen në dorëzim, regjistrimin, ruajtjen, shpërndarjen, administrimin, inventarizimin dhe kontrollin e gjendjes së barnave dhe materialeve të mjekimit. Zbatimi efektiv i këtij procesi kërkon procedura të standardizuara dhe mekanizma funksionalë kontrolli që garantojnë integritetin e zinxhirit të furnizimit, shmangien e humbjeve dhe skadencave, si dhe përdorimin e sigurt e të dokumentuar të barnave. Në këtë kuadër, auditimi vlerësoi nëse procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në IEVP zbatohen në përputhje me kërkesat e legjislacionit dhe standardeve në fuqi, duke analizuar organizimin e procesit, kushtet e ruajtjes, dokumentimin e lëvizjes së barnave, procedurat e marrjes në dorëzim, gjurmueshmërinë e furnizimeve, si dhe funksionimin e mekanizmave të kontrollit dhe sigurisë gjatë administrimit të tyre. Përveç analizës së dokumentacionit dhe verifikimeve në terren, auditimi vlerësoi edhe perceptimin e personave të privuar nga liria mbi disponueshmërinë e barnave, sigurimin e tyre nga familjarët dhe përdorimin e barnave të futura nga jashtë institucionit.

Rezultatet e pyetësorit të administruar në 11 IEVP shërbejnë si evidencë plotësuese për vlerësimin e funksionimit praktik të mekanizmave të furnizimit, qarkullimit dhe kontrollit të barnave.

Grafiku nr.8

A mungojnë barnat?
480 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Nga 480 të anketuar që iu përgjigjën kësaj pyetjeje, 30,0% deklaruan se barnat nuk mungojnë asnjëherë, ndërsa 70,0% raportuan mungesa me frekuencë të ndryshme: 17,3% rrallë, 26,5% ndonjëherë dhe 26,2% shpesh. Fakti që më shumë se dy në tre të anketuar kanë evidentuar raste të mungesës së barnave tregon se mekanizmat e planifikimit dhe furnizimit nuk kanë garantuar në mënyrë të qëndrueshme disponueshmërinë e barnave të nevojshme në IEVP/QSB.

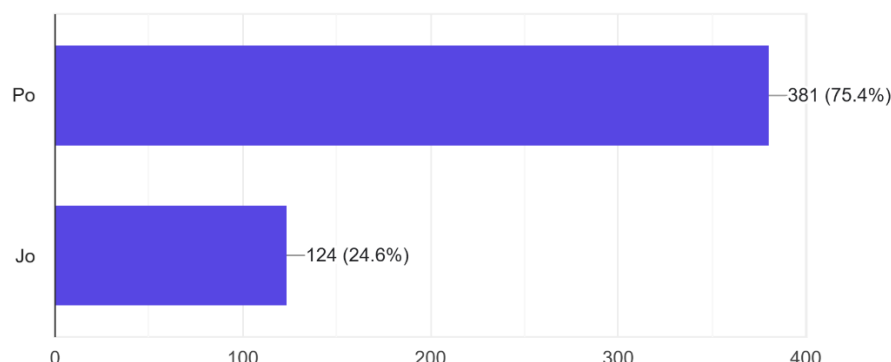
Mungesa e barnave në institucionet e vuajtjes së dënimit ka ndikuar edhe në mënyrën e sigurimit të tyre, duke bërë që një pjesë e personave të privuar nga liria t'u drejtohen familjarëve për vazhdimin e trajtimit.

⁵³ Urdhrit nr. 660, datë 20.09.2018, "Për miratimin e rregullores mbi praktikën e ruajtjes dhe shpërndarjes së mirë të barnave", pika 7.3.2.1, lidhur me ruajtjen e barnave në kushtet e përcaktuara të temperaturës.

Grafiku nr.9

A merrni barna nga familjarët tuaj?

505 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

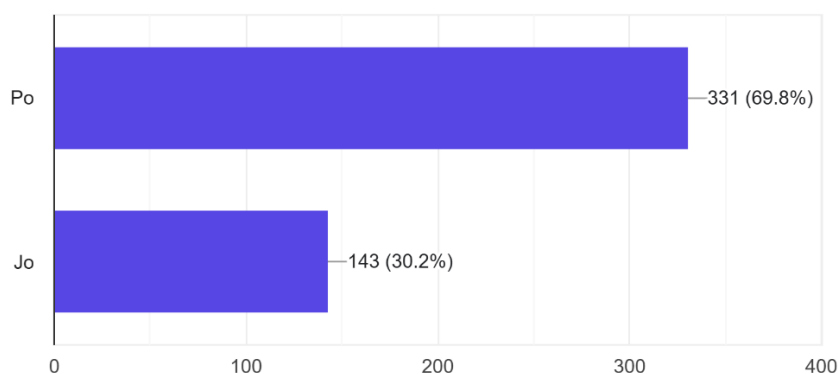
Nga 505 të anketuar, 75.4% deklaruan se marrin barna edhe nga familjarët, ndërsa 24.6% deklaruan të kundërtën. Megjithëse ky rezultat nuk identifikon drejtpërdrejt arsyet e furnizimit nga familjarët, ai tregon se një pjesë e konsiderueshme e personave të privuar nga liria mbështeten edhe në burime të tjera për sigurimin e barnave.

Përfshirja e barnave të siguruara nga familjarët në procesin e trajtimit kërkon procedura të qarta për pranimin, regjistrimin, ruajtjen dhe administrimin e tyre, me qëllim garantimin e sigurisë së pacientit dhe gjurmueshmërisë së plotë të barnave.

Grafiku nr.10

A i përdorni këto barna të sjella nga familjarët sipas recetës së mjekut të IEVP/QSB?

474 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Nga 474 të anketuar, 69.8% deklaruan se barnat e sjella nga familjarët i përdorin sipas recetës së mjekut të IEVP/QSB, ndërsa 30.2% deklaruan të kundërtën. Ky rezultat evidenton nevojën për forcimin e procedurave të kontrollit mbi pranimin, regjistrimin dhe administrimin e barnave të futura nga jashtë institucionit.

Në tërësi, rezultatet e pyetësit tregojnë se disponueshmëria e barnave nuk garantohej në mënyrë të njëtrajtshme në të gjitha IEVP-të dhe se një pjesë e konsiderueshme e personave të

privuar nga liria sigurojnë barna edhe nga burime jashtë institucionit. Këto rezultate, të analizuar së bashku me verifikimet në terren, mbështesin gjetjet e auditimit se procedurat për furnizimin, ruajtjen, dokumentimin dhe qarkullimin e barnave nuk zbatohen në mënyrë efektive dhe të standardizuar.

15. Gjetje nga auditimi:

Nga verifikimet në terren të kryera në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP) u konstatua se procedurat për administrimin, ruajtjen dhe dokumentimin e barnave nuk zbatohen në mënyrë të njëtrajtshme, duke krijuar mangësi në gjurmueshmërinë, sigurinë dhe kontrollin e qarkullimit të tyre përgjatë gjithë ciklit të administrimit.

Mangësi në administrimin dhe dokumentimin e barnave

Nga verifikimet e kryera në IEVP Durrës, Elbasan, Fier, "Jordan Misja" (313), Korçë, Lezhë, "Mine Peza" (302), Peqin, Pojskë, QSB, Rrogozhinë, Shkodër dhe Vlorë u konstatua prania e barnave të skaduara në ambientet e farmacive, duke evidentuar mangësi në monitorimin e afateve të përdorimit dhe administrimin e gjendjes së barnave. Barnat e skaduara sipas IEVP-ve paraqitet në Aneksin 3 të këtij Raporti të Auditimit.

Në të gjitha IEVP-të e sipërcituara u konstatua se barnat e përdorura në shërbimin shëndetësor nuk ishin të pajisura me pullën e regjistrimit për përdorim spitalor ose me vulën e kuqe "Ndalohej shitja"⁵⁴.

Nga verifikimi fizik i dokumentacionit rezultoi se, për barnat e furnizuara nga Drejtoritë Rajonale të Fondit (DRF), në kuadër të marrëveshjeve tripalëshe ndërmjet DRF-ve, IEVP-ve dhe depove farmaceutike, nuk hartoheshin procesverbale të marrjes në dorëzim nga komisionet përkatëse të IEVP-ve, duke mos garantuar gjurmueshmëri të plotë të marrjes, lëvizjes dhe administrimit të barnave.

Mangësi në ruajtjen, sigurinë dhe gjurmueshmërinë e barnave

Në IEVP Peqin, Rrogozhinë dhe "Jordan Misja" farmacitë ndodheshin jashtë regjimit të brendshëm të institucionit, situatë e cila rrit riskun e aksesit të paautorizuar, cenon sigurinë fizike të barnave dhe dobëson kontrollin mbi administrimin e tyre. Gjithashtu, gjatë auditimit u evidentuan mangësi në kushtet e ruajtjes dhe qarkullimit të barnave, veçanërisht për sa i përket ambienteve të magazinimit dhe garantimit të zinxhirit në të ftohtë.⁵⁵

Gjatë verifikimit fizik të kryer në farmacinë e IEVP Reç (Shkodër), u përzgjedh në mënyrë rastësore për verifikim medikamenti Metoprolol (loti 2503), i furnizuar në kuadër të marrëveshjes tripalëshe me depo farmaceutike. Gjatë verifikimit u konstatuan 8 kuti të medikamentit ndodheshin në farmaci⁵⁶ dhe 26 kuti në ambientet e infermierisë.

Për më tepër, për sasinë e konstatuar nuk u vu në dispozicion dokumentacion që të provonte hyrjen e medikamentit në farmaci dhe daljet në ambientet e infermierisë. Për rrjedhojë, gjendja fizike e konstatuar nuk përputhej me dokumentacionin financiar të furnizimit dhe nuk garantohej gjurmueshmëria e plotë e administrimit të këtij medikamenti.

Në IEVP Vlorë, gjatë verifikimit fizik të kryer më datë 22.04.2026, u përzgjedh në mënyrë rastësore medikamenti Tarden 20 mg x 30⁵⁷. Nga verifikimi fizik rezultoi se në farmaci

⁵⁴ në kundërshtim me përcaktimet e Urdhrit nr. 287, datë 12.07.2011, "Për pajisjen me vulë të barnave që përdoren në institucionet shëndetësore publike".

⁵⁵ në mospërputhje me kërkesat e Ligjit nr. 105/2014 "Për barnat dhe shërbimin farmaceutik" dhe Urdhrit nr. 660, datë 20.09.2018, "Për miratimin e rregullores mbi praktikën e ruajtjes dhe shpërndarjes së mirë të barnave", pika 7.3.2.1, lidhur me ruajtjen e barnave në kushtet e përcaktuara të temperaturës.

⁵⁶ Nga verifikimi i faturave tatimore⁵⁶ nr. 8761/2026, datë 11.02.2026 dhe nr. 9028/2026, datë 12.02.2026, rezultoi se medikamenti Metoprolol nuk ishte pjesë e sasive të barnave të furnizuara në kuadër të Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR).

⁵⁷ i furnizuar nga OE Farma Vlora me faturën nr. 5546, datë 14.04.2026, në sasinë prej 150 tabletash

gjendeshin 108 tableta, ndërsa për diferencën prej 42 tabletash nuk u paraqit dokumentacion justifikues, duke mos garantuar gjurmueshmërinë e plotë të administrimit të këtij medikamenti.

Mungesa e optimizimit të mekanizmave të furnizimit me barna

Gjatë vizitës në terren në IEVP “Mine Peza” (302), mbi bazën e një përzgjedhjeje rastësore⁵⁸ u verifikuan barna të furnizuar nga Lista e Barnave të Rimbursueshme (LBR)⁵⁹ dhe atyre të furnizuar nga DPB⁶⁰

Nga krahasimi i gjendjes fizike të barnave me dokumentacionin e furnizimeve rezultoi se i njëjti medikament, me të njëjtin princip aktiv dhe të njëjtën formë farmaceutike, furnizohej njëkohësisht nga dy burime të ndryshme:

1. Nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve (DPB), nëpërmjet procedurave të prokurimit, dhe
 2. Nga Drejtoritë Rajonale të Fondit (DRF), nëpërmjet skemës së barnave të rimbursueshme.
- Konkretisht, IEVP "Mine Peza" (302) ishte furnizuar nga DPB⁶¹ me barin Enalapril, me çmim 5.92 lekë/tabletë², ndërsa i njëjti medikament, pjesë e Listës së Barnave të Rimbursueshme, ishte furnizuar nga Depo Farmaceutike⁶², me çmim 2.02 lekë/tabletë, duke rezultuar një diferencë prej 3.90 lekë për tabletë.

Kjo situatë evidenton mungesën e koordinimit të mekanizmave të planifikimit dhe furnizimit me barna, duke rritur shpenzimet e buxhetit të DPB-së për barna që financohen nga buxheti i FSDKSH-së, çka përbën përdorim pa ekonomikitet të fondeve të buxhetit të DPB-së.

15. Konkluzioni

Nga auditimi rezultoi se procedurat për furnizimin, ruajtjen, administrimin dhe gjurmueshmërinë e barnave dhe materialeve të mjekimit në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale nuk zbatohen në mënyrë efektive dhe të njëtrajtshme, në përputhje me kërkesat e legjislacionit dhe standardet në fuqi. Mangësitë e evidentuara në planifikimin e furnizimeve, dokumentimin e marrjes në dorëzim, kushtet e ruajtjes, monitorimin e afateve të përdorimit, gjurmueshmërinë e lëvizjes së barnave dhe koordinimin ndërmjet mekanizmave të furnizimit dobësojnë kontrollin e brendshëm dhe nuk garantojnë administrimin farmaceutik sipas standardeve të kërkuara. Për pasojë, rritet risku i humbjeve, skadencave, aksesit të paautorizuar, përdorimit joefektiv të fondeve publike dhe ndërprerjes së vazhdimësisë së trajtimit.

15.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të standardizojë dhe monitorojë zbatimin e procedurave për administrimin farmaceutik në të gjitha IEVP-të, duke vendosur kontrole periodike mbi dokumentimin e furnizimit, marrjes në dorëzim, ruajtjes dhe administrimit të barnave, monitorimin e afateve të përdorimit, respektimin e kushteve të ruajtjes dhe garantimin e gjurmueshmërisë së plotë të lëvizjes së barnave gjatë gjithë ciklit të administrimit të tyre.

Menjëherë dhe në vijimësi

Konkluzion i përgjithshëm

Nga auditimi rezultoi se procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale nuk zbatohen në

⁵⁸ referuar marrëveshjes tripalëshe nr. 4412 Prot., datë 15.10.2024, ndërmjet DRF Tiranë, IEVP-së dhe operatorit ekonomik "F. F.",

⁵⁹ sipas faturës tatimore nr. 2573, datë 24.02.2026.

⁶⁰ E cila shërben si autoritet kontraktor I përqendruar I blerjeve nepermjet marreveshjes kuader

⁶¹ sipas fletëhyrjes nr. 01, datë 14.01.2026,

⁶² "F. F.", sipas faturës tatimore nr. 2573, datë 24.02.2026

mënyrë efektive dhe të njëtrajtshme, në përputhje me kërkesat e legjislacionit dhe protokollet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.

Mangësitë e konstatuara në monitorimin e afateve të përdorimit të barnave, dokumentimin e proceseve të furnizimit dhe marrjes në dorëzim, kushtet e ruajtjes dhe funksionimin e mekanizmave të kontrollit të brendshëm tregojnë se sistemi aktual nuk garanton administrimin farmaceutik sipas standardeve të kërkuara.

Për pasojë, nuk sigurohet gjurmueshmëria e plotë e barnave gjatë gjithë ciklit të administrimit, duke rritur riskun për krijimin e stokut të barnave të skaduara, dobësimin e kontrollit të brendshëm dhe uljen e efektivitetit të administrimit farmaceutik në IEVP.

4.2.2. A është stafi mjekësor i mjaftueshëm dhe i specializuar për ofrimin e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP?

Pozicionimi institucional dhe funksional i Sektorit të Kujdesit Shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve

Ofrimi efektiv i kujdesit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale kushtëzohet jo vetëm nga ekzistenca e një strukture organizative me role dhe përgjegjësi të përcaktuara qartë, por edhe nga disponueshmëria e personelit të mjaftueshëm dhe të kualifikuar për ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Në këtë kuadër, auditimi vlerësoi organizimin institucional të strukturës përgjegjëse për kujdesin shëndetësor në nivel qendror, si dhe mjaftueshmërinë, përbërjen profesionale dhe shpërndarjen e personelit shëndetësor në IEVP dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve. Nga auditimi u konstatua se organizimi aktual i strukturës përgjegjëse për çështjet e kujdesit shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve (DPB) paraqet paqartësi në lidhje me pozicionimin e saj institucional dhe funksional, linjën e raportimit, si dhe përcaktimin dhe pasqyrimin e detyrave, kompetencave dhe përgjegjësi të aktet e brendshme që rregullojnë organizimin dhe funksionimin e institucionit.

Spektori i Kujdesit Shëndetësor përbën strukturën përgjegjëse në nivel qendror për koordinimin dhe monitorimin e çështjeve që lidhen me kujdesin shëndetësor të ofruar në IEVP dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB)⁶³.

Për rrjedhojë, pozicionimi i tij në strukturën organizative dhe përcaktimi i qartë i linjave të përgjegjësisë dhe raportimit kanë rëndësi për ushtrimin efektiv të funksioneve të koordinimit, monitorimit dhe mbikëqyrjes së shërbimit shëndetësor në sistemin penitenciar.

Për sqarimin e bazës ligjore dhe organizative të funksionimit të këtij sektori, grupi i auditimit të KLSH-së iu drejtua DPB-së me pyetjen:

“Cila është baza ligjore dhe organizative mbi të cilën funksionon aktualisht Spektori i Kujdesit Shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, duke specifikuar varësinë e tij institucionale, linjën e raportimit, kompetencat vendimmarrëse dhe përgjegjësitë mbikëqyrëse, në kushtet e mospërputhjeve ndërmjet akteve që rregullojnë strukturën dhe funksionimin e tij?”

DPB⁶⁴ sqaroi se Spektori i Kujdesit Shëndetësor, deri në vitin 2021, ka funksionuar si strukturë organizative në varësi të Drejtorisë së Çështjeve Ligjore, Shoqërore dhe Shëndetësore pranë DPB-së, me punonjës me status të nëpunësit civil dhe me përshtime pune të përcaktuara. Sipas DPB-së, me qëllim përafrimin e trajtimit financiar të punonjësve të sistemit shëndetësor

⁶³ Urdhri i Kryeministrit Nr.43/datë 25.03.2021 “Për miratimin e strukturës organike të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve”, VKM nr. 1076, datë 24.10.2020 si dhe VKM nr.466/ datë 06.07.2022 “Për disa ndryshime në VKM nr.555 date 11.08.2011” për miratimin e strukturës dhe të niveleve të pagave të punonjësve të personelit mjekësor

⁶⁴ Në përgjigjen e përcjellë me shkresën nr. 9029 prot., datë 14.05.2026,

penitenciar me atë të punonjësve të strukturave në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, u vendos kalimi i tyre në varësi të QSB-së.⁶⁵

Nga përgjigja e DPB-së rezulton se, në strukturën aktuale, Sektori i Çështjeve Shëndetësore në DPB paraqitet në varësi të QSB-së/pranë saj. Në të njëjtën kohë, QSB ka në strukturën e vet Sektorin e Shëndetësisë, i cili raporton pranë titullarit të QSB-së dhe ushtron funksione që lidhen me veprimtarinë e brendshme të këtij institucioni. Ndërkohë, Sektori i Çështjeve Shëndetësore në DPB ushtron funksione që, për nga natyra e tyre, lidhen me koordinimin dhe monitorimin e kujdesit shëndetësor në një fushë më të gjerë institucionale, që përfshin IEVP-të dhe QSB-në. Gjithashtu, sipas përgjigjes së DPB-së, detyrat dhe funksionet mbi të cilat mbështetet aktualisht veprimtaria e sektorit vijnë t'i referohen Urdhrit nr. 454/1 prot., datë 05.09.2011, të Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve.⁶⁶ Ndërkohë, ndryshimet e mëvonshme organizative, përfshirë kalimin e sektorit në varësi të QSB-së, nuk rezultojnë të jenë shoqëruar me një ripërcaktim të plotë dhe të harmonizuar të pozicionit të tij në strukturë, të linjës së raportimit, të kompetencave dhe të përgjegjësisë funksionale në raport me DPB-në, IEVP-të dhe QSB-në. Në këto kushte, pozicionimi i një strukture me funksione koordinuese dhe monitoruese në nivel të sistemit të kujdesit shëndetësor penitenciar pranë ose në varësi të QSB-së, e cila është njëkohësisht një nga strukturat ku ofrohet dhe administrohet drejtpërdrejt shërbimi shëndetësor, krijon paqartësi në ndarjen ndërmjet funksionit të koordinimit dhe monitorimit në nivel qendror dhe funksionit të menaxhimit operacional të shërbimit në nivel institucioni. Kjo paqartësi mund të ndikojë në përcaktimin e përgjegjësisë institucionale, në linjat e raportimit dhe në ushtrimin efektiv të funksioneve të monitorimit të shërbimit shëndetësor në IEVP dhe QSB.

Për më tepër, fakti që detyrat dhe funksionet e sektorit vijnë të mbështeten në një akt të vitit 2011, ndërkohë që struktura dhe varësia organizative kanë ndryshuar më pas, evidenton nevojën për harmonizimin dhe përditësimin e akteve të brendshme rregullatore, me qëllim përcaktimin e qartë të pozicionit institucional dhe funksional të Sektorit të Kujdesit Shëndetësor, linjës së raportimit, kompetencave, përgjegjësisë dhe marrëdhënieve funksionale me DPB-në, IEVP-të dhe QSB-në.

16. Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi u konstatua se Sektori i Kujdesit Shëndetësor paraqet një pozicion të paqartë në strukturën aktuale të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, pasi varësia e tij organizative nga Qendra Spitalore e Burgjeve nuk reflekton qartësisht natyrën e funksioneve koordinuese dhe monitoruese që ushtron në nivel të sistemit të kujdesit shëndetësor në IEVP dhe QSB. Ndryshimet strukturore të ndërmarra ndër vite nuk janë shoqëruar me përditësimin dhe harmonizimin e rregullores së brendshme, përshkrimeve të punës dhe akteve që përcaktojnë detyrat dhe funksionet e sektorit, duke krijuar mospërputhje ndërmjet pozicionimit të tij formal dhe funksioneve që ushtron në praktikë, si dhe paqartësi në përcaktimin e kompetencave, përgjegjësisë dhe linjës së raportimit institucional.

16. Konkluzioni

Pozicionimi i Sektorit të Kujdesit Shëndetësor në strukturën organike të QSB-së dhe trajtimi financiar i punonjësve të tij nga kjo strukturë, ndërkohë që sektori është në varësi të DPB-së dhe ushtron funksione koordinuese dhe monitoruese për kujdesin shëndetësor në IEVP dhe QSB, krijon paqartësi në pozicionimin e tij organizativ dhe në linjat e përgjegjësisë dhe

⁶⁵ Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, shkresa nr. 9029 prot., datë 14.05.2026, përgjigje drejtuar grupit të auditimit të KLSH-së mbi bazën ligjore dhe organizative të funksionimit të Sektorit të Kujdesit Shëndetësor.

⁶⁶ Urdhri nr. 454/1 prot., datë 05.09.2011, i Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve, për përcaktimin e detyrave dhe funksioneve të Sektorit të Shëndetësisë, sipas referimit të DPB-së në shkresën nr. 9029 prot., datë 14.05.2026.

raportimit. Mungesa e harmonizimit të akteve të brendshme dhe përshkrimeve të punës me këtë organizim nuk siguron një përcaktim të qartë të statusit, kompetencave dhe përgjegjësi të sektorit, duke ndikuar në ushtrimin efektiv të rolit të tij koordinues dhe monitorues në nivel të sistemit penitenciar.

16.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me Ministrinë e Drejtësisë, të ndërmarrë iniciativën për rishikimin e strukturës organizative të kujdesit shëndetësor në sistemin penitenciar, me qëllim pozicionimin e qartë të strukturës përgjegjëse për koordinimin dhe monitorimin e kujdesit shëndetësor në strukturën organike të DPB-së dhe vlerësimin e ngritjes së saj në nivel drejtorie, duke përcaktuar qartë varësinë, kompetencat, përgjegjësitë dhe linjat e raportimit institucional.

Brenda datës 31.12.2026

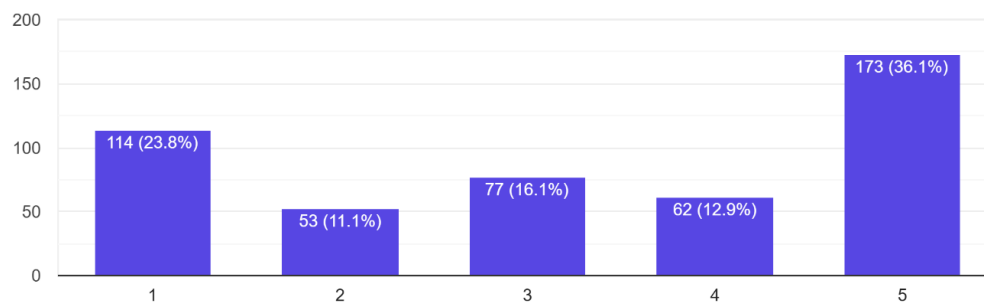
Stafi mjekësor dhe i specializuar

Përveç organizimit institucional të strukturës përgjegjëse në nivel qendror, auditimi analizoi edhe nëse personeli shëndetësor në IEVP dhe QSB është i mjaftueshëm dhe disponon kapacitetet profesionale të nevojshme për garantimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Grafiku nr.11

Si e vlerësoni shërbimin shëndetësor në përgjithësi?

479 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Nga 479 personat e anketuar, 36.1% e kanë vlerësuar shërbimin shëndetësor me notën maksimale (5), ndërsa 23.8% me notën minimale (1). Vlerësimet e tjera janë shpërndarë ndërmjet notave 2–4, duke treguar se perceptimi mbi cilësinë e shërbimit nuk është i njëtrajtshëm.

Tabela 16. Struktura e kujdesit shëndetësor në IEVP dhe QSB

Profili	Organika (Plan)	Me kohë të plotë	Me kohë të pjesshme	Gjithsej Fakt
Shef Shërbimi	22	10	12	22
Mjek specialist	35	15	21	36
Farmacist	21	20	0	20
Stomatolog	20	19	1	20
Infermier	160	151	0	151

Burimi: DPB, përpunimi i grupit të auditimit.

Për të vlerësuar nëse kapacitetet njerëzore janë në përputhje me nevojat e shërbimit, auditimi analizoi strukturën organike të personelit shëndetësor sipas profileve profesionale, nivelin e plotësimit të organikës, si dhe shpërndarjen e personelit me kohë të plotë dhe me kohë të pjesshme.

Nga analiza rezultoi se organika ishte e plotësuar në masën 95.6%, megjithatë mbulimi i disa funksioneve kyçe realizohej nëpërmjet personelit me kohë të pjesshme dhe u evidentuan mangësi në licencimin dhe kualifikimin profesional të disa profileve. Këto elemente u analizuan më tej gjatë auditimit.

17. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi i burimeve njerëzore të angazhuara në ofrimin e kujdesit shëndetësor në IEVP dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve u konstatuan mangësi në plotësimin e organikës, në disponueshmërinë e personelit me kohë të plotë, si dhe raste të ushtrimit të funksioneve profesionale pa kualifikimin ose licencimin përkatës.

Nga analiza e strukturës plan-fakt të personelit shëndetësor rezultoi se, në nivel të përgjithshëm, nga 293 pozicione të planifikuara në organikë, 280 ishin të plotësuara, ose 95,6%. Megjithatë, ky nivel i lartë i plotësimit numerik të strukturës nuk reflekton në mënyrë të plotë disponueshmërinë efektive, përbërjen profesionale dhe shpërndarjen e personelit sipas nevojave të institucioneve.

Nga vizitat e auditimit në IEVP Shkodër, Lezhë, Vlorë, Fier, Rrogozhinë, Elbasan, Peqin, Pojskë, Drenovë, IEVP nr. 302, IEVP nr. 313 dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve u evidentuan mungesa të personelit mjekësor dhe, në disa IEVP, mungesa të mjekëve specialistë.

Një problematikë e veçantë lidhet me mbulimin e funksionit drejtues të shërbimit shëndetësor. Nga 22 pozicione të planifikuara për "Shef Shërbimi", vetëm 10 pozicione (45,5%) rezultuan të mbuluara me kohë të plotë, ndërsa 12 pozicione (54,5%) mbulohehin me kohë të pjesshme. Për rrjedhojë, në më shumë se gjysmën e institucioneve të audituara, drejtimi i shërbimit shëndetësor ushtrohet nga mjekë që nuk janë të pranishëm me kohë të plotë gjatë orarit zyrtar të punës.

Auditimi evidentoi gjithashtu raste të ushtrimit të funksioneve profesionale pa plotësuar kërkesat ligjore për kualifikim dhe licencim. Në IEVP Lezhë dhe IEVP Pojskë, funksioni i farmacistit ushtrohej nga persona që nuk zotëronin kualifikimin profesional përkatës, ndërsa në IEVP Vlorë ky funksion ushtrohej nga personel pa licencën për ushtrimin e profesionit të farmacistit.

Këto të dhëna tregojnë se niveli i përgjithshëm prej 95,6% i plotësimit të organikës, i vlerësuar vetëm në aspektin numerik, nuk pasqyron në mënyrë të plotë disponueshmërinë reale të personelit, mbulimin me kohë të plotë të funksioneve drejtuese, përputhshmërinë e profileve profesionale me kërkesat e pozicioneve dhe respektimin e kërkesave ligjore për ushtrimin e profesioneve shëndetësore.

Si rrjedhojë, mangësitë në planifikimin, shpërndarjen dhe administrimin e burimeve njerëzore krijojnë boshllëqe në mbulimin e funksioneve të caktuara shëndetësore dhe mund të ndikojnë në drejtimin, organizimin, vazhdimësinë dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar për personat e privuar nga liria.

17. Konkluzioni

Nga auditimi konstatohet se organizimi dhe sigurimi i burimeve njerëzore shëndetësore në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale nuk kanë garantuar ofrimin e një shërbimi shëndetësor të qëndrueshëm dhe në përputhje me kërkesat ligjore dhe profesionale. Ushtrimi i funksionit të farmacistit nga persona pa kualifikimin profesional përkatës në IEVP Lezhë dhe Pojskë dhe pa licencën për ushtrimin e profesionit në IEVP Vlorë, mungesa e mjekëve specialistë, si dhe mbulimi me kohë të pjesshme i më shumë se gjysmës së pozicioneve të

shërbimit, evidentojnë mangësi në planifikimin, shpërndarjen dhe menaxhimin e personelit shëndetësor. Megjithatë niveli i përgjithshëm i plotësimit të strukturës rezulton i lartë, organizimi dhe shpërndarja e stafit nuk sigurojnë praninë e vazhdueshme të kapaciteteve profesionale të nevojshme, duke cenuar efektivitetin, cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar për personat e privuar nga liria.

17.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me strukturën e Burimeve Njerëzore dhe Sektorin e Kujdesit Shëndetësor, të marrë masa për plotësimin e vendeve vakante dhe nevojave për personel mjekësor në IEVP, duke përcaktuar si kriter të detyrueshëm në procedurat e rekrutimit zotërimin e licencës së vlefshme për ushtrimin e profesionit, të lëshuar nga urdhri profesional përkatës, si dhe të sigurojë që pozicionet ekzistuese dhe rekrutimet e reja për funksionin “Shef Shërbimi” të mbulohen me kohë të plotë, me qëllim garantimin e drejtimit të vazhdueshëm dhe funksionimit efektiv të shërbimit shëndetësor në IEVP.

Brenda tremujorit të parë të vitit 2027

4.2.3. A janë të mjaftueshme, funksionale dhe të certifikuara pajisjet mjekësore diagnostikuese dhe të stomatologjisë, për ofrimin e kujdesit shëndetësor pranë IEVP?

Pajisjet mjekësore përbëjnë një komponent të rëndësishëm për ofrimin efektiv të kujdesit shëndetësor, pasi disponueshmëria, funksionaliteti dhe përdorimi i tyre mundësojnë diagnostikimin, trajtimin dhe monitorimin në kohë të gjendjes shëndetësore të pacientëve.

Për rrjedhojë, administrimi, mirëmbajtja dhe funksionimi i tyre ndikojnë drejtpërdrejt në kapacitetin e strukturave shëndetësore për të garantuar vazhdimësinë, cilësinë dhe sigurinë e shërbimit të ofruar.

Në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale (IEVP), sigurimi i pajisjeve mjekësore funksionale merr rëndësi të veçantë, pasi një pjesë e kujdesit shëndetësor ofrohet brenda ambienteve të institucionit, ndërsa aksesit në strukturat shëndetësore jashtë tij realizohet nëpërmjet procedurave të referimit.

Në këtë kontekst, vetëm disponueshmëria fizike dhe regjistrimi i pajisjeve në inventar nuk janë të mjaftueshme për të vlerësuar kapacitetin real të shërbimit, pasi pajisjet duhet të jenë funksionale, të mirëmbajtura dhe të përdorshme nga personel i trajnuar.

IEVP-të disponojnë pajisje të ndryshme mjekësore dhe diagnostikuese, ndër të cilat janë poltronë dentare, autoklava, aparatura ekografie dhe EKG-je, aparatura oksigjeni, defibrilator, pajisje laboratorike, Oksimetër, frigorifer për ruajtjen e barnave, si dhe pajisje të tjera mbështetëse.

Disponueshmëria e këtyre pajisjeve përbën një parakusht për ofrimin e kujdesit shëndetësor, por nuk mjafton për të vlerësuar kapacitetin real të shërbimit.

Ky vlerësim kërkon gjithashtu evidentimin e gjendjes funksionale të pajisjeve, mirëmbajtjes, kalibrit, certifikimit dhe përdorimit të tyre gjatë gjithë ciklit të jetës.

Referuar Politikës Kombëtare për Menaxhimin e Pajisjeve Mjekësore në Shqipëri, institucionet shëndetësore janë përgjegjëse për administrimin dhe monitorimin e pajisjeve mjekësore nëpërmjet procedurave të standardizuara, të cilat sigurojnë gjurmueshmërinë e pajisjeve, evidentimin e ndërhyrjeve teknike, raportimin e ngjarjeve të padëshiruara dhe menaxhimin e riskut që lidhet me përdorimin e tyre.⁶⁷

Gjithashtu, sipas udhëzuesit të Qendrës Kombëtare të Inxhinierisë Biomjekësore (QKIB), çdo pajisje mjekësore duhet të inventarizohet sipas formularit tip të standardizuar dhe të regjistrohet

⁶⁷ Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 3272, datë 11.09.2007, “Politika Kombëtare për Menaxhimin e Pajisjeve Mjekësore në Shqipëri”.

në sistemin informatik CLINGO⁶⁸, i cili mundëson monitorimin e historikut teknik, gjendjes funksionale, mirëmbajtjes dhe ndërhyrjeve të kryera gjatë gjithë ciklit të përdorimit. Pajisjet e raportuara nga DPB⁶⁹, sipas inventarit të IEVP-ve, paraqiten në Tabelën nr. 17.

Tabela nr.17. Pajisjet mjekësore pjesë e inventarit të IEVP-ve

Pajisja mjekësore	Sasia / mbulimi	IEVP ku ndodhet
Poltron dentar dhe autoklavë	Në të gjitha IEVP-të	Të gjitha IEVP
Eko-grafi abdominale	3 njësi	Fier, Lezhë, Peqin
Eko-grafi kardiake	1 njësi	QSB
Aparatura oksigjeni	Në të gjitha IEVP-të	Të gjitha IEVP
Defibrilator	16 IEVP	QSB, Lezhë, Fushë-Krujë, Peqin, Mine Peza, Elbasan, Durrës, “Jordan Misja”, Korçë, Shkodër, Fier, Vlorë, Rrogozhinë, Berat, Burrel, Pojskë
Pajisje laboratorike (analiza klinike dhe biokimike)	3 njësi	Lezhë, Peqin, QSB
Aparat EKG	12 IEVP	Elbasan, Berat, Durrës, Lezhë, QSB, Rrogozhinë, Korçë, Vlorë, Pojskë, Fushë-Krujë, Shkodër, “Jordan Misja”
Oksimetër	Në të gjitha IEVP-të	Të gjitha IEVP
Krevat kufizim fizik dhe këmbësor force	8 IEVP	QSB, Durrës, Fier, Shkodër, Lezhë, “Jordan Misja”, Korçë, Berat, Peqin
Frigorifer për medikamente	Në të gjitha IEVP-të	Të gjitha IEVP
Barrela	7 IEVP	Peqin, QSB, “Jordan Misja”, Lezhë, Fushë-Krujë, Shkodër, Fier

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH

Inventarizimi dhe monitorimi i pajisjeve mjekësore nuk është realizuar sipas kërkesave të standardeve kombëtare

18. Gjendje nga auditimi:

Nga dokumentacioni i administruar nga DPB dhe verifikimet e kryera gjatë auditimit rezultoi se pajisjet mjekësore në IEVP nuk ishin inventarizuar sipas formularit tip të standardizuar të QKIB-së dhe asnjë prej tyre nuk ishte regjistruar në sistemin informatik CLINGO të kësaj qendre.

Informacioni i administruar nga DPB kufizohej në evidentimin e pajisjeve si pjesë e inventarit fizik të IEVP-ve, pa përfshirë të dhëna të plota mbi gjendjen funksionale, certifikimin, kalibrimin, kontrollet periodike, mirëmbajtjen, riparimet dhe historikun teknik të secilës pajisje. Për periudhën objekt auditimi nuk rezultoi të ishin zbatuar procedurat e standardizuara për inventarizimin dhe monitorimin e pajisjeve mjekësore, në përputhje me kërkesat e QKIB-së dhe të Politikës Kombëtare për Menaxhimin e Pajisjeve Mjekësore. Si pasojë, DPB nuk disponon një sistem të plotë dhe të unifikuar informacioni mbi gjendjen teknike dhe funksionale të pajisjeve mjekësore, duke kufizuar gjurmueshmërinë, planifikimin e mirëmbajtjes, monitorimin e performancës dhe marrjen në kohë të masave për funksionalizimin ose zëvendësimin e tyre.

18. Konkluzioni

Nga auditimi rezultoi se, megjithëse IEVP-të disponojnë një numër të konsiderueshëm pajisjesh mjekësore dhe diagnostikuese, administrimi i tyre nuk mbështetet në një sistem të standardizuar inventarizimi dhe monitorimi. Mungesa e inventarizimit sipas formularit tip të QKIB-së dhe mosregjistrimi në sistemin CLINGO kanë kufizuar gjurmueshmërinë e pajisjeve,

⁶⁸ Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore (QKIB), Udhëzuesi për inventarizimin dhe monitorimin e pajisjeve mjekësore në sistemin informatik CLINGO.

⁶⁹ Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, shkresa nr. 9029 prot., datë 14.05.2026, informacioni i përcjellë grupit të auditimit të KLSH-së mbi disponueshmërinë, funksionalitetin dhe certifikimin e pajisjeve mjekësore në IEVP.

monitorimin e gjendjes funksionale dhe planifikimin e mirëmbajtjes gjatë gjithë ciklit të përdorimit, duke dobësuar kapacitetin menaxhues të DPB-së për administrimin efektiv të tyre.

18.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, nëpërmjet strukturave përgjegjëse për kujdesin shëndetësor dhe në bashkëpunim me Qendrën Kombëtare të Inxhinierisë Biomjekësore, të marrë masa për inventarizimin e të gjitha pajisjeve mjekësore sipas formularit tip të standardizuar të QKIB-së, regjistrimin e tyre në sistemin CLINGO dhe përditësimin periodik të të dhënave mbi gjendjen funksionale, mirëmbajtjen, kalibrimin dhe historikun teknik, me qëllim sigurimin e gjurmueshmërisë dhe monitorimit të plotë gjatë gjithë ciklit të përdorimit.

Menjëherë dhe në vijimësi

Gjendja e administrimit, mirëmbajtjes, funksionalitetit dhe përdorimit të pajisjeve mjekësore në IEVP

Përveç mangësive të konstatuara në inventarizimin dhe monitorimin e pajisjeve mjekësore, auditimi në terren u fokusua edhe në vlerësimin e gjendjes së tyre funksionale, mirëmbajtjes, kushteve të përdorimit dhe aftësisë së tyre për të mbështetur ofrimin efektiv të shërbimeve shëndetësore. Në këtë kuadër, grupi i auditimit kreu verifikime fizike në 11 IEVP, duke evidentuar gjendjen reale të pajisjeve diagnostikuese dhe stomatologjike, kushtet infrastrukturore të ambienteve ku ato përdoren, si dhe dokumentacionin që lidhet me mirëmbajtjen dhe funksionalitetin e tyre.

Problematikat e konstatuara në secilën IEVP paraqiten në Tabelën nr. 18, ndërsa dokumentohen në mënyrë të detajuar në Aneksin III “Evidencë fotografike e gjetjeve gjatë auditimit në terren”.

Tabela nr.18. Gjendja e pajisjeve mjekësore në IEVP

IEVP	Gjetja në terren	Risku / ndikimi
IEVP Drenovë	Aparati “Oxygen Concentrator” i papërdorur dhe i pa dalë nga inventari; frigoriferë të barnave të papërshtatshëm dhe me ruajtje të përbashkët me produkte ushqimore	Menaxhim joefektiv i pajisjeve; rrezik për sigurinë e barnave dhe përdorim jo racional të pajisjeve
Qendra Spitalore e Burgjeve	Frigoriferë të barnave në gjendje të papërshtatshme për ruajtjen e medikamenteve	Rrezik për degradim të barnave dhe cenim të efektivitetit të trajtimit
IEVP Fier	Ambienti i pajisjeve mjekësore (kardiologji, EKO, laborator) i mbyllur për rreth 18 muaj	Mosfunksionim i shërbimeve diagnostikuese dhe mosshfrytëzim i pajisjeve
IEVP “Jordan Misja”	Poltron dentar i papërdorur; ambient stomatologjik i amortizuar; medikamente të skaduar dhe materiale të çregullta	Rrezik për shërbim stomatologjik jo cilësor dhe kushte jo higjienike
IEVP “Mine Peza”	Frigoriferë barnash të papërshtatshëm për ruajtjen e medikamenteve	Rrezik për humbje të efikasitetit të barnave
IEVP Pojskë	Poltrona dentare dhe autoklava të papërdorura	Mosofrim i plotë i shërbimit stomatologjik
IEVP Vlorë	Poltron dentar i pa montuar dhe jashtë funksioni	Kufizim i aksesit në shërbimin stomatologjik
IEVP Rrogozhinë	Një poltron dentar jashtë funksioni; tjetri pa linjë uji; frigorifer barnash me ushqime dhe kushte të papërshtatshme	Rrezik i lartë për sigurinë e pacientëve dhe komprometim i shërbimit mjekësor

Burimi: DPB, përpunimi nga grupi i auditimit të KLSH

Analiza e të dhënave të paraqitura në Tabelën nr.17 tregon se problematikat e konstatuara nuk kufizohen në raste të veçuara, por janë të pranishme në shumicën e institucioneve të audituara. Gjatë auditimit u evidentuan:

- pajisje diagnostikuese dhe stomatologjike jashtë funksionit;
- pajisje të reja të pavëna në përdorim;
- pajisje të papërdorura për periudha të gjata;
- mungesë mirëmbajtjeje periodike;
- ambiente të papërshtatshme për përdorimin e pajisjeve;
- mangësi në procedurat e sterilizimit të instrumenteve;

- mungesë dokumentacioni mbi mirëmbajtjen dhe ndërhyrjet teknike.

Këto problematika tregojnë se disponueshmëria fizike e pajisjeve nuk garanton domosdoshmërisht funksionalitetin dhe përdorimin efektiv të tyre për ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Verifikimet në terren evidentuan raste konkrete që ilustrojnë këto problematika.

IEVP "Jordan Misja"

Në ambientin e stomatologjisë u konstatuan kushte infrastrukturore të papërshtatshme për ofrimin e shërbimit, me prani lagështire, dëmtime të mureve, mungesë mirëmbajtjeje dhe instrumente të ndryshkura. Gjendja e ambientit tregonte se shërbimi stomatologjik nuk zhvillohej në kushte që garantonin përdorimin normal të pajisjeve dhe instrumenteve.

IEVP Rrogozhinë

Nga verifikimi fizik rezultoi se një prej poltronëve stomatologjikë ishte jashtë funksionit dhe në gjendje të degraduar, ndërsa poltroni në përdorim nuk furnizohej me ujë gjatë procedurave dentare, duke kufizuar funksionalitetin e tij dhe cilësinë e shërbimit të ofruar.

IEVP Pojskë dhe IEVP Vlorë

Në të dy institucionet u konstatua se poltronët stomatologjikë, ishin të rinj⁷⁰, por nuk ishin vendosur në punë dhe nuk përdorshin për ofrimin e shërbimit stomatologjik.

IEVP Fier

Nga auditimi rezultoi se ambienti ku ndodheshin aparatura e ekografisë dhe aparatura EKG ishte i mbyllur prej rreth dy vitesh.

Për realizimin e verifikimit fizik, grupi i auditimit kërkoi ngritjen e një komisioni nga institucioni për hapjen e ambientit.

Nga verifikimi dhe dokumentacioni i administruar rezultoi se pajisjet nuk ishin përdorur prej një periudhe të gjatë, megjithëse ishin pjesë e inventarit të institucionit.

Kjo situatë kufizonte shfrytëzimin e kapaciteteve diagnostikuese në dispozicion të shërbimit shëndetësor.

Kushtet e përdorimit të pajisjeve dhe procedurat mbështetëse

Në të gjitha IEVP-të e audituara u konstatuan mangësi në zbatimin dhe dokumentimin e procedurave të sterilizimit të instrumenteve stomatologjike.

Në veçanti u evidentuan:

- materiale dentare të skaduara;
- mungesë e trajtimit paraprak të instrumenteve;
- mangësi në paketimin për sterilizim;
- mungesë dokumentimi të cikleve të autoklavës;
- mungesë administrimi të raporteve të sterilizimit.

Për pasojë nuk sigurohej gjurmueshmëria e plotë e procesit të sterilizimit.

Pajisjet për emergjencat mjekësore

Auditimi evidentoi gjithashtu problematika në disponueshmërinë e pajisjeve për emergjencat mjekësore dhe në aftësimin e personelit për përdorimin e tyre.

Në këtë drejtim, gjetjet e auditimit përputhen edhe me problematikat e evidentuara nga CPT⁷¹. Në raportin mbi vizitën periodike të kryer në Shqipëri nga data 4 deri më 15 maj 2023, në

⁷⁰ Furnizim i vitit 2024

⁷¹ Komiteti Evropian për Parandalimin e Torturës

pjesën që trajton kujdesin shëndetësor në institucionet penitenciare, CPT konstatoi se në IEVP 313 mungonte defibrilatori automatik i jashtëm (AED), ndërsa IEVP Fier dhe IEVP Peqin dispononin defibrilatorë, por asnjë anëtar i stafit nuk ishte trajnuar për përdorimin e tyre. Mungesa e pajisjeve të nevojshme për emergjencat mjekësore ose disponimi i tyre pa personel të trajnuar për përdorimin përkatës kufizon gatishmërinë e strukturave shëndetësore për reagim të menjëhershëm dhe efektiv në rastet e emergjencave kardiale. Në tërësi, evidenca e mbledhur gjatë auditimit tregon se problematikat nuk lidhen vetëm me disponueshmërinë e pajisjeve, por edhe me administrimin, mirëmbajtjen, funksionalitetin, kushtet e përdorimit dhe garantimin e sigurisë gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Rastet konkrete të paraqitura më sipër dokumentohen në Aneksin III “Evidencë fotografike e gjetjeve gjatë auditimit në terren”, i cili ilustron gjendjen faktike të konstatuar nga grupi i auditimit.

19. Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi rezultoi se, në IEVP Pojskë poltroni stomatologjik, i furnizuar nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve në vitin 2025 me vlerë 456,000 lekë⁷², rezultoi jashtë funksionit dhe nuk përdorej për ofrimin e shërbimit stomatologjik, duke sjell përdorim pa efektivitet të fondeve buxhetore. Në IEVP Vlorë poltroni stomatologjik, i furnizuar nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve në vitin 2020 me vlerë 384,000 lekë⁷³, rezultoi se nuk ishte vendosur në punë dhe ishte jashtë funksionit për ofrimin e shërbimeve stomatologjike, duke sjell përdorim pa efektivitet të fondeve buxhetore. Mungesa e monitorimit periodik të gjendjes funksionale dhe e planifikimit të mirëmbajtjes ka bërë që pajisjet e disponueshme fizikisht të mos shërbejnë në ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Si rrjedhojë, kapacitetet diagnostikuese dhe mbështetëse të strukturave shëndetësore pranë IEVP-ve nuk janë shfrytëzuar në mënyrë efikase, ka kufizuar mundësinë e ofrimit të shërbimeve diagnostikuese brenda IEVP-së, duke rritur nevojën për referime në institucionet e kujdesit shëndetësor, jashtë IEVP-ve

19. Konkluzioni

Mangësitë në administrimin, mirëmbajtjen dhe monitorimin e pajisjeve mjekësore kanë kufizuar funksionalitetin dhe përdorimin efektiv të kapaciteteve diagnostikuese në IEVP, duke ndikuar negativisht në vazhdimësinë, cilësinë dhe efektivitetin e kujdesit shëndetësor të ofruar për personat e privuar nga liria.

19.1. Rekomandimi: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me drejtuesit e IEVP-ve, të hartojë dhe zbatojë një program periodik për monitorimin e gjendjes funksionale të pajisjeve mjekësore, mirëmbajtjen e tyre, si dhe të nxjerrjes jashtë përdorimit të pajisjeve që kanë dalë jashtë funksionit.

Menjëherë dhe në vijimësi

19.2. Rekomandimi: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për vendosjen në funksion të poltroni stomatologjik në IEVP Vlorë, me qëllim garantimin e ofrimit të shërbimit stomatologjik dhe përdorimin efektiv të pajisjes.

Menjëherë

19.3. Rekomandimi: Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për vendosjen në funksion të poltroni stomatologjik në IEVP Pojskë, me qëllim garantimin e ofrimit të shërbimit stomatologjik dhe përdorimin efektiv të pajisjes.

Menjëherë

⁷² Referuar flete hyrjes nr.1 date 09.01.2026 të IEVP Pojskë

⁷³ Referuar fletë hyrjes nr.24 date 11.11.2020 të IEVP Vlorë

20. Gjetje nga auditimi:

Nga auditimi rezultoi se, përveç mangësive në funksionalitetin e pajisjeve, u konstatuan dobësi edhe në kushtet infrastrukturore të ambienteve ku ato përdoren, në zbatimin dhe dokumentimin e procedurave të sterilizimit të instrumenteve stomatologjike, si dhe në gatishmërinë e strukturave shëndetësore për përballimin e emergjencave mjekësore.

Mangësitë e evidentuara në kushtet e ambienteve të shërbimit, prania e instrumenteve të dëmtuara ose të ndryshkura, përdorimi i materialeve dentare të skaduara, mosrespektimi i plotë i procedurave të sterilizimit dhe mungesa e dokumentimit të cikleve të autoklavës tregojnë se nuk janë garantuar në mënyrë të plotë kërkesat për sigurinë dhe kontrollin e infeksioneve gjatë ofrimit të shërbimit stomatologjik. Gjithashtu, mungesa e pajisjeve të nevojshme për emergjencat mjekësore ose disponueshmëria e tyre pa personel të trajnuar kufizon aftësinë e strukturave shëndetësore për reagim të menjëhershëm dhe efektiv në situata emergjente. Si rrjedhojë, problematikat e konstatuara rrisin riskun për cenimin e sigurisë së pacientëve dhe personelit shëndetësor, si dhe ndikojnë negativisht në cilësinë dhe besueshmërinë e shërbimit shëndetësor të ofruar në IEVP.

20. Konkluzion

Mangësitë në kushtet infrastrukturore të ambienteve të shërbimit, dobësitë në zbatimin dhe dokumentimin e procedurave të sterilizimit, si dhe kapacitetet e pamjaftueshme për reagimin ndaj emergjencave mjekësore tregojnë se nuk janë garantuar plotësisht kushtet e sigurisë për përdorimin e pajisjeve mjekësore dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor në IEVP.

20.1. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, në bashkëpunim me drejtuesit e IEVP-ve, të marrë masa për përmirësimin e kushteve infrastrukturore të ambienteve ku ofrohen shërbimet shëndetësore dhe stomatologjike, sigurimin e funksionalitetit të pajisjeve mbështetëse, zbatimin dhe dokumentimin e procedurave standarde të sterilizimit të instrumenteve, si dhe sigurimin e pajisjeve të nevojshme për emergjencat mjekësore dhe trajnimin periodik të personelit për përdorimin e tyre.

Menjëherë dhe në vijimësi

Konkluzioni i përgjithshëm

Nga auditimi rezultoi se, megjithëse IEVP-të disponojnë pajisje mjekësore diagnostikuese dhe stomatologjike për ofrimin e kujdesit shëndetësor, administrimi i tyre nuk ka garantuar përdorimin efektiv dhe të sigurt. Funksionaliteti i kufizuar i një pjese të tyre, si dhe mungesa e mirëmbajtjes së tyre, kanë kufizuar shfrytëzimin e plotë të pajisjeve në mbështetje të diagnostikimit dhe trajtimit të personave të privuar nga liria. Për rrjedhojë, megjithëse pajisjet janë pjesë e inventarit të institucioneve, ato nuk kanë garantuar në të gjitha rastet ofrimin e një shërbimi shëndetësor efektiv, cilësor dhe të sigurt, në përputhje me kërkesat e kuadrit rregullator dhe standardeve të menaxhimit të pajisjeve mjekësore.

Si ilustrim i problematikave të konstatuara gjatë verifikimeve në terren, në vijim paraqiten foto në IEVP Rrogozhinës dhe IEVP Drenovë. Evidenca e plotë fotografike e problematikave të konstatuara në të gjitha institucionet e audituara është paraqitur në Aneksin 3.

Foto nr. 1. Ambiente në IEVP Rrogozhinë



Foto nr. 2. Ambientet e IEVP Drenovë

4.2.3.1. Analiza statistikore e rezultateve dhe perceptimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor sipas të anketuarve.

Për vlerësimin e cilësisë dhe aksesueshmërisë së shërbimit shëndetësor në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), grupi i auditimit të KLSH-së hartoi një pyetësor me pyetje të hapura dhe të mbyllura (paraqitur në Aneksin II).

Ky pyetësor u shpërnda përgjatë muajit Maj 2026 në 11 IEVP, për 524 persona që vuajnë dënimin me burgim ose ndodhen në paraburgim.

Referuar të dhënave zyrtare të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve (DPB) për muajin Maj 2026, numri total i të dënuarve ishte 3,678 persona (respektivisht 1,646 të dënuar dhe 2,032 të paraburgosur).

Mbi këtë bazë, kampioni i përzgjedhur prej 524 të anketuar përfaqëson 14.2% të popullatës totale të sistemit penitenciar. Ky kampion siguron një nivel besueshmërie statistikore prej 96% me një marzh gabimi prej $\pm 3.9\%$, çka i bën gjetjet dhe rezultatet e nxjerra plotësisht të vlefshme dhe statistikisht të besueshme.

Të dhëna të përgjithshme

Tabela nr.19. Analiza statistikore e pjesëmarrjes në pyetësor sipas institucioneve penitenciare

IEVP	Kampioni (N)	Numri i të Dënuarve	Numri i të Paraburgosurve	Popullata Totale e IEVP	% e të Anketuarve brenda IEVP	% kundrejt Totalit të Anketuarve
IEVP Shkodër	88	411	303	714	12.32%	16.83%
IEVP Fier	63	368	339	707	8.91%	12.05%
IEVP Peqin	59	253	162	415	14.22%	11.28%
IEVP Korçë	57	209	129	338	16.86%	10.90%
IEVP Jordan Misja	57	0	457	457	12.47%	10.90%
IEVP Pojskë	52	34	27	61	85.25%	9.94%
IEVP Durrës	49	53	204	257	19.07%	9.37%
IEVP Mine Peza	31	0	151	151	20.53%	5.93%
IEVP Vlorë	27	0	109	109	24.77%	5.16%
IEVP Rrogozhinë	21	318	0	318	6.60%	4.02%
IEVP Elbasan	19	0	151	151	12.58%	3.63%
<i>Pa plotësuar</i>	1					
TOTAL (11 IEVP)	524	1,646	2,032	3,678	14.22%	100.00%

Burimi: Të dhënat e DPB-së (Maj 2026) dhe përpunimi i grupit të auditimit të KLSH-së.

Shënim: Numri total prej 3,678 personash (1,646 të dënuar dhe 2,032 të paraburgosur) përfaqëson popullatën e përgjithshme të sistemit penitenciar në shkallë vendi për muajin Maj 2026 (referuar të dhënave të DPB). Kampioni prej 524 personash të anketuar përbën 14.22% të kësaj popullate totale.

Tabela nr.20. Mosha e të Anketuarve

Treguesi Statistikor	Vlera
Mesatarja	38.21 vjeç
Mosha më e ulët	18 vjeç
Mosha më e lartë	72 vjeç

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët dhe përpunimi i grupit të auditimit të KLSH-së.

Për të ndërtuar indeksin e vlerësimit të Performancës IVP (në shkallën nga 1 deri në 5), u morën në konsideratë të gjitha pyetjet me vlerësim numerik të drejtpërdrejtë

-Aksesibiliteti i mjekut,

- Trajtimi,

- Shërbimi i stomatologut,

- Sjellja e infermierëve,
- Shpejtësia e reagimit,
- Ndihma në urgjencë
- Vlerësimi i përgjithshëm

Tabela nr.21. Indeksi i vlerësimit të Performancës (IVP) së shërbimit shëndetësor në IEVP, Maj 2026

Institucioni (IEVP)	Kampion (N)	Mesatarja IVP (1-5)	Statusi i Performancës
IEVP Pojskë	52	4.1	Zonë e Gjelbër (Performancë Optimale)
IEVP Elbasan	19	3.99	Zonë e Gjelbër (Performancë Optimale)
IEVP Fier	63	3.93	Zonë e Gjelbër (Performancë Optimale)
IEVP Vlorë	27	3.75	Zonë e Gjelbër (Mbi Mesataren)
IEVP Rrogozhinë	21	3.68	Zonë e Gjelbër (Mbi Mesataren)
IEVP Peqin	59	3.44	Zonë e Verdhë (Nën Mesataren / Nevojë për Monitorim)
IEVP Durrës	49	3.33	Zonë e Verdhë (Nën Mesataren / Nevojë për Monitorim)
IEVP Korçë	57	3.22	Zonë e Kuqe (Performancë e Dobët / Rrezik i Lartë)
IEVP Mine Peza	31	3.17	Zonë e Kuqe (Performancë e Dobët / Rrezik i Lartë)
IEVP Jordan Misja	57	3.09	Zonë e Kuqe (Performancë e Dobët / Rrezik i Lartë)
IEVP Shkodër	88	3.04	Zonë e Kuqe (Ndërhyrje Urgjente)
TOTAL / KAMPIONI	523	3.46 (Mesatare)	Zonë e Verdhë (Nën Mesataren / Nevojë për Monitorim)

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët dhe përpunimi i grupit të auditimit të KLSH-së.

Analiza e Shpërndarjes së Performancës:

Nga analizimi i të dhënave, vihet re një polarizim i theksuar i cilësisë së shërbimit shëndetësor midis institucioneve të ndryshme. Ndërsa IEVP Pojskë udhëheq me vlerësimin më të lartë (4.10), një grup prej 4 institucioneve kritike (Korçë, Mine Peza, Jordan Misja dhe Shkodër) ndodhen në Zonën e Kuqe.

Veçanërisht shqetësues paraqitet rasti i IEVP Shkodër, i cili jo vetëm që ka vlerësimin më të ulët në shkallë vendi (3.04), por përfaqëson edhe kampionin më të madh të të anketuarve (88 persona), çka tregon se cilësia e ulët e shërbimit prek një numër të konsiderueshëm të dënuarve në këtë institucion.

Për pyetjen: A mungojnë barnat në IEVP?

Mbi gjysma e të anketuarve (52.7%) pohojnë se mungesa e barnat është një fenomen sistematik ("Shpesh" + "Ndonjëherë").

Tabela nr.22.

Përgjigjja	Frekuenca (N)	Përqindja (%)
Asnjëherë	144	30.00%
Ndonjëherë	127	26.50%
Shpesh	126	26.20%
Rrallë	83	17.30%
Pa përgjigje	44	-

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët

Për pyetjen: A ndiheni i sigurt të ankoheni në lidhje me kujdesin shëndetësor?

Një e treta e të dënuarve (33.3% e përgjigjeve) dëshmojnë frikë ose pasiguri institucionale për të ushtruar të drejtën e ankesës.

Tabela nr.23.

Përgjigjja	Frekuenca (N)	Përqindja (%)
Po	327	66.70%
Jo	163	33.30%
<i>Pa përgjigje</i>	34	-

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Vlerësimi i Shërbimit Shëndetësor në Përgjithësi (shkalla 1-5)

Kjo tabelë tregon se si ndryshon vlerësimi mesatar për cilësinë e shërbimit shëndetësor në varësi të institucionit ku vuajnë dënimin.

Shënim: Shkalla varion nga 1 (shumë keq) në 5 (shkëlqyeshëm).

Tabela nr.24.

Institucioni (IEVP)	Numri i rasteve	Mesatarja	Devijimi Standard
IEVP Pojskë	47	4.02	1.38
IEVP Fier	60	3.78	1.51
IEVP Vlorë	25	3.44	1.56
IEVP Elbasan	17	3.41	1.7
IEVP Rrogozhinë	19	3.26	1.63
IEVP Peqin	59	3.22	1.5
IEVP Jordan Misja	52	3.12	1.57
IEVP Korçë	57	3	1.69
IEVP Mine Peza	27	2.96	1.45
IEVP Durrës	49	2.92	1.55
IEVP Shkodër	66	2.89	1.76

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Konkluzion

Shërbimi shëndetësor ka performancën më të lartë të perceptuar në IEVP Pojskë (mesatarja = 4.02) dhe performancën më të ulët në IEVP Shkodër (mesatarja = 2.89), Mine Peza (mesatarja = 2.96) dhe IEVP Durrës (mesatarja = 2.92) të cilat kanë një risk të lart dhe klasifikohen në zonen e kuqe të riskut.

Vlerësimi i Përgjithshëm i Stafit (Shkalla 1-5)

Kjo tabelë tregon performancën për mjekët, stomatologët dhe infermierët (sjellja dhe shpejtësia e reagimit).

Tabela nr.25.

Statistika (SPSS Metric)	Mjeku (Trajtimi)	Stomatologu (Shërbimi)	Infermierët (Sjellja)	Infermierët (Reagimi)
Valid N (Raste të vlefshme)	505	485	498	501
Missing (Pa përgjigje)	19	39	26	23
Mean (Mesatarja)	3.4	3.24	3.93	3.67
Std. Deviation (Devijimi)	1.45	1.48	1.25	1.34
Minimum	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Konkluzion:

Stafi i infermierëve gëzon vlerësimin më të lartë pozitiv në sistem (mesatarja = 3.93), ndërsa pika më e dobët e shërbimit mbetet qasja dhe trajtimi nga shërbimi stomatologjik (mesatarja = 3.2).

Vlerësimi i Stafit mjekësor sipas çdo IEVP

Kjo tabelë kryqëzon të dhënat për të identifikuar se ku janë problemet kryesore të burimeve njerëzore sipas institucioneve specifike.

Tabela nr.26.

Institucioni (IEVP)	Mjeku	Stomatologu	Infermierët
IEVP Pojskë	4.46 (Më i larti)	3.39	4.46
IEVP Vlorë	4	3.35	4.31
IEVP Fier	3.76	3.98	4.36
IEVP Rrogozhinë	3.67	3.15	4.35
IEVP Mine Peza	3.42	2.59 (Kritik)	3.65
IEVP Elbasan	3.39	4.28 (Më i larti)	4.74 (Më i larti)
IEVP Durrës	3.35	2.85	3.85
IEVP Peqin	3.24	3.46	3.95
IEVP Korçë	3.18	2.91	3.78
IEVP Jordan Misja	2.93 (Kritik)	2.79	3.49
IEVP Shkodër	2.84 (Kritik)	3.19	3.44 (Kritik)

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Konkluzion:

Vlerësimi i shërbimit farmaceutik

52.7% e të dënuarve raportojnë se barnat mungojnë "Shpesh" (26.2%) ose "Ndonjëherë" (26.5%).

Referime për shtrime apo vizita jashtë IEVP

Tabela e mëposhtme tregon se sa dërgime ose shtrime janë kryer jashtë shërbimit mjekësor bazë të IEVP-së për shkak të pamjaftueshmërisë së kapaciteteve të brendshme.

Tabela nr.27.

Përgjigja	Frekuenca (N)	Përqindja (%)
Jo (Nuk janë referuar/shtruar)	345	68.60%
Po (Janë referuar/shtruar jashtë)	158	31.40%
(Pa përgjigje)	21	-
TOTAL	524	100%

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Konkluzion:

Nga 158 të dënuar që kanë lëvizur nga qelia për trajtim spitalor:

- 68 raste janë referuar në Spitale Publike (Spitalet Rajonale ose QSUT).
- 54 raste janë transferuar në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB).
- 23 raste kanë zgjedhur/janë dërguar në Spitale Private (me shpenzimet e tyre).
- *Rastet e tjera* kanë pasur eksperiencë të kombinuara (Publik + QSB ose Publik + Privat).

Vonesat në Marrjen e Shërbimit të Specializuar

Ky tregues mat efikasitetin e procedurave të referimit (për analiza specifike, EKO, konsulta me specialistë dhe shtrime).

Tabela nr.28.

A keni pasur vonesa për këto shërbime?	Frekuenca (N)	Përqindja (%)
Jo (Shërbimi është marrë në kohë)	252	53.20%
Po (Ka pasur vonesa administrative)	222	46.80%
Pa përgjigje	50	-

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Pothuajse gjysma e pacientëve (46.8%) që kanë nevojë për ekzaminime të specializuara jashtë ballafaqohen me vonesa të theksuara përpara se të dërgohen në spital.

Vonesat e Referimeve të vizitave apo shtrimeve sipas çdo IEVP

Analiza e kryqëzuar identifikon se cilat IEVP shfaqin dështime në menaxhimin logjistik dhe administrativ të lëvizjes së të sëmurëve.

Tabela nr.29.

Institucioni (IEVP)	JO (Pa Vonesa %)	PO (Me Vonesa %)	Perceptimi i Vonesës
IEVP Peqin	38.60%	61.40%	Kritike (Vonesat më të larta)
IEVP Rrogozhinë	45.00%	55.00%	Kritike
IEVP Durrës	45.50%	54.50%	Kritike
IEVP Korçë	46.40%	53.60%	Kritike
IEVP Jordan Misja	47.10%	52.90%	Mbi mesataren kombëtare
IEVP Shkodër	52.10%	47.90%	Mesatare
IEVP Vlorë	54.50%	45.50%	Mesatare
IEVP Fier	59.70%	40.30%	Nën mesataren
IEVP Mine Peza	60.00%	40.30%	Nën mesataren
IEVP Elbasan	62.50%	37.50%	Pranim i mirë administrativ
IEVP Pojskë	79.60%	20.40%	Efikasiteti më i lartë

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Për pyetjen "A keni bërë EKO për problemet tuaja?"

Nga totali i të anketuarve, një pjesë e konsiderueshme ka pasur nevojë për ekzaminime imazherike:

- Po (Kanë bërë EKO): 185 raste (37.2% e kampionit të vlefshëm)
- Jo (Nuk kanë bërë): 312 raste (62.8%)
- Pa përgjigje: 27 raste

Për pyetjen "A keni akses tek Stomatologu kur keni nevojë?"

- Po (Kanë akses): 352 raste (70.5% e përgjigjeve të vlefshme)
- Jo (Nuk kanë akses): 147 raste (29.5%)
- Pa përgjigje: 25 raste

Tabela e mëposhtme tregon IEVP ku të dënuarit vuajnë më shumë për marrjen e shërbimit stomatologjik (përgjigjet "JO" tregojnë mungesë akses):

Tabela nr.30.

Institucioni (IEVP)	NUK kanë akses (JO %)	Kanë akses (PO %)	Statusi i Shërbimit Stomatologjik
IEVP Vlorë	41.70%	58.30%	Akses i kufizuar rëndë
IEVP Jordan Misja	40.00%	60.00%	Akses i kufizuar rëndë

IEVP Korçë	35.70%	64.30%	Kritike
IEVP Shkodër	34.20%	65.80%	Kritike
IEVP Pojskë	30.80%	69.20%	Mesatare
IEVP Durrës	27.10%	72.90%	Mesatare
IEVP Peqin	25.40%	74.60%	Mesatare
IEVP Mine Peza	24.10%	75.90%	Akses i kënaqshëm
IEVP Fier	19.70%	80.30%	Akses i mirë
IEVP Elbasan	5.30%	94.70%	Akses thuajse i plotë

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Konkluzion:

Në IEVP Vlorë dhe IEVP Jordan Misja (313), rreth 40% deri në 42% e të dënuarve raportojnë se nuk kanë akses tek stomatologu. Kjo gjetje mbështet vlerësimin e ulët numerik të trajtuar më parë (mesatarja = 2.79) dhe dëshmon nevojën urgjente për rekrutim të mjekëve stomatolog ose riparim e poltronave dentar që shpesh janë jashtë funksionit në këto burgje.

Pyetja "Si e vlerësoni shërbimin shëndetësor në përgjithësi?"

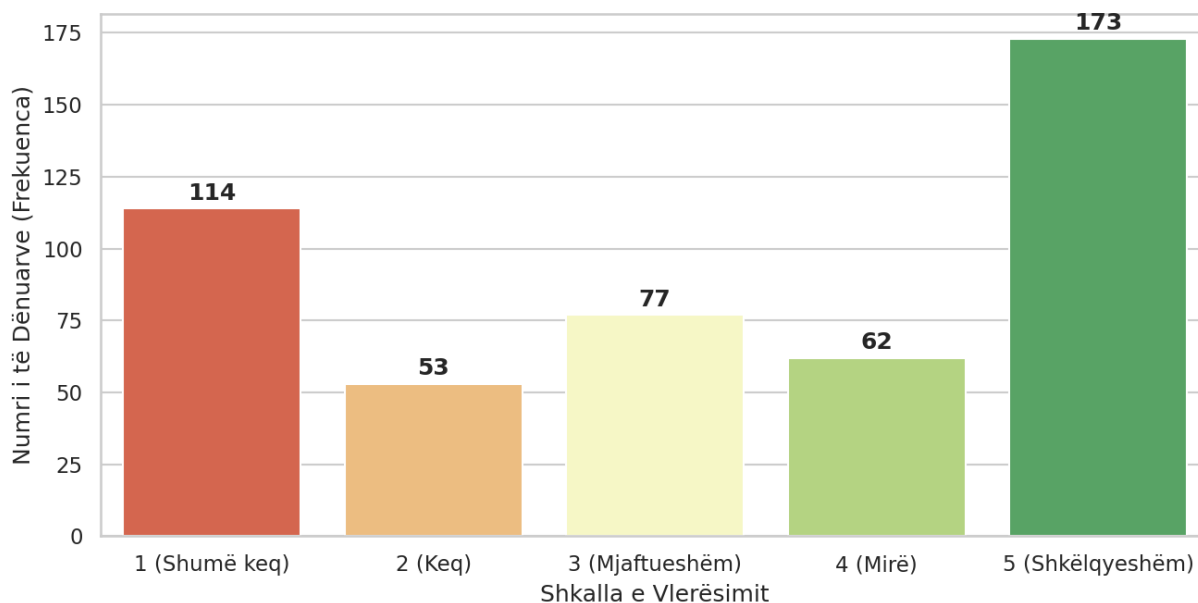
Kjo tabelë tregon shpërndarjen e saktë të peshës që zë secili nivel vlerësimi, së bashku me përqindjen kumulative për të parë prirjen e masës.

Tabela nr.31.

Vlerësimi (Shkala 1-5)	Frekuenca (N)	Përqindja (%)	Përqindja e Vlefshme (%)	Përqindja Kumulative (%)
1 (Shumë keq)	114	21.80%	23.80%	23.80%
2 (Keq)	53	10.10%	11.10%	34.90%
3 (Mjaftueshëm)	77	14.70%	16.10%	50.90%
4 (Mirë)	62	11.80%	12.90%	63.90%
5 (Shkëlqyeshëm)	173	33.00%	36.10%	100.00%
Missing (Pa plotësuar)	45	8.60%	Sistemi e përjashton	-
TOTAL	524	100%	100%	-

Burimi: Të dhënat nga pyetësorët.

Vlerësimi i Përgjithshëm i Shërbimit Shëndetësor në IEVP



Analiza e Polarizimit (Fenomeni "U-Shape"):

Nga njëra anë, kemi 34.9% të të dënuarve (vlerësimet 1 dhe 2) që e konsiderojnë shërbimin si Keq ose Shumë Keq. Ky grup përfaqëson masën që vuan nga mungesa e barnave, vonesat e referimeve dhe aksesit i kufizuar tek stomatologu ose imazheria.

Nga ana tjetër, kemi një grup të madh prej 36.1% që e vlerëson me 5 (Shkëlqyeshëm).

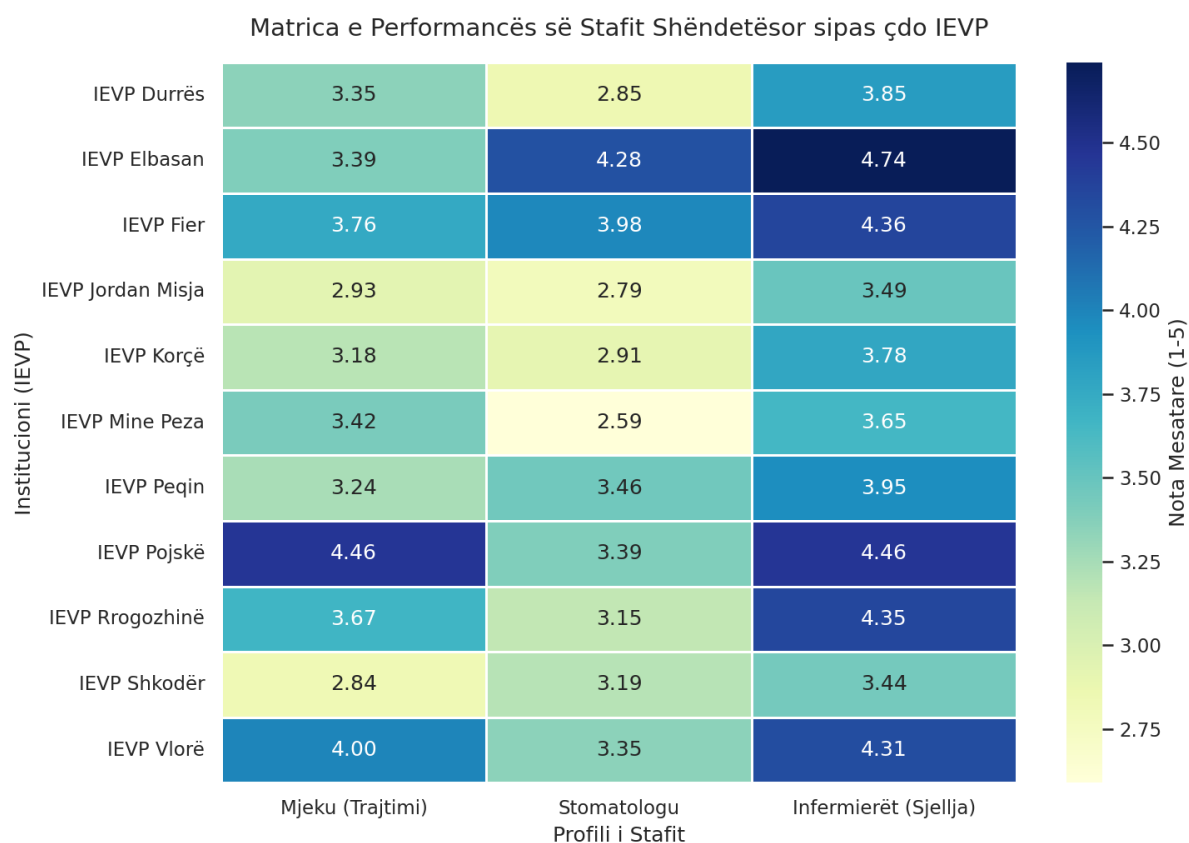
Çfarë dëshmon kjo për performancën institucionale?

Ky lloj modeli statistikor (ku dy grupet më të mëdha janë në ekstremet 1 dhe 5, ndërsa mesi është i zbrazët) tregon mungesë të standardizimit të shërbimit. Ai dëshmon se trajtimi shëndetësor në sistemin e burgjeve nuk është uniform: disa institucione (apo kategori të dënuarish) marrin një shërbim shumë të mirë (p.sh. IEVP Pojskë që e pamë me mesatare 4.02), ndërsa një pjesë tjetër e konsiderueshme lihet në kushte kritike (p.sh. IEVP Shkodër apo Durrës).

Matrica e Performancës së Stafit sipas IEVP

Kjo matricë (hartë nxehtësie) krahason piket mesatare të Mjekëve, Stomatologëve dhe Infermierëve për çdo IEVP.

Ngjyrat më të errëta (blu) tregojnë vlerësime pozitive, ndërsa ngjyrat e çelura (të verdha) tregojnë pikat kritike ku duhet që DPB të analizoj dhe të ndryshoj gjendjen (p.sh. Stomatologu të IEVP Mine Peza me notën 2.59, ose Mjeku të IEVP Shkodër me 2.84).



Pyetjet e hapura:

Krahas pyetjeve të mbyllura pyetësi kishte dhe rubrikën e komenteve në lidhje me "Çfarë duhet të përmirësohet në shërbimin shëndetësor?"

Këtë rubrikë e kanë plotësuar 513 të dënuara nga 524 në total

Nga pikëpamja e auditimit, komentet ndahen në 5 shtylla kryesore problematike dhe një kategori neutrale/pozitive:

1. Problematikat e Shërbimit Stomatologjik (Mungesa e trajtimit)

Të dënuarit ankohen për mungesë pajisjesh ose mos sterilizim: *"Të ndërrohen pajisjet e stomatologut sepse janë shumë keq, nuk sterilizohen".*

Mungesa e shërbimit: *"Duhet përmirësuar stomatologjia sepse stomatologu këtu bën vetëm heqja dhëmbësh, nuk mundëson mbushje të tyre".*

Mungesa e kabineteve funksionale në disa I EVP: *"Mungojnë aparaturat e stomatologjisë, kështu që nuk kryhet asnjë vizitë".*

2. Furnizimi me Barna dhe Siguria Farmaceutike

Mungesa të medikamenteve: *"Të marrim ilaçe për sëmundjet që kemi pasi mungojnë barnat", "Mungon shumica e ilaçeve".*

3. Vonesat, Neglizhenca dhe Etika Profesionale

Të dënuarit shpjegojnë "vonesat" e identifikuar në SPSS si mungesë humanizmi ose vlerësimi nga stafi:

"Kur ne ankohemi për një problem shëndetësor, nuk duam që të tallen me ne... kemi qenë shumë të sëmurë"

"Te vijnë në kohë kur kemi nevojë dhe mos të na neglizhojnë",

4. Mungesa e Diagnostikimit (Analiza dhe Imazheri)

Shumë komente tregojnë se të dënuarit ndihen të pasigurt për shkak se nuk u mundësohen ekzaminimet bazë laboratorike ose radiologjike brenda burgut:

"S'më kanë bërë asnjëherë analizat."

"Kam kërkuar të bëj grafi dhe nuk kam marrë asnjë përgjigje. Kam kërkuar të marr shërbim jashtë burgut dhe nuk më është mundësuar."

Nevoja për paketa specifike: *"Shërbimi shëndetësor duhet të përfshijë mamografinë, pap-test, dhe analiza gjaku të përgjithshme dhe periodike".*

5. Barrierat për Shërbimin e Specializuar (Shtrimet jashtë QSB)

Konfirmohet izolimi mjekësor i disa të dënuarve të sëmurë rëndë:

"Kam vërtet problem të madh shëndetësor dhe nuk më kanë çuar në spital për të më parë... nuk po gjej zgjidhje".

21. Gjetje nga auditimi

Nga analizimi i pyetësorëve u konstatua se ka mungesë të standardizimit dhe akses të pabarabartë në shërbimet shëndetësore në I EVP.

Analiza e 524 pyetësorëve, evidentoi diferenca të konsiderueshme në cilësinë e shërbimit ndërmjet institucioneve, 52.7% e të anketuarve deklarojnë se mungesa e barnave në I EVP ndodh "shpesh", vonesa në referimet për shërbime të specializuara, si dhe kufizime në aksesin ndaj shërbimeve stomatologjike dhe diagnostikuese. Gjithashtu, rezultatet treguan se një pjesë e konsiderueshme e të dënuarve sigurojnë barna përmes familjarëve, duke treguar mangësi në përmbushjen e nevojave bazë farmaceutike nga sistemi penitenciar.

21. Konkluzioni

Shërbimi shëndetësor në I EVP nuk po arrin të sigurojë në mënyrë efektive dhe të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor për të gjithë personat e privuar nga liria. Dallimet e konsiderueshme ndërmjet institucioneve, mungesat e barnave, vonesat në referime dhe kufizimet në aksesin ndaj shërbimeve diagnostikuese dhe stomatologjike tregojnë dobësi në planifikimin, organizimin dhe monitorimin e sistemit shëndetësor penitenciar.

Kjo situatë krijon rrezik për cenimin e vazhdimësisë së trajtimit, përkeqësimin e gjendjes shëndetësore të pacientëve dhe mosrespektimin e standardeve të barazisë në aksesin ndaj kujdesit shëndetësor të parashikuara në legjislacionin kombëtar dhe standardet ndërkombëtare për trajtimin e personave të privuar nga liria.

21.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, nëpërmjet strukturave përgjegjëse për kujdesin shëndetësor, të hartojë dhe zbatojë një plan masash të shoqëruar me tregues të matshëm performance, me qëllim standardizimin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore në të gjitha Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB), si dhe të ngrejë një sistem monitorimi dhe raportimi periodik mbi treguesit e cilësisë dhe efektivitetit të kujdesit shëndetësor.

Menjëherë

4.3. A ka protokolle dhe procedura të miratuara që garantojnë sigurinë fizike gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor?

Procedura e kujdesit shëndetësor për personat e privuar nga liria është një proces dinamik që gërsheton nevojat mjekësore me kërkesat strikte të sigurisë⁷⁴.

Trajtim ky i cili nis që në momentin e pranimit në IEVP, ku i burgosuri kalon para komisionit të pritjes dhe i nënshtrohet vizitës mjekësore fillestare.

Gjatë kësaj faze, të dhënat mbi gjendjen fizike, psikologjike, sëmundjet ekzistuese apo rreziqet e vetëdëmtimit regjistrohen në kartelën individuale, duke shërbyer si bazë për vlerësimin e mëvonshëm të riskut nga stafi/komisioni multidisiplinor, gjë që përcakton mënyrën e akomodimit dhe mbikëqyrjes së tij.

Brenda mjediseve të IEVP-së dhe Qendrës Shëndetësore të Burgjeve (QSB), kujdesi shëndetësor ofrohet përmes vizitave të rregullta mjekësore, shërbimit infermieror, farmaceutik dhe stomatologjik. Për sa i përket pranisë së personelit të sigurisë gjatë këtyre shërbimeve të brendshme, parimi bazë është garantimi i privatësisë klinike dhe i konfidencialitetit mjek-pacient. Prania e punonjësit të policisë nuk duhet të jetë një praktikë rutinë; ajo lejohet vetëm në raste të veçanta, kur ekziston një risk konkret dhe i dokumentuar për sigurinë, dhe gjithmonë me kërkesë të vetë mjekut, pa ndërhyrë në ekzaminim apo trajtim.

Kur rasti kërkon konsultë më të specializuar që nuk mund të ofrohet brenda institucionit, mjeku i IEVP-së përgatit rekomandimin për referim jashtë saj, drejt QSB, QSUT-së, spitaleve rajonale apo strukturave private. Faza e transportit për në spital përbën një nga momentet më delikate operacionale. Përpara nisjes, kryhet vlerësimi i riskut (aftësia për të lëvizur, rreziku i arratisjes apo rreziku për të tretët) dhe drejtuesi i institucionit lëshon një urdhër shoqërimi të detajuar. Për të garantuar që lëvizja të mos jetë thjesht një transport fizik, por një shërbim i planifikuar, kontrollohet imtësisht gjendja teknike e mjetit (ajrimi, ndriçimi). Për më tepër, nëse pacienti është në gjendje të paqëndrueshme, me sëmundje kronike apo probleme të shëndetit mendor, transporti shoqërohet detyrimisht nga stafi mjekësor i pajisur me medikamente dhe mjete të ndihmës së parë. Gjatë marrjes së shërbimit të specializuar jashtë IEVP-së dhe gjatë gjithë periudhës së hospitalizimit, pacienti mbetet nën përgjegjësinë e eskortës së Policisë së Burgjeve, e cila duhet të përbëhet nga punonjës me eksperiencë pune jo më pak se 3 vite. Në mjediset spitalore, personeli policor duhet të njohë mirë ambientin dhe hyrje-daljet, por pa penguar mjekun specialist gjatë ekzaminimit. Kur pacienti shtrohet në spital, masat e sigurisë dhe numri i punonjësve të policisë organizohen me turne në varësi të riskut real: në pavijone të zakonshme mbikëqyrja pozicionohet pranë hyrjes ose në korridor, ndërsa në zona kritike si reanimacioni apo salla e operacionit, prania policore reduktohet në minimum dhe koordinohet me personelin mjekësor për të mos penguar trajtimin.

Në rastet kur i burgosuri vendoset në të njëjtin mjedis me pacientë civilë, masat e sigurisë rregullohen në mënyrë proporcionale, me qëllim që të ruhet kontrolli mbi të dënuarin, por pa

⁷⁴ Urdhri nr. 651, datë 21.01.2019, të Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve, “Mbi procedurat e Sigurisë për Transportin dhe Shoqërimin e të Burgosurve”

cenuar privatësinë, qetësinë dhe sigurinë e qytetarëve të tjerë. Çdo lëvizje e brendshme spitalore për ekzaminime, laborator apo përdorim tualeti trajtohet si një shoqërim më vete, duke kontrolluar paraprakisht itinerarin.

Nëse për arsye mjekësore apo fiziologjike lehtësohen masat shtrënguese (si përdorimi i prangave), zbatohen masa alternative të cilat dokumentohen zyrtarisht.

Në përfundim të hospitalizimit, kthimi në IEVP kryhet nën të njëjtat rregulla strikte, duke integruar të gjitha rekomandimet mjekësore të spitalit në kartelën dhe planin e trajtimit të institucionit.

4.3.1. A zbatohen protokollet e sigurisë fizike nga strukturat përgjegjëse gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor në IEVP?

Kuadri ligjor⁷⁵ dhe standardet ndërkombëtare⁷⁶ kërkojnë që personat e privuar nga liria të marrin shërbim shëndetësor në kushtet që garantohet dinjiteti dhe privatësia.

Prania e punonjësit të sigurisë⁷⁷ gjatë marrjes së shërbimeve shëndetësore duhet të jetë përjashtim dhe jo rregull i përgjithshëm.

Ajo duhet të justifikohet vetëm nga nevoja konkrete e sigurisë, pa cenuar marrëdhënien mjek-pacient dhe pa penguar trajtimin shëndetësor.

Në Qendrën Spitalore të Burgjeve⁷⁸, u konstatua se në ambientin e shërbimit stomatologjik, punonjësi i policisë ndodhej brenda hapësirës ku pacienti po merrte shërbim stomatologjik.

Në IEVP Rrogozhinë⁷⁹, u konstatua se në ambientin e infermierisë ndodheshin dy punonjës të Policisë së Burgjeve, ndërkohë që një i dënuar po trajtohej nga fizioterapi.

Gjatë vizitës së kryer nga grupi i auditimit të KLSH-së më datë 07.05.2026 në IEVP “Mine Peza”, u konstatua se në ambientin e stomatologjisë ndodhej një punonjës policie, ndërkohë që një i dënuar po merrte shërbim mjekësor.

Në lidhje me këtë situatë, DPB referon se⁸⁰ gjatë konsultës apo trajtimit shëndetësor masat e sigurisë fizike merren duke respektuar privatësinë e të dënuarit dhe pa penduar trajtimin mjekësor:

Megjithatë, verifikimet në terren, intervistat dhe të dhënat e pyetësorëve tregojnë se praktika e ndjekur në disa institucione nuk përputhet me kriteret dhe standardin e deklaruar nga DPB.

Për të mbështetur konstatimet e evidentuara në terren, gjatë fazës së dytë të auditimit, KLSH zhvilloi një pyetësor me personat e dënuar dhe të paraburgosur në 11 IEVP, përfshirë edhe IEVP Pojskë, (burgu i grave).

Në total u administruan 523 pyetësorë. Në Kapitullin VII “Siguria dhe Privacia”, të pyetësorit nga përpunimi i përgjigjeve rezultoi se: Për pyetjen, “*A jeni të mbikëqyrur nga forca policore gjatë marrjes së shërbimit*”?, janë përgjigjur 491 të burgosur/paraburgosur, 430 prej tyre ose 87.6 % të dënuar/paraburgosur janë përgjigjur “Po”, 45 prej tyre ose 9.2 % janë përgjigjur “Jo” dhe 16 prej tyre ose 3.3 % janë përgjigjur “Ndonjëherë”.

⁷⁵ Ligji nr. 81/2020, nenet 15, 23 dhe 42; VKM nr. 209, datë 06.04.2022, nenet 43–51

⁷⁶ standardet ndërkombëtare, përfshirë Rregullat Mandela, rekomandimet e CPT-së dhe nenin 3 të Konventës Evropiane për të Drejtat e Njeriut,

⁷⁷ Urdhri nr. 651, datë 21.01.2019, të Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve, “Mbi procedurat e Sigurisë për Transportin dhe Shoqërimin e të Burgosurve”

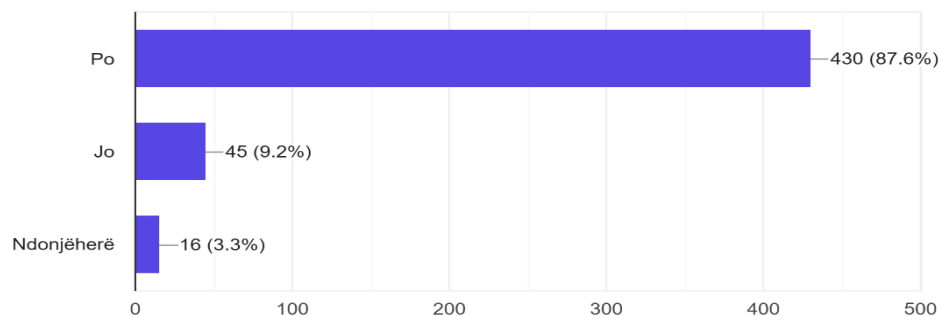
⁷⁸ Në vizitën e kryer nga grupi i auditimit të KLSH-së më datë 25.02.2026 në Qendrën Spitalore të Burgjeve

⁷⁹ Në vizitën e kryer nga grupi i auditimit të KLSH-së më datë 06.05.2026 në IEVP Rrogozhinë

⁸⁰ Shkresa/përgjigjja e DPB-së, datë 15.05.2026, mbi pyetjen nr. 19 të pyetësorit të KLSH-së.

Grafiku nr. 12. Rezultatit i analizës së pyetësorëve të kryer nga KLSH

A jeni të mbikëqyrur nga forca policore gjatë marrjes së shërbimit mjekësor në IEVP/QSB?
491 responses



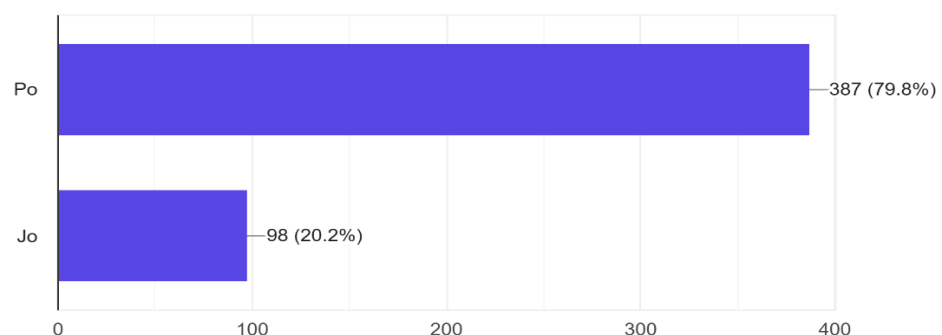
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Të dhënat tregojnë se mbikëqyrja nga forcat e sigurisë gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor është perceptuar nga shumica dërrmuese e të pyeturve si praktikë e zakonshme. Nga këndvështrimi i auditimit të performancës, ky rezultat tregon se prania e sigurisë nuk shfaqet si masë përjashtimore, e lidhur vetëm me raste konkrete risku, por si praktikë e përhapur gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor.

Për pyetjen “Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda kabinetit të stomatologut në IEVP/QSB? janë përgjigjur 485 të burgosur/paraburgosur, 387 prej tyre ose 79.8 % të dënuar/paraburgosur janë përgjigjur “Po”, 98 prej tyre ose 20,2 % janë përgjigjur “Jo”.

Grafiku nr.13. Rezultatit i analizës së pyetësorëve të kryer nga KLSH

Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda kabinetit të stomatologut në IEVP/QSB ?
485 responses



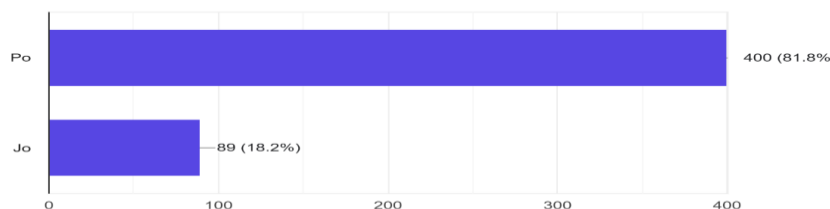
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Përgjigjet e dhëna për shërbimin stomatologjik tregojnë se prania e punonjësve të sigurisë brenda kabinetit të stomatologut është praktikë e shpeshtë. Kjo krijon risk për cenimin e privatësisë së pacientit, pasi shërbimi stomatologjik, si çdo shërbim tjetër shëndetësor, duhet të ofrohet në kushte që garantojnë komunikim të lirë dhe konfidencialitet ndërmjet pacientit dhe personelit shëndetësor.

Për pyetjen, “Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda dhomës së vizitës me mjekun e IEVP/QSB?”, 400 nga 489 të pyetur, ose 81%, janë përgjigjur “Po” dhe 89 prej tyre ose 18.2% janë përgjigjur “Jo”.

Grafiku nr. 14. Rezultatit i analizës së pyetësorëve të kryer nga KLSH

Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda dhomës së vizitës me mjekun e IEVP/QSB ?
489 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Edhe përgjigjet lidhur me vizitat mjekësore tregojnë të njëjtën tendencë, ku shumica e të pyeturve deklarojnë se punonjësi i policisë qëndron brenda dhomës së vizitës. Kjo tregon se problematika nuk kufizohet vetëm në një lloj shërbimi, por shtrihet në mënyrë më të përgjithshme në marrëdhënien mjek–pacient gjatë ofrimit të kujdesit shëndetësor në IEVP/QSB.

Këto të dhëna, të mbështetura në formularin e pyetësorit bashkëlidhur në aneks dhe të ilustruara në grafikun e mësipërm, tregojnë se prania e punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor perceptohet nga shumica e të anketuarve (dënuar/paraburgosur) si praktikë e zakonshme.

Kështu, rezultatet e pyetësorëve tregojnë se në praktikë nuk është ruajtur gjithmonë ekuilibri ndërmjet nevojës për siguri dhe të drejtës së të burgosurit/paraburgosurit për shërbim shëndetësor privat dhe konfidencial. Kur prania e policisë gjatë vizitave shëndetësore kthehet në praktikë të zakonshme, kjo tregon se risku nuk është vlerësuar dhe dokumentuar në çdo rast konkret.

Kjo situatë lidhet me moszbatimin e plotë të parimit të proporcionalitetit, mungesën e vlerësimit individual të riskut për çdo rast, paqartësinë në ndarjen e roleve ndërmjet personelit shëndetësor dhe atij të sigurisë, si dhe mosnjohjen e plotë të kriterëve ligjorë për privatësinë, konfidencialitetin dhe dinjitetin e pacientit. Mungesa e udhëzimeve të qarta, kontrolli i dobët i brendshëm dhe trajnimet e pamjaftueshme të personelit të sigurisë kanë ndikuar që prania e policisë gjatë vizitave shëndetësore të kthehet në praktikë rutinë. Kjo praktikë nuk garanton trajtim shëndetësor të pavarur, proporcional dhe të bazuar në vlerësimin konkret të riskut. Si pasojë, prania e vazhdueshme e punonjësit të sigurisë brenda ambientit të ekzaminimit cenon konfidencialitetin e marrëdhënies mjek–pacient, kufizon komunikimin e lirë të pacientit me mjekun, mund të ndikojë në cilësinë e diagnostikimit dhe të trajtimit, si dhe dëmton pavarësinë profesionale të personelit shëndetësor.

22. Gjetje nga auditimi

Nga grupi i auditimit u konstatua se në IEVP dhe në QSB, gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore, privatësia dhe konfidencialiteti mjekësor i personave të privuar nga liria nuk garantohen në mënyrë të plotë. Megjithatë kuadri ligjor⁸¹ parashikon që prania e punonjësit të sigurisë gjatë vizitave mjekësore të jetë e kufizuar, e bazuar në vlerësimin konkret të riskut dhe të mos pengojë trajtimin mjekësor, në praktikë u evidentua se kjo prani zbatohet shpesh si

⁸¹ Ligji nr. 81/2020, neni 5 dhe neni 41, pikat 4–5; Urdhri nr. 651, datë 21.01.2019

praktikë rutinë. Rastet e konstatuara në QSB, IEVP Rrogozhinë dhe IEVP 302 “Mine Peza”, si dhe rezultatet e pyetësorëve të zhvilluar me personat e privuar nga liria, tregojnë se prania e punonjësve të sigurisë gjatë vizitave nuk garanton gjithmonë respektimin e privatësisë dhe konfidencialitetit mjekësor.

Kjo situatë ka ardhur si pasojë e mungesës së një vlerësimi të dokumentuar të riskut për çdo rast, zbatimit jo të njëtrajtshëm të procedurave të sigurisë dhe kontrollit të pamjaftueshëm mbi mënyrën se si këto masa zbatohen në praktikë

22. Konkluzioni

Nga auditimi rezulton se masat e sigurisë gjatë ofrimit të shërbimit shëndetësor në disa IEVP dhe në QSB nuk janë zbatuar gjithmonë në mënyrë proporcionale dhe të bazuar në risk konkret. Megjithatë DPB deklaroi se siguria fizike realizohet duke respektuar privatësinë e të dënuarit dhe pa penguar trajtimin mjekësor, rastet e konstatuara dhe perceptimi i shumicës së të pyeturve tregojnë se prania e Policisë së Burgjeve në ambientet e vizitës është kthyer në praktikë të zakonshme. Kjo tregon se mekanizmat për vlerësimin e riskut, kontrollin e zbatimit të standardeve dhe koordinimin ndërmjet sigurisë dhe shërbimit shëndetësor nuk kanë funksionuar me efektivitet të plotë.

22.1. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të miratojë udhëzime të unifikuar për IEVP-të dhe QSB-në, mbi rastet ku lejohet prania e punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë vizitave mjekësore mbi bazën e riskut konkret, të vlerësuar dhe të dokumentuar, pa cenuar privatësinë dhe konfidencialitetin mjekësor.

Në vijimësi

22.2. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të organizojë trajnime për strukturat përgjegjëse të sigurisë në IEVP dhe QSB, me fokus zbatimin proporcional të masave të sigurisë, vlerësimin individual të riskut dhe ndarjen e rolit të sigurisë nga shërbimi shëndetësor.

Në vijimësi

23. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se, bazuar në shqyrtimin e urdhrave të lëshuar nga Drejtori i IEVP Pojskë dhe Drejtori i IEVP Drenovë për periudhën 2024–2025, mbi caktimin e forcave të Policisë së Burgjeve për shoqërimin e personave të privuar nga liria për marrjen e shërbimeve shëndetësore jashtë këtyre IEVP-ve, dhe përgjigjeve të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve⁸², në disa raste janë angazhuar punonjës policie që nuk plotësonin kriterin minimal prej 3 vitesh eksperiencë.

Konkretisht, në këto urdhra ishin përfshirë punonjës me 1 ose 2 vite eksperiencë, në kundërshtim me kriterin minimal të përcaktuar.

Për rrjedhojë, angazhimi i punonjësve të Policisë së Burgjeve që nuk plotësojnë kriterin minimal të eksperiencës dobëson sigurinë dhe cilësinë e shërbimit gjatë transportit, mbikëqyrjes dhe shoqërimit të personave të privuar nga liria për përfitimin e shërbimeve shëndetësore. Kjo rrit riskun që situatat e krijuara gjatë këtyre proceseve të mos trajtohen me profesionalizmin dhe përgjegjshmërinë e kërkuar.

⁸²Përgjigjet e pyetjeve, “Si sigurohet në praktikë që personeli i përzgjedhur përmbush kriteret e eksperiencës, aftësisë dhe trajnimit?” dhe “A janë angazhuar gjatë periudhës 2024–2025 në detyra shoqërimi ose transporti punonjës me më pak se 3 vite vjetërsi në sistemin e burgjeve?”

23. Konkluzioni

Nga verifikimet rezulton se kriteri i eksperiencës minimale 3-vjeçare për punonjësit e angazhuar në shoqërim dhe transport nuk është zbatuar në mënyrë të njëtrajtshme. Edhe pse DPB ka deklaruar se nuk janë angazhuar punonjës me më pak se 3 vite eksperiencë, rastet e evidentuara/konstatuara në terren tregojnë se procesi i përzgjedhjes, verifikimit dhe kontrollit të personelit të angazhuar nuk ka qenë i plotë dhe i dokumentuar.

Kjo tregon dobësi në zinxhirin e planifikimit, miratimit dhe kontrollit të grupeve të shoqërimit dhe transportit. Nevoja për të mbuluar shërbimin e përditshëm ka marrë përparësi ndaj respektimit të kriterit të eksperiencës. Kjo ka krijuar risk për cilësinë, sigurinë dhe përgjegjshmërinë gjatë shoqërimit dhe transportit të personave të privuar nga liria.

23.1. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa për forcimin e procesit të përzgjedhjes dhe miratimit të punonjësve të Policisë së Burgjeve që angazhohen në detyra shoqërimi dhe transporti, duke siguruar verifikimin paraprak dhe dokumentimin e kriterit të eksperiencës minimale 3-vjeçare për çdo punonjës të caktuar në këto detyra.

Në vijimësi

Niveli i njohjes së protokolleve të sigurisë

Niveli i ulët, i mesëm i forcave policore të Policisë së Burgjeve pranë IEVP nuk kishte njohje të plotë të kuadrit ligjor dhe rregullator në fuqi⁸³ mbi ndarjen e funksionit të sigurisë nga funksioni i shërbimit shëndetësor.

24. Gjetje nga auditimi

Nga verifikimi fizik⁸⁴ i kryer gjatë auditimit në IEVP 302, IEVP Drenovë dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB), u konstatua se nuk janë zbatuar kërkesat e Urdhrit nr. 651, datë 21.01.2019 “Mbi procedurat e Sigurisë për Transportin dhe Shoqërimin e të Burgosurve” për përcaktimin e pranisë së punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Konkretisht, në kabinetet stomatologjike të IEVP 302, IEVP Drenovë dhe Qendrën Spitaloret të Burgjeve, gjatë ofrimit të shërbimit stomatologjik, ishte i pranishëm punonjësi i Policisë së Burgjeve. Nga komunikimi me mjekët stomatologë të këtyre institucioneve u confirmua se prania e punonjësit të Policisë së Burgjeve përcaktohej nga Shefi i Policisë së Burgjeve të institucionit përkatës dhe jo mbi bazën e një konsultimi me mjekun stomatolog apo të një vlerësimi individual të riskut, sipas kërkesave të akteve administrative në fuqi.⁸⁵

24. Konkluzioni

Referuar intervistave të kryera nga grupi i auditimit, rezulton se masat e sigurisë gjatë vizitave shëndetësore nuk janë zbatuar gjithmonë mbi një vendimmarrje të qartë, të dokumentuar dhe të bazuar në risk konkret. Në disa raste, prania e punonjësit të Policisë së Burgjeve në ambientin e vizitës është trajtuar si praktikë e zakonshme dhe jo si masë e veçantë sigurie.

Kjo ka ndikuar në zbatimin jo të njëtrajtshëm të procedurave dhe ka krijuar risk për cenimin e privatësisë, konfidencialitetit mjekësor dhe komunikimit të lirë ndërmjet pacientit dhe mjekut

⁸³Ligji nr. 81/2020, nenet 31 dhe 41, si dhe VKM nr. 209, datë 06.04.2022, nenet 45 dhe 96, mbi përgjegjësitë e strukturave të sigurisë dhe organizimin e ofrimit të shërbimit shëndetësor në IEVP

⁸⁴ Referuar intervistave të zhvilluara me policinë e burgjeve dhe stafin mjekësor, datë 15.05.2026 në IEVP Drenovë, datë 25.04.2026 në IEVP Pojskë, datë 11.05.2026 në IEVP Vlorë, datë 02.03.2026 në IEVP 302 dhe datë 26.04.2026 në IEVP Peqin

⁸⁵ Urdhri nr. 651, datë 21.01.2019, i Drejtorit të Përgjithshëm të Burgjeve, “Mbi procedurat e Sigurisë për Transportin dhe Shoqërimin e të Burgosurve”

24.1. Rekomandimi:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të marrë masa që prania e punonjësit të Policisë së Burgjeve në ambientin e vizitës shëndetësore të lejohet vetëm kur ka risk konkret dhe të dokumentuar. Në dokumentacion duhet të pasqyrohen arsyeja e pranisë, kohëzgjatja, personat që e kanë miratuar dhe mendimi i personelit shëndetësor.

Në vijimësi

24.2. Rekomandimi

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të kryejë kontrole periodike në IEVP dhe QSB për të verifikuar nëse masat e sigurisë gjatë shërbimit shëndetësor zbatohen në mënyrë proporcionale, të dokumentuar dhe pa cenuar privatësinë dhe konfidencialitetin mjekësor.

Në vijimësi

4.3.2. A ka ngritur DPB një mekanizëm kontrolli dhe monitorimi për cilësinë e ofrimit të kujdesit të shërbimit shëndetësor në IEVP?

Nga auditimi rezultoi se DPB nuk ka ngritur një mekanizëm efektiv dhe të dokumentuar monitorimi për vlerësimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor në IEVP.

Megjithëse ekzistojnë forma administrative për paraqitjen dhe trajtimin e ankesave, këto nuk funksionojnë si instrumente aktive monitorimi dhe përmirësimi të cilësisë së shërbimit. Evidencat e administruara gjatë auditimit treguan nivel të pamjaftueshëm informimi të personave të privuar nga liria mbi të drejtat e tyre, mungesë besimi ndaj mekanizmit të ankimit, përqindje të ulët të përgjigjeve ndaj ankesave, mospërdorim të kutive të ankesave, mungesë të pyetësorëve dhe intervistave periodike, si dhe mosidentifikim në kohë të rasteve me nevoja të veçanta shëndetësore, si rasti i pacientit N.O.

Për pasojë, strukturat drejtuese nuk disponojnë informacion të plotë dhe të besueshëm për monitorimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe marrjen e masave korrigjuese të bazuara në evidencë.

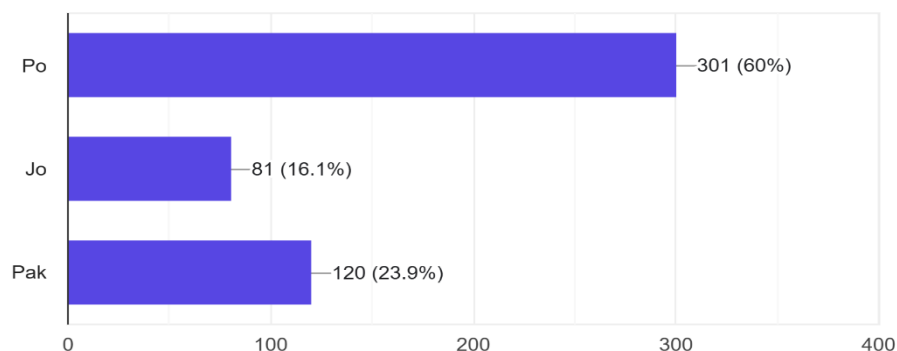
Në këtë kuadër, gjatë fazës së terrenit, grupi i auditimit i KLSH-së zhvilloi pyetësorë me 504 të dënuar/paraburgosur, për të marrë mendimin e tyre mbi njohjen e të drejtave, mënyrën e ankimit, marrjen e përgjigjeve dhe besimin te trajtimi i ankesave për shërbimin shëndetësor.

Rezultoi se, në pyetjen “A i njihni të drejtat tuaja si pacient?”, 301 nga 502 persona, ose 60%, deklaruan se i njohin të drejtat e tyre, ndërsa 201 persona, ose 40%, i njohin pak ose nuk i njohin

Grafiku nr.15

A i njihni të drejtat tuaja si pacient?

502 responses



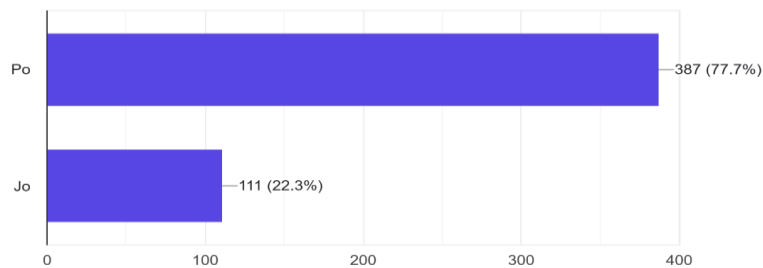
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Kjo e dhënë tregon se një pjesë e konsiderueshme e personave të privuar nga liria nuk kanë informacion të plotë mbi të drejtat e tyre si pacientë. Në kushtet kur njohja e të drejtave është parakusht për kërkimin e shërbimit dhe paraqitjen e ankesave, kjo ndikon drejtpërdrejt në efektivitetin e mekanizmit të monitorimit dhe kontrollit.

Në pyetjen “A dini si të bëni ankesë?”, 387 nga 498 persona, ose 77.7%, deklaruan se dinë si të ankohen, ndërsa 111 persona, ose 22.3%, nuk kanë informacion të qartë.

Grafiku nr.16

A e dini si të bëni ankesë?
498 responses



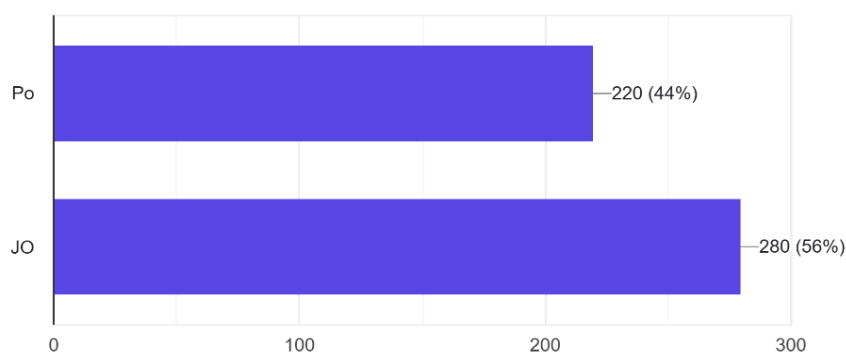
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Megjithëse shumica deklaroi se di si të paraqesë ankesë, grafiku tregon se mbi një e pesta e të pyeturve nuk kanë informacion të qartë, se informimi institucional nuk ka qenë i plotë dhe i njëtrajtshëm. Kjo dobëson mundësinë që problematikat shëndetësore të raportohen në kohë dhe në rrugë formale.

Në pyetjen “A keni bërë ndonjëherë ankesë për shërbimin shëndetësor?”, 220 nga 500 persona, ose 44%, deklaruan se kanë bërë ankesë, ndërsa 280 persona, ose 56%, nuk kanë bërë ankesë.

Grafiku nr.17

A keni bërë ndonjëherë ankesë?
500 responses



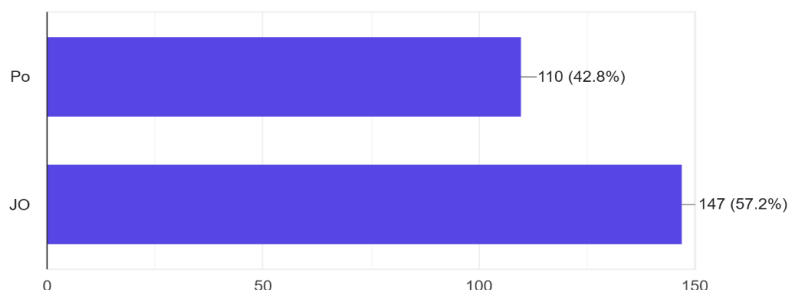
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësin me personat e privuar nga liria.

Ky rezultat tregon se mekanizmi i ankimit nuk përdoret nga shumica e të pyeturve, pavarësisht se një pjesë e tyre mund të ketë pasur problematika me shërbimin shëndetësor. Ky tregues përbën refleksion të dobët të mekanizmit për të mbledhur në mënyrë aktive informacion mbi cilësinë e shërbimit.

Në pyetjen “A morët përgjigje për ankesën tuaj?”, vetëm 110 nga 257 persona, ose 42.8%, deklaruan se kanë marrë përgjigje, ndërsa 147 persona, ose 57.2%, nuk kanë marrë përgjigje.

Grafiku nr.18

A morët përgjigje për ankesën tuaj?
257 responses



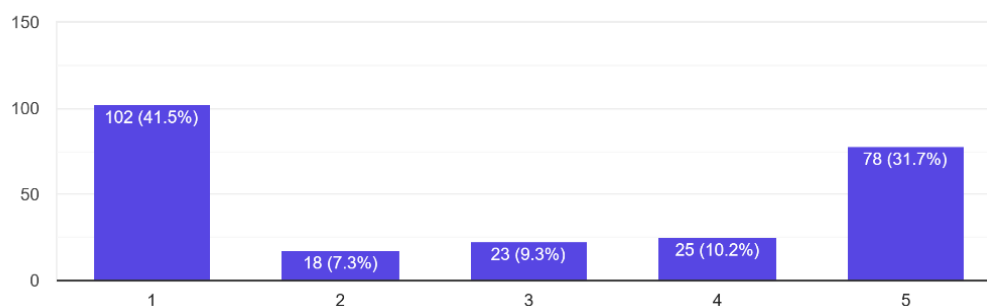
Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Kjo e dhënë tregon dobësi në fazën e trajtimit dhe kthimit të përgjigjes ndaj ankesave. Kur më shumë se gjysma e personave që kanë paraqitur ankesë deklarojnë se nuk kanë marrë përgjigje, mekanizmi i ankimit nuk garanton ndjekje të plotë dhe nuk shërben në mënyrë efektive për zgjidhjen e problematikave.

Në pyetjen “Si e vlerësoni përgjigjen e marrë pas shqyrtimit të ankesës?”, 120 nga 246 persona, ose rreth 49%, e kanë vlerësuar përgjigjen negativisht, me notat 1 – shumë keq dhe 2 – keq. Kjo tregon se pothuajse gjysma e personave që kanë marrë përgjigje nuk e kanë konsideruar atë të qartë, të plotë apo zgjedhëse.

Grafiku nr.19

Si e vlerësoni përgjigjen e marrë pas shqyrtimit të ankesës?
246 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

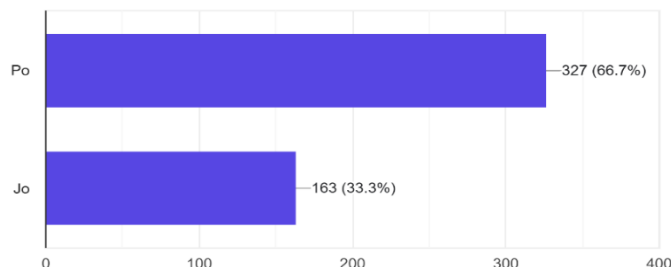
Kjo tregon se pothuajse gjysma e personave që kanë marrë përgjigje nuk e kanë konsideruar atë të qartë, të plotë apo shteruese. Për rrjedhojë, edhe në rastet kur është kthyer përgjigje, ajo nuk ka garantuar gjithmonë trajtim efektiv të shqetësimit të paraqitur dhe nuk ka rritur besimin e personave të privuar nga liria te mekanizmi i ankimit.

Në pyetjen “A ndiheni të sigurt për t’u ankuar për kujdesin shëndetësor?”, 327 nga 490 persona, ose 66.7%, deklaruan se ndihen të sigurt, ndërsa 163 persona, ose 33.3%, nuk ndihen të sigurt për t’u ankuar.

Grafiku nr.20

A ndiheni i sigurt të ankoheni në lidhje me kujdesin shëndetësor?

490 responses



Burimi: Përpunimi i grupit të auditimit, bazuar në pyetësorin me personat e privuar nga liria.

Fakti që rreth një e treta e të pyeturve nuk ndihen të sigurt për t’u ankuar tregon se mekanizmi i ankimit nuk perceptohet nga të gjithë si i sigurt, i besueshëm dhe pa pasoja për ta. Kjo ndikon në uljen e numrit real të ankesave dhe kufizon aftësinë e DPB-së dhe IEVP-ve për të identifikuar problematikat e shërbimit shëndetësor.

Në përgjigjet e dhëna, DPB deklaroi se gjatë viteve 2024–2025 janë trajtuar ankesa/kërkesa nga të burgosurit/paraburgosurit për kujdesin shëndetësor.

Për vitin 2025 deklarohen 74 kërkesë/ankesa, nga të cilat një pjesë janë raportuar me telefon dhe 43 në formë shkresore, të trajtuara në koordinim me IEVP-të dhe strukturat shëndetësore. Gjithashtu, DPB ka deklaruar se gjatë viteve 2024–2025 është evidentuar vetëm një ankesë lidhur me cenimin e privatësisë gjatë shoqërimit për marrjen e shërbimit shëndetësor.

Nga verifikimet në terren u konstatua se në IEVP ishin vendosur kuti ankesash/kërkesash brenda ambienteve të regjimit të burgut, të cilat duhet t’u shërbenin të dënuarve/paraburgosurve për depozitimin e kërkesave dhe ankesave pranë titullarit të institucionit. Megjithatë, këto kuti nuk përdorshin për këtë qëllim, pasi rezultuan bosh dhe, në pjesën dërmuese të institucioneve të verifikuara, përdorshin për hedhjen e mbeturinave.

Kjo tregon se vendosja formale e kutive të ankesave nuk mjafton, nëse ato nuk përdoren nga të burgosurit/paraburgosurit dhe nuk ndiqen nga institucioni për të kuptuar problemet që ata kanë me shërbimin shëndetësor.

Në këtë kontekst, numri i ulët i ankesave të evidentuara nga DPB nuk tregon domosdoshmërisht se nuk ka pasur problematika. Ai mund të lidhet me mungesë informacioni, mungesë besimi te mekanizmi i ankimit, ose me bindjen e të burgosurve/paraburgosurve se ankesa nuk sjell zgjidhje konkrete.

Nga auditimi nuk rezultoi që DPB dhe IEVP-të të kenë kryer në mënyrë periodike dhe të dokumentuar pyetësorë ose intervista me personat e privuar nga liria, për të kuptuar nëse ata njihnin mënyrën e ankimit, nëse merrnin përgjigje dhe nëse ishin të kënaqur me trajtimin e ankesave. Për këtë arsye, DPB dhe IEVP-të nuk kanë pasur një pamje të plotë mbi pakënaqësitë e të burgosurve me shërbimin shëndetësor, problemet që përsëriten më shpesh dhe arsyet pse disa prej tyre nuk ankohen.

Kjo situatë u evidentua edhe në rastin e pacientit me initiale N.O. në IEVP Fier, i cili kishte paraqitur disa herë kërkesa për nevoja shëndetësore, por gjendja e tij nuk ishte ndjekur dhe zgjidhur në kohë nga mekanizmat e brendshëm. Vetëm pas evidentimit nga grupi i auditimit u morën masa për dërgimin dhe hospitalizimin e tij në QSB për trajtim të specializuar.

25. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se DPB dhe IEVP-të nuk kanë siguruar funksionimin e plotë dhe efektiv të mekanizmit për pranimin, regjistrimin, trajtimin dhe ndjekjen e ankesave/kërkesave që lidhen me shërbimin shëndetësor. Megjithatë ekzistojnë forma raportimi, si numri i gjelbër dhe kutitë e ankesave/kërkesave, këto mjete nuk përdoren, nuk monitorohen dhe nuk analizohen në mënyrë të mjaftueshme për të identifikuar problematikat reale të personave të privuar nga liria.

Gjithashtu, nga auditimi nuk rezultoi që DPB dhe IEVP-të të kenë zhvilluar në mënyrë periodike dhe të dokumentuar pyetësorë ose intervista për vlerësimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor, nivelit të pakënaqësisë dhe besimit të mekanizmi i ankimit. Kjo situatë nuk garanton zbatimin e nenit 38, pika 2 dhe nenit 58 të Ligjit nr. 81/2020, sipas të cilëve personat e privuar nga liria duhet të informohen dhe të kenë mundësi reale për paraqitjen, regjistrimin dhe trajtimin e kërkesave dhe ankesave të tyre.

25.Konkluzioni

Sistemi i administrimit, trajtimit dhe ndjekjes së ankesave për shërbimin shëndetësor në IEVP nuk ka funksionuar si mekanizëm efektiv monitorimi dhe përmirësimi të shërbimit. Të dhënat e pyetësorëve, mosfunksionimi real i kutive të ankesave dhe rasti i pacientit N.O. në IEVP Fier tregojnë se problematikat shëndetësore nuk evidentohen, nuk analizohen dhe nuk zgjidhen gjithmonë në kohë.

Për rrjedhojë, DPB dhe IEVP-të nuk kanë pasur një pamje të plotë mbi shqetësimet e personave të privuar nga liria, mbi problematikat që përsëriten më shpesh dhe mbi nivelin e besimit të tyre të mekanizmi i ankimit.

25.1. Rekomandim:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të miratojë dhe zbatojë një procedurë të unifikuar për administrimin e ankesave dhe kërkesave shëndetësore, duke përcaktuar mënyrën e regjistrimit, afatet e përgjigjes, strukturat përgjegjëse dhe ndjekjen e çdo rasti deri në zgjidhje,

Në vijimësi

25.2. Rekomandim:

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të monitorojë periodikisht funksionimin e këtij mekanizmi përmes analizimit të ankesave dhe zhvillimit të pyetësorëve ose intervistave me personat e privuar nga liria.

Në vijimësi

Rast i konstatuar nga Grupi i KLSH

Si rast ilustrues për mënyrën e funksionimit të mekanizmave të kontrollit të brendshëm dhe monitorimit, gjatë vizitës në IEVP Fier⁸⁶, grupi i auditimit konstatoi rastin e një pacienti⁸⁷, me gjendje të rënduar shëndetësore dhe nevoja të veçanta të kujdesit shëndetësor.

Pacienti kishte kryer më parë ndërhyrje kirurgjikale për heqjen e një veshke dhe të prostatës dhe urinimin e realizonte përmes kateterit.

Gjatë intervistës, pacienti deklaroi se qeset e kateterit i siguronte vetë. Ai gjithashtu pohoi se kishte kërkuar ndihmën e personelit infermior për ndërrimin e kateterit dhe sigurimin e qeseve të urinimit, por kërkesat e tij nuk ishin marrë në konsideratë. Po ashtu, ai shprehu shqetësime lidhur me kujdesin për problemet renale dhe gjendjen pas ndërhyrjes kirurgjikale, duke theksuar se nuk kishte marrë trajtim më të specializuar.

⁸⁶ më datë 22.04.2026

⁸⁷ pacientit me initiale N.O., 65 vjeç

Nga verifikimi rezultoi⁸⁸ se rasti nuk ishte ndjekur mbi bazën e një plani individual monitorimi, nuk ishte dokumentuar në mënyrë të plotë nevoja për materiale mjekësore të domosdoshme dhe nuk ishte siguruar asistencë e mjaftueshme infermierore për përdorimin e tyre.

Vetëm pas evidentimit nga grupi i auditimit të KLSH-së, pacienti u shtrua më datë 29.04.2026 në Qendrën Spitalore të Burgjeve për të marrë shërbim të specializuar.

Ky rast tregon se mekanizmat e kontrollit të brendshëm dhe monitorimit nuk kanë qenë të mjaftueshëm për të identifikuar dhe trajtuar në kohë nevojat e pacientëve me gjendje të rënduar shëndetësore, sëmundje kronike ose nevoja të veçanta mjekësore.

26. Gjetje nga auditimi

Nga auditimi u konstatua se DPB dhe IEVP Fier nuk kanë siguruar një mekanizëm efektiv për identifikimin, dokumentimin dhe ndjekjen individuale të pacientëve me gjendje të rënduar shëndetësore, sëmundje kronike ose nevoja të veçanta mjekësore. Kjo mangësi u evidentua në rastin e pacientit N.O., për të cilin nuk ishte hartuar një plan individual monitorimi, nuk ishte dokumentuar plotësisht nevoja për materiale mjekësore dhe nuk ishte siguruar asistencë e nevojshme infermierore. Nevojat e tij për trajtim të specializuar u adresuan vetëm pas evidentimit të rastit nga grupi i auditimit, duke treguar se kontrollet e brendshme nuk kishin mundësuar identifikimin dhe trajtimin në kohë të gjendjes së pacientit.

26. Konkluzion

Monitorimi i pacientëve me gjendje të rënduar ose nevoja të veçanta shëndetësore nuk ka qenë i strukturuar dhe i bazuar në vlerësimin individual të nevojave. Mungesa e dokumentimit, e planeve individuale dhe e koordinimit ndërmjet personelit shëndetësor dhe strukturave drejtuese ka vonuar marrjen e masave dhe ofrimin e trajtimit të specializuar.

26.1. Rekomandim

Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve të hartojë dhe zbatojë një procedurë për identifikimin dhe monitorimin individual të pacientëve me gjendje të rënduar shëndetësore, sëmundje kronike ose nevoja të veçanta mjekësore, duke përcaktuar hartimin e planeve individuale, dokumentimin e nevojave, përgjegjësitë e personelit shëndetësor dhe referimin në kohë për trajtim të specializuar.

Në vijimësi

⁸⁸ Përfundime të nxjerra nga grupi I auditimit në takim me Drejtorin dhe shefin e shërbimit të IEVP Fier

5. ANEKSET

Aneksi 1. Pyetjet e fazës së terrenit.

Seksioni I

Referuar Rregullores së FDSKSH nr. 1, datë 12.12.2019, “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike (eRx)”, pika 3.a, germa iv, ku përcaktohet se përdorues të sistemit janë edhe mjekët në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP), më poshtë pyetjet si vijon:

1. A përdoret sistemi i recetës elektronike (eRx) për përshkrimin dhe gjenerimin e recetave për pacientët (të burgosur/paraburgosur) përfitues të Listës së Barnave të Rimbursueshme (LBR) pranë IEVP/QSB?

Nëse po:

a) Sa është numri i vizitave të kryera pranë mjekëve të autorizuar për eRx për vitet 2025–2026?

a) Cilat janë arsyet e mosimplementimit të sistemit të recetës elektronike në IEVP/QSB?

b) A ka pasur komunikim zyrtar me FDSKSH në lidhje me këtë çështje?

c) Ju lutem paraqisni dokumentacionin e këtij komunikimi.

2. Në mungesë të përdorimit të sistemit eRx, si realizohet gjenerimi i recetave për rimbursim?

3. A ekzistojnë komisione për përcaktimin dhe klasifikimin e pacientëve (të burgosur/paraburgosur) si përfitues të LBR, veçanërisht për pacientët kronikë?

4. A mbahen regjistra për pacientët kronikë që vuajnë dënimin në IEVP, të klasifikuar nga komisionet përkatëse para hyrjes në sistemin penitenciar apo gjatë periudhës së paraburgimit?

5. A ruhet statusi i sëmundjes kronike gjatë gjithë periudhës së vuajtjes së dënimit?

6. Sa është numri i pacientëve/të dënuarve me sëmundje kronike sipas IEVP për vitet 2024–2025?

7. A kanë qendrat shëndetësore pranë IEVP/QSB regjistra të pacientëve/të burgosurve si kategori përfituese të LBR, të cilët në momentin e lëshimit të recetës fizike (Rx) rezultojnë kategori aktive përfituese?

Seksioni II

Referuar Rregullores së FDSKSH nr. 1, datë 12.12.2019, pika 3.b, germa iv, si dhe Seksioni IV, ku përcaktohet se farmaci me kontratë me Fondin për rimbursimin e barnave janë edhe farmacitë e IEVP, më poshtë pyetjet si vijon:

1. A janë farmacistët e IEVP-ve dhe QSB të licencuar pranë urdhrit të farmacistit për ushtrimin e profesionit të farmacistit?

a. Nëse ka raste të mungesës së farmacistëve të licencuar, në cilat IEVP janë?

b. Cilat janë arsyet e mosrekrutimit të tyre pranë këtyre strukturave shëndetësore?

2. A ka ndikuar mungesa e farmacistëve të licencuar pranë IEVP në realizimin e LBR?

3. Si realizohet konfirmimi i furnizimit me barna të LBR nga IEVP pranë Drejtorive Rajonale të Fondit (DRF)?

4. A ka raste të prokurimit nga DPB të barnave që janë pjesë e LBR?

Nëse po:

a) Si janë përcaktuar çmimet e barnave të prokuruar si referencë për përlogaritjen e fondit limit?

b) Nga vizita në terren në IEVP 302 (Mine Peza) u konstatua se:

Në bazë të një përzgjedhjeje rastësore dhe referuar marrëveshjes tripalëshe midis DRF Tiranë, IEVP dhe furnitorit “F. F.” (nr. 4412 Prot., datë 15.10.2024), ky i fundit, në cilësinë e shpërndarësit të LBR, ka furnizuar barna të rimbursueshme me faturën tatimore nr. 2573, datë 24.02.2026.

Nga auditimi i gjendjes së barnave në farmacinë e këtij institucioni, u konstatua se IEVP 302 është furnizuar me barna nga DPB me fletë-hyrje nr. 01, datë 14.01.2026, ku përfshihen barna që janë pjesë e LBR, konkretisht:

- Enalapril me çmim 5.92 lekë/tabletë (i prokuruar nga DPB)

Ndërkohë, referuar faturës tatimore të “F. F.”, rezulton se:

- çmimi për Enalapril 20 mg është 2.02 lekë/tabletë (LBR).

c. Pse ekziston diferencë në çmime për të njëjtin bar me të njëjtin princip aktiv, pjesë e LBR, midis përlllogaritjeve të strukturave përgjegjëse të DPB dhe çmimeve të përcaktuara për LBR?

5. A ka raste të tjera të barnave që prokurohen nga DPB, në cilësinë e organit qendror blerës, të cilat janë pjesë e LBR?

Nëse po,

a. Pse prokurohen barna të LBR nga DPB, kur ato furnizohen nga buxheti i FDSKSH nëpërmjet marrëveshjeve tripalëshe, ndërkohë që DPB i prokuron ato me çmime më të larta se çmimet e përcaktuara nga komisionet përkatëse të LBR?

6. A realizohet regjistrimi i faturave hyrje-dalje të barnave të rimbursueshme dhe inventarizimi i gjendjes fizike të tyre nga strukturat përgjegjëse të farmacive pranë IEVP/QSB, në përputhje me kërkesat e rregullores (Kapitulli IV, germa a)?

7. Bazuar në ligjin nr.105/2014 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik” dhe urdhrin të ministrit përgjegjës të shëndetësisë nr.660 date 20.09.2018 “për miratimin e rregullores mbi praktikën e ruajtjes dhe shpërndarjes së mirë të barnave” pika 7.3.2.1 (kushtet frigoriferike dhe ruajtja e barnave nga temperatura) ku parashikohet se:

Barnat frigoriferike (ato që kërkojnë me patjetër ruajtje në temperatura 2- 8 °C) duhet të ruhen në një frigorifer të posaçëm për ruajtjen e barnave ose dhomë frigoriferike, të sigurt, e cila përdoret vetëm për barna,

A janë të pajisur të gjithë IEVP me frigorifer në ambientet e farmacisë?

Nëse po,

A ka raste të përdorimit të tyre dhe për qëllime të tjera dhe jo vetëm të ruajtjes së barnave,

A ka kryer DPB nëpërmjet strukturave përgjegjëse inspektime në lidhje me kushtet e ruajtjes së barnave në farmacitë e IEVP

A ka barna të skaduar pranë këtyre farmacive?

8. Në zbatim të Urdhrit nr. 287, datë 12.07.2011 “Për pajisjen me vulë të barnave që përdoren në institucionet shëndetësore publike”,

A ka barna pa pullën për përdorim spitalor ose në mungesë të tyre me Vulën e kuqe me mbishkrimin “Për përdorim spitalor, ndalohet shitja” në IEVP/QSB?

9. A zbatohen në mënyrë efektive procedurat për furnizimin, ruajtjen dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve të mjekimit në IEVP, në përputhje me protokollin dhe udhëzimet e miratuara nga Ministria e Shëndetësisë?

10. Si behet planifikimi i barnave për nevojat e QSB dhe IEVP?

11. Çfarë metodologji ndiqet për planifikimin e barnave?

12. A është stafi mjekësor i mjaftueshëm dhe i specializuar për ofrimin e kujdesit shëndetësor për personat që vuajnë dënimin në IEVP?

13. A janë të mjaftueshme, funksionale dhe të certifikuara pajisjet mjekësore diagnostikuese dhe të stomatologjisë, për ofrimin e kujdesit shëndetësor pranë IEVP?

Seksioni III

14 Cila është baza ligjore dhe organizative mbi të cilën funksionon aktualisht Sektori i Kujdesit Shëndetësor në Drejtorinë e Përgjithshme të Burgjeve, duke specifikuar varësinë e tij institucionale, linjën e raportimit, kompetencat vendimmarrëse dhe përgjegjësitë mbikëqyrëse, në kushtet e mospërputhjeve ndërmjet akteve që rregullojnë strukturën dhe funksionimin e tij?

15. Referuar pikës 4, neni 91 të ligjit 81/2020 “Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve”,

A janë nxjerr akte nënligjore nga ministri i Drejtësisë dhe ministri përgjegjës për shëndetësinë brenda tre muajve nga hyrja në fuqi e këtij ligji në zbatim të neneve 36, pika 8,41, pikat 13 dhe 17?

Nëse po, Ju lutem na i vendosni në dispozicion

16. Për periudhën 2024–2025, A ka lidhur DPB kontratë shërbimi për asgjësimin e mbetjeve të shërbimit shëndetësor pranë IEVP-ve dhe QSB duke përfshirë dhe asgjësimin e barnave të skaduara,?

Nëse po, Ju lutem na i vendosni në dispozicion

Seksioni IV

17. A zbatohen protokollet e sigurisë fizike nga strukturat përgjegjëse gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor në IEVP?

18. A përcaktohen masat e sigurisë gjatë vizitës mjekësore mbi bazën e të dhënave konkrete dhe individuale për rrezikshmërinë e të burgosurit, apo zbatohet i njëjti model sigurie për të gjithë? (Po/Jo – jep sqarime si)?

19. A sigurohet në praktikë që prania e punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë konsultës ose trajtimit mjekësor të jetë vetëm atë që kërkon siguria dhe të mos pengojë vizitën apo trajtimin mjekësor? (po/Jo - jep sqarime).

20. A respektohen në praktikë kufizimet ligjore për përdorimin e prangave dhe mjeteve të tjera kufizuese gjatë marrjes së shërbimit? (po/Jo - jep sqarime)

21. A është garantuar prania e stafit mjekësor në të gjitha shoqërimet e të burgosurve të sëmurë, apo kriteri është bërë i pazbatueshëm për shkak të mungesës së personelit shëndetësor? (po/Jo - jep sqarime)

22. A ka pasur gjatë periudhës 2024–2025 raste kur mjeku ka kërkuar heqjen, lehtësimin ose ndryshimin e mjeteve kufizuese gjatë marrjes së shërbimit të kujdesit shëndetësor, për shkak se ato pengonin ekzaminimin, trajtimin ose rrezikonin gjendjen shëndetësore të pacientit? Nëse po, në sa raste ka ndodhur, si është proceduar nga shërbimet e Policisë së Burgjeve dhe a janë dokumentuar vendimmarrja dhe veprimet e kryera? (Po/Jo – jepni sqarime si). .

23. Si verifikohet që personeli i caktuar për shoqërim plotëson kushtet për aftësi fizike dhe përgatitje profesionale? A dokumentohet ky verifikim (teste fizike, trajnime, vlerësime periodike) përpara caktimit në shoqërim? (Po/Jo – jep evidenca).

24. A trajnohet dhe ritrajnohet rregullisht personeli për përmbushjen e detyrave të shoqërimit dhe transportit? (Po/Jo – jep evidenca)?

25. Si sigurohet në praktikë që personeli i përzgjedhur përmbush kriteret e eksperiencës, aftësisë dhe trajnimit? (Përgjigje e hapur – përshkruaj praktikën).

26. A janë angazhuar gjatë periudhës 2024–2025 në detyra shoqërimi ose transporti punonjës me më pak se 3 vite vjetërsi në sistemin e burgjeve? Nëse po, në cilat IEVP ka mangësi personeli që plotëson vjetërsinë, cilat kanë qenë arsyet dhe çfarë masash janë marrë nga drejtuesit për respektimin e këtij kriteri?

27. A keni pasur gjatë periudhës 2024–2025 ankesa, kundërshtime ose sinjalizime nga ana e stafit mjekësor të strukturave shëndetësore jashtë sistemit të DPB-së, lidhur me veprimet e punonjësve mbikëqyrës/shoqërues gjatë vizitës së specializuar mjekësore? Nëse po, në sa raste ka ndodhur, cilat kanë qenë pretendimet kryesore dhe çfarë masash janë marrë?

28. A keni pasur gjatë viteve 2024–2025 ankesa ose sinjalizime nga stafi mjekësor jashtë sistemit të DPB-së, për raste kur pacientët nga IEVP-të nuk janë vlerësuar në kohë nga mjeku i IEVP-së ose komisioni multidisiplinor, duke penguar vizitën, ekzaminimin apo trajtimin e specializuar? Nëse po, në sa raste ka ndodhur, cilat kanë qenë pretendimet kryesore dhe çfarë masash janë marrë?

29. A keni pasur gjatë periudhës 2024–2025 raste kur, për shkak të gjendjes shëndetësore të të dënuarit ose të paraburgosurit, mjeku ka rekomanduar mosvendosjen, ndërprerjen ose lehtësimin e kufizimit fizik, por ky rekomandim nuk është zbatuar ose është kundërshtuar nga strukturat përgjegjëse? (po/Jo, jepni sqarime)

30. A ka ngritur DPB një mekanizëm kontrolli dhe monitorimi për cilësinë e ofrimit të kujdesit shëndetësor në IEVP?

31. A ka ngritur DPB/IEVP gjatë viteve 2024–2025 grupe pune ose struktura përgjegjëse për kontrollin e brendshëm në fushën e kujdesit shëndetësor?
32. Referuar vlerësimit të riskut për shoqërimet jashtë IEVP-së për arsye shëndetësore, a keni pasur gjatë viteve 2024–2025 raste largimi, tentativa largimi ose ngjarje fatale? Nëse po, cilat janë rastet, paraqitni dokumentacionin përkatës, analizën e rastit, përgjegjësitë e konstatuara dhe masat e marra?
33. A keni pasur gjatë viteve 2024–2025 ankesa nga të burgosurit për kushte transporti, ekspozim ndaj publikut, cenim të privatësisë, mungesë trajtimi të specializuar, vonesa ose neglizhencë në vlerësimin mjekësor? Nëse po, paraqitni numrin e rasteve, pretendimet kryesore dhe masat e marra për trajtimin e tyre.
34. A ka kryer Sektori i Kujdesit Shëndetësor në DPB, gjatë viteve 2024–2025, monitorime në IEVP dhe QSB për cilësinë e shërbimit shëndetësor, zbatimin e protokolleve, trajtimin tek specialisti, administrimin e barnave dhe ndjekjen e rasteve me risk të lartë? Nëse po, paraqitni raportet e monitorimit, gjetjet kryesore dhe masat e marra për korrigjimin e mangësive.
35. A ka trajtuar Sektori i Koordinimit Ndërinstitucional dhe Ankesave në DPB, gjatë viteve 2024–2025, ankesa nga të burgosurit ose të paraburgosurit për kujdesin shëndetësor? (Po/Jo, jepni sqarime konkretisht).
36. A kanë evidentuar Sektori i Kujdesit Shëndetësor dhe Sektori i Koordinimit Ndërinstitucional dhe Ankesave në DPB, gjatë viteve 2024–2025, raste neglizhence ose mosveprimi nga stafi mjekësor apo Policia e Burgjeve, që kanë ndikuar në kujdesin shëndetësor, shoqërimin për trajtim ose ndjekjen e rasteve urgjente? (Po/Jo, jepni sqarime konkretisht)
37. A janë nxjerrë dhe zbatuar gjatë viteve 2024–2025 urdhra nga DPB/ IEVP-ve për takimet periodike me të burgosurit dhe të paraburgosurit për trajtimin e kërkesave/ankesave për çështje të kujdesit shëndetësor? (Po/Jo, jepni sqarime konkretisht)
38. A ka urdhëruar drejtuesi i DPB-së ose i IEVP-së, gjatë viteve 2024–2025, fillimin e procedurave të inspektimit administrativ për problematika të konstatuara në kujdesin shëndetësor? (po/Jo, jepni sqarime.)
39. A kanë qenë IEVP-të dhe QSB, gjatë viteve 2024–2025, objekt i inspektimeve ose monitorimeve të pavarura për kujdesin shëndetësor dhe respektimin e të drejtave të personave të privuar nga liria?
40. A ushtrohet nga drejtori i IEVP-së dhe DPB-ja mbikëqyrje e vazhdueshme mbi personelin e sigurisë dhe shërbimin shëndetësor gjatë zbatimit të këtyre procedurave? (po/Jo dhe, në rast se po, të sqarohen):
41. A evidenton, raportohen dhe analizon DPB rastet kur masat e sigurisë cenojnë privatësinë, dinjitetin ose zhvillimin normal të kontrollit mjekësor, stomatolog, trajtim i specializuar, brenda dhe jashtë IEVP, QSB (po/Jo - jep sqarime si) ?
42. A ka DPB tregues, procedura standarde, formularë, raporte, indikatorë të evidentuar ose evidenca standarde për të verifikuar nëse shoqërimi për në spital është kërkuar nga mjeku, ose komisioni pranë IEVP (po/Jo - jep sqarime si), a është justifikuar me nevojë reale dhe është kryer mbi bazën e vlerësimit të riskut?
43. A siguron DPB që rregullat për sigurinë gjatë shërbimit shëndetësor të zbatohen njësoj në të gjitha IEVP dhe të mos mbeten në nivel formal? (po/Jo - jep sqarime pse jo dhe si e siguron)
44. A ka ndërmarrë IEVP dhe DPB masa korrigjuese, udhëzuese ose trajnuese kur konstatohet se personeli i sigurisë vepron me praktikë të përgjithshme, pa vlerësim individual të riskut?

45. Plotësoni tabelën me të dhënat e të burgosurve/paraburgosurve që kanë ndërruar jetë pranë IEVP për periudhën 2024-2025

Nr.	Emër mbiemër	Vendi i vdekjes	Dt. e vdekjes	Diagnoza
1.				
2.				
3.				
4.				

46. Për rastet e identifikuara, a rezulton se kartela shëndetësore, ekzaminimet periodike, kërkesat e mjekut, konsultat tek specialisti dhe vendimmarrja për referim janë dokumentuar plotësisht dhe në kohë nga momenti i pranimit, në përcaktimin e diagnozës, në funksionim e komisionit multidisiplinor, dhe për trajtim të specializuar ? (po/jo - jep sqarime)

47. A analizon IEVP dhe DPB për secilin rast të vdekjes nëse janë respektuar protokollet e ndjekjes mjekësore, të referimit, të transferimit dhe të sigurisë gjatë shoqërimit? (po/jo - jep sqarime si dhe praktikën)

48. A ka nxjerrë DPB masa korrigjuese, udhëzime ose trajnime shtesë në rastet kur nga praktika rezulton se personeli i shoqërimit vepron njësoj në çdo rast, pa dalluar rrezikshmërinë dhe gjendjen mjekësore të të burgosurit? (po/jo - jep sqarime si)

49. A ka kontrolluar DPB, në rastet e vdekjes së të burgosurve gjatë viteve 2024–2025, nëse ka pasur vonesa në diagnostikim, referim, transferim, shtrim në spital ose pengesa nga masat e sigurisë gjatë shoqërimit? (po/jo - jep sqarime si).

Aneksi 2. Pyetësi për personat që vuajnë dënimin në IEVP



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT DEPARTAMENTI I AUDITIMIT TË PERFORMANCËS

Kontrolli i Lartë i Shtetit është duke kryer auditimin e performancës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor në IEVP-të dhe QSB.

Në funksion të një vlerësimi sa më të plotë dhe rritjes së transparencës ndaj publikut, KLSH ka përgatitur këtë pyetësor mbi perceptimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor në IEVP/QSB, për t'u plotësuar nga personat e dënuar dhe të paraburgosur.

Duke ju falënderuar për plotësimin e këtij pyetësi, ju sigurojmë se informacioni i dhënë do të përdoret vetëm për qëllime të përmirësimit të kujdesit shëndetësor ndaj jush.

Ruajtja e anonimatit, konfidencialitetit dhe mbrojtja e informacionit të mbledhur përbën detyrim ligjor për KLSH.

Udhëzim për plotësimin e pyetësit

- Rretho vetëm një përgjigje
- Për numrat 1–5 përdor këtë shkallë:

- 1 = Shumë keq
- 2 = Keq
- 3 = Mesatar
- 4 = Mirë
- 5 = Shumë mirë

I. TË DHËNA TË PËRGJITHSHME

1. Sa vjeç jeni? _____ vjeç?
2. Sa kohë keni në këtë IEVP/QSB?
○ <6 muaj ○ 6–12 muaj ○ >1 vit?

II. AKSESI NË SHËRBIM SHËNDETËSOR

3. A merrni shërbim mjekësor kur keni nevojë?
○ Po ○ Jo?
4. Kur kërkon mjekun, stomatologun sa shpejt kontaktoni me të?
1 2 3 4 5? (1 vonohet shumë, 5 shumë shpejt)

III. KUJDESI SHËNDETËSOR

A. Mjeku

5. Si e vlerësoni trajtimin nga mjeku?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)
6. A ju shpjegon mjeku problemin tuaj shëndetësor?
☐ Po ☐ Jo?
7. A e kuptoni shpjegimin e mjekut?
☐ Po ☐ Jo ☐ Pjesërisht?

B. Stomatologu

8. A keni akses te stomatologu kur keni nevojë?
☐ Po ☐ Jo?
9. Si e vlerësoni shërbimin e stomatologut?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)

C. Shërbimi Infermieror

5. Si e vlerësoni sjelljen e infermierëve?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)
6. A ju ndihmojnë infermierët kur keni nevojë?
☐ Po ☐ Jo?
7. Sa shpejt reagojnë infermierët?
1 2 3 4 5? (1 vonohet shumë, 5 shumë shpejt)

D. Furnizimi me barna

8. A merrni barna për problemet tuaja shëndetësore?
☐ Po ☐ Jo?
9. A mungojnë barnat?
☐ Asnjëherë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh?
10. A merrni barna nga familjarët tuaj?
☐ Po ☐ Jo?
11. A merrni barna nga familjarët për shkak të mungesës së tyre në IEVP/QSB?
☐ Po ☐ Jo?
12. A i përdorni këto barna të sjella nga familjarët sipas recetës së mjekut të IEVP/QSB?
☐ Po ☐ Jo?

IV. ANALIZAT DHE IMAZHERIA

13. A keni bërë analiza të gjakut në IEVP/QSB?
☐ Po ☐ Jo?
14. A kanë ardhur në kohë rezultatet e këtyre analizave?
☐ Po ☐ Jo?
15. A ju shpjegohen rezultatet nga mjeku specialist?
☐ Po ☐ Jo ☐ Pjesërisht?
16. A keni bërë EKO për problemet tuaja shëndetësore?
☐ Po ☐ Jo?
17. A keni patur vonesa për këto shërbime?
☐ Po ☐ Jo?

V. URGJENCA

18. A keni pasur urgjencë shëndetësore?
○ Po ○ Jo?
19. Si e vlerësoni ndihmën në urgjencë?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)

VI. REFERIMI JASHTË IEVP/QSB

20. Për arsye shëndetësore, a jeni shtruar në ndonjë spital?
○ Po ○ Jo?
21. Në çfarë spitali jeni shtruar?
○ Publik ○ Privat ○ Qendra Spitalore e Burgjeve?
22. Si e vlerësoni kujdesin e shërbimit shëndetësor në këto spitale?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)

VII. SIGURIA DHE PRIVATËSIA

23. A jeni të mbikëqyrur nga forca policore gjatë marrjes së shërbimit mjekësor në IEVP/QSB?
○ Po ○ Jo ○ Ndonjëherë?
24. Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda kabinetit të stomatologut në IEVP/QSB ?
○ Po ○ Jo?
25. Gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor, a qëndron forcë policore brenda dhomës së vizitës me mjekun e IEVP/QSB ?
○ Po ○ Jo?

VIII. TË DREJTAT DHE ANKESAT

26. A i njihni të drejtat tuaja si pacient?
○ Po ○ Jo ○ Pak?
27. A dini si të bëni ankesë?
○ Po ○ Jo?
28. A keni bërë ndonjëherë ankesë?
○ Po ○ Jo?
29. A morët përgjigje për ankesën tuaj?
○ Po ○ Jo?
30. Si e vlerësoni përgjigjen e marre pas shqyrtimit të ankesës?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)
31. A ndiheni i sigurt të ankoheni në lidhje me kujdesin shëndetësor?
○ Po ○ Jo?

IX. VLERËSIM I PËRGJITHSHËM

32. Si e vlerësoni shërbimin shëndetësor në përgjithësi?
1 2 3 4 5? (1 shumë keq, 5 shumë mirë)

X. KOMENTE

33. Çfarë duhet të përmirësohet në shërbimin shëndetësor?

(jepni komentet tuaja)

Aneksi 3: Evidencë fotografike e gjetjeve gjatë auditimit në terren

Ky aneks përmban dokumentimin fotografik të administruar nga grupi i auditimit të Kontrollit të Lartë të Shtetit gjatë inspektimeve të realizuara në Institucionet e Ekzekutimit të Vendimeve Penale (IEVP) dhe në Qendrën Spitalore të Burgjeve (QSB). Evidenca është e organizuar sipas IEVP dhe tematikave kryesore të konstatuar: menaxhimi i barnave, kushtet higjieno-sanitare të shërbimit mjekësor/stomatologjik dhe administrimi i protokolleve të trajtimit (metadoni).

I. IEVP DRENOVË (KORÇË)

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 1	Frigoriferi i medikamenteve në dhomën e vizitave, IEVP Drenovë. 	Nga verifikimet në IEVP Drenovë, në dhomën e vizitave mjekësore u konstatua se në ambientet frigoriferike të caktuara për ruajtjen e barnave që kërkojnë kushte të kontrolluara temperature, në kushte higjieno të rënuara higjieno sanitare, mbaheshin njëkohësisht edhe produkte ushqimore.
Foto nr. 2	Medikamente të skaduara të gjetura në ambientet farmacistë, IEVP Drenovë. 	Nga verifikimi në ambientet e farmacistë u konstatua mbajtja në inventar e barnave me afat përdorimi të përfunduar, ku në paketimet e administruara si provë fotografike evidentohen data skadence "02-2022" dhe "03-2022". Ky fakt tregon dështim të kontrollit periodik të inventarit farmaceutik dhe të mekanizmit për evidentimin, ndarjen dhe nxjerrjen nga përdorimi të barnave të skaduara. Kjo praktikë krijon risk për administrimin e barnave jashtë afatit të sigurisë, humbje të efektivitetit terapeutik dhe cenim të sigurisë së pacientëve.
Foto nr. 3	Frigoriferi i medikamenteve në ambientet e infermierisë, IEVP Drenovë.	Ruajtje e barnave që kërkojnë në kushte frigoriferike në një frigorifer të papërshtatshëm, me kushte higjieno-sanitare të rënuara. Në ambientin frigoriferik evidentohen papastërti, amortizim i pajisjes, mungesë ndarjeje të rregullt të produkteve dhe ruajtje e barnave në kushte që nuk garantojnë sigurinë farmaceutike

		
Foto nr. 4	Ambient i infermierisë në spitalin e IEVP Drenovë. 	Ambientin e infermierisë në kushte higjeno-sanitare të mjerueshme. Administrim jo i rregullt i metadonit, materialeve të përdorura gjatë shpërndarjes së tij dhe mbetjeve spitalore. Evidentimi produkteve ushqimore të personelit, enëve të kuzhinës, bombolës së gazit për gatim, bidonëve plastikë të ripërdorur, si dhe materialeve mjekësore të vendosura pa ndarje të qartë funksionale. Po ashtu, u konstatuan bidonë plastikë të përdorur për shpërndarjen/mbajtjen e metadonit 0,5 l lajthiza, si dhe mbetje spitalore, përfshirë shiringa, të vendosura në bidonë plastikë 5-litëresh, jashtë kushteve të përshtatshme për grumbullimin, ndarjen dhe administrimin e mbetjeve të rrezikshme mjekësore.

II. IEVP JORDAN MISJA (TIRANË - IEVP 313)

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 5	Medikamente të skaduara të gjetura në ambientet e shërbimit stomatologjik, IEVP Jordan Misja. 	Prani e materialeve dhe barnave mjekësore "Endoseptone" në ambientet e institucionit me afat përdorimi të përfunduar, si dhe mungesë e kontrollit të rregullt mbi inventarin farmaceutik dhe periudhat e skadencës. Në provën fotografike evidentohen disa kuti barnash të administruara në ambientin e shërbimit shëndetësor, ku në paketim janë të shënuara datat e skadencës; megjithatë, nga foto datat nuk dallohen qartë dhe duhet të plotësohen sipas verifikimit fizik të kutive, konkretisht: skadencë 10-2025.
Foto nr. 6	Ambient i dhomës së stomatologjisë, IEVP Jordan Misja.	Mangësi të theksuara në kushtet higjiene-sanitare, të cilat nuk garantojnë plotësisht një mjedis të sigurt për ofrimin e shërbimit stomatologjik. Ambienti paraqitet i papërshtatshëm për kryerjen e vizitave dhe trajtimeve, për shkak të mungesës së pastërtisë së duhur, administrimit jo të rregullt të materialeve të përdorura dhe mungesës së ndarjes së qartë të zonës së punës nga materialet ndihmëse.

		
Foto nr. 7	Freza të ndryshkura dhe vegla pune në ambientet e stomatologjisë, IEVP Jordan Misja. 	U konstatua gjendje e rënduar higjieno-sanitare dhe administrim i parregullt i materialeve stomatologjike. Në sipërfaqen e punës evidentohen instrumente dhe freza dentare të vendosura në mënyrë të çrregullt, pa ndarje të qartë sterile/josterile, me shenja ndryshku dhe papastërtie, çka nuk garanton kushte të sigurta për përdorim gjatë trajtimit stomatologjik. Gjithashtu, materialet mjekësore dhe preparatet stomatologjike mbahen të përziera me pajisje të përdorura, pa sistemim të rregullt, pa paketim steril dhe jashtë kushteve të përshtatshme të ruajtjes
Foto nr. 8	Medikamente të skaktuara në sirtarët e ambientit të stomatologjisë, IEVP Jordan Misja 	Mungesë protokollit për e barnave pa vlerë përdorimi, pa pullë spitalore apo pullë qarkullimi të brendshme .

III. IEVP MINE PEZA (TIRANË - IEVP 302)

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 9	Medikamente me pullë “Përdorim spitalor” të administruara në farmacinë e IEVP Mine Peza. 	Verifikim i gjurmueshmërisë së paketave spitalore të alokuara zyrtarisht me pullë për përdorim të brendshëm .
Foto nr. 10	Medikamente pa pullë specifike për përdorim spitalor, të gjendura në ambientet e IEVP Mine Peza.	Mungesë dokumentacioni ose rregullimi specifik mbi origjinën dhe arsyen e mbajtjes në farmaci të medikamenteve.

		
--	---	--

IV. IEVP POJSKË (POGRADEĆ)

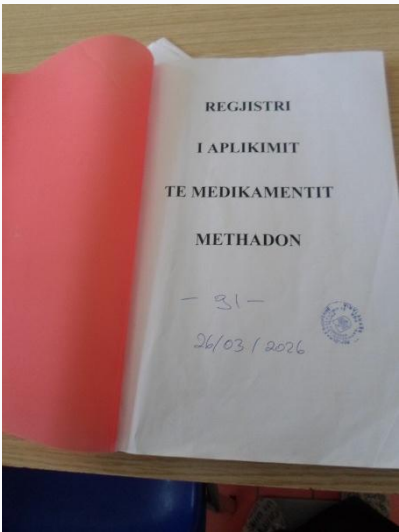
Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 11	Medikamente me afat të kaluar përdorimi (të skaduara) në ambientet e farmacisë, IEVP Pojskë. 	Mungesë e procesit të rregullt të inventarizimit periodik, ndarjes dhe nxjerrjes nga përdorimi të medikamenteve me afat përdorimi të përfunduar. Në ambientet e shërbimit shëndetësor u evidentua medikament me datë skadence 03/2026, i cili vijonte të mbahej në inventar, pa u administruar sipas procedurave për largimin dhe asgjësimin e barnave jashtë afatit

V. IEVP VLORË

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 12	Medikamente pa dokumentacion shoqërues ose fletë-hyrje (sasia: 42 kokrra) në farmacinë e IEVP Vlorë. 	Mungesë transparence dhe dokumentimi të plotë në hyrjet dhe administrimin e barnave. Konkretisht, për 42 tableta të medikamentit "Tarden" nuk u paraqit dokumentacion justifikues që të provonte burimin e hyrjes, mënyrën e administrimit, gjendjen në inventar apo përdorimin e tyre.
Foto nr. 13	Gjendja e ruajtjes dhe administrimit të medikamentit Metadon, datë 11.05.2026, IEVP Vlorë.	Nga verifikimi u konstatua se 7 kuti me shishet e metadonit

		
Foto nr. 14	Ambientet e kabinetit te Stomatologjisë jashtë funksionit në IEVP Vlorë 	Në ambientin e stomatologjisë u konstatua se poltroni stomatologjik nuk ishte vendosur në funksion dhe ambienti vijonte të ishte në gjendje të papërshtatshme për ofrimin e shërbimit stomatologjik. Pajisjet dhe materialet ndihmëse rezultonin të vendosura në dyshe dhe pa sistemim funksional, duke mos garantuar kushte të rregullta higjieno-sanitare, sigurie dhe pune për personelin shëndetësor. Ky konstatim u evidentua në mënyrë të përsëritur brenda një periudhe rreth 20-ditore, pa ndryshim të gjendjes faktike, megjithëse nga grupi i auditimit të KLSH-së ishte kërkuar vendosja në funksion e poltronës dhe marrja e masave për rregullimin e ambientit.

VI. DOKUMENTACIONI DHE REGJISTRAT E PLANIFIKIMIT (IEVP FIER)

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 15	Regjistri i planifikimit dhe administrimit të medikamentit Metadon. 	Faqja kryesore / Kopertina e regjistrit zyrtar të hapur më datë 26.03.2026.
Foto nr. 16	Regjistri i aplikimit të medikamentit Metadon, IEVP Fier.	Nga verifikimi i Regjistrit të planifikimit dhe administrimit të medikamentit Metadon, faqe nr. 26, datë 27.04.2026, u konstatua se janë pasqyruar dozat ditore në miligramë (mg) për 22 persona

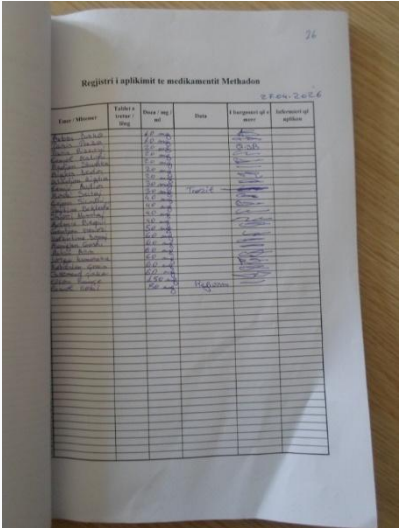
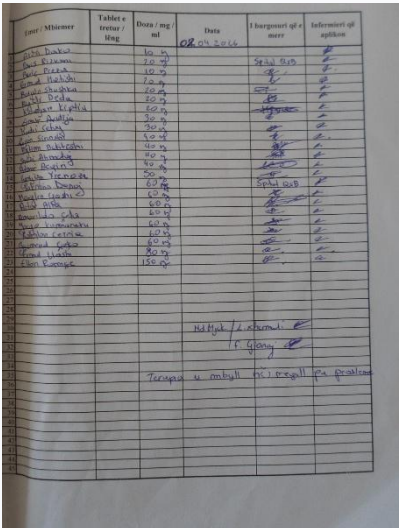
		të dënuar/paraburgosur që kanë marrë trajtimin. Në të njëjtën faqe janë pasqyruar edhe nënshkrimet përkatëse të personave që kanë përfituar dozën, por nga verifikimi vizual rezulton se këto nënshkrime paraqesin ngjashmëri të dukshme grafike dhe dyshohet se janë kryer nga e njëjta dorë. Gjithashtu, në këtë faqe të regjistrit nuk rezulton nënshkrimi i infermierit përgjegjës në rubrikën “Infermieri që aplikon”, megjithëse prania dhe nënshkrimi i tij gjatë dhënies së dozës, së bashku me mjekun, është i nevojshëm për dokumentimin, mbikëqyrjen dhe gjurmueshmërinë e administrimit të metadonit.
Foto nr. 17	Regjistri i planifikimit të Metadonit, IEVP Fier. 	Faqe e brendshme, datë 02.04.2026, Nga verifikimi i Regjistrit të planifikimit dhe administrimit të medikamentit Metadon, faqe datë 02.04.2026, u konstatua se janë pasqyruar dozat ditore në miligramë (mg) për 23 persona të dënuar/paraburgosur që kanë marrë trajtimin. Në të njëjtën faqe janë pasqyruar nënshkrimet në rubrikën “Infermieri që aplikon”, por nga verifikimi vizual rezulton se këto nënshkrime paraqesin ngjashmëri të dukshme grafike me firmat e nënshkruara nga përdoruesit e metadonit dhe dyshohet se janë kryer nga e njëjta dorë. Kjo situatë ngre pasiguri mbi praninë reale të infermierit përgjegjës gjatë dhënies së dozës, si dhe mbi dokumentimin e saktë të procesit të administrimit të metadonit.
Foto nr. 18	Gjendja e ruajtjes dhe administrimit të medikamentit Metadon, datë 11.05.2026 IEVP Fier 	Gjendja e metadonit, datë 11.05.2026, IEVP Fier, gjithsej 18 kuti me shishe të plota

Foto nr. 19	Metadonit i gjendur në zyrat e administratës, jashtë regjimit të burgut në IEVP Fier. 	Administrimi i metadonit është kryer në zyrat e administratës, jashtë regjimit të burgut dhe jashtë ambienteve të përcaktuara për shërbim shëndetësor, si infermeria, ambientet spitalore apo farmacia. Kjo praktikë nuk garanton kushte të përshtatshme për ruajtjen, përgatitjen, shpërndarjen dhe dokumentimin e një medikamenti që kërkon administrim të kontrolluar dhe të monitoruar.
Foto nr. 20	Reagentë të skkaduar, në ambjentët e IEVP Fier 	Administrimi në ambientet e dhomës së analizave dhe ekzaminimeve e reagentëve Syphilis 3.0, me afat përdorimi të përfunduar më datë 14.01.2021. Këta reagentë mbaheshin në dollapët e kësaj dhome, e cila rezultoi e mbyllur prej rreth 19 muajsh. Nga verifikimi rezultoi se për këtë ambient nuk disponoheshin çelësat nga personeli përgjegjës, ndaj hapja e dhomës u krye me komision nga IEVP Fier.

VII. DOKUMENTACIONI DHE REGJISTRAT E PLANIFIKIMIT (IEVP RROGOZHINË)

Referenca	Titulli / Hapësira për Foto	Konstatimi i Auditimit
Foto nr. 21	Frigoriferi i medikamenteve në ambientet e infermierisë, IEVP Rrogozhinë 	Frigorifer i përdorur për ruajtjen e barnave që kërkojnë kushte të kontrolluara temperature ishte në gjendje të papërshtatshme higjieno-sanitare dhe teknike. Pajisja paraqiste papastërti të dukshme, amortizim, mungesë të ndarjes së rregullt të produkteve, si dhe në të mbaheshin njëkohësisht edhe produkte ushqimore. Ruajtja e barnave së bashku me produkte ushqimore, në një pajisje jo të përshtatshme dhe pa kushte të kontrolluara, nuk garanton sigurinë farmaceutike të medikamenteve..
Foto nr. 22	Ambientet e kabinetit te Stomatologjisë IEVP Rrogozhinë	Në ambientin e stomatologjisë u konstatua se poltrona stomatologjike nuk ishte në funksion, ndërsa ambienti vijonte të ishte në gjendje të papërshtatshme për ofrimin normal të shërbimit stomatologjik. Pajisjet dhe materialet ndihmëse ishin të vendosura në dysHEME, pa sistemim funksional dhe pa kushte të

		rregullta higjiëno-sanitare, sigurie dhe pune për personelin shëndetësor.
Foto nr. 23	Medikamente të skaduara në sirtarët e ambientit të stomatologjisë, IEVP Rrogozhinë 	Prania e materialeve stomatologjike “Dentin Paste” 50 mg me afat përdorimi të përfunduar, konkretisht me datë skadence 05/2023. të cilat mbaheshin në ambientet e stomatologjisë pa u evidentuar qartë procesi i kontrollit, ndarjes dhe administrimit sipas afateve të përdorimit.

Buurimi: Konstatimet në terren dhe administrimi fotografik nga Grupi i Auditimit të KLSH-së (Maj-Qershor 2026).

Aneksi 4: Observacionet e DPB

Për sa është trajtuar në këtë pjesë të Raportit Përfundimtar të Auditimit, nga subjekti i audituar, Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve, me shkresën nr. 2583/1 Prot., datë 23.07.2026, protokolluar në KLSH nr.171/3 prot., datë 27.07.2026 janë paraqitur observacionet si më poshtë:

1.Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr.1 të Projekt Raportit të Auditimit , DPB pretendon se gjetja nuk qëndron plotësisht pasi nga ana e tyre janë bërë të gjitha përpjeket e nevojshme për plotësimin e plotë të strukturës me mjekë, por rekrutimi i tyre ka qënë dhe mbetet i vështirë.Sipas subjektit për të dënuarat gra dhe të miturit trajtimi i tyre nga mjekët specialist gjinekolog dhe peditër bëhet përmes referimit ne spitalet publike.Përsa i përket të dënuarve me probleme të shëndetit mendor nga ana e DPB është pranuar se ka mangësi për mjekë psikiatër me kohë të plotë.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që ndryshojnë konstatimet , analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit.Nga ana e subjektit nuk është paraqitur dokumentacion shtesë që të justifikojë pretendimet e tyre.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

2.Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr.2 të Projekt Raportit të Auditimit , DPB pretendon se nga ana e saj po bëhet shqyrtimi i Draft VKM-së propozuar nga Ministria e Shëndetësië dhe Mirëqenies Sociale“Për rregullat e ngritjes e të funksionimit të Institucioneve mjekësore si dhe masat e sigurisë për ruajtjen e tyre”.Përsa i përket plotësimit të strukturës së IEVP Lezhë me mjekë psikiatër subjekti shpjegon se në vijimësi, publikon dhe zhvillon procedura rekrutimi për plotësimin e vendeve vakante.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit.Nga ana e subjektit nuk është paraqitur dokumentacion shtesë që të justifikojë pretendimet e tyre.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

3.Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 3 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se IEVP Pojskë e ka organikën e stafit shëndetësor të plotësuar përveç farmacistit i cili është mungesë. Përsa i përket kabinetit dentar subjekti pretendon se nuk ka qenë funksional për shkak të një defekti teknik por tashmë është rregulluar.Në lidhje më shërbimet gjinekologjike pranohet se ekzaminimi i tyre bëhet në momëntin e hyrjes në institucion, më pas kur gjykohet e arsyeshme nga mjeku i institucionit bëhet referimi tek gjinekologu ose onkologu sipas rastit.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit.Nga ana e subjektit nuk është paraqitur dokumentacion shtesë që të justifikojë pretendimet e tyre.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

4. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 4 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se kontrollet mjekësore për të miturit në IEVP Kavajë realizohen në mënyrë periodike sipas një programi të përcaktuar nga stafi shëndetësor i institucionit dhe në varësi të nevojave individuale të tyre. Monitorimi i vazhdueshëm i gjendjes shëndetësore realizohet nëpërmjet vizitave periodike mjekësore dhe stomatologjike. DPB shpjegon se për të miturit në IEVP hartohet Plani Individual të Trajtimit (PIT), i cili shërben si instrument për planifikimin e ndërhyrjeve rehabilituese sipa nevojave specifike

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Nga ana e subjektit nuk është paraqitur dokumentacion shtesë që të justifikojë pretendimet e tyre.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

5. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 5 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se trajtimi i të dënuarave gra me problem të shëndetit mendor bëhet në QSB edhe pse kjo qendër nuk është e përshtatur për trajtimin e tyre. Subjekti pretendon se trajtimi i kësaj kategorie realizohet nëpërmjet një qasjeje të integruar nga ekipi multidisiplinar pavarësisht se në strukturë ka vetëm 1 mjek psikiatër, duke u bazuar në nevojat individuale të secilës paciente.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Nga ana e subjektit nuk është paraqitur dokumentacion shtesë që të justifikojë pretendimet e tyre.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

6. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 6 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se gjetja nuk pasqyron në mënyrë të plotë masat e ndërmarra nga institucioni për zbatimin e trajtimit multidisiplinar të personave me çrregullime të shëndetit mendor. Sipas subjektit, janë hartuar procedura standarde, janë ngritur ekipet multidisiplinare të menaxhimit të rasteve, janë zhvilluar trajnime për personelin dhe janë miratuar dokumente orientuese që synojnë përmirësimin e rehabilitimit dhe riintegrimin të kësaj kategorie.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur nga subjekti evidenton ekzistencën e akteve administrative, procedurave dhe masave organizative, të cilat janë marrë në konsideratë gjatë auditimit. Megjithatë, gjetja nuk lidhet me mungesën e kuadrit rregullator, por me nivelin e zbatimit të tij në praktikë dhe efektivitetin e trajtimit multidisiplinar të personave me çrregullime të shëndetit mendor, bazuar në evidencat e administruara gjatë punës audituese.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

7. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 7 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë ndërmarrë masa për përmirësimin e procesit të referimit dhe koordinimit të shërbimeve shëndetësore, duke paraqitur dokumentacion mbi veprimet administrative të kryera.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

8. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 8 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë marrë masa për përmirësimin e organizimit dhe funksionimit të shërbimit shëndetësor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

9. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 9 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë ndërmarrë masa për përmirësimin e procedurave të monitorimit dhe administrimit të shërbimeve shëndetësore në IEVP.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

10. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 10 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë ndërmarrë masa për përmirësimin e administrimit dhe dokumentimit të shërbimeve shëndetësore, në përputhje me aktet rregullatore në fuqi.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

11. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 11 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë ndërmarrë masa për standardizimin e procedurave të furnizimit, administrimit dhe dokumentimit të metadonit në sistemin e burgjeve, nëpërmjet miratimit të urdhrit për implementimin e formateve standarde dhe disiplinimin e procedurave të trajtimit shëndetësor në të gjitha IEVP-të dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

12. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 12 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë kryer verifikime mbi hyrjet dhe daljet e metadonit në farmacinë e IEVP Vlorë, si dhe është analizuar konsumi i medikamentit sipas numrit të përfituesve dhe dozave ditore për vitet 2025–2026, duke përfshirë edhe transferimet e metadonit drejt IEVP-ve të tjera.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur nuk përmban evidenca që të justifikojnë diferencën prej 1.5 litra metadon, të konstatuar gjatë verifikimit fizik dhe rakordimit me dokumentacionin justifikues, e cila përbën thelbin e gjetjes së auditimit. Për rrjedhojë, pretendimet nuk rrëzojnë konstatimet e Projekt Raportit të Auditimit.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

13. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 13 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë marrë masa për standardizimin e procedurave të furnizimit, marrjes në dorëzim, ruajtjes, shpërndarjes,

administrimit dhe dokumentimit të metadonit në të gjitha I EVP-të dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve. Gjithashtu, sqaron se për zhvendosjen e farmacistë brenda regjimit të sigurisë në I EVP Peqin do të merren masat e nevojshme për krijimin e ambienteve përkatëse.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

14. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 14 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se ka ndërmarrë masa të vazhdueshme për rekrutimin e mjekëve dhe farmacistëve në sistemin e burgjeve, megjithëse procesi vijon të hasë vështirësi për shkak të specifikave të këtij sistemi. Gjithashtu, thekson se implementimi i sistemit të recetës elektronike (eRx) mbetet prioritet institucional dhe se janë ndërmarrë veprime për pajisjen me licencë të farmacistit në I EVP Vlorë.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Përkundrazi, pretendimet konfirmojnë se mosimplementimi i sistemit eRx lidhet me mungesën e mjekëve me kohë të plotë dhe farmacistëve të licencuar, duke përforcuar analizën dhe konkluzionet e auditimit. Masat e ndërmarra për rekrutimin e personelit dhe implementimin e eRx përbëjnë veprime korrigjuese të ndërmarra pas auditimit dhe nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

15. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 15 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se ka ndërmarrë masa për përmirësimin e planifikimit, furnizimit dhe monitorimit të gjendjes së barnave dhe materialeve mjekësore në farmacitë e I EVP-ve, nëpërmjet miratimit të Urdhrit nr. 13821 Prot., datë 20.07.2026, të zbatueshëm në të gjitha I EVP-të dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

Vazhdojmë me versionin përfundimtar për gjetjet nr. 16–20, duke ruajtur të njëjtin stil dhe strukturë.

16. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 16 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se Sektori i Kujdesit Shëndetësor ka qenë dhe vijon të jetë në varësi të Drejtorisë së Përgjithshme të Burgjeve, pavarësisht vendndodhjes së tij pranë Qendrës Spitalore të Burgjeve. Gjithashtu, sqaron se është propozuar ngritja e këtij sektori në nivel drejtorie dhe se në Rregulloren e re të Përgjithshme të Burgjeve do të përcaktohen qartë përgjegjësitë, linjat e raportimit dhe përshkrimet e punës të personelit shëndetësor.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Gjetja e auditimit nuk lidhet me vendndodhjen fizike të Sektorit të Kujdesit Shëndetësor, por me paqartësitë e konstatuara në organizimin institucional, ndarjen e kompetencave, linjat e raportimit dhe mospërditësimin e akteve të brendshme organizative. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa të ndërmarra për adresimin e këtyre problematikave, por ato nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

17. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 17 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se ka ndërmarrë masa për plotësimin e vendeve vakante të personelit shëndetësor, përmirësimin e trajtimit financiar dhe pajisjen me licencë të farmacistit në IEVP Vlorë, duke theksuar se rekrutimi i personelit mbetet prioritet institucional.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

18. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 18 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se do të ndërmarrë masat e nevojshme për evidentimin dhe regjistrimin e plotë të pajisjeve mjekësore sipas formularëve tip të Qendrës Kombëtare të Inxhinierisë Biomjekësore dhe për regjistrimin e tyre në sistemin CLINGO, si dhe për përditësimin periodik të të dhënave mbi funksionalitetin, mirëmbajtjen dhe historikun teknik të tyre.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

19. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 19 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë ndërmarrë masa për vënien në funksion të pajisjeve mjekësore dhe stomatologjike në IEVP-të përkatëse, si dhe për organizimin e trajnimeve të personelit shëndetësor për përdorimin e pajisjeve të emergjencës mjekësore.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

20. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 20 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se janë marrë masa për përmirësimin e kushteve të ofrimit të shërbimit stomatologjik, duke vënë në funksion kabinetet dentare, duke siguruar personelin dhe materialet e nevojshme, si dhe duke përmirësuar kushtet higjieno-sanitare dhe administrimin e materialeve stomatologjike në institucionet përkatëse.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Dokumentacioni i paraqitur evidenton masa administrative dhe korrigjuese të ndërmarra pas përfundimit të punës audituese, të cilat synojnë adresimin e problematikave të konstatuara dhe zbatimin e rekomandimeve të auditimit, por nuk ndryshojnë gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat janë mbështetur gjetjet.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

21. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 21 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se kuadri normativ në fuqi rregullon praninë e punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë vizitave mjekësore, duke garantuar respektimin e privatësisë, konfidencialitetit dhe kërkesave të sigurisë. Gjithashtu, sqaron se Qendra e Trajnimit zhvillon programe fillestare dhe të vazhduara për personelin e Policisë së Burgjeve mbi transportimin dhe shoqërimin e personave të privuar nga liria, ku trajtohen kuadri ligjor, përgjegjësitë funksionale dhe procedurat e shoqërimit.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Aktet e referuara nga subjekti parashikojnë respektimin e privatësisë dhe konfidencialitetit gjatë ofrimit të kujdesit shëndetësor, si edhe masat e sigurisë gjatë shoqërimit të personave të privuar nga liria, por nuk përcaktojnë një procedurë të unifikuar për të gjitha IEVP-të dhe Qendrën Spitalore të Burgjeve lidhur me rastet kur lejohet prania e punonjësve të Policisë së Burgjeve gjatë vizitave mjekësore, kriteret për vlerësimin individual të riskut dhe dokumentimin e këtij vlerësimi.

Gjithashtu, trajnimet e paraqitura nga subjekti lidhen kryesisht me transportimin dhe shoqërimin e personave të privuar nga liria dhe nuk trajtojnë në mënyrë specifike respektimin e privatësisë gjatë vizitave mjekësore, kriteret për praninë e personelit të sigurisë apo ndarjen e përgjegjësisë ndërmjet Policisë së Burgjeve dhe personelit shëndetësor. Për rrjedhojë, dokumentacioni i paraqitur nuk ndryshon gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi dhe provat mbi të cilat është mbështetur gjetja.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

22. Pretendimet e subjektit

Në lidhje me gjetjen nr. 22 të Projekt Raportit të Auditimit, DPB pretendon se personat e privuar nga liria konsultohen dhe trajtohen në strukturat spitalore publike dhe private sipas nevojave klinike, ndërsa hospitalizimi në Qendrën Spitalore të Burgjeve kryhet mbi bazën e rekomandimit të mjekëve specialistë. Për rastin e pacientit N.O., subjekti pretendon se mjekët specialistë të Spitalit Rajonal Fier kishin rekomanduar trajtim medikamentoz dhe jo hospitalizim, ndërsa transferimi në QSB u realizua pas evidentimit të rastit dhe ndërhyrjes së Sektorit të Shëndetësisë në DPB.

Qëndrimi i grupit të auditimit

Grupi i auditimit vlerëson se pretendimet e paraqitura nga subjekti nuk mbështeten në fakte, prova apo argumente të reja që të ndryshojnë konstatimet, analizën, konkluzionin dhe rekomandimin e Projekt Raportit të Auditimit. Shpjegimet e subjektit përshkruajnë procedurën e referimit dhe trajtimit të pacientëve në strukturat spitalore, por nuk adresojnë funksionimin e mekanizmave të monitorimit dhe ndjekjes klinike brenda sistemit penitenciar. Auditimi evidentoi se mekanizmat ekzistues nuk siguruan identifikimin dhe trajtimin në kohë të rastit konkret, ndërsa hospitalizimi i pacientit N.O. në Qendrën Spitalore të Burgjeve u realizua vetëm pas evidentimit të rastit nga grupi i auditimit dhe ndërhyrjes së Sektorit të Shëndetësisë në DPB. Ky fakt konfirmon konstatimet e auditimit dhe nuk ndryshon gjendjen faktike të konstatuar gjatë periudhës objekt auditimi.

Për rrjedhojë, observacioni nuk merret në konsideratë dhe gjetja, analiza, konkluzioni dhe rekomandimi mbeten të pandryshuara në Raportin Përfundimtar të Auditimit.

KONTROLI I LARTË I SHTETIT