

**FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR**

**RAPORTI VJETOR I VEPRIMTARISË**

**VITI 2020**

***DREJTORIA E AUDITIT TË BRENDSHËM***

## **PËRMBAJTJA**

1.	PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE.....	2
2.	BAZA LIGJORE.....	3
3.	ORGANIZIMI.....	4
3.1.	Misioni i auditimit të brendshëm.....	4
3.2.	Organizimi i Drejtorisë së Auditit të Brendshëm.....	4
4.	REZULTATET E VEPRIMTARISË SË AUDITIT TË BRENDSHËM.....	5
4.1.	Analiza e programeve të auditimit për periudhën raportuese.....	5
4.2.	Analiza e misioneve të AB.....	5
4.3.	Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre.....	5
4.4.	Gjetjet kryesore sipas sistemeve.....	6
4.4.1.	Në zbatimin detyrave të lëna nga auditimet e mëparshme.....	6
4.4.2.	Në sistemin e menaxhimit të burimeve njerëzore, pagave e shpërblimeve.....	6
4.4.3.	Në sistemin e pagesave.....	6
4.4.4.	Në sistemin e prokurimeve.....	7
4.4.5.	Në sistemin e programimit dhe zbatimit të buxhetit.....	7
4.4.6.	Në sistemin e kontabilitetit dhe raportimit financiar.....	8
4.4.7.	Në shpenzimet e karburantit e lëndës djegëse.....	9
4.4.8.	Në sistemin e supervizimit të qendrave shëndetësore me kontratë.....	9
4.4.9.	Në sistemin e kontrollit të subjekteve farmaceutike me kontratë.....	11
4.4.10.	Në sistemin e kontrollit të Spitaleve me kontratë.....	12
4.4.11.	Në sistemin e analizës së shpenzimeve të rimbursimit.....	13
4.4.12.	Në funksionimin e sistemeve të menaxhimit financiar.....	14
4.4.13.	Në auditimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.....	15
4.4.15.	Në auditimin e Spitalit Rajonal Durrës.....	18
4.4.16.	Në auditimin e Spitalit Rajonal Kukës.....	20
4.5.	Në vlerësimin e sistemeve të kontrollit të brendshëm.....	24
5.	REKOMANDIMET.....	25
5.1.	Rekomandimet e propozuara.....	25
5.2.	Përgjigja dhe reagimet e menaxhimit.....	26
6.	MONITORIMI I SISTEMIT DHE SIGURIMI CILËSISË.....	26

7.	ANALIZA E KAPACITETEVE AUDITUESE.....	27
7.1.	Problemet e konstatuara në lidhje me funksionimin e NJAB.....	27
7.2.	Kapacitet audituese dhe shpërndarja e burimeve.....	27
7.3.	Zhvillimi i aftësive dhe ngritja nivelit profesional të audituesve.....	27
8.	KONKLUZIONE.....	28
8.1.	Konkluzione mbi problematiken e punës audituese.....	28
8.2.	Prioritetet për vitin e ardhshëm.....	28

## 1. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE.

Raporti Vjetor mbi Veprimtarinë e Auditimit të Brendshëm të FSDKSH, fokusohet në drejtimit e mëposhtme:

1. Ky raport paraqet përgjegjshmërinë e realizimit të programit të auditimit. Ai trajton menaxhimin e burimeve, treguesit dhe matësit e performancës, si dhe shkallën e pajtueshmërisë me standartet profesionale të auditimit. Rezultatet dhe produktet e veprimtarisë së auditimit të brendshëm, janë të pasqyruara në raportet e auditimit të dërguar në çdo institucion.
2. Komunikon rezultatet e veprimtarisë së auditit të brendshëm. Raporti përçon problemet më të rëndësishme të identifikuara dhe të trajtuara, tregon ecurinë drejt përmirësimeve të vazhdueshme dhe veprimeve korrigjuese, si dhe sfidat e përprjekjet e për të siguruar pajtueshmërinë me kuadrin legjislativ.

Aktiviteti i auditimit të brendshëm në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (këtu e më poshtë “Fondi”) është realizuar nga njësi e auditit të brendshëm e organizuar në rang Drejtorie. Roli i kësaj drejtorie është të mbështesë menaxhimin e lartë të Fondit në realizimin e objektivave të kësaj njësie.

Përgatitja nga Fondi dhe miratimi nga Këshilli i Ministrave i listës së barnave të rimbursueshme me çmime të indeksuara për vitin 2020 në muajin Janar 2020, implementimi i kësaj liste nga data 01.02.2020, financimi i kësaj liste si dhe mbajtja e shpenzimeve të rimbursimit pothuaj në nivelet e planifikuara, financimi i paketave shëndetësore 100% falas në spitalet publike dhe jo publike, përmirësimi i punës në drejtim të përdorimit të recetës elektronike në të gjitha rajonet e vendit, financimi në kohë i shpenzimeve sterilizimit dhe dializës, nxjerrja e udhëzimeve dhe implementimi i tyre lidhur me trajtimin anti covid ambulator në banesë të personave të testuar pozitiv nga mjeku i familjes, ishin disa prej arritjeve kryesore të Fondit për vitin 2020. Këto dhe të tjera arritje u shoqëruan me një aktivitet të gjithanshëm dhe cilësor të auditimit të brendshëm, aktivitet i cili realizoi praktikisht për titullarin një siguri të arsyeshme lidhur me përdorimin me ekonomi, eficientë dhe efektivitet të burimeve që përdor Fondi.

Puna e Drejtorisë së Auditit u përqëndrua në auditimin e sistemeve me risk të lartë, vlerësimin e sistemeve të kontrollit të brendshëm duke nxitur kontrole efektive me synim parandalimin e zbulimin e rasteve abuzive. Ndikimi i punës audituese u reflektua në përgatitjen e drafteve për përmirësimin e udhëzimeve, rregulloreve në fuqi apo edhe hartimin e disa udhëzimeve të reja dhe miratimin e tyre. U përgatit dhe u miratua Udhëzimi Nr.1 datë 17.01.2020 “Mbi supervizionin e kontrollin e qendrave shëndetësore të kontraktuara me Fondi”, Rregullorja e përgjithshme e funksionimit të Fondit,

Rregullorja për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit, Rregullorja për organizimin, funksionimin dhe përshkrimet e punës për Drejtorinë Rajonale të Fondit, të cilat u miratuan me urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, Nr.277, datë 06.07.2020. Ndërsa është përgatitur drafti përkatës për rishikimin e Rregullores për funksionimin e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ, por nuk u miratua gjatë vitit 2020.

Veprimtaria audituese e Drejtorisë së Audit të Brendshëm është realizuar duke siguruar integritet të punonjësve, pavarësi si dhe në përmirësim të anës profesionale. Produkti i dalë nga ky aktivitet u mundësua nga zbatimi përherë e më mirë i standarteve profesionale duke vendosur një komunikim gjithnjë e më konstruktiv e bashkëpunues me subjektet e audituara. Gjatë vitit të kaluar janë realizuar auditime të kombinuara dhe auditime të kërkuara nga titullari. Veprimtaria audituese përfshin Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit, Drejtorinë dhe Degët Rajonale si dhe subjektet me kontratë me Fondin.

Në përfundim të vitit rezulton se:

- Janë realizuar 20 (njëzet) misione auditimi nga të cilat 18 (tetëmbëdhjetë) auditime janë të përfunduara dhe 2 (dy) auditime janë në proces, konkretisht DSHSU dhe DRF Elbasan.
- Janë rekomanduar në total 322 (treqind e njëzetë e dy) masa organizative e disiplinore, nga të cilat 305 (treqind e pesë) janë masa organizative dhe 17 (shtatëmbëdhjetë) janë masa disiplinore, konkretisht: “Vërejtje” 5 (pesë), “Vërejtje me paralajmërim për pushim nga puna” 7 (shtatë), “Kalim në një detyrë më të ulët” 1 (një) dhe “Zgjidhje kontrate” 4 (katër).
- Janë vendosur në total 1,478 mijë lekë masa zhdëmtuese, nga të cilat 1,199 mijë lekë janë për punonjësit e administratës dhe 279 mijë lekë janë për punonjësit subjekteve me kontratë.
- Janë vendosur në total 229 mijë lekë masa administrative për subjektet me kontratë.

Të gjitha rekomandimet dhe masat zhdëmtuese të dhëna janë pranuar nga subjektet e audituara, me përjashtim të masave administrative në vlerën 134 mijë lekë e cila nuk është pranuar nga Spitali Rajonal Durrës.

Megjithë arritjet mendojmë që në të ardhmen të përmirësojmë punën në drejtim të:

- Forcimit të kontrollit brendshëm nga njësitë shpenzuese.
- Përqëndrimi i punës audituese në zonat me risk të lartë, veçanërisht të riskut të mashtrimit.
- Rritja e cilësisë së auditimeve.

## **2. BAZA LIGJORE**

Kuadri ligjor dhe procedural i auditimit të brendshëm përfaqësohet nga:

- Ligji Nr.10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në RSH”, i ndryshuar.
- Akte të tjera ligjore e nënligjore të dala në fushën e sigurimit shëndetësor. Vendime, Rregullore, Udhëzime, Kontrata me dhënësit e shërbimeve shëndetësore të miratuara nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm i Fondit.
- Ligjit Nr.114/2015 datë 22.10.2015 “Për auditimin e brendshëm në sektorin publik”.
- Manuali i Auditimit të brendshëm miratuar me Urdhërin e Ministrit Financave Nr.100 datë 25.10.2016, i ndryshuar.
- Karta e Auditimit të Brendshëm Publik.
- Kuadri i Praktikave Profesionale Ndërkombëtare, i cili përmban Standardet Ndërkombëtare të Auditimit të Brendshëm dhe Praktikave Profesionale të publikuara.

### 3. ORGANIZIMI.

#### 3.1. Misioni i auditimit të brendshëm.

Misioni i DAB është kryerja e çdo angazhim auditimi në përputhje me aktet ligjore nënligjore në fuqi, standardet ndërkombëtare të auditimit të brendshëm të pranuar dhe shpallura nga Ministri i Financave, të Planit Strategjik e Vjetor të veprimtarisë së auditimit të brendshëm. Auditimi i brendshëm ka asistuar të gjitha nivelet e menaxhimit në kryerjen efektive të përgjegjësive të tyre, nëpërmjet analizave, vlerësimeve, këshillimeve dhe rekomandimeve, lidhur me veprimet e ekzaminuara.

Misioni i Drejtorisë së Auditimit të Brendshëm është të japë siguri të arsyeshme dhe të pavarur, titullarit të institucionit nëse:

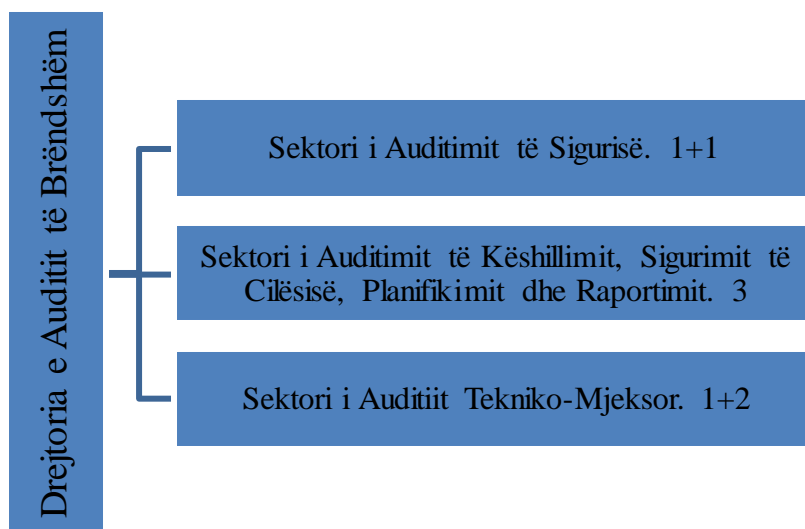
- risqet kryesore që kërcënojnë realizimin e objektivave të Fondit janë identifikuar dhe mbahen nën kontroll;
- strukturat në qendër dhe bazë menaxhojnë fondet sipas akteve ligjore, nën ligjore dhe akteve të tjera administrative të Fondit;
- kontabiliteti prodhon raporte financiare të sakta;
- në tërësi është ngritur dhe funksionon një sistem i kontrollit të brendshëm funksional.

Objekti i veprimtarisë është kryerja e auditimit të brendshëm i të gjitha strukturave, programeve, veprimtarive dhe proçeseve të Fondit dhe të strukturave vartëse.

#### 3.2. Organizimi i Drejtorisë së Auditit të Brendshëm.

Siç përcaktohet në Ligjin Nr.114/2015 “Për auditimin e brendshëm në sektorin publik”, Drejtoria e Auditit të Brendshëm varet direkt nga titullari i njësisë publike, në rastin tonë nga Drejtor i Përgjithshëm i Fondit. Për vitin 2020, Drejtoria e Auditit të Brendshëm është e organizuar në tre sektorë dhe ka në përbërje, Drejtorin e Drejtorisë, 2 (dy) Përgjegjës Sektori dhe 6 (gjashtë) Specialistë, konkretisht: 4 (katër) Specialist Ekonomist, 1 (një) Specialist Mjek dhe 1(një) Specialist Farmacist, në total 9 (nëntë) punonjës.

*Skema e organizimi paraqitet:*



## 4. REZULTATET E VEPRIMTARISË SË AUDITIT TË BRENDSHËM

### 4.1. Analiza e programeve të auditimit për periudhën raportuese.

Programi i auditimit për vitin 2020 është mbështetur mbi planin strategjik. Plani fillestar i angazhimit të auditimeve për vitin 2020 është miratuar nga titullari institucionit me shkresën Nr.7549 Prot, datë 17.12.2019.

Gjatë vitit 2020 planit vjetor është ndryshuar me shkresën Nr.3999/2 Prot, datë 25.06.2020 “Dërgohet plani i ndryshuar i angazhimit të auditimeve, viti 2020”, bazuar në Manualin e Auditit të Brendshëm miratuar nga Ministri i Financave me Urdhërin Nr.100 datë 25.10.2016, Kapitulli III, Pika 3.5 “Rishikimi i planeve strategjike dhe vjetore të auditit të brendshëm”, me qëllim përdorimin me efektivitet të burimeve njerëzore.

*Arësyet e këtij ndryshimi janë:*

Meqenësë Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka qenë e organizuar në dy sektorë me një numër prej 8 (tetë) specialistësh, në muajin Shkurt të vitit 2020 bazuar në shkresën Nr.1010 Prot datë 03.02.2020 në strukturë u shtua dhe Sektori i Auditimit Tekniko Mjeksor me 4 (katër) punonjës. Numri i punonjësve në fakt ishte 10 (dhjetë) specialistë pasi ishin të paplotësuara dy pozicione pune, konkretisht: 1 (një) specialist farmacist dhe 1 (një) specialist IT. Në kushtet e plotësimit të disa pozicioneve, auditimet u kryen në dy grupe, duke bërë të mundur realizimin e planit vjetor, por duke përditësuar afatet e auditimit në muaj të ndryshëm.

Në periudhën 26.05.2020 deri më 19.06.2020 u realizua auditimi i Spitalit Rajonal Kukës i cili nuk ishte parashikuar në planin vjetor të auditimeve si dhe në planin e ndryshuar u përfshi dhe auditimi i Degës së Fondit Tropicë pasi nuk ishte audituar për 3 (tre) vite.

*Theksojmë se për periudhën 12.03.2020 deri më 15.05.2020 nuk u kryen auditime në terren për shkak të Covid-19.*

### 4.2. Analiza e misioneve të AB.

Misionet e auditimit të realizuara për shërbimin e sigurisë mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara e tematike për verifikime të ndryshme me kërkesë të titullarit. Ato janë kryer në strukturat vartëse të Fondit në 17 (shtatëmbëdhjetë) raste dhe në 3 (tre) raste në subjektet me kontratë, konkretisht: DRF Korçë për verifikim ankese subjekt farmaceutik, QSH Gosë për verifikim ankese si dhe DRF Dibër për zbatimin e detyrave të lëna.

*Struktura e programeve të auditimit për vitin 2020 paraqitet si më poshtë:*

Nr	Emërtimi	Auditime		Totali	
		Realizuar	Proçes	Numër	Perqindje
1	Auditime të kombinuara të realizuara në strukturat e Fondit, Viti 2019	1	0	1	5.0
2	Auditime të kombinuara të realizuara në strukturat e Fondit, Viti 2020	14	2	16	80.0
3	Auditime të realizuara me kërkesën e titullarit, Viti 2020	3	0	3	15.0
	<b>Totali</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

Në fund të aktivitetit ka rezultuar një produkt vjetor ku përfshihen dhënia e 305 rekomandimeve për masa organizative dhe 17 rekomandime për masa disiplinore, pa përfshirë rekomandimet e angazhimeve që janë në process auditimi.

### 4.3. Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre.

Drejtoria e Auditit që në fazën e planifikimit vjetor është mbështetur në auditimin e sistemeve apo subjekteve që kanë një risk të lartë dhe risk të mesëm. Është kërkuar që gjatë vitit 2020 të gjitha drejtoritë e njësisë në qendër dhe rajone të përditësojnë listat e proçeseve, regjistrin e riskut dhe

gjurmët e auditit kjo edhe për arsye të ndryshmeve të ndodhura në Fond në kuadrin e ristrukturimit të institucionit.

Mbi bazën e përvojës së fituar janë vlerësuar risqet sipas sistemeve dhe subjekteve. Nisur nga fakti që strukturat e Fondit duke përfshirë dhe Drejtorinë e Përgjithshme përdorin fonde të konsiderueshme publike, niveli i riskut është vlerësuar si i lartë, i mesëm dhe i ulët. Në auditimin e disa strukturave si Drejtoria e Përgjithshme, Drejtoria e Shërbimit Spitalor Universitar (DSHSU), Drejtoria Rajonale Tiranë, Spitali Rajonal Durrës, Spitali Rajonal Kukës, Durrës, Elbasan, Korçë, Shkodër e Vlorë, afati i auditimit ka qenë më i lartë.

Sistemet që kanë nivelin e riskut të lartë janë kontrolli i zbatimit kontratave me ofruesit e shërbimeve shëndetësore siç janë koncensionarët për dializën dhe sterilizimin e pajisjeve mjeksore, spitalet jopublike për paketat shëndetësore (kardiologjisë, kardiokirurgjisë, etj) që financohen nga Fondi, qendrat shëndetësore, subjektet farmaceutike dhe spitalet publike.

Ndërkohë sistemet që mbeten në nivelin e riskut të mesëm janë ai i prokurimeve, zbatimi i buxhetit sipas zërave të miratuar, transferimi i tij ndaj subjekteve të kontraktuar, dokumentat justifikues në pagesat e ndryshme, mbajtja e kontabilitetit sipas standarteve.

#### **4.4. Gjetjet kryesore sipas sistemeve.**

Nga analiza e bërë për vitin e kaluar gjetjet kryesore sipas sistemeve janë:

##### **4.4.1. Në zbatim detyrave të lëna nga auditimet e mëparshme.**

Nga auditimi rezulton se:

Rezulton se në disa njësi të audituara nuk janë zbatuar plotësisht detyrat e lëna, ndërsa në disa njësi të tjera nuk janë zbatuar një numër i vogël i detyrave të lëna.

##### **4.4.2. Në sistemi i menaxhimit të burimeve njerëzore, pagave e shpërblimeve.**

Nga auditimi rezulton se:

- Mangësi në zbatimin e procedurës së transferimit të punonjësve, në hartimin e urdhërave të emërimit të punonjësit, mangësi në përputhshmërinë e kriterit të kualifikimit të pozicionit të punës dhe kriterit të kualifikimit personal, mangësi në ndërprerjen e marrëdhënieve të punës për punonjësit që kanë mbushur moshën për dalje në pension. (FONDI).
- Në disa nga dosjet e personelit mjek, infermier, staf mbështetës etj, ka fletë inventari të dosjeve të pa plotësuarar ka mangësi dokumentacioni, listëprezenca mujore si dokument bazë nuk vërteton pjesmarrjen ose jo në punë të punonjësit në çdo datë të muajit (Tirana), lidhur me shpenzimet e udhëtimit dhe dietat rezultoi se ka mungesë dokumentacioni justifikues të shpenzimit të kryer, ka mungesë dokumentacioni plotësues për qëllimin e shërbimit të kryer, nuk përcaktohet qëllimi për të cilën kryhet shërbimi dhe nuk jepet asnjë informacion mbi punën e kryer, në një njësi vartëse.
- Regjistrat me numrin personal të dosjes së personelit në disa raste nuk janë plotësuar saktë, pasi ka fshirje dhe korrigjime gjithashtu në disa raste rubrika “Arsimi” janë të pa plotësuara, në dy njësi vartëse.

##### **4.4.3. Në sistemin e pagesave.**

Nga auditimi rezulton se:

- Nga ana e Sektorit të Financës së Brendshëm, nuk është bërë sistemimi i të dhënave në kontabilitet, për rastet kur vendimet e gjykatës kanë marrë formë të prerë, për debitorët, nga

Drejtoria e Shërbimeve Mbështetëse për praktikat e dërguar pranë Drejtorisë Ekonomike nuk janë respektuar afatet e caktuara në kontratën dypalëshe (riparim makinash), në një njësi vartëse.

- Nga auditimi i likuidimeve, për shpenzime për mirmbajtjen dhe shërbimet për automjetet në gjitha rastet mungojnë procesverbalet e marrjes në dorëzim të punimeve dhe shërbimeve, në disa procedura blerje mungon llogaritja e fondit limit si dhe procesverbali i marrjes në dorëzim. Ka vonesa në likuidimin e operatorëve Ekonomik deri në katër muaj, duke mos respektuar afatet e likuidimit të përcaktuara në kontratë, në një njësi vartëse.
- Në dokumentacionin për likuidimin e shpenzimeve të rimbursimit mungojnë procesverbali për likuidim i nënshkruar nga specialisti përkatës i informatikë statistikës dhe urdhërzhdëmtimet e vendimet e gjobave në rastet kur janë vendosur. Kërkesë transaksionet për likuidimin e detyrimeve ndaj qendrave shëndetësore nuk shoqërohen me Urdhërin e Kryetari të Degës, bashkëlidhur plani për shpërndarjen e fondeve për çdo qendër shëndetësore. Në dosjen e bankës ndodhet fotokopje e faturës tatimore të shitjes dhe jo ajo origjinale. Fatura origjinale administrohet në zyrën e protokoll-arshivës, në dy njësi vartëse.

#### **4.4.4. Në sistemin e prokurimeve.**

Nga auditimi rezulton se:

- Në disa raste janë vendosur kritere diskriminuese në specifikimet teknike, gjatë prokurimit të blerjeve të vogla, nuk është argumentuar dhe detajuar informacioni për konsumin mujor të mallit që është blerë, pasi nuk jepen të dhëna se sa është gjendja aktuale, sa është konsumi i vitit paraardhës dhe se sa është parashikuar rritja e konsumit për vitin planifikues. Është prokuruar në një rast, blerja e paisjeve objekt investimi nga fondet e shpenzimeve korente. Kryetari i Komisionit të Vlerësimit të Ofertave, nuk është zyrtar i lartë drejtues i Autoritetit Kontraktor të Spitalit, në një njësi vartëse.
- Në të gjitha rastet e auditura të procedurave të blerjeve të vogla si për vitin 2018 edhe për vitin 2019 rezulton se nuk ka bashkangjitur procedurës dokumentat e kërkuara në ftesën për ofertë, urdhërat e nxjerra nga titullari dhe procesverbalet e mbajtura nga komisionet përkatëse nuk protokollohen në Drejtorinë e Spitalit duke mos plotësuar në këtë mënyrë elementët për të qënë dokument zyrtar, në një procedurë (blerje ushqime) ka copëzim të fondit limit, Në lidhje me procedurat e blerjeve të vogla në rrugë shkresore për vitin 2018 dhe 2019 rezulton se në pjesën më të madhe të tyre nuk është përdorur formulari nr 4 (Procesverbal i rasteve emergjente) sipas udhëzimit të APP Nr. 3, datë 08.01.2018, në një njësi vartëse.
- Në procedurën e prokurimit me objekt "Investime" rezulton se në ftesën për ofertë drejtuar operatorëve ekonomik nuk janë përfshirë disa dokumenta si, ekstrakti i QKR, vërtetimi nga administratë tatimore se nuk ka asnjë detyrim të pashlyer, vërtetim nga OSHEE për shlyerjen e të gjitha detyrimeve të maturuara të energjisë elektrike, liçenca profesionale, në një njësi vartëse.
- Për blerjet me vlerë nën 100.000 lekë, DRF Durrës nuk i është referuar VKM së miratuar për procedurat prokuruese si dhe Regjistri i Realizimit nuk dërgohet çdo 4 muaj në Fond si Autoriteti Qendror që lëvront fondet, në një njësi vartëse.
- Në komisionin e marrjes në dorëzim të aktiveve nuk është caktuar edhe punonjësi me përgjegjësi materiale (magazineri), në një njësi vartëse.

#### **4.4.5. Në sistemin e programimit dhe zbatimit të buxhetit.**

Nga auditimi rezulton se:

- Nga auditimi i hartimit dhe programimit të treguesve ekonomik financiar kriteret dhe bazat mbi të cilat është bërë ky planifikim për disa njësi vartësie, konstatohet se: Pasqyrat standarte për



hartimin dhe programimin e treguesve buxhetor afatmesëm (TBA) nuk shoqërohen me relacion shpjegues e argumentues për treguesit e parashikuar, në tre njësi vartëse.

- Evidencat mujore të detajimit e transfertës së buxhetit kontraktuar të qendrave shëndetësore janë të nënshkruara por nuk janë në formatin standart zyrtar dhe janë të paprotokolluara, ka mospërputhje në raportimin e shpenzimeve të analizës 6023 “Shpenzime transporti” në situacionit me pagesat e evidentuara në ditarin e bankës”, në një njësi vartëse.
- 
- Nuk është raportuar pasqyra e të ardhurave dytësore sipas burimit të realizimit e natyrës së përdorimit, sipas përcaktimeve të bëra në kontratën dypalëshe, në dy njësi vartëse.
- Ka mosrakordim në raportimin e të dhënave në situacion me të dhënat e evidentuara në ditarin e bankës sipas nënanalizave të shpenzimeve dhe të ardhurave. Ka tejkalim shpenzimesh në disa nënanaliza, konkretisht 6001 “Paga të personelit të përhershëm”, 6022 “Shërbime nga të tretët” (Ujë e Energji) si dhe 6029 “Shpenzime tjera operative” (Shpenzime gjyqësore). Ka raportim të shpenzimeve e të ardhurave jo sipas analizave përkatëse në nomenklaturën e llogarive të planit kontabël publike e klasifikimit buxhetor, në një njësi vartëse.
- Lidhur me hartimin dhe programimin e treguesve buxhetor afatmesëm (TBA) 2020-2022 nga Spitali rezulton se, nuk është ngritur nga titullari institucionit grupi punës për hartimin dhe programimin e treguesve buxhetor afatmesëm (TBA) 2020-2022 si dhe nuk administrohet procedura e ndjekur nga sektorët përkatës; nuk ka relacion sqarues e argumentues ku të analizohen e shpjegohen kriteret dhe bazat mbi të cilat janë bërë parashikimet për treguesit ekonomik financiar; procedura për parashikimin e shpenzimeve për mallra e shërbime për vitin 2020 nuk është bërë sipas formatit të përcaktuar në Pasqyrën Nr.5 “Përmbledhëse e shpenzimeve për mallra e shërbime” bashkalidhur udhëzimit. Rezulton se nuk janë hartuar bilance materiale ku argumentohen nevojat për mallra dhe shërbime sipas nënanalizave të parashikuara; Treguesit e parashikuar për vitin 2020 krahasuar me faktin e vitit 2019 janë me një rritje totale prej 90,027 mijë lekë dhe nuk jepet asnjë argument, në një njësi vartëse.
- Nuk është bërë detajimi mujor i zërave të buxhetit të kontratuar në analizat 7 (shtatë) shifrore si dhe nuk është bërë njoftimi në DRF dhe në Degën e thesarit. Ka tejkalim shpenzimesh në disa nënanaliza 7-shifrore sipas klasifikimit ekonomik, në një njësi vartëse.

#### **4.4.6. Në sistemin e kontabilitetit dhe raportimit financiar.**

Nga auditimi rezulton se:

- Në të gjitha njësitë e audituara nuk funksionin programi “Oracle”, të dhënat mbahen në excell.
- Nuk janë marë masat e nevojshme për sistemin e vlerës së garancisë e kontabilizuar në llogarinë 520 “Disponibilitete në Thesar”, pasi garancia duhet të shlyhet ndaj operatorëve ekonomik ose të kalojë në favor të autoritetit kontraktor me përfundimin e afatit të garancisë. Rezulton se në llogarinë “429” është evidentuar detyrimi i palikujduar nga një debitor, por nga Spitali, nuk ka shkresa për ndjekje të arkëtimit të kësaj shume, në një njësi vartëse.
- Nga kontrollat e ushtruara nga Drejtoria e Kontrollit në Fond dhe Drejtoria Rajonale e Fondit Kukës janë konstatuar e rekomanduar dëme ekonomike, gjopa e kushteve penale të cilat nuk janë kontabilizuar dhe nuk janë arkëtuar, e për pasojë që nuk janë pasqyruar në pasqyrat financiare vjetore në disa vite por edhe në vitin 2019. Rezulton se Spitali ka 5,933,928 lekë shpenzime të kryera në vitet 2007-2018 të cilat nuk i ka likujduar, detajuar: për mungesë fondesh (4,745,277 lekë) me objekt blerje barna e materiale mjeksore, dhe për furnizime jashtë kontrate (1,188,651 lekë) me objekt blerje ushqime. Rezulton se Spitali ka detyrime të paarkëtuara nga punonjës, ish punonjës, të kontabilizuara, në shumën për 4,031,233 lekë nga 28 punonjës, në një njësi vartëse.

- Rezulton se DRF Tiranë ka gjendje debitorësh të paarkëtuar të periudhës 1997- Dhjetor 2019 në shumën 40,807,731 lekë dhe gjendje kreditorësh të palikujduar të periudhës 2015-Dhjetor 2019 në shumën 11,518,466 lekë. Në DRF Lezhë se janë krijuar kreditorë të pa likujduar të vitit 2015 e më parë në shumën 74,024 lekë. Në DRF Vlorë rezultojnë detyrime të pa arkëtuara gjatë viteve 2007-2019 në shumën totale 363,823.5 lekë.

#### **4.4.7. Në shpenzimet e karburantit e lëndës djegëse.**

Nga auditimi rezulton se:

- Rezulton se për vitin 2018 dhe vitin 2019, subjekti ka paguar për llogari të furnitorëve (“Kastrati” sha & “Kastrati” shpk dhe “Resuli-ER” shpk vlerën e taksës së markimit (shënjimit) për blerjen e karburantit dhe lëndës djegëse (gazoil dhe solar) në shumën gjithësej 206,047 lekë. Gjatë vitit 2019, 6 ambulanca kanë konsumuar 1,530.5 litra karburant (naftë) më shumë nga sa duhej të konsumonin sipas normativave të miratuara. Nuk janë plotësuar në të gjitha rastet të gjitha rubrikat e përcaktuara (targa e automjetit, emëri i plotë i shoferit) rregjistrat e lëvizjes së autoambulancave për thirrjet e urgjencave brenda rrethit si dhe thirrjet në drejtim të Tiranës, nga ana e Urgjencës, në një njësi vartëse.
- Nga verifikimi i rregjistrat të lëvizjeve të të sëmureve në drejtim të Tiranës apo rretheve të tjera për periudhën e auditimit rezulton se, nuk plotësohet rubrikat si “Numri i regjistrat”, “Numri ID” si dhe “Numri dhe data e rekomandimit”, datat nuk ndjekin rendin kronologjik në 57 raste si dhe ka kalime numri (data të paplotësuara) në 22 raste, ka korrigjime dhe fshirje (mbivendosje) në disa rubrika, regjistrat nuk janë të sekretuar dhe të mbyllur në fund të vitit, në një njësi vartëse.
- Nga verifikimi me përzgjedhje i ushtruar në lidhje me volumin e punës (kilometrat e përshkuara) raportuar në fletë udhëtim dhe raportimit në regjistrin e shërbimit të urgjencës, rezultoi se rrugët e shënuara në regjistër nuk rakordojnë me volumin e punës raportuar në fletë udhëtim, në një njësi vartëse.
- Nga verifikimi i dokumentacionit lidhur me raportimin e volumit të punës për automjetet konstatohet se, autorizimet edhe pse janë të protokolluara e të nënshkuara dhe ndjekin rendin kronologjik rritës kanë referencë datë lëshimi ditë e muaj të mëparshëm, të gjitha fletë udhëtimet janë pa emrin, mbiemrin dhe nënshkrimin e personit që kontrollon dhe përllogarit volumin e punës. Pjesa më e madhe e fletë udhëtimeve janë pa numër rendor, pa emrin e mbiemrin si dhe nënshkrimin e drejtuesit të mjetit, në një njësi vartëse.
- Nga verifikimi i mbajtjes së dokumentacionit për mjetet dhe pajisjet që konsumojnë lëndë djegëse rezulton se: Nuk mbahet libri i automjetit, generatorit apo kaldajës ku të evidentohen rubrikat si, personi përgjegjës, normat orientuese të konsumit dhe amortizimit, karakteristikat e tyre, historiku, gjendja inventarialo-teknike, volumi i punës sipas viteve dhe riparimet e mesme dhe të përgjithshme të kryera në vite, në një njësi vartëse.

### **Sisteme të tjera sipas misionit dhe qëllimit të institucionit.**

#### **4.4.8. Në sistemin e supervizimit të qendrave shëndetësore me kontratë.**

##### **4.4.8.1. Lidhur me trajtimin e problemeve tekniko-mjeksore.**

Nga auditimi rezulton se:

- Gjatë trajtimit të detyrave të lëna nuk jepen të dhëna konkrete dhe evidenca se si është zbatuar detyra e lënë. Rezultojnë raste ku megjithëse nuk janë realizuar detyrat e lëna nga supervizimi i mëparshëm, nuk ka sanksione për personat përgjegjës. Kjo në 8 (tetë) subjekte të audituara.

- Në trajtimin e Listë Kontrollit 3 “Klinika”, pika 5 “Monitorimi i shpenzimeve të rimbursimit” rezultojnë raste ku QSh dhe mjekët janë me tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit, por lidhur me tejkallimin e shpenzimeve të rimbursimit nuk bëhet analizë nëse ky tejkallim argumentohet me efektet financiare të rasteve të reja, ndryshimet e mjekimit dhe rasteve akute. Për rrjedhojë nuk ka as sanksione për mjekët me tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit të paargumentuar. Kjo në 6(gjashtë) subjekte të audituara.
- Për planifikimin e supervizimeve që do të realizohen në QSH me kontratë nuk dokumentohet një analizë rrisht mbi bazën e të cilës të planifikohet frekuenca e kryerjes së supervizimeve, kohëzgjatja e tyre dhe përbërja e ekipeve supervizuese. Rezulton që QSH me rrisht të ulët planifikohen të kontrollohen cdo vit, me të njëjtin kohëzgjatje dhe e njëjta përbërje grupi si QSH me rrisht të mesëm. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nga supervizimet rezultojnë skadencat të barnave, por supervisorët nuk kanë bërë analizë për arsyet e skadencave, personat përgjegjës dhe në rekomandimet që i dërgohet qendrës shëndetësore nuk lihet as detyrë që të marrin masa në të ardhmen për të parandaluar dhe shmangur skadencat e barnave. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Në kontrollet tematike me cikël të mbyllur nuk mbahet aktverifikim me mjekun që ka lëshuar recetën me rimbursim. Pra nuk mbyllet cikli pacient-mjek-farmaci. Kjo në 4 (katër) subjekte të audituara.
- Nuk janë realizuar kontrolle tematike tek mjekët me tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit për verifikimin e rasteve të reja, ndryshimeve të mjekimit apo për problematika të tjera të shërbimit shëndetësor. Kjo në 5 (pesë) subjekte të audituara
- Për periudhën e auditimit nuk ka asnjë sanksion të vendosur nga kontrolli i recetave në zyrë. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Nga kontrolli i recetave në zyrë ka raste kur mjekët kanë shkelur kufizimet e LBR, protokollet e përdorimit të barnave, aktet e Fondit dhe kjo nuk është evidentuar si mangësi nga specialistët që kanë kontrolluar recetat. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Aktverifikimet dhe procesverbalet që mbahen me personat përgjegjës të qendrave shëndetësore nuk protokollohen në qendrën shëndetësore. Listë Kontrollet në disa raste janë të panëshkruara nga personat përgjegjës. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nuk arshivohen dosjet e kontrollit të realizuara në QSH. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Nuk përputhen të dhënat e rezultuara nga kontrollet me të dhënat e raportuara me evidencën K. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Ka mangësi në evadimin e materialeve të supervizimit. Ka raste kur raportet e supervizimit, vendimi për evadimin e materialeve të supervizimit dhe konkluzionet që i dërgohen qendrës shëndetësore janë bërë ditën e fundit të afatit të supervizimit që përcaktohet në programet e miratuara. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në raportet e supervizimit dhe konkluzionet e dërguara qendrave shëndetësore nuk vendosen afate të qarta për realizimin të masave të zhdëmtimit dhe masave administrative. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Në raportet e supervizimeve të plota nuk jepen raste konkrete për secilin mjek se si është plotësuar kartela në të gjithë elementët e saj, supervisorët nuk kanë evidentuar të gjitha fletë daljet apo epikrizat e daljes nga spitali dhe ti krahasojnë ato me mjekimin që kanë përshkruar mjekët në kartelë. Kjo në 5 (pesë) subjekte të audituara.
- Plani i shpenzimeve të rimbursimit nuk është shpërndarë në mënyrë të barabartë ndërmjet QSH. Kjo në 3(tre) subjekte të audituara.

- Nga drejtorët e QSH nuk bëhet negociim i planit të rimbursimit me MPF. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Ka raste kur megjithëse QSH nuk kanë realizuar indikatorët bonus, por për këtë mangësi nuk vendosen sanksione për përgjegjësit. Kjo në 3(tre) subjekte të audituara. Nuk hartohen dhe nuk raportohen në Fond raportet përmbledhëse 6 mujore të supervizimit për Drejtorin e Fondit. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.

#### **4.4.8.2. Lidhur me trajtimin e problemeve ekonomiko-financiare.**

Nga auditimi rezulton se:

- Për zbatimin dhe realizimin e buxhetit të kontraktuar me qendrat shëndetësore nuk ka analizë për shkaqet e mosrealizimeve të buxhetit.
- Nuk detajohet analiza e realizimit të buxhetit sipas nënanalizave dhe strukturës buxhetore.
- Në supervizimet e kryera nuk është trajtuar hartimi dhe programimi i treguesve buxhetor afatmesëm (TBA).
- Në raportet e supervizimit citohet se jo në të gjitha blerjet janë zbatuar saktësisht dispozitat ligjore pasi ka mungesë të dokumentacionit justifikues në kryerjen e procedurës,
- Në kontrollet e realizuara në veprimet me arkën për të ardhurat dytësore nuk ka reference lidhur me rakordinin e përputhshmërinë së të dhënave të regjistrave të Receptioni e Mjekut me të dhënat e raportuara në Evidencën e të Ardhurave dhe Pasqyrat Financiare.
- Në dokumentat e supervizimit nuk jepet një bilanc i të ardhurave dytësore, ku të evidentohet gjendja e të ardhurave të veta të qendrës shëndetësore në fillim të periudhës që supervizohet dhe ndarja sipas raporteve, shuma e arkëtuar, shumat e përdorura dhe teprica e këtyre të ardhurave në fund të periudhës që supervizohet e detajuar në raportet për paga (20%), mallra e shërbime (40 %) dhe investime (40 %).
- Nuk bëhet përditësimi i bazë ligjore në programet e supervizimit,
- Në disa supervizime nuk ka masa organizative dhe asnjë masë disiplinore edhe pse konstatohen shkelje.
- Referohen shkelje të ndryshme për problemet ekonomiko-financiare dhe nuk ka sanksione për personat përgjegjës të QSH.

#### **4.4.9. Në sistemin e kontrollit të subjekteve farmaceutike me kontratë.**

Nga auditimi rezulton se:

- Kontrollet tematike në farmaci nuk ushtrohen mbi bazën e riskut, në farmacitë me luhatje të shpenzimeve të rimbursimit ose nga referuar problematikave të dala nga kontrolli i recetave në zyrë. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Dosjet e lidhjes së kontratave me subjektet farmaceutike nuk u është bërë inventarizimi, nuk janë protokolluar dhe nuk janë dorëzuar në arshivë. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Në dosjet e lidhjes së kontratave me subjektin farmaceutik nuk dokumentohet dokumentacioni i duhur si aktkonstatim apo proces verbal lidhur me verifikimin në terren të largësisë së subjektit farmaceutik nga Institucioni publik shëndetësor. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Çertifikatat e Urdhrit të Farmacistit për drejtues teknik apo farmacistët e punësuar të cilat janë rinovuar nuk janë të shoqëruara me formularin e përditësimit. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në dosjet e kontrolleve me inventarizim, kur periudha e kontrollit përmban më shumë se 2 inventare, në proces verbalet e mbajtura lidhur me sasitë e barnave të nxjerra nga fletë daljet që farmacia vë në dispozicion të kontrollit, nuk saktësohet edhe numri total faturave si dhe numri i faturës së fundit. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.

- Në proçs verbalin e mbajtur lidhur me sasitë e barnave nga recetat gjëndje në farmaci nuk saktësohet numri total i recetave si dhe numri recetës së fundit. Kjo në 1(një) subjekt të audituar.
- Inventari analitik i dosjeve të kontrollit të subjekteve farmaceutike që dorëzon sektori i rimbursimit në zyrën e arkivës nuk është nënshkruar nga marrësi në dorëzim. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në dosjet e subjekteve farmaceutike që lidhin kontratë për herë të parë nuk janë mbajtur dokumenta lidhur me verifikimin e pranisë së 60% të barnave alternativë e parë, ndërsa lidhur me verifikimin e 20 barnave me konsum dhe vlerë të lartë rimbursimi nuk është bërë krahasimi me të dhënat e raportuara në inventarin e dorëzuara nga subjekti. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në një dosje lidhjeje kontrate, kontrata e punës midis punëdhënësit dhe punëmarrësit ka përfunduar më datë 08.07.2020. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në dosjet e dokumentacionit të recetave të dorëzuara nga subjektet farmaceutike për vitin 2020 nuk është mbajtur procesverbal nga specialisti i pranimit lidhur me marrjen në dorëzim të këtij dokumentacioni. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Janë raportuar si kontrole tematike në subjektet farmaceutike edhe sondazhet e bëra për verifikimin e inventarit në momentin e lidhjes së kontratës. Kjo për 4 farmaci të cilat kanë lidhur kontratë për herë të parë dhe 1 farmaci e cila ka rilidhur kontratë pas një periudhe ndërprerje. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.

#### **4.4.10. Në sistemin e kontrollit të Spitaleve me kontratë.**

##### ***4.4.10.1. Në trajtimin e problemeve tekniko-mjekësore gjatë kontrollit në spitale rezulton se:***

- Tematikat e kontroleve në spitalet publike nuk janë përzgjedhur mbi bazë risku. Nuk është realizuar kontroll në farmacitë e spitaleve për planifikimin, administrimin dhe qarkullimin e barnave dhe materialeve mjekësore. Nuk janë planifikuar drejtime të rëndësishme të aktivitetit të spitaleve si blerjet e vogla, prokurimet, shpenzimet e karburantit, pagat dhe shpërblym. Kjo në 5 (pesë) subjekte të audituara.
- Nuk kontrollohen mjekët specialistë të spitalit që kanë kontratë me spitalin për përshkrimin e recetave me rimbursim për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Në rastet kur spitali nuk ka zbatuar detyrat e lëna, nuk ka masa apo sanksione, për personat përgjegjës siç përcakton kontrata me spitalin. Grupi i kontrollit mjaftohet vetëm me rilënien e masave organizative. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Janë propozuar masa disiplinore për punonjës të spitaleve për rastet e shkeljeve në procedurat e prokurimit publik, ndërkohëqë DRF duhet ti drejtohej APP si autoriteti ligjor për marrjen e masave disiplinore apo administrative në këto raste. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Megjithëse evidentohen mangësi në plotësimin e dokumentacionit mjekësor, për këto mangësi nuk jepen masa administrative apo disiplinore sic përcakton kontrata. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nuk mbahen dokumentat standartë të kontrollit në përputhje me rregulloren e kontrollit, Kapitulli IV. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Informacioni i grupit të kontrollit për Drejtorin e DRF pas kontrollit në spital është shumë i zgjeruar dhe ka raste kur bëhet me shumë vonesë. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Në kontrollin e spitaleve evidentohen barna me afat të afërt skadence apo të skaduara, por nuk bëhet analizë për arsyet e skadencave, personat përgjegjës dhe nuk i lihet detyrë spitalit që të

analizojë këto shkaqe dhe të marrë masat e nevojshme për shmangien e skadencave. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.

- Të dhënat e rezultateve të kontrollit që janë raportuar me Evidencën K nuk përputhen me të dhënat faktike që rezultojnë nga dosjet e kontrollit. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Në lidhje me administrimin dhe qarkullimin e barnave në spital nuk bëhet inventar me përzgjedhje për disa barna me konsum dhe vlerë të lartë. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Në spitalin privat “American hospital” nuk është realizuar asnjë kontroll lidhur me zbatimin e detyrimeve kontraktuale në aspektin mjekësor si me protokollin e dializës, plotësimi i dokumentacionit mjekësor sipas kushteve të kontratës, rekomandimet e QSUT, cilësia e shërbimit etj. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nuk është ushtruar kontroll në spitalin jopublik “Aks” nga DRF Berat lidhur me zbatimin e detyrimeve kontraktuale në aspektin mjekësor si me protokollin e dializës.
- Nuk është realizuar asnjë kontroll në spitalin Gjirokastër për verifikimin e dokumentacionit të pacientëve që përfitojnë hemodializë.
- Rezultojnë raste kur në formularët e ndërhyrjeve kirurgjikale nuk plotësohet rubrika “ID e pacientit”, por këto nuk janë evidentuar këto si mangësi, për rrjedhojë nuk janë lënë detyra për plotësimin e tyre konform udhëzimeve dhe nuk ka sanksione për personat përgjegjës të cilët kanë detyrimin ligjor ti plotësojnë këto formularë në të gjitha rubrikat. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Nuk është ushtruar asnjë kontroll në spitale për zbatimin e ligjshmërisë për ruajtjen, plotësimin dhe nënshkrimin mbi modulet për gjurmueshmërinë klinike për formularët e ndërhyrjeve kirurgjikale dhe zbatimin e kontratës koncesionare me Sani Service. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Rezultojnë raste kur DRF ka paguar për çdo muaj për seanca të pakryera të dializës, për shërbim të pakryer, por që i detyron kontrata koncesionare bazuar në projeksion. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nga auditimi i dokumentacionit që koncensionari “Dia Vita” dorëzon në DRF për pagesën për shërbimin e dializës rezultoi se pasqyra përmbledhse që dorëzon koncensionari në DRF mungon rubrika e nënshkrimit të pacientit apo familjarit të tij.

#### ***4.4.10.2. Në trajtimin e problemeve ekonomiko-financiare gjatë kontrollit në spitale rezulton se:***

- Në kontrollin për të ardhurat dytësore, kontrollorët nuk citojnë bazën ligjore të shkelur, për mangësitë që referojnë. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Nuk jepen sanksione për personat përgjegjës të spitalit në rastet kur kanë rezultuar mnagësi për problemet ekonomiko financiare. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Nuk janë evidentuar dhe nuk janë dhënë rekomandimet përkatëse megjithse janë konstatuar raste të coptimit të fondeve në zhvillimin e disa procedurave të prokurimit.
- Ka raste kur aktverifikimet dhe procesverbalet nuk janë mbajtur me personat përgjegjës përfitues, por është mbajtur me drejtues të drejtorive spitalore respektive.
- Në disa raste nuk janë kontrolluar spitalet publike për tematika të rëndësishme të aktivitetit të tyre financiar si pagat dhe shpërblimet, kontroll i të ardhurave dytësore, kontroll i buxhetit, shpenzimet e karburantit, kontroll i prokurimeve dhe blerjeve me vlera të vogla, zbatim i detyrave të lëna etj. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.

#### **4.4.11. Në sistemin e analizës së shpenzimeve të rimbursimit.**

Nga auditimi rezulton se:

- Analiza e shpenzimeve të rimbursimit nuk realizohet sipas Udhëzimit Nr.1, datë 09.01.2019 “Për analizën e treguesve të rimbursimit dhe sëmundshmërisë në strukturat e Fondit”, Udhëzimit Nr.2, datë 09.01.2019 “Për analizën e shpenzimeve të rimbursimit të barnave në strukturat e Fondit”. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Nuk bëhet analiza e rimbursimit sipas agjensive plan/fakt, nuk analizohen faktorët që ndikojnë në luhatjen e shpenzimeve të rimbursimit. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Ka raste të raportimit me vonesë në Fond të analizave të rimbursimit. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në analizat e rimbursimit nuk bëhet analizë krahasuese e konsumit dhe vlerës të barnave të LBR sipas grupeve anatomike. Kjo në 3 (tre) subjekte të audituara.
- Nuk bëhet analizë e konsumit dhe vlerës së barnave të reja të LBR. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Ka patur tejkallim të shpenzimeve të rimbursimit të paargumentuar me efektin e faktorëve, por nuk përcaktohen arsyet, personat përgjegjës dhe nuk rekomandohen masa për këta persona. Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në analizat 2 mujore të rimbursimit që bëhen për shërbimin shëndetësor parësor nuk evidentohen treguesit për shpenzimet e rimbursimit për mjekët e IEVP dhe shpenzimet për “Materialet mjekësore” (fishat e diabetit). Kjo në 1 (një) subjekt të audituar.
- Në analizat 2 mujore të rimbursimit që bëhen për shërbimin shëndetësor spitalor jepen treguesit e rimbursimit vetëm për numrin total të mjekëve specialistë të spitalit, por nuk jepen treguesit e rimbursimit për secilin mjek specialist të spitalit. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Sektori i rimbursimit nuk ka bërë analiza 8 mujore dhe 10 mujore progresive të rimbursimit. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.
- Në analizën e rimbursimit sipas grupeve ATC, 20 barnave spitalore, 20 barnave ambulatorie, për barnat e reja apo barnat jashtë liste për kategoritë veteran apo invalid lufte nuk bëhen krahasime se cilët barna kanë konsum të lartë dhe çfarë peshe specifike zënë ato ndaj totalit të shpenzimeve të rimbursimit. Kjo në 2 (dy) subjekte të audituara.

#### **4.4.12. Në funksionimin e sistemeve të menaxhimit financiar.**

Nga auditimi rezulton se:

- Rezulton se gjurmët e auditit të paraqitura nga Drejtoritë e Fondit nuk janë miratuar nga GMS dhe titullari i institucionit. Nga auditimi i zbatimit të 44 urdhërave të nxjerrë nga Drejtori i Përgjithshëm për probleme të ndryshme në Fond, rezultoi se në disa raste nuk është zbatuar afati i përgatitjes së drafteve përfundimtare nga ana e grupeve të punës, megjithse është përcaktuar në urdhër. Rezulton se GMS gjatë vitit 2019 ka zhvilluar 3 mbledhje, ndërkohë duhet të mbledhet të paktën katër herë në vit. Rezulton se në Fond funksionojnë struktura (sektorë) të cilët dublojnë veprimtarinë e njëri tjetrit.
- Rezulton se Spitali Kukës ka rregulloren e brendshme të miratuar me urdhërin Nr.502, datë 04.07.2019 (protokolluar me nr. 723/1 prot., datë 04.07.2019). Por një pjesë e akteve ligjore e nënligjore të cituara në kapitullin “Referenca dhe baza ligjore”, por edhe në nene të ndryshme të rregullores, janë të shfuqizuara. Rezulton se Spitali nuk ka një Kod Etik si dhe nuk ka procedura të shkruara për të raportuar shkeljet e legjislacionit mbi etikën në punë dhe për marrjen e masave për shkeljet e konstatuara. Edhe në rregulloren e brendshme të spitalit, nuk ka ndonjë kapitull lidhur me Kodin Etik. Nuk ka ndryshime në rregulloren e brendshme të spitalit ku të përcaktohen detyrat për personat apo strukturat përkatëse që do të ndjekin zbatimin e kontratës koncesionare e aktivite të tjera.

- Rezulton se kopjet e shkresave që përgatiten nga punonjës të Spitalit (të cilat arkivohen) dhe dërgohen në institucione të tjera nuk përmbajnë emërin e mbiemrin dhe nënshkrimin e punonjësit që e ka konceptuar, punonjësit që e ka miratuar dhe punonjësit që ka konfirmuar.
- Spitali ka hartuar regjistrin e riskut në vitin 2017, protokolluar me Nr.549, datë 21.07.2017, por nuk është bërë përditësimi i tij. Megjithatë spitali ka qënë para faktit të krijimit të detyrimeve debitoare të pa likujduara në afat, në regjistrin e riskut nuk është parashikuar ky risk me qëllim kryerjen e kontrolleve ekzistuese e të mëtejshme për përmirësimin e situatës. Në regjistër nuk është parashikuar as risku i mos regjistrimit në kontabilitetit në kohën e ndodhjes të të gjitha ngjarjeve ekonomike që ndodhin në spital dhe marrja e masave për monitorimin e kontrollin e vazhdueshëm të situatës përkatëse. Në regjistër nuk është parashikuar edhe risku i mos ndjekjes dhe zbatimit të detyrave të rekomanduara nga kontrollet e ushtruara nga Fondi (Drejtoria e Kontrollit, Drejtoria Rajonale e Fondit Kukës) dhe organe të tjera të kontrollit dhe auditimit. Spitali nuk ka hartuar strategjinë e menaxhimit të riskut. Spitali nuk ka hartuar gjurmët e auditit e hartën e procesve të punës. Spitali nuk ka rregulla të shkruara për delegimin e detyrave dhe dorëzimin e detyrës.
- Rezulton se nuk rakordojnë të dhënat e raportuara në evidencën e kontrollit “K” me të dhënat sipas dosjeve të kontrolleve të subjekteve farmaceutike e spitaleve dhe supervizimeve të qendrave shëndetësore, DRF Berat. Regjistri i riskut nuk është përgatitur sipas formatit tip të përcaktuar në manualin e menaxhimit financiar e kontrollit, në një njësi vartëse.

#### **4.4.13. Në auditimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.**

##### ***4.4.13.1. Lidhur me auditimin tekniko-mjekësore.***

Nga auditimi rezulton se:

Për hartimin e kontratave me ofruesit e shërbimit

- Është hartuar një model kontrate e përbashkët për Qendrat Shëndetësore të Specialiteteve (QSHS) dhe Qendrën Shëndetësore të Shërbimit Onkologjik në Banësë (SOB), megjithatë objekti i punës dhe detyrimet e palëve janë të ndryshme.
- Në kontratën QSHS 2020 nuk janë parashikuar sanksione për mjekët e QSH SOB në rast të tejkalimit të paargumentuar të shpenzimeve të rimbursimit apo në rastet e mosrealizimit të indikatorëve.
- Nuk janë parashikuar sanksione në rastet kur shkelen detyrimet sipas Nenit 12 “Detyrimet e juristit”.
- Kontratat 2020 me spitalet publike universitare janë dërguar me vonesë.

##### ***4.4.14.2. Për vlerësimin e kufizimeve të LBR 2019.***

Nga auditimi rezulton se:

- Grupi i punës për hartimin e kufizimeve të LBR 2019 ka bërë dy memo për Drejtorin e Përgjithshëm me të njëjtin numër protokoll, të njëjtën datë, por me përmbajtje të ndryshme dhe Drejtori i Përgjithshëm ka nxjerrë 2 urdhra me të njëjtin numër protokoll, të njëjtën datë, por me përmbajtje të ndryshme. Kjo në auditimin e Fondit.
- Për vlerësimin e kufizimeve të LBR 2019 rezultojnë mospërputhje mes akteve të nxjerra. Rezultojnë mospërputhje mes kufizimeve të cilësuar në Udhëzimin Nr.10, datë 05.07.2019 “Për përcaktimin e kufizimeve në përdorimin, sasinë dhe kohëzgjatjen e trajtimit me barna të LBR 2019” dhe kufizimeve të vendosura në LBR 2019, të printuar që është shpërndarë për ofruesit e shërbimit. Kjo në auditimin e Fondit.



- Janë bërë ndryshime të shpeshta të kufizimeve të LBR në harkun kohor të disa ditëve, të cilat kanë shkaktuar konfuzion tek mjekët që japin shërbimin dhe pacientët që përfitojnë barnat. Kjo në auditimin e Fondit.

#### **4.4.14.3. Për zbatimin e Kontratës Koncesionare “Për shërbimit të dializës” me Dia Vita.**

Nga auditimi rezulton se:

- Sipas kontratës koncesionare, Koncesionari “Dia Vita” që kryen shërbimin e dializës në 5 rajonet Shkodër, Lezhë, Elbasan, Korçë dhe Vlorë merr nga Fondi pagesën e plotë edhe për seancat e pakryera sipas projeksonit edhe për seancat e realizuara më tepër.
- Mungesa e përmirësimit të kushteve të kontratës ka bërë që Fondi ti paguajë koncesionarit Dia Vita, vetëm për periudhën Janar-Gusht 2020, një vlerë prej 32,694,835.2 lekë për seancat e parealizuara sipas projeksonit.

#### **4.4.14.4. Për zbatimin e Kontratës Koncesionare të sterilizimit me “Sani Service”.**

Nga auditimi rezulton se:

- Në Spitalin Rajonal Durrës-Maj 2020 dhe Spitalin Rajonal Kukës-Qershor 2020, kanë rezultuar probleme të kontratës koncesionare të sterilizimit me “Sani Service” lidhur me kompleksitetet e seteve kirurgjikale si dhe lidhur me pagesat e shpenzimeve të energjisë dhe ujit nga spitalet edhe për pjesën e konsumit të koncesionarit.
- Janë përdorur sete të kompleksitetit të ulët edhe për manipulime të ndryshme kirurgjikale si mjekime, suturime etj, që mund të bëhen me paketime me avull. Setet janë përdorur referuar kontratës koncesionare, Aneksit 4 “Klasat e Kompleksitetit ose intensiteti i ndërhyrjes kirurgjikale”, pika 2.1 “Day Surgery Mini” (Kirurgji ditore të vogla), si dhe në pikën 4.9 “Purpose Minor Surgery” (Kirurgji të vogla).
- Amendimet e bëra në kontratën koncesionare nuk kanë prekur konfigurimin e kompleksitetit të ndërhyrjeve dhe shpenzimet e ujit, energjisë etj që vazhdojnë të paguhen akoma nga spitalet.

#### **4.4.14.5. Për sistemin e Regjistrimit Kombëtar të Paketave.**

Nga auditimi rezulton se:

- Nuk regjistrohen në Regjistrin Kombëtar të Paketave që administrohet nga DSHSU shërbimet e paketave të kataraktës dhe paketës së shërbimit të radioterapisë me akselerator linear, pasi administrimi i këtyre paketave bëhet nga vetë QSUT. Kjo në auditimin e Fondit dhe DSHSU.
- DSHSU nuk mban regjistër për paketën e Angiografisë Koronare, pasi rezervimi i datës së kryerjes së kësaj pakete përcaktohet nëpërmjet sistemit të referimit elektronik direkt nga mjekët kardiolog të poliklinikave, spitaleve bashkiake dhe rajonale, bazuar në Urdhrin Nr.344, datë 18.04.2019 të MSHMS "Për ofrimin e ekzaminimit të Angiografisë Koronare nëpërmjet sistemit të referimit elektronik". Kjo në auditimin e Fondit dhe DSHSU.
- Nxjerrja nga ana e MSHMS e akteve nënligjore për administrimin e paketave shëndetësore nuk është shoqëruar edhe me ndryshime të udhëzimeve të Fondit “Për administrimin e Regjistrimit Kombëtar të Paketave”. Kjo në auditimin e Fondit dhe DSHSU.
- Megjithëse Fondi financon këto paketa, nuk ka akses në planifikimin dhe regjistrimin e tyre në Regjistrin Kombëtar të Paketave, nuk administrojnë dokumentacion (vendimet e konsultës, dokument autorizues) për përfituesit e këtyre paketave. Kjo në auditimin e Fondit dhe DSHSU.

#### **4.4.14.6. Për sistemin e kontrollit të depove dhe kontrollit të subjekteve farmaceutike.**

Nga auditimi rezulton se:

- Planet vjetore e mujore të punës dhe realizimit të tyre nuk hartohen duke u bazuar në numrin e subjekteve me kontratë me Fondin. Në planet vjetore nuk përcaktohet numri i subjekteve që do të kontrollohen për secilin Rajon dhe në planet mujore nuk përcaktohet as Rajoni dhe as numri i subjekteve që do të kontrollohen.
- Për sektorin kontrollit të depove u konstatua se nisur nga plani vjetor i punës nuk është ushtruar kontroll i plotë me inventarizim në depot importuese apo shpërndarëse me kontratë me Fondin, por vetëm në farmacitë QSUT-së dhe spitaleve rajonale.
- Sektori i kontrollit të farmacive në kontrollet me inventarizim në subjektet farmaceutike me kontratë me drejtorin rajonale në hartimin e listës së barnave që merret për inventarizim bazohet në konsumin e barnave në shkallë drejtorie dhe jo në konsumin referues të secilit subjekt farmaceutik.
- Në programet e kontrollit vazhdohet që kontrollet e plota me inventarizim të ndahen në kontrolle të befashme tematike dhe në kontrolle me inventarizim për të njëjta subjekte farmaceutike dhe kjo procedurë vazhdon deri në Raportin e kontrollit. Pra nuk janë dokumenta standarte si e parashikon Rregullorja Nr.3, datë 22.10.2014.

#### ***4.4.14.7.Për sistemin e Kontrollit Parësor.***

Nga auditimi rezulton se:

- Nuk trajtohet në raportet e kontrollit si janë bërë akt-negocimet ndërmjet Drejtorit të QSH dhe MPF, nëse janë zbatuar kritere të drejta dhe barabarta në ndarjen e planit të rimbursimit.
- Mangësi në verifikimin e zbatimit e kufizimeve të Listës së Barnave të Rimbursuara, aktet e Fondit dhe protokollet e përdorimit të barnave, marrja në konsideratë e fletë daljeve nga spitali vetëm kur nuk shkelen aktet e Fondit.
- Mangësi në zbatimin e procedurës për rastet e reja të cilat fillojnë me alternativën më pak të kushtueshme dhe argumentimi i rasteve me ndryshim mjekimi.
- Ka mospërputhje të gjetjeve në akt-verifikime, raport dhe masave të dhëna. Mos plotësim në rregull të dokumentacionit të kontrollit.
- Nuk trajtohen në materialet e kontrollit rastet e reja dhe rastet me ndryshim mjekimi për MS. Nuk trajtohen në materialet e kontrollit raste konkrete të plotësimit të përgjigjes së rekomandimit nga mjekët specialistë.

#### ***4.4.14.8.Për sistemin e Kontrollit të Spitaleve.***

Nga auditimi rezulton se:

- Mangësi në evadimin e materialeve të kontrollit. Informacioni për drejtorin e drejtorisë bëhet nga përgjegjësi i sektorit dhe jo nga grupi i kontrollit në disa raste nuk bëhet informacion.
- Ka raste të mos përditësimit të bazës ligjore në shërbimin spitalor dhe ambulator të specializuar.
- Mangësi në kontrollin e kartelave klinike në spital, rekomandimeve që MS plotësojnë për MPF.
- Ka mospërputhje të gjetjeve në akt-verifikime, raport dhe masave të dhëna. Mos plotësim në rregull të dokumentacionit të kontrollit.
- Mangësi në kontrollin e mjekëve specialistë që përshkruajnë receta me rimbursim/recetën elektronike për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit.
- Nuk kontrollohet zbatimi i kontratës të koncesionarit Saniservice në lidhje me plotësimin e dokumentacionit mjekësor në repartin e kirurgjisë dhe obsetrikë-gjinekologjisë.
- Mangësi në hartimin e programeve të kontrolleve tematike.
- Nuk janë bërë përmirësime të Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014, Kapitulli II "Për kontrollin e mjekut të përgjithshëm të familjes dhe mjekut specialist në qendrat shëndetësore të kontraktuara

nga fondi i sigurimit të detyrueshë të kujdesit shëndetësor”, si dhe Kapitulli IV “Për kontrollin e spitaleve që financohen nga skema e fondit të sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor”.

#### **4.4.15. Në auditimin e Spitalit Rajonal Durrës.**

##### ***4.4.15.1. Mangësi lidhur me aktivitetin tekniko-mjekësor.***

Nga auditimi rezulton se:

- Nuk janë marrë masat e nevojshme për vënien në efikasitet të projektit EHR-Rekordi Elektronik Shëndetësor Kombëtar.
- Ka mangësi të administrimit dhe plotësimit të regjistrave nga personeli mjekësor i spitalit.
- Regjistrat e shtrimeve në Pathologji nuk plotësohen sipas të gjitha kërkesave.
- Nuk ka regjistër të vecantë për shkarkimin e barnave në shërbimin e urgjencës.
- Në regjistrin e urgjencës, nuk plotësohet rubrika “Rekomandime”, nuk shënohet ora e largimit të pacientëve nga urgjenca.
- Ka mangësi të administrimit, plotësimit dhe mbylljes në kartotekë të kartelave mjekësore nga personeli mjekësor i spitalit.
- Ka raste kur përdoren kartela klinike që nuk janë sipas formatit standart të miratuara nga MSHMS.
- Kartelat klinike nuk plotësohen në të gjitha rubrikat sipas kërkesave të kontratës, ka raste kur shkruhen me shkrim të pakuptueshëm.
- Ka mangësi të administrimit, plotësimit të kartelave mjekësore në të gjitha rubrikat nga mjekët specialistë në shërbimin e specializuar ambulator.

##### ***4.4.15.2. Mbi zbatimin e kontratës koncesionare me SaniService.***

Nga auditimi rezulton se:

- Për vitin 2018, krahasuar me vitin 2019 ka një përdorim të ekzagjeruar të seteve të sterilizimit edhe për manipulime dhe mjekime mikrokirurgjikale, të cilat mund të bëheshin me paketime me avull.
- Nuk ka një metodologji të hartuar nga spitali për planifikimin e ndërhyrjeve kirurgjikale sipas shkallëve të kompleksitetit.
- Nuk ka ndryshime në rregulloren e brendshme të spitalit ku të përcaktohen detyrat për personat apo strukturat përkatëse që do të ndjekin zbatimin e kontratës koncesionare.
- Drejtoria e spitalit nuk ka organizuar kontrole të brendshme në shërbimet përkatëse të spitalit lidhur me plotësimin e dokumentacionit për zbatimin e kontratës koncesionare.
- Ka mospërputhje mes të dhënave të raportuara nga spitali dhe të dhënave të raportuara nga koncesionari për numrin e ndërhyrjeve kirurgjikale të realizuara.
- Ka mangësi në plotësimin e dokumentacionit mjekësor, regjistrave të operacioneve, formularët e ndërhyrjeve kirurgjikale.
- SRD ka paguar shpenzime për energji elektrike dhe ujë të cilat janë shpenzuar nga ambientet dhe personeli i Koncesionarit Sani Service. Shpenzimet për ujë dhe energji që i janë ngarkuar buxhetit të SRD janë në vlerën 4,478,294 lekë për vitin 2018 dhe në vlerën 5,211,716 lekë për vitin 2019.

##### ***4.4.15.3. Mbi verifikimin e shpenzimeve për medikamente e materiale mjekimi.***

Nga auditimi rezulton se:

- Përgjegjësjë e shërbimit të farmacisë nuk është në të gjitha komisionet e kolaudimit të krijuara me urdhër të titullarit.

- Spitali nuk ka siguruar vijueshmërinë e furnizimit me barna, materiale mjekësore, kite dhe reagent, kjo në periudha të caktuara.
- Ka patur skadencë të barnave në vlerë 480,101,60 lekë nga të cilat 3 barna janë të mbartura nga viti 2018.
- Barnat e blera nga spitali për vitin 2019 nuk janë bërë referuar konsumit vjetor të vitit 2018 si dhe kërkesave të bëra nga shërbimeve përkatëse dhe që miratohen nga Bordi i spitalit.
- Nga ana e drejtorisë spitalore nuk është bërë inventarimi i plotë i barnave dhe materjaleve mjekësore në fund të vitit 2019 në farmacinë e spitalit.

#### **4.4.15.4. Mangësi lidhur me aktivitetin ekonomik-financiar.**

Nga auditimi rezulton se:

- Në disa raste kërkesa për likuidim nuk është miratuar nga Zv.Drejtori Ekonomik, por kjo kërkesë është vetëm me firmën e Përgjegjëses së Sektorit të Financës.
- Ka vonesa në likuidimin e Operatorëve Ekonomik deri në katër muaj, duke mos respektuar afatet e likuidimit të përcaktuara në kontratë.
- Likuidimi i Operatorit Ekonomik “Kadiu” për riparim makinash, me vlerë 386,640 lekë nuk është ndjekur procedura ligjore.
- Në shumë raste mungon kërkesë trasanksioni në likuidimin e operatorëve ekonomik.
- Në disa raste ka patur ndryshime të llojit të procedurave të prokurimit gjatë vitit por nuk janë pasqyruar në regjistrin e parashikimit të prokurimeve. Regjistri i Realizimit të prokurimeve nuk dergohet ç’do 4 muaj ne FSDKSH si Autoriteti Qendror që lëvront fondet.
- Në dy raste të procedurave për blerje mallrash dhe furnizimesh është vendosur kriter jo proporcional me llojin e shërbimit të kërkuar nga ana e Spitalit, me pasojë shkaktimin e dëmit ekonomik në vlerën 67,400 lekë pa Tvsh.
- Është paguar paradhënie siguracioni edhe pse 7 automjete nuk kishin përfunduar akoma periudhën e sigurimit.
- Në procedurën me blerje të vogël “Blerje për materiale për shërbimin e kirurgjisë Oro-Maksilofaciale 2019” nuk ka një proces-verbal apo akt-konstatim nga persona të fushës apo të kualifikuar për përcaktimin e arsyes së mosfunksionimit të aparaturave dentare.
- Është prokuruar edhe zëri “Autoklavë”e cila rezulton të jetë investim Kapital, dhe nuk mbulohet nga shpenzimet korente, por nga shpenzimet kapitale të cilat financohen nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.
- Në procedurën me objekt “Blerje oksigjen lëng” për Spitalin Rajonal Durrës 2019”, konstatohet se në asnjë nga shkresat e mbajtura në dosje nuk është argumentuar dhe detajuar informacioni për konsumin mujor të gazit.
- Mangësi në zbatimin e dispozitave ligjore për shpërblimet e dhëna gjatë vitit. Në dy raste pagesat për fatkeqësi (rast vdekje) janë dhënë në masën 50,000 lekë e cila bie në kundërshtim me VKM Nr.493, datë 06.07.2011
- Ka mospërputhje ndërmjet shumës së shpërblimeve të raportuar në evidencën vjetore të buxhetit (1,124,526 lekë) dhe shpenzimeve reale të shpërblimeve (1,398,615 lekë).
- Nuk është raportuar pasqyra e të ardhurave dytësore sipas burimit të realizimit e natyrës së e përdorimit.
- Ka mosrakovim në raportimin e të dhënave në situacion me të dhënat e evidentuara në ditarin e bankës sipas nënanalizave të shpenzimeve dhe të ardhurave.

- Ka tejkalim shpenzimesh në disa nën analiza, konkretisht 6001 “Paga të personelit të përhershëm” në vlerën 4,639,360 lekë, 6022 “Shërbime nga të tretët” në vlerën 18,246,947 lekë (Ujë e Energji) si dhe 6029 “Shpenzime tjera operative” në vlerën 4,203,605 lekë (Shpenzime gjyqësore).
- Ka raportim të shpenzimeve e të ardhurave jo sipas analizave përkatëse në nomenklaturën e llogarive të planit kontabël publike e klasifikimit buxhetor.
- Nuk janë marrë masat e nevojshme për sistemimin e garancisë në vlerën 1,016,375 lekë kontabilizuar në llogarinë 520 “Disponibilitete në Thesar”.
- Për llogarinë 429, janë debitorë të prapambetur A.S. në shumën 5,000 lekë si dhe A.D në shumën 10,000 lekë larguar nga puna. Nga ana e SRD nuk ka shkresa për ndjekje të arkëtimit të kësaj shume.
- Nuk justifikohet sasia e karburantit të konsumuar me sasinë e karburantit të llogaritur sipas normativave në sasinë 1,530.5 litra dhe në vlerën 265,509 lekë. Kjo vlerë përbën dëm ekonomik.
- Spitali ka paguar shpenzime për taksë markimi (shenjimi) për vitet 2018-2019, shumën 206,047 lekë, shpenzime të cilat nuk duhet të faturoheshin nga kontraktorët furnitorë. Sipas legjislacionit në fuqi këto shpenzime do të paguhet nga subjektet e detyruara (që në rastin konkret janë, bashkimi operatorëve ekonomik “Kastrati”sh.a dhe “Kastrati”shpk për furnizimin me naftë dhe operatori ekonomik “Resuli-ER” shpk për furnizimin me solar) nga koncensionari (G.F.I Albania) dhe jo nga konsumatori blerës ose entet prokuruese.
- Nuk janë plotësuar në të gjitha rastet të gjitha rubrikat e përcaktuara (targa e automjetit, emri i plotë i shoferit) rregjistrat e lëvizjes së autoambulancave për thirrjet e urgjencave brenda rrethit si dhe thirrjet në drejtim të Tiranës, nga ana e Urgjencës.
- Nuk është pajisur me GPS një prej automjeteve të Spitalit.

#### **4.4.16. Në auditimin e Spitalit Rajonal Kukës.**

##### ***4.4.16.1. Mangësi lidhur me aktivitetin tekniko-mjekësor.***

Nga auditimi rezulton se:

- Janë instaluar paisjet për sistemin EHR (Rekordi Elektronik Shëndetësor Kombëtar) por nga auditimi rezultoi se nuk janë marrë masat e nevojshme për vënien në efikasitet të këtij projekti.
- Spitali nuk ka siguruar vijueshmërinë e furnizimit me barna, materiale mjekësore, kite dhe reagent kjo në periudha të caktuara.
- Ka mangësi të administrimit dhe të plotësimit të regjistrave tip nga personeli mjekësor i spitalit.
- Nga verifikimi rezultoi se regjistrat e shtrimeve në Pathologji nuk plotësohen sipas të gjitha kërkesave. Nuk plotësohet ID, I siguruar/pa siguruar, kodi i pacientit, nr. data e rekomandimit.
- Ka mangësi të administrimit, plotësimit dhe mbylljes në kartotekë të kartelave mjekësore nga personeli mjekësor i spitalit.
- Nuk respektohet afati 5 ditor i mbylljes së kartelës në kartotekë, pas daljes së pacientit nga spitali.
- Ka mangësi të administrimit, plotësimit të kartelave mjekësore në të gjitha rubrikat nga mjekët specialistë në shërbimin e specializuar ambulator
- Ka mangësi në zbatimin e kufizimeve të LBR në kabinetin e kardiologjisë, në kabinetin e neurologjisë dhe në kabinetin e dispanserisë së sëmundjeve pulmonare.
- Mangësi në identifikimin e pacientëve nëpërmjet, sistemeve ose dokumenteve të nxjerra nga këto sisteme, dhe rekomandimit nga mjekët dhe institucionet shëndetësore që kanë referuar të sëmurin.
- Nuk ka rregullore të shtrimeve në spital për shërbimin e pathologjisë.

##### ***4.4.16.2. Mbi zbatimin e kontratës koncesionare me SaniService.***

Nga auditimi rezulton se:

- Spitali Kukës nuk kishte administruar kopje të kontratës koncesionare dhe anekseve e saj. Spitali nuk ka dokumentacion, bazë ligjore apo korespondencë shkresore për fillimin e zbatimit të kontratës koncesionare dhe detyrimeve që rrjedhin nga kjo kontratë.
- Nuk ka metodologji të hartuar nga spitali për planifikimin e ndërhyrjeve kirurgjikale sipas shkallëve të kompleksitetit.
- Nuk ka ndryshime në rregulloren e brendshme të spitalit ku të përcaktohen detyrat për personat apo strukturat përkatëse që do të ndjekin zbatimin e kontratës koncesionare.
- Drejtoria e spitalit nuk ka organizuar kontrole të brendshme në shërbimet përkatëse të spitalit lidhur me plotësimin e dokumentacionit për zbatimin e kontratës koncesionare.
- Ka mospërputhje mes të dhënave të raportuara nga spitali dhe të dhënave të raportuara nga koncesionari për numrin e ndërhyrjeve kirurgjikale të realizuara.
- Ka mangësi në plotësimin e dokumentacionit mjekësor, regjistrave të operacioneve, formularët e ndërhyrjeve kirurgjikale.
- Në 1 (një) rast, janë plotësuar 2 formularë për të njëjtën ndërhyrje kirurgjikale, për të njëjtin pacient, i njëjti numër karte, është plotësuar nga personeli i spitalit dhe raportuar nga Sani Service 2 herë, duke shkaktuar një dëm ekonomik në vlerën e 13,900 lekë.

#### ***4.4.16.3. Për administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore në farmacitë e spitaleve.***

Nga auditimi rezulton se:

- Përgjegjësi i shërbimit të farmacisë nuk vendoset në të gjitha komisionet e kolaudimit të barnave.
- Spitali nuk ka siguruar vijueshmërinë e furnizimit me barna, materiale mjekësore, kite dhe reagentë. Në periudha të caktuara ka patur mungesa të furnizimit me barna dhe materiale mjekësore.
- Ka patur skadencë të barnave në spitale për periudhën e auditimit. Në Spitalin Kukës rezultojnë 45 (dyzet e pesë) barna me vlerë prej 248,671.80 lekë.
- Për disa barna dhe materiale mjekësore të planifikuara për tu blerë dhe të blera nga spitali nuk janë bërë referuar konsumit vjetor të vitit paraardhës si dhe kërkesave të bëra nga shërbimeve përkatëse dhe që miratohen nga Bordi i spitalit.
- Nga ana e shefit të farmacisë nuk ka relacione periodike me shkrim për zv/drejtorin teknik të spitalit dhe shefin e financës lidhur me qarkullimin e barnave dhe afatet e skadencës së tyre.
- Nga inventarizimi për 20 barna me vlerë dhe konsum të lartë rezultuan 3 barna me diferencë në plusë ose teprica në vlerën 441.60 lekë dhe 5 barna me diferenca në minuse ose mungesa në vlerë 667.08 lekë.

#### ***4.4.16.4. Mangësi lidhur me aktivitetin ekonomik-financiar.***

Nga auditimi rezulton se:

- Spitali nuk ka një Kod Etik si dhe nuk ka procedura të shkruara për të raportuar shkeljet e legjislacionit mbi etikën në punë dhe për marrjen e masave për shkeljet e konstatuara.
- Nuk ka ndryshime në rregulloren e brendshme të spitalit ku të përcaktohen detyrat për personat apo strukturat përkatëse që do të ndjekin zbatimin e kontratës koncesionare e aktivitete të tjera.
- Kopjet e shkresave që përgatiten nga punonjës të Spitalit (të cilat arkivohen) dhe dërgohen në institucione të tjera nuk përmbajnë emrin e mbiemrin dhe nënshkrimin e punonjësit që e ka konceptuar, punonjësit që e ka miratuar dhe punonjësit që ka konfirmuar.
- Regjistri i riskut nuk parashikon të gjitha risqet e spitalit. Spitali nuk ka hartuar strategjinë e menaxhimit të riskut. Spitali nuk ka hartuar gjurmët e auditit e hartën e procesve të punës, Spitali nuk ka rregulla të shkruara për delegimin e detyrave dhe dorëzimin e detyrës.

- Kontrolli i brendshëm financiar ka qënë në nivel të dobët pasi spitali ka disa vjet që nuk zbaton detyrat e lëna nga kontrollet e ushtruara nga Drejtoria e Kontrollit në Fond dhe Drejtoria Rajonale e Fondit Kukës (rekomandime të vitit 2010 e në vazhdim) të cilat lidhen me arkëtimin e dëmeve ekonomike të konstatuara të cilat në fund të vitit 2019 arrijnë në 18,5 milion lekë.
- Nuk janë zbatuar urdhërat e nxjerra nga Drejtoria e Spitalit për zbatimin e rekomandimeve të dërguara nga Drejtoria Rajonale e Fondit Kukës dhe Drejtoria e Kontrollit.
- Në likuidimin e pagave dhe udhëtim e djeta për punonjësit nuk bashkangjitet dokumentacioni justifikues, por mbahet në dosje më vete; nuk janë firmosur faturat e furnitorit nga personat përgjegjës.
- Nga auditimi i likuidimeve, për shpenzime për mirmbajtjen dhe shërbimet për automjetet në gjitha rastet mungojnë procesverbalet e marrjes në dorëzim të punimeve dhe shërbimeve,
- Në disa procedura blerje mungon llogaritja e fondit limit si dhe procesverbali i marrjes në dorëzim.
- Ka vonesa në likuidimin e operatorëve Ekonomik deri në katër muaj, duke mos respektuar afatet e likuidimit të përcaktuara në kontratë.
- Janë dhënë nga arka paradhënie për punonjësit e spitalit të cilat përbëjnë dëm ekonomik dhe duhet të kthehen nga përfituesit.
- Në likuidimin e operatorit ekonomik “Kadra”sh.p.k. për “Blerje ushqimesh” me Urdhër Shpenzimit Nr.137, datë 13.03.2018 është likuiduar për 99,792 lekë, kurse fatura ka vlerën 27,163 lekë. Likuiduar më shumë në vlerën 72,629 lekë, shumë e cila bën dëm ekonomik dhe duhet të kthehet nga përfituesi.
- Në likuidimin e kontrollit teknik për autoambulancën me targë “KU 1797 A” me Urdhër Shpenzimit Nr.316, datë 20.07.2018 është likuiduar vlera prej 3,527 lekë, për gjobë për tejkalim të afatit të kontrollit teknik. Shuma prej 3,527 lekë, bën dëm ekonomik dhe duhet të kthehet nga personi përgjegjës.
- Në dy raste titullari i autoritetit kontraktor ka ngritur urdhër për përzgjedhjen e 3 operatorëve ekonomik që të marrin pjesë në prokurim edhe pse për këtë detyrë ka autorizuar një komision për zhvillimin e procedurës, duke ndërhyrë në detyrat e komisionit.
- Në të gjitha rastet e auditura të procedurave të blerjeve të vogla si për vitin 2018 edhe për vitin 2019 rezulton se nuk ka bashkangjitur procedurës dokumentat e kërkuara në ftesën për ofertë, si ekstrakt QKR, vërtetim nga administrata tatimore se nuk ka asnjë detyrim të pashlyer, vërtetim nga OSHEE për shlyerjen e të gjitha detyrimeve të maturuara të energjisë elektrike, etj.
- Në të gjitha dosjet e procedurave prokurorese të audituara rezulton se urdhërat e nxjerra nga titullari dhe procesverbalet e mbajtura nga komisionet përkatëse nuk protokollohen në Drejtorinë e Spitalit duke mos plotësuar në këtë mënyrë elementët për të qënë dokument zyrtar.
- Në një procedurë (blerje ushqime) ka copëzim të fondit limit. Kjo procedurë është zhvilluar 19 raste me vlerë totale të kontratave 1.430.344 lekë me tvsh.
- Në lidhje me procedurat e blerjeve të vogla në rrugë shkresore për vitin 2018 dhe 2019 rezulton se në pjesën më të madhe të tyre nuk është përdorur formulari Nr. 4 (Procesverbal i rasteve emergjente) sipas udhëzimit të APP Nr.3, datë 08.01.2018. Gjithashtu në dokumentacionin bashkangjitur urdhër prokurimit rezultojnë mangësi të dokumenteve të kërkuara nga AK, si psh: Procesverbal i mbajtur nga personat prezent për ngjarjen e ndodhur, faturat nuk janë të nënshkruara nga personat prezent.
- Në disa nga dosjet e personelit mjek, infermier, staf mbështetës etj, ka fletë inventari të dosjeve të pa plotësuarar ka mangësi dokumentacioni si, dëshmi penaliteti, vërtetim gjykate dhe vërtetim prokurorie, leje e ushtrimit të profesionit e panoterizuar dhe kontrata e punës.

- Listë prezencat mujore për përgatitjen e borderove për punonjësit janë hartuar në mënyrë të përmbledhur, me numrin e ditëve të punës muaj dhe jo mbi bazën e verifikimit të prezencës çdo ditë gjatë muajit.
- Për shpenzime të udhëtimit dhe dietat ka mungesë dokumentacioni justifikues të shpenzimit të kryer, ka mungesë dokumentacioni plotësues për qëllimin e shërbimit të kryer, nuk përcaktohet qëllimi për të cilën kryhet shërbimi dhe nuk jepet asnjë informacion mbi punën e kryer.
- Vlerës së shpërblimeve të dhëna në rast fatkeqësie u është mbajtur tatimi mbi të ardhurat personale për vitin 2018 në vlerën totale 19,254 lekë dhe për vitin 2019 në vlerën totale 42,000 lekë.

*Për hartimin dhe programimin e treguesve buxhetor afatmesëm (TBA) 2020-2022 nga Spitali:*

- Nuk është ngritur nga titullari institucionit grupi punës për hartimin dhe programimin e treguesve buxhetor afatmesëm (TBA) 2020-2022 si dhe nuk administrohet procedura e ndjekur nga sektorët përkatës.
- Nuk ka relacion sqarues e argumentues ku të analizohen e shpjegohen kriteret dhe bazat mbi të cilat janë bërë parashikimet për treguesit ekonomik financiar.
- Procedura për parashikimin e shpenzimeve për mallra e shërbime për vitin 2020 nuk është bërë sipas formatit të përcaktuar në Pasqyrën Nr.5 “Përmbledhëse e shpenzimeve për mallra e shërbime” bashkalidhur udhëzimit. Rezulton se nuk janë hartuar bilance materiale ku argumentohen nevojat për mallra dhe shërbime sipas nënanalizave të parashikuara.
- Treguesit e parashikuar për vitin 2020 krahasuar me faktin e vitit 2019 janë me një rritje totale prej 90,027 mijë lekë dhe nuk jepet asnjë argument.
- Treguesit për të pritshmin e vitit 2019 janë në të njëjtin nivel me realizimin faktik të vitit 2018, edhe pse realizimi faktik i vitit 2019 rezulton me një tejkalim prej 3,484 mijë lekë.
- Procedura për parashikimin e të ardhurave dytësore për vitin 2020 nuk është bërë sipas formatit të përcaktuar në Pasqyrën Nr.1 “Parashikimi i të ardhurave të veta” bashkalidhur udhëzimit.
- Procedura për parashikimin e shpenzimeve të pagave për vitin 2020 nuk është bërë sipas formatit të përcaktuar te Pasqyra Nr.3 “Përmbledhëse e shpenzimeve për pagat” bashkalidhur udhëzimit.
- Nuk është bërë detajimi mujor i zërave të buxhetit të kontratuar në analizat 7 (shtatë) shifrore si dhe nuk është bërë njoftimi në DRF dhe në Degën e thesarit.
- Në planin buxhetor rezulton se ka tejkalim shpenzimesh në disa nënanaliza 7-shifrore sipas klasifikimit ekonomik, konkretisht 11 (njëmbëdhjetë) nënanaliza në vitin 2018 dhe 13 (trembëdhjetë) nënanaliza në vitin 2019.
- Në arkëtimin e të ardhurave që siguron spitali dhe procedurat e përdorimit rezulton se nuk është raportuar pasqyra e të ardhurave dytësore sipas burimit të realizimit e natyrës së përdorimit, sipas përcaktimeve të bëra në kontratën dypalëshe.
- Nga kontrollet e ushtruara nga Drejtoria e Kontrollit në Fond dhe Drejtoria Rajonale e Fondit Kukës janë konstatuar e rekomanduar dëme ekonomike, gjopa e kushteve penale të cilat nuk janë kontabilizuar dhe nuk janë arkëtuar, e për pasojë nuk janë pasqyruar në pasqyrat financiare vjetore në disa vite por edhe në vitin 2019. Në total kjo vlerë është 13,659,576 lekë (4,572,746 + 9,086,830).
- Spitali ka 5,933,928 lekë shpenzime të kryera në vitet 2007-2018 të cilat nuk i ka likuiduar, detajuar: për mungesë fondesh (4,745,277 lekë) me objekt blerje barna e materiale mjeksore, për furnizime jashtë kontrate (1,188,651 lekë) me objekt blerje ushqime.
- Ka mangësi në rregjistrin të lëvizjeve të të sëmureve në drejtim të Tiranës apo rretheve të tjera
- Nga verifikimi në fletë udhëtim dhe raportimit në regjistrin e shërbimit të urgjencës, rezultoi se rrugët e shënuara në regjistër nuk rakordojnë me volumin e punës raportuar në fletë udhëtim.



- Në dokumentacionin lidhur më raportimin e volumit të punës për automjetet:
- Autorizimet edhe pse janë të protokolluara e të nënshkruara dhe ndjekin rendin kronologjik rritës kanë referencë datë lëshimi ditë e muaj të mëparshëm.
- Të gjitha fletë udhëtimet janë pa emrin, mbiemrin dhe nënshkrimin e personit që kontrollon dhe përlogarit volumin e punës.
- Pjesa më e madhe e fletë udhëtimeve janë pa numër rendor, pa emrin e mbiemrin si dhe nënshkrimin e drejtuesit të mjetit.
- Nuk justifikohet sasia e karburantit të tërhequr nga magazina me volumin e punës për mjetit me targë AA974KX.
- Nuk justifikohet sasia e karburantit të tërhequr nga magazina me volumin e punës për gjeneratorin e maternitetit.
- Nuk mbahet libri i automjetit, gjeneratorit apo kaldajës ku të evidentohen rubrikat si, personi përgjegjës, normat orientuese të konsumit dhe amortizimit, karakteristikat e tyre, historiku, gjendja inventarialo-teknike, volumi i punës sipas viteve dhe riparimet e mesme dhe të përgjithshme të kryera në vite.

#### 4.5. Në vlerësimin e simeve të kontrollit të brendshëm.

Fondi i Sigurimit Shëndetësor ka ngritur një sistem të kontrollit të brendshëm, sistem i cili funksionon në strukturat bazë të Fondit dhe në Drejtorinë e Përgjithshme. Objektivi i këtij sistemi është garantimi se menaxhimi financiar dhe kontrolli janë në përputhje me legjislacionin, kërkesat e buxhetit dhe realizimin në praktikë të parimit të transparencës gjatë përdorimit të fondeve. Sistemi i ngritur përpiket të realizojë dy elementët e kërkuar nga Ligji Nr.10296 datë 08.07.2010 “Për Menaxhimin Financiar dhe Kontrollin” i ndryshuar siç janë funksionimi i sistemit të menaxhimit financiar dhe kontrollit si dhe funksionimi i pavarur i auditit të brendshëm.

Realizimi i elementit të parë siç është ai i **sistemit të menaxhimit financiar dhe kontrollit duhet përmirësuar në drejtimit e mëposhtëme:**

**Së pari**, mbas ristrukturimit të bërë në vitin 2018, në DSHSU gjatë vitit 2020, është krijuar struktura për kontrollin e spitaleve universitare, por kjo strukturë nuk ka funksionuar si duhet pasi në rregulloren e funksionimit të DSHSU-së nuk janë saktësuar objekti i punës, detyrat dhe baza ligjore për funksionimin e këtij sektori. Për rrjedhojë nuk janë kontrolluar spitalet universitare të cilat kanë një buxhet të konsiderueshëm në buxhetin total të financuar nga Fondi.

**Së dyti**, në Fond funksionon Drejtoria e Kontrollit e cila ka në përbërje edhe sektorin e kontrollit të spitaleve. Kjo strukturë ka një numër prej 10 punonjës, dhe duhet të mbulojë me kontroll 39 spitale publike të Republikës me një buxhet vjetor mbi 20 miliardë lekë. Rezulton se me një numër punonjës prej 10 vetë është e pamundur jo vetëm mbulimi i të gjitha subjekteve me kontroll (qoftë edhe me frekuencë, një herë në 2-3 vjet apo më shumë) por edhe sigurimi i cilësisë së kontrollit. Gjithashtu pjesë e Drejtorisë së Kontrollit është edhe sektori i kontrollit të parësorit, i përbërë nga 6 vetë, të gjithë specialist mjek. Pra ky sektor mbulon me kontroll vetëm pjesën mjeksore dhe jo pjesën ekonomike. (Pjesa ekonomiko-financiare supervizohet vetëm nga Drejtoritë Rajonale pëkatëse).

**Së treti**, Fondi ka mbi 4 vjet që financo konçensionin e shërbimit të dializës dhe sterilizimit të pajisjeve mjeksore, ku pjesa më e madhe e këtyre shërbimeve jepet në 5 spitale universitare të Tiranës, por tashmë është shtrirë në 11 spitale rajonale dhe në 13 spitale bashkiake. DSHSU i cili financo këto shërbime në 5 spitale universitare të Tiranës (për periudhën Janar-Nëntor 2020 janë financuar 719 milion lekë me Tvsh), pranon dokumentacionin e shërbimeve që paraqesin spitale dhe financo ato. Kjo Drejtori ka në strukturë, sektorin e monitorimit të kontratave spitalore dhe konçensionare, i cili bën monitorimin e shpenzimeve, ndërkohë që rezulton se nuk janë realizuar kontrole tematike në spitale universitare në rastet kur ka mospërputhje mes raportimeve të spitalit

dhe raportimeve të Koncesionarit Sani Service lidhur me kompleksitetin e seteve të përdorura në ndërhyrjet kirurgjikale.

**Së katërti**, vazhdon të mos ketë një rregullore për kontrollin e spitaleve jopublike. Nuk ka një metodikë për kontrollin e shërbimit të sterilizimit, të dializës që ofrohet në spitalet publike nga koncesionarët.

**Së pesti**, nga një auditim të kryer nga Drejtoria e Auditit të Brendshëm në Spitalin Rajonal Kukës rezulton se në rregulloren e brendshme të Spitalit nuk është bërë përditësimi i akteve ligjore e nënligjore dhe nuk janë përfshirë detyrat të strukturave për disa aktivitete, veçanërisht për ndjekjen e zbatimit e kontratës koncensionare. Spitali nuk ka Kodin Etik. Shkresat që përgatiten për institucione të tjera nuk plotësohen sipas rregullave arkivore. Spitali nuk ka përditësuar regjistrin e riskut, nuk ka hartuar strategjinë e menaxhimit të riskut, gjurmët e auditit dhe hartën e procesve të punës. **Kontrolli i brendshëm financiar** ku përfshihen të gjitha veprimtaritë, me qëllim kontrollin e të ardhurave, shpenzimeve, aktiveve dhe detyrimeve të njësive publike, **ka qënë në nivel të dobët**. Ndërkohë çështjet e mësipërme nuk trajtohen në raportet e kontrollit të Drejtorisë së Kontrollit në Fond.

**Ndërsa lidhur me realizimin e elementit të dytë, pra të funksionimit të shërbimit të auditit të brendshëm**, kjo është përmirësuar me futjen në fuqi të ligjit Nr.114/2015 “Për auditimin e brendshëm në sektorin publik”. Ky shërbim realizohet nga Drejtoria e Auditit të Brendshëm, drejtori e cila ka një pavarësi funksionale dhe organizative, objekti i veprimtarisë të së cilës është kryerja e auditimit të të gjitha strukturave, programeve, veprimtarive duke marrë përgjegjësinë dhe të drejtën e aksesit të drejtpërdrejtë te niveli më i lartë drejtues dhe njëkohësisht duke mos u angazhuar në asnjë rast në punë operative. Aktiviteti i kesaj drejtorie ka këmbëngulur në përmirësimin e sistemeve të menaxhimit riskut, nxitjen e kontroleve dhe përmirësimin cilësor të tyre, rritjen e besueshmërisë së informacionit financiar, përmirësimin e disa udhëzimeve e akteve të tjera administrative por edhe përgatitjen e disa udhëzimeve të reja.

## 5. REKOMANDIMET

### 5.1. Rekomandimet e propozuara.

Një aspekt mjaft i rëndësishëm i aktivitetit auditues është dhënia e rekomandimeve në përfundim të çdo misioni angazhim auditimi. Rekomandimet janë mbështetur në gjetjet e rezultuara dhe kanë si qëllim përmirësimin e punës së subjektit. Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2020, Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka rekomanduar:

- 305 rekomandime për masa organizative.
- 17 rekomandime për masa disiplinore si më poshtë:
  - vërejtje në 5 raste,
  - vërejtje me paralajmërim në 7 raste,
  - kalim në një detyrë më të ulët 1 rast,
  - largim nga puna 4 raste.
- Masa zhdëmtuese në shumën gjithsej 1,478 mijë lekë, nga të cilat 1,199 mijë lekë për punonjësit e administratës dhe 279 mijë lekë për subjektet kontraktore.
- Masa administrative (kushte penale për mos zbatimin e detyrimeve kontraktuale) në shumën 229 mijë lekë, kjo për 37 mjekë specialist dhe infermierë të spitalit rajonal Durrës dhe Kukës.

Rekomandimet e dhëna kanë të bëjnë me përmirësimin e udhëzimeve ekzistuese, përgatitjen e udhëzimeve të reja dhe zbatimin me korrektesi të akteve ligjore e nënligjore në fuqi. Për këtë rekomandimet janë përqëndruar në:

- Përgatitjen e metodologjisë për hartimin e listës së barnave të rimbursueshme, mënyrën e hartimit të kufizimeve të LBR, hartimin e kontratave tip të veçanta për qendrën shëndetësore të shërbimit onkologjik në banesë, rishikimin e draftit të rregullores për zbatimin e marrëveshjeve ndërkombëtare në fushën e mbrojtjes shoqërore, rishikimin e Udhëzimit Nr.9, datë 01.06.2020 “Për marrjen e informacionit nga Drejtoritë dhe njësitë vartëse të Fondit, metodologjisë për planifikimin e ndërhyrjeve kirurgjikale sipas shkallës së kompleksitetit, ndryshimin e rregullores nr.3, datë 22.10.2014.
- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike (shpenzimeve koncensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketave të shërbimit) të kontraktuara me Fondin.
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontroleve në subjektet me risk të lartë,
- Mbulimin me kontroll të gjithë subjekteve të kontraktuara
- Përmirësimi i cilësisë së supervizimeve e kontroleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet si dhe duke kërkuar zbatimin e pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve.
- Përmirësimin e cilësisë të kontrollit në spitale, dhe mbulimi me kontroll i të gjitha problematika ve të aktivitetit të spitalit.
- Zbatimi i ligjit për kontabilitetin e pasqyrat financiare,
- Zbatimi i udhëzimeve për hartimin dhe zbatimin e buxhetit në të gjitha hallkat duke u mbështetur në analiza e duke dhënë gjatë kohës informacion të plotë e të saktë
- Mbështetja me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi si dhe analiza e faktorve për çdo rast tejkalimi.
- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve. Argumentimi i blerjeve me bilance të plota e të sakta materiale si dhe zbatimi me korrektesi i procedurave të prokurimeve.
- Përmirësimi i organizimit të punës nga të gjitha strukturat, realizimin e detyrave funksionale në përputhje me rregulloren e funksionimit të Fondit.
- Rritjen e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm.

## **5.2. Përgjigja dhe reagimet e menaxhimit.**

Rekomandimet e dhëna si masa organizative janë pranuar nga subjektet e audituara. Ato kanë reaguar duke hartuar e miratuar plan veprimet përkatëse, të cilat i kanë dërguar në Drejtorinë e Auditit. Rekomandimet për masa disiplinore janë pranuar. Nuk janë pranuar masat administrative të rekomanduara për Spitalin Rajonal Durrës.

Zbatimi i masave organizative të dërguara gjatë vitit 2020 do të verifikohet gjatë auditimeve të radhës por edhe me programe të veçanta për njësi të ndryshme.

## **6. MONITORIMI I SISTEMIT DHE SIGURIMI CILËSISË.**

Sigurimi i cilësisë së aktivitetit të auditimit ka qënë një prioritet i punës së Drejtorisë së Auditit. Për këtë është punuar që me hartimin e planit vjetor, programit të auditimit, ndarjes së detyrave specialistëve, rritjes së aftësive të tyre për të punuar në grup duke mos iu larguar përgjegjësisë për rezultatet e secilit. Realizimi i bashkëpunimit me subjektet e audituara është realizuar nëpërmjet ballafaqimit për gjetjet të cilat janë diskutuar në takimet mbyllëse në fund të auditimit në terren.

Rishikimi i brendshëm i punës audituese është realizuar nga vetë audituesi duke rishikuar projektraportin që përgatit. Përgjegjësi i grupit të auditimit ka rishikuar projektraportin dhe ka mbajtur dokumentin e rishikimit të cilësisë. Drejtori i Drejtorisë dhe përgjegjësi i cilësisë (një nga specialistët me përvojë) kanë rishikuar dokumentacionin e çdo auditimi dhe kanë evidentuar gjetjet në formularin përkatës të rishikimit të cilësisë. Të gjitha këto kanë bërë të mundur përmirësimin e cilësisë së aktivitetit auditues.

## **7. ANALIZA E KAPACITETEVE AUDITUESE.**

### **7.1. Problemet e konstatuara në lidhje me funksionimin e NJAB.**

Mbetet problem përmirësimi i pagave të punës së personelit auditues. Kjo me qëllim suportimin e tyre financiar për natyrën e vështirë të punës.

### **7.2. Kapacitet audituese dhe shpërndarja e burimeve.**

Sipas strukturës organike Drejtoria e Auditit të Brendshëm deri në fillim të fund të muajit Janar 2020 përbëhej nga 8 specialistë dhe Drejtori, numër ky i plotësuar. Në fillim të muajit Shkurt, ka dalë urdhëri i Drejtorit të Përgjithshëm Nr.41, datë 03.02.2020 (Nr.1010 Prot) “Për ndryshim strukture”, sipas të cilit Drejtoria e Auditit përbëhet nga 13 punonjës. Aktualisht struktura e Drejtorisë së Auditit është:

- Drejtor,
- Sektori i Auditimit të Sigurisë 4 punonjës (1 Përgjegjës sektori, ekonomist, 1 specialist jurist, 1 specialist ekonomist dhen 1 specialist IT).
- Sektori i Auditimit të Këshillimit, Sigurimit të Cilësisë, Planifikimit dhe Raportimit 4 punonjës (1 Përgjegjës Sektori, ekonomist/jurist, 3 specialist ekonomist).
- Sektori i Auditimit Tekniko-Mjekësor 4 punonjës (1 Përgjegjës Sektori, mjek, 2 specialist farmacist, 1 specialist mjek).

Gjendja e personelit në fund të vitit 2020, është 9 punonjës. Nuk janë plotësuar pozicionet e punës në sektorin e auditimit të sigurisë për 2 vetë (jurist, IT), në sektorin e auditimit të këshillimit, sigurimit të cilësisë, planifikimit dhe raportimit për 1 punonjës (specialist ekonomist) dhe në sektorin e auditimit tekniko-mjekësor për 1 punonjës (specialist farmacist).

Me strukturën e re do të bëhet i mundur mbulimi me auditim i të gjitha njësive vartëse por edhe i subjekteve me kontratë me Fondin.

### **7.3. Zhvillimi i aftësive dhe ngritja nivelit profesional të audituesve.**

Gjatë periudhës raportuese të gjithë specialistët e auditit kanë marrë pjesë në trajnimin e vijueshëm të detyrueshëm (on-line) i cili u organizua nga Drejtoria e Harmonizimit të Auditimit të Brendshëm. Mendimi i gjithë specialistëve është se ky trajnim, megjithë vështirësitë në komunikim, ishte organizuar mirë dhe përfitimi në ngritjen profesionale ishte gjithashtu në nivel të mirë. Gjatë periudhës në fjalë nuk kemi kaluar në ndonjë trajnim ndërkombëtar. Me strukturën e re të Drejtorisë së Auditit dhe plotësimin e saj deri tani, rezulton se kemi një specialist ekonomist i cili është në procesin e marrjes së certifikatës si auditues të brendshëm, aktualisht po jep provimet e organizuara nga Drejtoria e Harmonizimit të Auditit të Brendshëm.

## **8. KONKLUZIONE**

### **8.1. Konkluzione mbi problematiken e punës audituese.**

Siç kemi evidentuar edhe në Raportin Vjetor 2020, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetsor ka organizuar sistemin e kontrollit të brendshëm, por ky sistem duhet përmirësuar në drejtimet e mëposhtëme:

- Përgatitjen e metodologjisë për hartimin e listës së barnave të rimbursueshme, mënyrën e hartimit të kufizimeve të LBR, hartimin e kontratave tip të veçanta për qendrën shëndetësore të shërbimit onkologjik në banesë, rishikimin e draftit të rregullores për zbatimin e marrëveshjeve ndërkombëtare në fushën e mbrojtjes shoqërore, rishikimin e Udhëzimit Nr.9, datë 01.06.2020 “Për marrjen e informacionit nga Drejtoritë dhe njësitë vartëse të Fondit, metodologjisë për planifikimin e ndërhyrjeve kirurgjikale sipas shkallës së kompleksitetit, ndryshimin e Rregullores Nr.3, datë 22.10.2014.
- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike (shpenzimeve koncensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketave të shërbimit) të kontraktuara me Fondin.
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontroleve në subjektet me risk të lartë,
- Mbulimin me kontroll të gjithë subjekteve të kontraktuara
- Përmirësimi i cilësisë së supervizimeve e kontroleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet si dhe duke kërkuar zbatimin e pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve.
- Përmirësimin e cilësisë të kontrollit në spitale, dhe mbulimi me kontroll i të gjitha problematikave të aktivitetit të spitalit.
- Rritjen e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm.

### **8.2. Prioritetet për vitin e ardhshëm.**

Me gjithë arritjet dhe mangësitë e konstatuara gjatë vitit 2020, për të ardhmen nevojitet përmirësimi i punës audituese në disa drejtime të cilat përbëjnë dhe prioritetet e vitit në vazhdim, konkretisht:

- Përmirësimi i aktivitetit auditues duke identifikuar në kohë sistemet me risk të lartë, veçanërisht riskut të mashtrimit. Kryesore mbetet përmirësimi në sistemet që kanë të bëjnë me marrdhëniet e Fondit dhe strukturave të tij vartëse me ofruesit privat të shërbimit shëndetësor por dhe ata publik.
- Përmirësimi i strategjisë së auditimit lidhur me frekuencën e kryerjes së auditimeve, duke e përqëndruar auditimin në zonat më të riskuara, për periudha jo më të gjatë se një vit. Me përmirësimin e strukturës audituese më burime njerëzore edhe sistemet e subjektet me risk më të ulët do të duhet të auditohen çdo vit.
- Rritja e forcës audituese për vlerësimin real të funksionimit të sistemit të kontrollit të brendshëm në qendër dhe rajone dhe dhënien e rekomandimeve përkatëse.
- Realizimi i auditimeve për zbatimin e rekomandimeve të lëna në periudha të shkurtra kohore dhe jo vetëm në auditimin e radhës.
- Studimi i legjislacionit ekzistues në fushën e auditimit të brendshëm, menaxhimit financiar dhe kontrollit, buxhetit, kontabilitetit, prokurimeve, sigurimeve shëndetësore, e më gjerë, përditësimi i njohurive në mënyrë individuale por edhe me pjesëmarrjen në kurset vjetore të trajnimit të audituesëve që organizon Ministria e Financave dhe Shkolla Shqiptare e Administratës Publike, me qëllim ngritjen profesionale të specialistëve dhe rritjen e cilësisë së auditimeve.

---

**Artur Stafa**

**Drejtore i Auditit të Brendshëm  
(I Komanduar)**