



KONTROLLI I LARTË I SHTETIT
Raport Përfundimtar për Auditimin e ushtruar në Spitalin Universitar
Obstetrik-Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”

RAPORT PËRFUNDIMTAR AUDITIMI

MBI PËRPUTHSHMËRINË NË

SPITALIN UNIVERSITAR OBSTETRIK-GJINEKOLOGJIK MBRETËRESHA GERALDINË

QERSHOR 2022

Përmbajtja	faqe
I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE	3
1. Përshkrim i shkurtër i Projektit të Auditimit.....	3
2. Përshkrim i gjetjeve kryesore dhe rekomandimeve.....	3
3. Opinioni i auditimit.....	6
II. HYRJA	8
1. Objekti i auditimit.....	8
2. Qëllimi i auditimit.....	8
3. Identifikimi i çështjes:.....	9
4. Përgjegjësitë e strukturave drejtuese:.....	9
5. Përgjegjësitë e Audituesve:.....	10
6. Kriteret e vlerësimit.....	10
7. Standardet e auditimit.....	10
8. Metodat e auditimit.....	11
9. Dokumentimi i auditimit.....	11
III. PËRSHKRIMI I AUDITIMIT	12
1. Informacion i përgjithshëm mbi subjektin nën auditim.....	12
1. PËRSHKRIMI I REZULTATEVE SIPAS DREJTIMEVE TË AUDITIMIT.....	14
2.1 Mbi zbatimin e ligjshmërisë për emërimet dhe funksionimin e strukturave drejtuese të spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Tiranë, bazueshmërinë ligjore të vendimeve të marra dhe realizimin e tyre.....	14
2.2 Mbi zbatimin e strukturës organizative, dhënien e pagave dhe shpërblimeve në përputhje me dispozitat ligjore në fuqi.....	15
2.3 Mbi planifikimin dhe zbatimin e Buxhetit si dhe shpenzimet administrative.....	19
2.4 Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në mbajtjen e evidencës kontabël, ndjekjen e debitorëve e kreditorëve, si dhe menaxhimin e aktiveve të spitalit.....	22
2.5 Zbatimi i ligjshmërisë në prokurimet për investime, për blerje mallrash e shërbimesh, si dhe zbatimi i kontratave (saktësinë e realizimit të procedurave të prokurimit (vlerësimi i kriterëve, fondi limit, vlerësimi i ofertave dhe shpallja e fituesit), si dhe zbatimin e punimeve, deri në marrjen në dorëzim të mallrave dhe shërbimeve dhe zbatimi i kontratave të punëve publike, kolaudimi dhe marrja në dorëzim e punimeve).....	25
2.6 Auditim me zgjedhje sipas periudhave mbi rregullshmërinë e kryerjes së shpenzimeve me arkë, bankë dhe blerjet me vlera të vogla (shpenzimet administrative, për automjetet, udhëtim e dieta brenda dhe jashtë vendit sponsorizime, etj).....	30
2.7 Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në krijimin dhe përdorimin e të ardhurave dytësore.....	31
2.8 Mbi zbatimin e ligjshmërisë për organizimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit financiar dhe të kontrollit (Identifikimi dhe vlerësimi i nivelit të implementimit të komponentëve të MFK. Mjedisi i kontrollit, Menaxhimi i riskut, Veprimtaritë e kontrollit, Informimi, Komunikimi dhe Monitorimi. Saktësia e deklaratës vjetore dhe raporti përkatës për cilësinë dhe gjendjen e sistemeve të kontrollit të brendshëm).....	33
2.9 Organizimi dhe funksionimi i njësisë së auditit të brendshëm, kapacitetet audituese që mbulojnë këtë aktivitet, Planifikimi, realizimi i programit vjetor të auditimit dhe analiza sipas llojeve dhe gjetjeve. Rezultatet dhe eficienta e strukturave të ngritura për realizimin e auditit të brendshëm. Ndjekja e zbatimit të masave të rekomanduara nga drejtimi.....	36
2.10 Mbi auditimin e fondeve të akorduara dhe të shpenzuara, për përballimin e situatës së pandemisë COVID-19.....	37
2.11 Në lidhje me Sistemin Elektronik E-Health (Problematika të tjera të hasura gjatë auditimit).....	38
IV. GJETJET DHE REKOMANDIMET	40
V. ANEKSE	Error! Bookmark not defined.

I. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

1. Përshkrim i shkurtër i Projektit të Auditimit

KLSH në periudhën nga data 17.01.2022 deri me datë 28.03.2022 kreu auditimin mbi përputhshmërinë e veprimtarisë ekonomike dhe financiare të Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë për aktivitetin e periudhës nga data 01.01.2018 deri në 31.12.2021, duke u përqendruar në auditimin e ligjshmërisë së emërimeve dhe funksionimit të strukturave drejtuese, zbatimin e strukturës organizative, dhënien e pagave dhe shpërblimeve, planifikimin dhe zbatimin e buxhetit, mbajtjen e evidencës kontabël, ligjshmërinë e prokurimeve për investime, blerje mallrash e shërbimesh si dhe zbatimin e kontratave, auditimin e shpenzimeve të kryera me bankë dhe blerjet e vogla, të ardhurat nga qiratë, organizimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit financiar dhe kontrollit, funksionimin e njësisë së Auditimit të brendshëm, fondet e shpenzuara për përballimin e situatës COVID 19 si dhe të tjera të dala gjatë Auditimit.

Grupi i Auditimit të KLSH shqyrtoi, analizoi dhe arriti në konkluzione mbi secilën prej drejtimit të Auditimit, në bazë të dokumentacionit të kërkuar dhe të vënë në dispozicion, me zgjedhje, për të arritur në një siguri të arsyeshme në dhënien e opinionit të auditimit.

Gjatë gjithë procedurës së këtij auditimi, janë mbajtur në konsideratë Standardet Ndërkombëtare të Auditimit (ISSAI), Manuali i auditimit të përputhshmërisë të KLSH, Rregullorja funksionimit organizativ dhe administrativ të KLSH, Rregullorja e procedurave të auditimit, Kodi i etikës, si dhe praktikat më të mira audituese të fushës.

Në arritjen e konkluzioneve dhe përfundimeve mbi përputhshmërinë e veprimtarisë ekonomike dhe financiare me kuadrin ligjor dhe rregullator përkatës, krahas njohjes së detajuar të tyre të cilat kanë shërbyer si burim i kriterëve të auditimit, ne kemi përdorur metoda dhe teknika efikase si verifikimi i transaksioneve, intervistimi, raporte dhe informacione, verifikime në terren etj.

Gjetjet e këtij auditimi të karakterit organizativ i janë nënshtuar skepticizmit profesional dhe gjykimit objektiv të audituesve, duke i dhënë mundësi KLSH në dhënien e rekomandimeve përkatëse për përmirësimin e gjendjes si dhe për të evidentuar përgjegjësitë nëpërmjet rekomandimit të masave disiplinore.

Bazuar në rezultatet e auditimit të kryer në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë për periudhën 01.01.2018 ó 31.12.2021, grupi i auditimit me një siguri të arsyeshme ka dhënë opinion të pakualifikuar mbi përputhshmërinë e veprimtarisë ekonomike dhe financiare.

Për gjetjet e konstatuara janë mbajtur 19 akte, të cilat tyre janë dorëzuar në protokollin e SUOGJ brenda afateve.

2. Përshkrim i gjetjeve kryesore dhe rekomandimeve

NR.	PËRMBLEDHJE E GJETJES	REFERENCA NË RAPORTIN PËRFUNDIMTAR	RËNDËSIA	REKOMANDIMI
1	<p>Me shkresën nr. 1034 prot., datë 05.11.2019 drejtori i SUOGJ òMbretëresha Geraldinë ò i është drejtuar MSHMS ò së, Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, Universitetit të Mjekësisë Tiranë dhe Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), me kërkesë për përcaktimin e një përfaqësuesi për anëtar bordi, në kuadrin e ngritjes së Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinë.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/1 prot., datë 11.11.2019 òKthim përgjigje ò nga ana e Universitetit të Mjekësisë Tiranë, është ridërguar emri i Prof. Dr. A.K. (B.), si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ</p>	14 ó 15	E lartë	SUOGJ òMbretëresha Geraldinë ò në bashkëpunim me MSHMS, të marrë masa të menjëhershme lidhur me ngritjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike në këtë spital.

	<p>oMbretëresha Geraldinëo.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/2 prot., datë 20.11.2019 oMbi caktimin e përfaqësuesit të Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësorë, është dërguar emri i Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH znj. R. D., si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ oMbretëresha Geraldinëo.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/3 prot., datë 13.01.20202019 oKthim përgjigjeo nga ana e Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, është ridërguar emri i z. O. M., Sekretar i Përgjithshëm si anëtar i Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ oMbretëresha Geraldinëo.</p> <p>Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion rezulton se nuk janë ndërmarrë hapa të mëtejshëm lidhur me ngritjen dhe mbledhjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ oMbretëresha Geraldinëo, pra kjo strukturë nuk funksionon në SUOGJ oMbretëresha Geraldinëo.</p>			
2	<p>Sipas dokumentacionit të ngarkuar në SPE (Sistemi i Prokurimit Elektronik) rezultuan me mangësi në drejtim të vlerësimit të ofertave procedurat e prokurimit si më poshtë:</p> <p><i>-Rikonstrukcion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë"</i></p> <p><i>-Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik.</i></p>	25 ó 30	E lartë	Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjisllacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.
3	<p>Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurën me objekt "Shërbim evadim, transport dhe trajtim të mbetjeve të rrezikshme spitalore", rezulton se bazuar në kërkesën e bërë nga Shefi i Sektorit të Inxhinierisë Klinike, si dhe në përlogaritjen e fondit limit të kryer bazuar në kontratën e vitit të fundit, ka nisur procedura e prokurimit. Me procesverbalin nr. 1 datë 21.02.2018 janë hartuar kriteret e kualifikimit. Nga auditimi konstatohet se kriteret e kapaciteteve teknike të vendosura nga NJP janë të pa qarta dhe konfuze. Pjesa për tu plotësuar nga NJP për kapacitetet teknike është lënë e paplotësuar në DST (Shtojca 7) dhe janë vendosur disa kriteret tek specififikimet teknike për ofrimin e shërbimit (Shtojca 8). "Operatori Ekonomik fitues, në momentin e lidhjes së kontratës, e në vazhdim, duhet të pajisë Institucionin me konteiner, sipas mbetjeve (plastik dhe kartoni) dhe qese plastike të certifikuara, sipas standardeve në të cilat do të grumbullohen mbetjet spitalore të rrezikshme. Vlera e konteniereve dhe qeseve plastike të jetë e përfshirë në vlerën e shërbimit. Peshimi i mbetjeve të rrezikshme spitalore të cilat do evadohen për transport dhe trajtim të mëtejshëm, do të kryhet në prani të grupit të kolaudimit, me peshore të kolauduar dhe certifikuar nga organet përkatëse. Pësia e ambalazhit dhe konteniereve të mbetjeve të rrezikshme spitalore nuk duhet të përfshihet në sasinë në kg të mbetjeve të gjeneruara nga Institucioni pra si rrjedhojë nuk do të figurojë në faturimin e shërbimit të kryer. Teknologjia e përdorur për trajtimin e mbetjeve nuk duhet të ketë ndikim në mjedis, duhet të bëjë të mundur trajtimin e mbetjeve spitalore të specifikuara më sipër me një nga metodat për trajtim dhe asgjësim të cituara në "shtojcën 3 të Rregullores Nr. 6, datë 30/11/2007. Mjetet e transportit duhet të kenë sinjalistikën përkatëse si dhe duhet të plotësojë standardet për transport të mbetjeve të rrezikshme spitalore të përcaktuara sipas shtojcës 2 dhe 4 të Rregullores Nr. 6, datë 30/11/2007. Teknologjia e përdorur duhet të jetë e standardizuar ISO dhe të ketë certifikatë CE ose ekuivalent. Operatori Ekonomik duhet të jetë i certifikuar në standardet: EN ISO 14001:2004, EN ISO 9001:2008, BS OHSAS 18001:2007. Shërbimi do të realizohet në përputhje me Ligjin nr. 156 datë 10/10/2013 "Për disa ndryshime në ligjin nr. 10463, datë 22.9.2011 "Për menaxhimin e integruar të mbetjeve"; ligjin nr. 9537, datë 18/05/2006 "Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme"; VKM nr.</p>	25 ó 30	E lartë	Njësia e Prokurimit në SUOGJ të marrë masa që të plotësojë dokumentet standard të tenderit sipas shtojcave të përcaktuara nga APP si dhe të hartojë kriteret kualifikimi të qarta duke evidentuar dokumentacionin e nevojshëm për plotësimin e kriterëve si dhe të bëhet argumentimi teknik dhe ligjor i tyre.

	<p>99, datë 18/02/2005 "Për miratimin e katalogut shqiptar të klasifikimit të mbetjeve" me ndryshime; VKM nr. 798 datë 29.09.2010 "Për miratimin e rregullores për administrimin e mbetjeve spitalore"; VKM nr. 371 datë 11.06.2014 "Për miratimin e rregullave për dorëzimin e mbetjeve të rrezikshme dhe të dokumentit të dorëzimit të tyre"; Në baze të pikës 6 të nenit 26 të VKM nr. 371 datë 11/06/2014, operatori ekonomik dhe Autoriteti Kontraktor duhet të hartojnë në bashkëpunim, çdo tre muaj, dokumentin e transferimit të mbetjeve, një kopje e të cilit i dërgohet Agjencisë Kombëtare të Mjedisit"</p>			
4	<p>Sistemi aktual i komunikimit të institucionit nuk është eficient. Nuk ka procedurë të veçantë për mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve, ankesave për analizën e tyre, identifikimin e shkaqeve dhe eliminimin e problemeve të dala gjatë kryerjes së detyrave.</p>	33 ó 36	E lartë	<p>SUOGJ, të marrë masat e nevojshme për implementimin e kërkesave të ligjit nr. 10296, datë 8.07.2010 "Për menaxhimin financiar dhe kontrollin", i ndryshuar, për identifikimin e aktiviteteve me risk dhe menaxhimin e tij. Të analizohen shkaqet e mos funksionimit të sistemit të komunikimit, të nxirren përgjegjësitë më qëllim që të kryejë funksionet e veta. SUOGJ, të marrë masa për përmirësimin e sistemit të kontrollit të brendshëm. Të hartohet procedurë e veçantë mbi mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve/ankesave dhe kryerjen e analizimit i tyre.</p>
5	<p>Projekti Shëndetësia elektronike në Shqipëri, regjistri mbarë kombëtar i shëndetësisë elektronike, është financuar nga Qeveria e Austrisë nëpërmjet OeKB në shumë 13,995,000 Euro e dhënë në formë huas së butë, ndërsa kostos lokale, TVSh-në, taksën doganore etj. do të përballohen nga pala shqiptare. Objekti kryesor i projektit është, zhvillimi i një sistemi të integruar të rekordeve elektronike shëndetësore mbarëkombëtare që përmbush kërkesat kryesore operacionale të profesionistëve në të gjithë spitalet dhe politikat në Shqipëri. Gjithsej do të jetë 79 institucione publike të cilat do të jenë në sistemin e integruar. Me urdhrin e brendshëm nr. 1194/2, datë 20.10.2015, Drejtori i Spitalit, ka ngjitur komisionin e marrjes në dorëzim të pajisjeve të projektit, urdhër ky i cili ka dal me 4 . Ky komision ka hartuar procesverbalin e marrjes në dorëzim dhe aktin e kolaudimit në datë 23.10.2015 ose 4 muaj pas ardhjes dhe instalimit të pajisjeve. Veprimet dhe mosveprimet e grupit të ngarkuar për verifikimin e pajisjeve janë në kundërshtim me pikat 42-50 të seksionit 6 Marrja ne dorëzim e aktiveve të furnizuara të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 6Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik. Pajisjet e sistemit janë bërë hyrje në magazinën e spitalit me fletë hyrjen nr. 28/1, datë 23.10.2015 ose me 4 muaj vonesë veprim ky në kundërshtim me pikë 39 të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 6Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik, 6Çdo hyrje-dalje në magazinë dokumentohet menjëherë". Gjithashtu konstatohet se pajisjet në Spital kanë mbërritur pa asnjë dokument shoqëruar nga magazinat e I... Sistemi elektronik nuk është implementuar, ndonëse për këtë qendër është lëshuar dhe certifikata COHO, e cila nënkupton instalimin, testimin dhe funksionimin e projektit në këtë qendër. Tre PC e përcaktuar për sistemin nuk janë të instaluar dhe qëndrojnë bashke me pjesët e tjera të sistemit në sallën e serverit. Sipas</p>	38 ó 39	E lartë	<p>Drejtori i Spitalit në bashkëpunim me strukturat përgjegjëse të marrin masa që të vendosin në funksionim sistemin e E-Health me qëllim integrimin e të dhënave shëndetësore të pacientëve në sistemin shëndetësor kombëtar.</p>

<p>certifikatës COHO të lëshuar për këtë qendër sistemi ka qenë në funksion që në datën 19.06.2015. Arsyja e mosvendosjes në funksionim të projekti e-Health është se kjo qendër ka pas dhe ka një sistem elektronik të brendshëm (Astraia) të hedhjes së të dhënave dhe aplikimi i të dy sistemeve njëkohësisht krijonte bllokimin e sistemit ekzistues. Në kontratën e blerjes është përcaktuar se për këto raste kur qendra (site) ka një program elektronik ekzistues duhet që nga shitësi të bëhet ndërlidhja e tyre me qëllim që të dhënat të ruhen edhe në projektin e-Health, gjë e cila nuk është bërë për rastin konkret. Pra program e-Health nuk funksionon në spitalin gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë. Gjithashtu, u konstatua se COHO për këtë site është datë 19.06.2015, ndërsa me shkresën nr. 754/1 datë 8.09.2015 afërsisht 3 muaj më vonë, është firmos certifikata COI me ndryshim të listës së pajisjeve, në një kohë që programi e-Health nuk funksiononte në këtë qendër. Nuk ka asnjë dokument që të tregoj arsyet e ndryshimeve të listës së pajisjeve. Deri në fund të periudhës së auditimit asnjë prej vizitave që kryheshin në këtë qendër nuk hidheshin në sistemin e-Health. Vlera e pajisjeve që janë përfitur nga projekti është 11,360,597 lekë dhe mos vendosja e tyre në punë për qëllimin që janë përfitur përbën efekt financiar negativ.</p>			
---	--	--	--

3. Opinioni i auditimit

Në vlerësimin tonë, rezultati i auditimit për çështjet e përputhshmërisë së veprimtarisë ekonomike dhe financiare të Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë për periudhën 01.01.2018 deri më 31.12.2021 është në përputhje në të gjitha aspektet materiale me kriteret e përcaktuara në këtë auditim, që kanë të bëjnë me kuadrin ligjor, nënligjor dhe rregullator. Grupi i auditimit në dhënien e opinionit ka marrë në konsideratë dhe gabime/parregullsi të caktuara të natyrës cilësore, pavarësisht vlerës së tyre. *Në përfundim të auditimit, pas marrjes së dëshmimeve të mjaftueshme dhe të përshtatshme të auditimit, nuk rezultuan devijime materiale nga kuadri ligjor dhe rregullator në fuqi, situatë e cila justifikon dhënien e një **opinionit të pakualifikuar të përputhshmërisë.***

Baza për opinionin pakualifikuar të përputhshmërisë.

Ne jemi përpjekur të sigurohemi që konkluzionet dhe opinionet e tona të kenë një siguri të arsyeshme, si rrjedhojë e punës sonë audituese, si dhe për shkak të kufizimeve të vetvetishme të një auditimi, pasi normalisht nuk mund të jepet një siguri në shkallën maksimale. Konkluzionet dhe opinionin ynë janë të bazuara në kompetencën për vlerësim objektiv dhe profesional të evidencës së auditimit të kërkuar dhe të vënë në dispozicion nga SUOGJ Mbretëresha Geraldinë, e cila konsiderohet nga ana jonë përfaqësuese, e mjaftueshme, e përshtatshme dhe e besueshme. Ne kemi përdorur gjykimin objektiv dhe kemi zbatuar skepticizmin profesional në vlerësimin e sasisë dhe cilësisë së evidencave dhe në këtë mënyrë kemi kontribuar në garantimin e mjaftueshmërisë dhe përshtatshmërisë së tyre me qëllimin e dhënies së një opinionit me siguri të arsyeshme. Auditimi është kryer sipas standardeve të cilat bazohen në Parimet Themelore të Auditimit niveli 3 (ISSAI 100 - 999) të Standardeve Ndërkombëtare të Institucioneve Supreme të Auditimit. Procedurat e auditimit të bazuara në Standardet Ndërkombëtare të Auditimit: ISSAI 400 Standardet e Auditimit të Përputhshmërisë, ISSAI 1500 (ISA 500)¹ dhe ISSAI 1530 (ISA 530)²; Manuali i Auditimit të

¹ Objektiv i audituesit është të hartojë dhe të kryejë procedurat e auditimit në mënyrë të tillë që të mundësojë marrjen e evidencës së mjaftueshme për të nxjerrë konkluzione të arsyeshme në të cilin do të bazojë opinionin e tij.

² Objektiv i audituesit është të kryejë procedura të përshtatshme auditimi në funksion të këtij objekti.

Përputhshmërisë, si dhe dokumentimi i auditimit kanë shërbyer si bazë për arritjen e konkluzioneve dhe dhënien e opinionit në këtë auditim përputhshmërie. Ne kemi mbledhur dhe vlerësuar evidencën e auditimit, si dhe kemi konkluduar me gjetje dhe rekomandime në lidhje me fushën/objektin e auditimit, qasjen, kohën dhe burimet, me qëllim për të kryer një punë audituese që redukton në një nivel të ulët të pranueshëm, riskun e një konkluzioni ose opinionit të gabuar rreth objektivit të auditimit.

Përgjegjësitë e strukturave drejtuese të SUOGJ:

Strukturat drejtuese të Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë, janë përgjegjëse për përdorimin e burimeve financiare në përputhje me politikën, ligjet dhe rregulloret e aplikuara (kriteret e vlerësimit), përfshirë ato për zbatimin e gjithë kuadrit rregullator në prokurimin e fondeve publike. Strukturat drejtuese të SUOGJ dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale janë përgjegjëse funksionimin e sistemit të kontrollit të brendshëm, hartimin e procedurave, aktivitetëve të kontrollit, gjurmës së auditimit dhe hartës së proceseve. Gjithashtu, është përgjegjësi e drejtuesve të njësisë publike të përgjigjen dhe të jenë transparentë për veprimtarinë e tyre, si edhe të sigurojnë se i administrojnë këto fonde në pajtim me kriteret ligjore e rregullatore.

Përgjegjësitë e Audituesve të KLSH mbi Auditimin e Përputhshmërisë:

Objektivi i audituesit të jashtëm publik lidhet me garantimin e sigorisë së arsyeshme³, nëse veprimtaria e subjektit të audituar është zhvilluar në përputhje me kriteret e paracaktuara, si dhe për të konkluduar me një raport auditimi që përfshin një opinion. Siguria e arsyeshme është një nivel i lartë sigurie, por nuk garanton që auditimi i kryer në përputhje me standardet mundëson identifikimin e çdo gabimi apo anomalie që mund të ekzistojë. Përveç standardeve ISSAI, audituesi i KLSH, gjithashtu aplikon edhe gjykimin dhe skepticizmin e tij profesional në punën audituese.

Auditimi ka identifikuar çështjet më të rëndësishme lidhur me zbatueshmërinë e kriterëve të vlerësimit, kuadrin ligjor dhe rregullator nga ana e subjektit, me përjashtim të rasteve kur kuadri ligjor nuk lejon vënien në dispozicion të tyre për publikun ose në raste të rralla kur vetë ne vendosim që këto çështje nuk duhet të përfshihen në raport për shkak të pasojave negative që publikimi i tyre mund të sjellë në publikun e gjerë.

Audituesit e KLSH janë përgjegjës për të siguruar cilësinë e auditimit, duke zbatuar procedurat e kontrollit të cilësisë gjatë gjithë procesit të auditimit, me synim marrjen e sigurisë, se auditimi është në përputhje me standardet e aplikueshme dhe se raporti i auditimit, konkluzionet dhe opinionit i auditimit janë të përshtatshme.

³ISA 200-ISSAI 1200 Objektivi i audituesit është të ofrojë siguri të arsyeshme nëse pasqyrat si një e tërë nuk përmbajnë anomali materiale, raste mashtrimi ose gabime, si edhe të raportojë mbi këto pasqyra përse i takon gjetjeve të tij/saj.

II. HYRJA

Mbështetur në Ligjin nr. 154/2014, datë 27.11.2014 për organizimin dhe funksionimin e KLSHö, në zbatim të Projektit dhe Programit të Auditimit nr. 1057/2, datë 03.11.2021 miratuar nga Kryetari i KLSH, i ndryshuar, nga data 17.01.2022 deri me datë 28.03.2022, në subjektin “Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë”, për periudhën 01.01.2018 deri më 31.12.2021, u krye “Auditim mbi Përputhshmërinë” nga Grupi i Auditimit me përbërje:

J. H., Përgjegjës Grupi,

I. S., Auditues,

S. H., Auditues,

E. K., Auditues,

I. B., Auditues.

OBJEKTIVAT, FUSHËVEPRIMI DHE METODOLOGJIA

1. Objekti i auditimit

Në objektivat dhe qëllimet e auditimit përfshihet vlerësimi objektiv i evidencave, dokumentacionit të kërkuar dhe të vënë në dispozicion, për të përcaktuar nëse të dhënat e raportuara për periudhën objekt auditimi nga data 01.01.2018 deri më datë 31.12.2021 përputhen me kriteret përkatëse të kuadrit ligjor dhe rregullator. Objektivi i Auditimit është dhënia e opinionit mbi përputhshmërinë nëse në të gjithë aspektet materiale, aktiviteti ekonomik dhe financiar, transaksionet dhe informacioni janë në përputhje ose jo me dispozitat ligjore dhe rregulloret përkatëse. Në funksion të përmbushjes së misionit/angazhimit, objektivat kryesore të kësaj veprimtarie audituese janë:

1. Nëse janë zbatuar parimet e përgjithshme të sistemit të menaxhimit financiar të sektorit publik dhe të sjelljes së zyrtarëve të sektorit publik;
2. Vlerësimi i sistemeve të kontrollit të brendshëm, menaxhimit të riskut dhe proceseve të drejtimit;
3. Dhënia e një sigurie të arsyeshme nëse;
 - Informacionet e rëndësishme financiare, të drejtimit dhe operacioneve janë të sakta, të besueshme dhe në kohën e duhur;
 - Burimet janë përdorur me kursim, dobi dhe frytshmëri;
 - Asetet janë ruajtur dhe mirë administruar;
 - Veprimtaria e Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik (SUOGJ) është në pajtueshmëri me politikën, procedurat, ligjet dhe rregulloret e miratuara për këtë qëllim;
 - Kërkesat nga organet ligjvënëse, agjencitë financuese ose organizatat donatore janë respektuar sipas kushteve të marrëveshjeve të financimit.
4. Vlerësim mbi shkallën e zbatimit të kuadrit rregullator përkatëse të prokurimit, si dhe zbatimi i detyrimeve kontraktore;
6. Dhënia e Opinioneve dhe rekomandimeve për marrjen e masave për përmirësimin e veprimtarisë së SUOGJ.

2. Qëllimi i auditimit

Qëllimi i këtij auditimi përputhshmërie është evidentimi i devijimit nga standardet e pranuar të shkeljeve të parimeve të ligjshmërisë, të menaxhimit financiar me synim ndërmarrjen e masave dhe veprimeve korigjuese nga ana e subjektit të audituar.

Nëpërmjet kryerjes së këtij auditimi KLSH synon të promovojë:

- Transparencën, duke ofruar raport të besueshëm për fondet nëse janë administruar sipas një procesi të rregullt dhe është respektuar kuadri ligjor dhe rregullator në fuqi;

- Përgjegjshmërinë ndaj devijimeve të raportimit dhe ndaj shkeljeve të kuadrit ligjor rregullator, në mënyrë që të mund të merren veprime korigjuese dhe personat përgjegjës të përgjigjen për veprimet e tyre;
- Qeverisjen e mirë, duke identifikuar dobësitë dhe duke vlerësuar rregullshmërinë aty ku kuadri ligjor rregullator rezulton i pamjaftueshëm dhe/ose i papërshtatshëm, si dhe duke marrë parasysh riskun e mashtrimit në lidhje me përputhshmërinë.

3. Identifikimi i çështjes

Projekt Raporti Auditimit mbi përputhshmërinë e veprimtarisë ekonomike dhe financiare të SUOGJ për periudhën nga 01.01.2018 - 31.12.2021 ka identifikuar sipas kriterëve të specifikë të vlerësimit, shqyrtimin dhe vlerësimin e fushave në vijim:

- Mbi zbatimin e ligjshmërisë për emërimet dhe funksionimin e strukturave drejtuese të spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Tiranë, bazueshmërinë ligjore të vendimeve të marra dhe realizimin e tyre.
- Mbi zbatimin e strukturës organizative, dhënien e pagave dhe shpërblimeve në përputhje me dispozitat ligjore në fuqi.
- Mbi planifikimin dhe zbatimin e Buxhetit si dhe shpenzimet administrative.
- Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në mbajtjen e evidencës kontabël, ndjekjen e debitorëve e kreditorëve, si dhe menaxhimin e aktiveve të spitalit.
- Zbatimi i ligjshmërisë në prokurimet për investime, për blerje mallrash e shërbimesh, si dhe zbatimi i kontratave (saktësinë e realizimit të procedurave të prokurimit (vlerësimi i kriterëve, fondi limit, vlerësimi i ofertave dhe shpallja e fituesit), si dhe zbatimin e punimeve, deri në marrjen në dorëzim të mallrave dhe shërbimeve dhe zbatimi i kontratave të punëve publike, kolaudimi dhe marrja në dorëzim e punimeve).
- Auditim me zgjedhje sipas periudhave mbi rregullshmërinë e kryerjes së shpenzimeve me arkë, bankë dhe blerjet me vlera të vogla (shpenzimet administrative, për automjetet, udhëtim e dieta brenda dhe jashtë vendit sponsorizime, etj).
- Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në krijimin dhe përdorimin e të ardhurave dytësore.
- Mbi zbatimin e ligjshmërisë për organizimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit financiar dhe të kontrollit (Identifikimi dhe vlerësimi i nivelit të implementimit të komponentëve të MFK. Mjedisi i kontrollit, Menaxhimi i riskut, Veprimtaritë e kontrollit, Informimi, Komunikimi dhe Monitorimi. Saktësia e deklaratës vjetore dhe raporti përkatës për cilësinë dhe gjendjen e sistemeve të kontrollit të brendshëm).
- Organizimi dhe funksionimi i njësisë së auditit të brendshëm, kapacitetet audituese që mbulojnë këtë aktivitet, Planifikimi, realizimi i programit vjetor të auditimit dhe analiza sipas llojeve dhe gjetjeve. Rezultatet dhe efienca e strukturave të ngritura për realizimin e auditit të brendshëm. Ndjekja e zbatimit të masave të rekomanduara nga drejtimi.
- Mbi auditimin e fondeve të akorduara dhe të shpenzuara, për përballimin e situatës së pandemisë COVID-19.
 - Të tjera që mund të dalin gjatë procesit auditues.

4. Përgjegjësitë e strukturave drejtuese

Strukturat drejtuese kanë për detyrë që të përgjigjen për garantimin e sistemeve të përshtatshme dhe efektive të menaxhimit financiar dhe kontrollit, në përputhje me kërkesat e kuadrit ligjor dhe rregullator përkatës. Strukturat drejtuese janë përgjegjëse për realizimin e objektivave dhe zbatimin e përgjegjësisë të caktuara në kuadrin ligjor dhe rregullator, për të menaxhuar fondet publike në mënyrë të ligjshme, me ekonomi, efektivitet dhe efiençë. Gjithashtu, strukturat drejtuese janë përgjegjëse për vënien në dispozicion të dokumenteve zyrtare, shkresore apo elektronike, si dhe informacionit të kërkuar, në kushtet, afatet dhe strukturën e vendosur prej grupit të auditimit të KLSH.

5. Përgjegjësitë e Audituesve

Audituesit e KLSH kanë përgjegjësi në dhënien e një vlerësimi objektiv, profesional e të pavarur, nëse aktiviteti ekonomik dhe financiar përputhet, në të gjitha aspektet materiale, me kriteret e aplikuara si: rregullat, ligjet, kodet e vendosura apo termat dhe kushtet, mbi të cilat është rënë dakord, ku mund të përmendim si burim të këtyre kriterëve: standarde, ligje, vendime të Këshillit të Ministrave, rregullore, buxhete, kontrata, marrëveshje financimi, instrumente të tjerë që përmbajnë rregulla se si duhet të menaxhohen dhe zbatohen etj.;

- njëherësh aspektet e rregullshmërisë (respektimi i kriterëve formale siç janë ligjet përkatëse, rregulloret dhe marrëveshjet) dhe ligjshmërisë (respektimi i parimeve të përgjithshme që rregullojnë menaxhimin e shëndoshë financiar dhe sjelljen e zyrtarëve publik);

- promovimin e një qeverisje të mirë, duke identifikuar dhe raportuar devijimet nga kriteret, në mënyrë që të merren veprime korigjuese si dhe të identifikojë personat përgjegjës për veprimet e tyre.

6. Kriteret e vlerësimit

Standardet Ndërkombëtare të Auditimit (ISSAI) të INTOSAI-t, Standardet Ndërkombëtare të Auditimit (ISA)IFAC; Kushtetuta dhe Ligji nr. 154/2014 ÷Mbi Organizimin dhe Funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit; Manualet e Auditimit, Rregullat, Udhëzimet e KLSH, Ligji nr. 10296, datë 08.07.2010 ÷Për menaxhimin financiar dhe kontrollinö i ndryshuar, Ligji nr. 9936, datë 26.06.2008 ÷Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë, Ligji nr. 9228, datë 29.04.2004, ÷Për kontabilitetin dhe pasqyrat financiare, Ligji nr. 9355, datë 10/03/2005 ÷Për ndihmën dhe shërbimin shoqëror, të ndryshuar, Ligjin nr. 9643, datë 20/11/2006 ÷Për prokurimin publik, i ndryshuar, Ligji nr. 10405, datë 24.03.2011, ÷Për kompetencat për caktimin e pagave dhe të shpërblimeve, Ligji Nr. 8402, datë 10.09.1998 ÷Për kontrollin dhe disiplinimin e punimeve të ndërtimitö i ndryshuar, Ligji nr. 9106, datë 17.07.2003, ÷Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë, Ligji nr. 8485, datë 12.5.1999 ÷Kodi i procedurave administrative, i ndryshuar, VKM nr. 112, datë 22.2.2006 ÷Për kohën e punës dhe të pushimit në sistemin e shëndetësisë, VKM nr. 914, datë 29.12.2014 ÷Për miratimin e rregullave të prokurimit publik, i ndryshuar, VKM nr. 54, datë 5.2.2014 ÷Për përcaktimin e kriterëve, të procedurës e të mënyrës së dhënies me qira, enfitozë apo kontrata të tjera të pasurisë shtetërore, Udhëzimi i MF nr. 30, datë 27.12.2011 ÷Për menaxhimin e aktiviteteve në njësitë e sektorit publik, Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 559, datë 26.10.2009 ÷Për aplikimin e tarifave për shërbimet mjekësore, Urdhri i Ministrit nr. 526, datë 01.12.2009 ÷Për zbatimin e sistemit të referimit të pacientëve në shërbimin shëndetësor, Statutin dhe Rregulloren e Brendshme të Spitalit, Rregullore ÷Mbi Procedurat e auditimit në KLSH, miratuar me vendimin nr. 63, datë 22.06.2020 të Kryetarit të KLSH-së, e ndryshuar, Manuali i Auditimit të Përputhshmërisë miratuar sipas Vendimit të Kryetarit të KLSH me nr. 66 datë 23.06.2020, Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 ÷Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik, si dhe akte të tjera ligjore apo nënligjore që do të jenë të nevojshme gjatë auditimit.

7. Standardet e auditimit

Raporti Përfundimtar i Auditimit është hartuar në përputhje me kërkesat e Rregullores së Procedurave të Auditimit në KLSH, si dhe mbështetur në:

- Kërkesat e Kushtetutës së Shqipërisë (Pjesa XIV, nenet 162 ó 165);
- Ligjin nr. 154/2014 ÷Për organizimin dhe funksionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit;
- ISSAI 100 - Parimet themelore të auditimit të sektorit publik;
- ISSAI 400 - Standardet e Auditimit të Përputhshmërisë;
- ISSAI 4000 - Prezantim i përgjithshëm i udhëzimeve për auditimin e përputhshmërisë;

- ISSAI 1500 (ISA 500) - Objektivi i audituesit është të hartojë dhe të kryejë procedurat e auditimit në mënyrë të tillë që të mundësojë marrjen e evidencës së mjaftueshme për të nxjerrë konkluzione të arsyeshme në të cilin do të bazojë opinionin e tij;
- ISSAI 1530 (ISA 530) - Objektivi i audituesit është të kryejë procedura të përshtatshme auditimi në funksion të këtij objektivi;
- Standardet Ndërkombëtare të Auditimit (SNA) të Federatës Ndërkombëtare të Kontabilistëve IFAC;
- Manualin e Auditimit të Përputhshmërisë të Gjykatës Evropiane të Audituesve;
- Kërkesat e Udhërrëfyesit të IDI-t, INTOSAI për implementimin e Standardeve Ndërkombëtare të Auditimit, ISSAI mbi Auditimin e përputhshmërisë;

8. Metodatat e auditimit

Metodat e auditimit janë bazuar tek kombinimi i testeve të ndryshme të auditimit në funksionimin e sistemit të kontrollit të brendshëm, në procedurat bazë dhe në procedurat analitike pas testeve të kryera me qëllim arritjen e objektivave të auditimit. Në varësi të çështjeve të auditimit dhe vlerësimit të Audituesve janë përdorur veçmas ose të kombinuara metodatat dhe teknikat e mëposhtme:

- a. *Verifikimi i transaksioneve* - mbi bazën e informacionit në dokumentet e bankave me të cilët subjekti kryen transaksione;
- b. *Intervistimi* - duke marrë informacion nëpërmjet pyetjeve drejtuar personelit kyç të subjektit dhe atij të përfshirë për një çështje të caktuar, e kombinuar kjo me shqyrtimin e evidencave përkatëse;
- c. *Raportet dhe informacionet* - shfrytëzimi i raporteve/informacioneve relevante dhe të që kanë lidhje me objektivat e auditimit dhe specifikisht me drejtimet e auditimit;
- d. *Pyetësorët për vlerësimin e sistemeve të kontrollit të brendshëm* - duke marrë informacionet e funksionimit të sistemit të kontrollit të brendshëm dhe menaxhimit financiar të subjektit;
- h. *Verifikimi në sistem dhe në terren*- me përzgjedhje të çështjeve të veçanta të auditimit, sipas drejtimeve të auditimit;
- g. *Të kombinuara*, sipas rastit dhe vlerësimit të Audituesve.

Audituesit e KLSH janë përpjekur në çdo rast në përzgjedhjen e arsyeshme dhe të mjaftueshme të metodave dhe teknikave veçmas dhe/ose të kombinuara, si dhe shtrirjen e tyre për të dhënë siguri të arsyeshme në arritjen e konkluzioneve të auditimit në tërësi, dhe sipas drejtimeve në veçanti.

9. Dokumentimi i auditimit

Audituesit e KLSH, mbi bazën e evidencave të kërkuara dhe të vëna në dispozicion, si dhe intervistave, takimeve, konsultave dhe komunikimeve me nëpunësit e SUOGJ kanë përgatitur dokumentacionin e mjaftueshëm të auditimit, si rezultat i kuptimit të qartë të kriterëve të përdorura, të fushë-veprimit të auditimit, të gjykimeve, të përfundimeve të arritura mbi bazën e programit të auditimit dhe natyrën, kohën, shtrirjen dhe rezultatet e procedurave të kryera, arsyetimin pas të gjitha çështjeve të rëndësishme që kërkohet për ushtrimin e gjykimit profesional si dhe konkluzioneve lidhur me to. Në këtë mënyrë, dokumentimi i auditimit është kryer nëpërmjet letrave të punës, shënimeve, pyetësorëve, të finalizuara me akt-konstatimet dhe më pas shqyrtimin e observacioneve të subjektit, takimeve ballafaqese në subjekt, të cilat kanë shërbyer si bazë për hartimin e këtij Raporti Auditimi.

III. PËRSHKRIMI I AUDITIMIT

1. Informacion i përgjithshëm mbi subjektin nën auditim

INFORMACION I PËRGJITHSHËM

Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik ëMbretëresha Geraldinëë, është strukturë shëndetësorë universitare e profilizuar, e cila realizon funksione diagnostikuese e trajtuese në përmbushje të ofrimit të kujdesit shëndetësor terciar, si pjesë e ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë, si dhe funksione mësimore e kërkimore-shkencore për të realizuar formimin universitar të specialistëve të shëndetësisë, si pjesë e Universitetit të Mjekësisë Tiranë. Mënyra e funksionimit të Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik ëMbretëresha Geraldinëë, Tiranë, si strukturë shëndetësore universitare, përcaktohet në statutin e tij, i cili miratohet me urdhër të përbashkët të Ministrit përgjegjës për arsimin dhe Ministrit përgjegjës për shëndetësinë. SUOGJ. ëMbretëresha Geraldinëë e ushtron veprimtarinë e tij në përputhje me standardet e përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, e cila ka të drejtë t'i rivlerësojë ato çdo vit.

MISIONI

Të ofrojë shërbim mjekësor të specializuar në fushën e Obstetrikë - Gjinekologji. Ndjekje dhe trajtim të grave shtatzëna pra, gjatë dhe pas lindjes si dhe të fëmijëve të porsalindur. Diagnostikim dhe trajtim të grave me patologji gjinekologjike për banoret e rrethit të Tiranës si dhe të ofrojë shërbime mjekësore parandaluese, diagnostikuese dhe kuruese për sëmundjet që nuk mund të trajtohen në spitale të tjera publike brenda territorit të Republikës së Shqipërisë. Këtë shërbim u ofron edhe shtetasve të huaj dhe atyre pa shtetësi sipas kriterëve të pranimit në SUOGJ. ëMbretëresha Geraldinëë. Të ofrojë edukim universitar dhe pasuniversitar duke shërbyer si bazë mësimdhënieje për Fakultetin e Mjekësisë, Infermierisë në Tiranë, formimin e profilizuar pasuniversitar, edukimin në vazhdim mjekësor të akumuluar. SUOGJ. ëMbretëresha Geraldinëë e ushtron këtë funksion në bashkëpunim me institucionet e arsimit të lartë vendas dhe të huaj si dhe me qendra të specializuara në kërkim shkencor.

BAZA LIGJORE

SUOGJ e zhvillon aktivitetin e saj në zbatim të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, ligjeve në fuqi, veçanërisht të Ligjit nr. 7961, datë 12.07.1995 ëKodi i Punës i Republikës së Shqipërisë, i ndryshuar, Ligjit nr. 9131, datë 08.09.2003 ëPër rregullat e etikës në administratën publike, Ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 ëPër Sigurimet Shoqërore në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, Ligjit nr. 10171, datë 22.10.2009 ëPër Profesionet e Rregulluara në Republikën e Shqipërisë, Ligjit nr. 8615, datë 01.06.2000 ëPër Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, Ligjin nr. 9718, datë 19.04.2007 ëPër Urdhrin e Infermierit në Republikën e Shqipërisë, Ligjin nr. 9150, datë 30.10.2003 ëPër Urdhrin e Farmacistëve në Republikën e Shqipërisë, Ligji nr. 9106, dt. 17.07.2003 ëPër shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë, Statutin e SUOGJ ëMbretëresha Geraldinëë, miratuar nga Ministria e Shëndetësisë me nr. 693/5 prot., datë 28.08.2006, dhe Ministria e Arsimit dhe Shkencës me nr. 5637 prot., datë 28.08.2006, si dhe akteve të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi dhe atyre administrative të dala nga Drejtoria e SUOGJ ëMbretëresha Geraldinëë, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

VARËSIA

Drejtimi administrativ i Spitaleve Universitare është në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, ndërsa drejtimi institucional është në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Ministrisë së Arsimit Rinisë dhe Sporteve sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 655, datë 10.11.2017 për miratimin, si strukturë

Shëndetësore Universitare, të Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik òMbretëresha Geraldinë, Tiranë.

ORGANIZIMI FUNKSIONIMI DEE STRUKTURA E SUOGJ MBRETËRESHA GERALDINË, RREGULLA TË PËRGJITHSHME

Struktura organizative reflekton standardet e përcaktuara, me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimit në spital. Drejtori 1 SUOGJ òMbretëresha Geraldinë emërohet nga ministri përgjegjës për shëndetësinë sipas legjislacionit në fuqi. Zëvendësdirjtorët emërohen dhe lirohen nga Ministri përgjegjës për shëndetësinë. Personeli tjetër mjekësor dhe administrativ i SUOGJ emërohet sipas kuadrit ligjor dhe nënligjor në fuqi

1. PËRSHKRIMI I REZULTATEVE SIPAS DREJTIMEVE TË AUDITIMIT

2.1 Mbi zbatimin e ligjshmërisë për emërimet dhe funksionimin e strukturave drejtuese të spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Tiranë, bazueshmërinë ligjore të vendimeve të marra dhe realizimin e tyre

1. Titulli i gjetjes:	Mos ngritja e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.
Situata:	<p>Me shkresën nr. 1034 prot., datë 05.11.2019 drejtori i SUOGJ Mbretëresha Geraldinë i është drejtuar MSHMS ó së, Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, Universitetit të Mjekësisë Tiranë dhe Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), me kërkesë për përcaktimin e një përfaqësuesi për anëtar bordi, në kuadrin e ngritjes së Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/1 prot., datë 11.11.2019 òKthim përgjigjeò nga ana e Universitetit të Mjekësisë Tiranë, është ridërguar emri i Prof. Dr. A. K. (B.), si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/2 prot., datë 20.11.2019 òMbi caktimin e përfaqësuesit të Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësorò, është dërguar emri i Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH znj. R. D., si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.</p> <p>- Me shkresën nr. 1034/3 prot., datë 13.01.20202019 òKthim përgjigjeò nga ana e Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, është ridërguar emri i z. O. M., Sekretar i Përgjithshëm si anëtar i Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.</p> <p>Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion rezulton se nuk janë ndërmarrë hapa të mëtejshëm lidhur me ngritjen dhe mbledhjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë, pra kjo strukturë nuk funksionon në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.</p>
Kriteri:	VKM 66, datë 03.02.2017 òPër përcaktimin e kritereve e të procedurave për ngritjen e organizimin e shërbimeve dhe strukturave shëndetësore universitare”, pika 9 si dhe Statuti i SUOGJ, Kreu II, pika 2.
Ndikimi:	Mos ngritja e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ Mbretëresha Geraldinëò, sjell si pasojë mos funksionim e organeve drejtuese të spitalit konform kuadrin ligjor të sipërcituar.
Shkaku	Mos ngritja e organeve drejtuese bazuar në dispozitat ligjore në fuqi.
Rëndësia:	E lartë.
1.1 Rekomandimi:	SUOGJ Mbretëresha Geraldinëò në bashkëpunim me MSHMS, të marrë masa të menjëhershme lidhur me ngritjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike në këtë spital.

2.2 Mbi zbatimin e strukturës organizative, dhënien e pagave dhe shpërblimeve në përputhje me dispozitat ligjore në fuqi.

Veprimtaria e SUOGJ bazohet në statutin e institucionit dërguar nga Ministria e Shëndetësisë me shkresën nr. 693/7, datë 21.09.2006 “Në lidhje me Statutin e Spitalit Universitar Obstetrik – Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë”, dhe deri aktualisht nuk ka pësuar ndryshime.

Struktura Organizative, miratuar nga ministri z. I. B. me shkresën nr. 1371, datë 10.03.2017, ka qenë efektive dhe nuk ka ndryshuar gjatë periudhës objekt auditimi, kohë gjatë së cilës struktura e SUOGJ nuk ka ndryshuar dhe as numri total prej 386 punonjësish. Me shkresën nr. 992/1, datë 11.09.2018 “Kërkesë për miratim Struktura” është kërkuar ndryshimi i strukturës por nuk ka ardhur miratimi. Me shkresën nr. 1329, datë 26.11.2018 SUOGJ ka kërkuar ndryshim emërtese në strukturë nga kimist në biolog dhe me shkresën nr. 67799/1 datë 21.12.2018 MSH ka miratuar ky ndryshim. Në lidhje me zbatimin e strukturës u audituan me zgjedhje zbatimi i strukturës për muajt:

- Janar, korrik, tetor i vitit 2018
- Gusht, tetor dhe dhjetor i vitit 2019
- Shkurt, prill dhe korrik i vitit 2020
- Mars, Maj, Nëntor i vitit 2021

Nga auditimi konstatohet se për periudhën objekt auditimi për muajt e zgjedhur nuk ka tejkallim të strukturës si për numër total punonjësish ashtu edhe për njësitë përbërëse.

Me shkresën nr. 345, datë 13.03.2017 “Kërkesë për miratim të projekt rregullore” është dërguar për miratim nga ana e SUOGJ në Ministri Rregullorja e Institucionit. Kjo rregullore nuk është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe se në bazë të deklaratës së Shefes së Sektorit të Burimeve Njerëzore është punuar me këtë rregullore e cila është e pa miratuar deri në datën 22.07.2020. Me Urdhrin nr. 433, datë 22.07.2020 “Miratimin e rregullores së Spitalit Universitar” është miratuar rregullore e re. Kjo rregullore ka të përcaktuar detyrat dhe përkrahimin e punës për çdo punonjës. Nga auditimi konstatohet se SUOGJ nuk ka të përcaktuar llojin e arsimit, nivelin arsimor, vjetërsinë në punë apo kualifikim shtesë të nevojshëm për postin e punës.

Emërimet në detyrë

Emërimet në detyrë në SUOGJ kryhen sipas legjislacionit në fuqi për mjek dhe infermier në Portal ndërsa stafi mbështetës me Kod Pune.

Konkretisht:

Për vitin 2018 janë punësuar 14 punonjës staf mjekësor dhe 1 staf mbështetës;

Për vitin 2019 janë punësuar 7 punonjës staf mjekësor dhe 7 staf mbështetës;

Për vitin 2020 janë punësuar 7 punonjës staf mjekësor dhe 6 staf mbështetës;

Për vitin 2021 janë punësuar 18 punonjës staf mjekësor dhe 10 staf mbështetës;

Për stafin mbështetës është kryer publikimi në Buletin për vendin vakant edhe kriteret. Më tej është ngritur komisioni i vlerësimit dhe është shpallur fituesi që ka kaluar periudhën e provës e më tej me kohë të plotë.

Largimet nga detyra

Nga auditimi rezulton se nuk ka asnjë punonjës të larguar ose ndërprerje të marrëdhënieve të punës nga Titullari por vetë largime me dëshirë ose dalje në pension. Konkretisht:

<u>Viti</u>	<u>Largime me dëshirë</u>	<u>Pension</u>
2018	10	6
2019	12	8
2020	11	8
2021	18	11

Masat disiplinore

Nga auditimi rezulton se janë dhënë 39 masa disiplinore, konkretisht:

Viti	Masa Disiplinore
2018	11
2019	12
2020	8
2021	8

Procedura e dhënies së masës disiplinore bazohet mbi kërkesën e bërë nga eprori direkt dhe miratohet nga Titullari.

Dosjet personale

Nga auditimi me zgjedhje i 80 dosjeve personale, nuk rezultuan mangësi në drejtim të plotësisë së tyre, të inventarizimit dhe me dokumentacionit origjinal.

Vendimet Gjyqësore

Nga auditimi rezulton se nuk ka asnjë proces gjyqësor për marrëdhëniet e punës.

Respektimi i dispozitave ligjore për kontributin e sigurimeve shoqërore e shëndetësore.

Nga auditimi në tërësi i listë pagesave për periudhën e përcaktuar në program, u konstatua se llogaritja e sigurimeve shoqërore e shëndetësore, tatimi mbi pagat dhe të ardhurat personale, është bërë në zbatim të ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, dhe ligjit nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Llogaritjet janë bërë për çdo punonjës, janë ndaluar nga paga sigurimet shoqërore e shëndetësore, duke respektuar kufirin minimal e maksimal, tatimi mbi pagën dhe njëkohësisht janë xhiruar në institucionet përkatëse, të rakorduara me listat përkatëse.

Respektimi i dispozitave ligjore për paga, shpërblime e të tjera personeli (llogaria 600) dhe sigurimeve shoqërore (llogaria 601).

Nga auditimi në tërësi të listë pagesave për periudhën e përcaktuar në program, rezultoi se shuma e përgjithshme e listë pagesave është e njëjtë me urdhër shpenzimit e përgatitur për këtë qëllim. Përmbledhëset e listë pagesës në çdo rast janë të nënshkruara nga personat përkatës. Janë kryer ndalesat për tatimin e të ardhurave personale nga punësimi sipas përcaktimeve në përputhje me Udhëzimin e Ministrit të Financave nr. 5, datë 30.01.2006 “Për tatimin mbi të ardhurat”, i ndryshuar dhe janë paguar brenda datës 20 të muajit që pason muajin në të cilin është kryer pagesa. Është përlllogaritur, ndalur dhe derdhur në organet tatimore kontributi i sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore mbi bazën e pagës minimale dhe maksimale si dhe përqindjeve përkatëse punëdhënës e punëmarrës sipas VKM nr. 1114, datë 30.7.2008 i ndryshuar “Për disa çështje në zbatim të ligjeve nr. 7703, datë 11. 5.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, nr. 9136, datë 11.9.2003 “Për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, dhe nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, si dhe Udhëzimit të Ministrit të Financave nr. 26, datë 16.4.2009 “Për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore” i ndryshuar, dhe pas hyrjes në fuqi të VKM nr. 457, datë 09.07.2014, “Për disa ndryshime në vendimin nr. 1114, datë 30.7.2008, të këshillit të ministrave, “Për disa çështje në zbatim të ligjeve nr. 7703, datë 11.5.1993, “Për sigurimet shoqërore në republikën e Shqipërisë””, të ndryshuar, nr. 9136, datë 11.9.2003, “Për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore në republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, dhe nr. 10383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar”. Afatet e

deklarimit dhe pagesës se kontributeve janë në varësi të statusit të personit që detyrohet të paguajë kontributet dhe përcaktohen në nenet 10 dhe 11 të ligjit nr. 9136, datë 11.9.2003 “Për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, i përcaktuar jo më vonë se data 20 e muajit pasardhës. Pagesa e tatimit mbi të ardhurat personale nga punësimi, si dhe kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore në zbatim të Udhëzimit të Ministrit të Financave nr. 24, datë 02.09.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, është sipas tabelës së mëposhtme.

Tabela nr. 1 Të dhëna përmbledhëse për detyrimet nga marrëdhëniet e punës

në mijë lekë

Nr.	Emërtimi	Viti 2018	Viti 2019	Viti 2020	Viti 2021
1	Fondi i pagave gjithsej	267,874	267,453	274,569	305,906
2	Tatimin mbi të ardhurat personale	18,142	18,293	19,383	24,729
3	Kontributi i sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore	42,737	42,959	42,827	46,600

Burimi: SUOGJ

Nga auditimi rezulton se pagat janë hartuar në rregull dhe nuk ka probleme mbi llogaritjen e ndalesave të tatimit mbi të ardhurat personale dhe kontributet e sigurimeve shoqërore. Detyrimet janë derdhur pranë institucioneve përkatëse dhe institucioni nuk është penalizuar me gjoba apo interesa të paguara për pagesë të vonuar.

Realizimi i fondit të pagave (plan, fakt dhe në %) për vitet 2018-2021:

Nga verifikimi i fondit të pagave për vitet 2018-2021, po paraqesim tabelën krahasuese e cila rezulton si më poshtë:

Tabela nr. 2 Të dhëna përmbledhëse për fondin e pagave dhe sigurimeve shoqërore

në mijë lekë

Nr.	Emërtimi	2018			2019			2020			2021		
		Plan	Fakti	%	Plan	Fakti	%	Plan	Fakti	%	Plan	Fakti	%
1	Fondi i pagave	267,874	267,874	100	269,867	267,453	99.1	276,544	274,569	99.3	306,411	305,906	99.8
2	Fondi i Sig.Shoq	43,250	42,737	98.8	44,300	42,959	97.0	43,000	42,827	99.6	46,600	46,600	100

Burimi: SUOGJ

Tabela nr. 3 Të dhëna përmbledhëse për treguesit e punës

në mijë lekë

Nr	Emërtimi	2017	2018		2019		2020		2021	
		Fakt	Plan	Fakt	Plan	Fakt	Plan	Fakt	Plan	Fakt
1	Numri mesatar i punonjësve	335	386	360	386	352	386	348	386	330
2	Paga mesatare (lekë)	778,654	693,976	744,094	699,137	759,810	716,435	788,991	93,811	926,988
3	Fondi i pagave (lekë)	260,849,255	267,874,835	267,874,019	269,867,000	267,453,000	276,544,000	274,569,000	306,411,000	305,906,000

Burimi: KLSH

Respektimi i dispozitave ligjore për krijimin e fondit të veçantë, dhënien e shpërblimeve për rezultatet në punë, ndihma për fatkeqësi, për nevoja kulturore, etj.

Nga auditimi, konstatohet se fondi i shpërblimeve është krijuar dhe përdorur sipas Vendimit e Këshillit të Ministrave nr. 929, datë 17.11.2010, i ndryshuar.

Tabela nr. 4 Të dhëna përmbledhëse për përdorimin e fondit të veçantë

në mijë lekë

Nr	Emërtimi	2018		2019	
		Plan	Fakt	Plan	Fakt
1	Fond i veçantë				
a	Për raste fatkeqësie	30,000	30,000	180,000	180,000
b	Për dalje ne pension	395,165	391,371	302,855	276,583
c	Totali	425,165	421,371	482,855	456,583

Burimi: KLSH

në mijë lekë

Nr	Emërtimi	2020		2021	
		Plan	Fakt	Plan	Fakt
1	Fond i veçantë				
a	Për raste fatkeqësie	269,420	269,420	121,000	111,850
b	Për dalje ne pension	559,710	548,929	267,000	226,949
c	Totali	829,130	818,349	388,000	338,799

Burimi: KLSH

Respektimi i dispozitave ligjore për kontributin e sigurimeve shoqërore e shëndetësore.

Nga auditimi në tërësi i listë pagesave për periudhën e përcaktuar në program, u konstatua se llogaritja e sigurimeve shoqërore e shëndetësore, tatimi mbi pagat dhe të ardhurat personale, është bërë në zbatim të ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë, i ndryshuar, dhe ligjit nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

Llogaritjet janë bërë për çdo punonjës, janë ndaluar nga paga sigurimet shoqërore e shëndetësore, duke respektuar kufirin minimal e maksimal, tatimi mbi pagën, dhe njëkohësisht janë xhiruar në institucionet përkatëse, të rakorduara me listat përkatëse.

1. Titulli i gjetjes:	Mangësi në Rregulloren e Brendshme të institucionit.
Situata:	Nga auditimi konstatohet se për periudhën objekt auditimi për muajt e zgjedhur nuk ka tejkalim të strukturës si për numër total punonjësish ashtu edhe për njësitë përbërëse. Me shkresën nr. 345, datë 13.03.2017 <i>“Kërkesë për miratim të projekt rregullore”</i> është dërguar për miratim nga ana e SUOGJ në Ministri rregullorja e institucionit. Kjo rregullore nuk është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe se në bazë të deklaratës së Shefes së Sektorit të Burimeve Njerëzore është punuar me këtë rregullore e cila është e pa miratuar deri në datën 22.07.2020. Me Urdhrin nr. 433 të Drejtorit të Spitalit, datë 22.07.2020 <i>“Miratimin e rregullore së Spitalit Universitar”</i> është miratuar rregullore e re por nuk është miratuar në Ministri. Nga auditimi konstatohet se SUOGJ nuk ka të përcaktuar llojin e arsimit, nivelin arsimor, vjetërsinë në punë apo kualifikim shtesë të nevojshëm për postin e punës.
Kriteri:	Shkresën nr. 345, datë 13.03.2017 <i>“Kërkesë për miratim të projekt rregullore”</i> .
Ndikimi:	Konsolidim strukture dhe rregulloreje.
Shkaku	Mungesa e llojit të arsimit si dhe nivelit.
Rëndësia:	E mesme.
1.1 Rekomandimi:	Drejtori i Spitalit në bashkëpunim Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa që të miratohen aktet rregullatore të brendshme si dhe të plotësohet struktura me llojin e arsimit, nivelin si dhe vjetërsinë.

2.3 Mbi planifikimin dhe zbatimin e Buxhetit si dhe shpenzimet administrative.

Nga SUOGJ òMbretëresha Geraldinëò, janë miratuar treguesit e buxhetit afatmesëm (PBA) për periudhën e viteve 2018-2020. PBA, është miratuar nga Drejtori z. B. N. dhe me shkresën nr. 660/1, datë 21.07. 2017 i është përcjellë MSHMS.

-Programimi i PBA 2019-2021

Nga SUOGJ janë miratuar treguesit e PBA për periudhën e viteve 2019-2021. PBA është miratuar nga Drejtori znj. E. D. dhe me shkresën nr. 697/1, datë 10.07.2018 i është përcjellë Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar, MSHMS si dhe për dijeni të FDSKSH dhe DSHSUKS pranë QSUT.

-Programimi i PBA 2020-2022

Nga SUOGJ, janë miratuar treguesit e PBA për periudhën e viteve 2020-2022.

PBA, është miratuar nga Drejtori znj. E. D. dhe me shkresën nr. 716/1, datë 09.07. 2019 i është përcjellë FDSKSH dhe DSHSUKS pranë QSUT.

-Programimi i PBA 2021-2023

Nga SUOGJ, janë miratuar treguesit e PBA për periudhën e viteve 2020-2022.

PBA, është miratuar nga Drejtori znj. E. D. dhe me shkresën nr. 493/1, datë 08.07. 2020 i është përcjellë Drejtorisë së Buxhetit dhe Menaxhimit Financiar MSHMS.

Buxheti plan ó fakt për vitet 2018 ó 2020 jepet në tabelën sipas Aneksit nr. 2.3.1.

1. Titulli i gjetjes:	Mangësi në drejtim të programimit dhe zbatimi i buxhetit për vitin 2018, 2019 dhe 2020 në lidhje me faturat e pa likuiduara.
Situata:	<p>Për vitin 2018 buxheti është miratuar me shkresën nr. 50 prot., datë 15.01.2018. Për vitin 2019 buxheti është miratuar dhe përcjellë me shkresën nr. 127/3 prot., datë 15.02.2019 protokolluar në SUOGJ me nr. 288 prot., datë 26.02.2019. Për vitin 2020 buxheti është miratuar me shkresë nr. 189/3 prot., datë 21.02.2020 protokolluar në SUOGJ me nr. 226 prot., datë 27.02.2020.</p> <p>Nga të dhënat rezulton se nga totali i të ardhurave që do mbulojnë shpenzimet e buxhetit për vitin 2018, të ardhurat e veta (nga aktiviteti Mjekësor) zënë 3.4 % ose në vlerën 20,556 mijë lekë ndërsa 96.6 % janë grante korent të brendshëm në vlerën 574,495 mijë lekë.</p> <p>Në buxhetin e miratuar për vitin 2018, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2017, në shumën totale 11,510,662 lekë nga të cilat:</p> <p>Ilogaria 401-408 <i>Furnitorë e llogari të lidhura me to</i> në shumën 10,108,909 lekë</p> <p>Ilogaria 467- <i>Kreditorë të ndryshëm</i> në shumën 1,401,753 lekë</p> <p>Për vitin 2019, të ardhurat e veta zënë 3.22 % ose në vlerën 18,777 mijë lekë ndërsa 96.78 % janë grante korent të brendshëm në vlerën 563,628 mijë lekë.</p> <p>Në buxhetin e miratuar për vitin 2019, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2018, janë në shumën totale 14,344,630 lekë nga të cilat:</p> <p>Ilogaria 401-408 <i>Furnitorë e llogari të lidhura me to</i> në shumën 7,813,543 lekë</p> <p>Ilogaria 467- <i>Kreditorë të ndryshëm</i> në shumën 6,531,087 lekë</p> <p>-Për vitin 2020, të ardhurat e veta zënë 7.3% ose në vlerën 48,950 mijë lekë ndërsa 92.7% janë grante korent të brendshëm në vlerën 616,918 mijë lekë.</p>

Në buxhetin e miratuar për vitin 2020, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2019, janë në shumën totale 13,381,249 lekë nga të cilat:

Ilogaria 401-408 *Furnitorë e llogari të lidhura me to* në shumën 6,850,162 lekë

Ilogaria 467- *Kreditorë të ndryshëm* në shumën 6,531,087 lekë. Sa më sipër konstatohet se nuk janë programuar si zë më vete në buxhetet e viteve 2018,2019, 2020 dhe i detyrimeve të vitit paraardhës duke u akumuluar si borxh i vitit të kaluar pa i klasifikuar në zërat përkatës.

Gjithashtu në vitet (2007-2012), të mbartura në kartelat e kreditorëve pa dokumentacion përkatës në vlerën 985,356 lekë, detyrim kreditor i krijuar në vitin 2019 për vlerën 5,487,357 lekë me Institutin e Ndërtimit si dhe detyrim kreditor i krijuar në vitin 2019 , lidhur me mungesë faturash, penalitete në vlerën 19,287.33 lekë ku në total krijohet shuma prek 12,37,731.33 lekë, vlerë e cila duhet të ishte programuar në buxhetet e viteve përkatëse për shlyerjen e tyre.

Për vitin 2018, buxheti është realizuar në total në masë 95.6 % ose nga 610,948,175 lekë të programuara, është realizuar 581,098,175 lekë, nga të cilat nga grandit 565,854,129 lekë dhe nga të ardhurat e veta në shumën 18,732,967 lekë.

Në zërin Paga Ilogaria ekonomike 600, është realizuar në masën 99,1 % ose nga 270,622,260 lekë të programuar, realizuar në shumën 268,403,234 lekë, nga të cilat nga grandit në vlerën 267,874,018 lekë ose 99.8 % të totalit të pagave dhe nga të ardhurat e veta në vlerën 529,216 lekë ose 1.2 % të totalit të pagave.

Në zërin sigurime shoqërore Ilogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 98.8 % ose nga 43,250,000 lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,737,132 lekë, nga të cilat nga grandit në vlerën 42,737,132 lekë ose 100 % të totalit të sigurimeve.

Në zërin shpenzimet operative Ilogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 94.5 % ose nga 272,464,647 lekë të programuar, realizuar në vlerën 257,622,680 lekë, nga të cilat nga grandit në vlerën 254,821,608 lekë ose 98,9 % të totalit të shpenzimeve operative ose nga të ardhurat e veta në vlerën 2,801,072 lekë ose 1,1 % të totalit të shpenzimeve operative.

Në zërin investime Ilogaria ekonomike 231, është realizuar në mase 63,6 % ose nga 24,186,103 lekë të programuar, realizuar në vlerën 15,402,678 lekë, nga të cilat nga të ardhurat e veta në vlerën 15,402,678 lekë ose 100% të totalit të investimeve.

Për vitin 2019, buxheti është realizuar në total në masë 95% ose nga 616,645,536 të programuara, është realizuar 587,334,544 lekë, nga të cilat nga grandit 562,463,046 lekë dhe nga të ardhurat e veta në shumën 24,871,498 lekë.

Në zërin paga Ilogaria ekonomike 600, është realizuar në masën 98,3 % ose nga 272,023,380 lekë të programuar, realizuar në shumën 267,452,889 lekë, nga të cilat nga grandit e të ardhurat e veta në vlerën 267,452,889 lekë ose 100 % të totalit të pagave.

Në zërin sigurime shoqërore Ilogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 96,6 % ose nga 44,300,000 lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,958,793 lekë, nga të cilat nga grandit në vlerën 42,958,793 lekë ose 100

	<p>% të totalit të sigurimeve.</p> <p>Në zërin shpenzimet operative llogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 95,8 % ose nga 263,663,576 lekë të programuar, realizuar në vlerën 252,760,221 lekë, nga të cilat nga grandit në vlerën 251,594,781 lekë ose 95,4 % të totalit të shpenzimeve operative ose nga të ardhurat e veta në vlerën 1,165,440 lekë ose 5,6 % të totalit të shpenzimeve operative.</p> <p>Në zërin investime llogaria ekonomike 231, është realizuar në masë 65,5 % ose nga 36,175,725 lekë të programuar, realizuar në vlerën 23,706,058 lekë, nga të cilat nga të ardhurat e veta në vlerën 23,706,058 lekë ose 100 % të totalit të investimeve.</p> <p>Për vitin 2020, buxheti është realizuar në total në masë 99.4% ose nga 630,528 mijë lekë të programuara, është realizuar 626,766 mijë lekë.</p> <p>Në zërin paga llogaria ekonomike 600, është realizuar në total në masë 99.2% ose nga 276,545 mijë lekë të programuara, është realizuar 274,569 mijë lekë.</p> <p>Në zërin sigurime shoqërore llogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 99.6 % ose nga 43,000 mijë lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,827 mijë lekë.</p> <p>Në zërin shpenzimet operative llogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 99.45 % ose nga 294,110 mijë lekë të programuar, realizuar në vlerën 292,509 mijë lekë.</p> <p>Në zërin investime llogaria ekonomike 231, është realizuar në masë 100 %.</p>
Kriteri:	Ligji nr. 9936, datë 26.6.2006 “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, neni 32, neni 65 si dhe UMF nr. 2, datë 6.02.2012 “Për procedurat standard të zbatimit të buxhetit”, i ndryshuar pika 101.
Ndikimi:	Në treguesit e gjendjes ekonomike dhe financiare të SUOGJ-së dhe performancën në përgjithësi.
Shkaku	Zbatimi i legjislacionit në fuqi dhe metodologjisë së programimit dhe zbatimit të buxhetit vjetor, mos zbatimi i kërkesave ligjore për kontabilitetin dhe rritja e detyrimeve kreditore nga viti në vit si dhe mos programimi si zë më vete në buxhet për shlyerjen e tyre.
Rëndësia:	E lartë.
1.1 Rekomandimi:	SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të marrë masat për programimin e buxheteve afat mesëm sa më real, bazuar në radhë të parë me burimet e veta të financimit, duke zbatuar të gjitha procedurat ligjore.
1.2 Rekomandimi:	SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të marrë masat, që në buxhetin e vitit ushtrimor, të programohet shlyerja e të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguar nga viti paraardhës sipas kërkesave ligjore.

2.4 Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në mbajtjen e evidencës kontabël, ndjekjen e debitorëve e kreditorëve, si dhe menaxhimin e aktiveve të spitalit.

1. Titulli i gjetjes:	Mos pasqyrimi i saktë i transaksioneve dhe lëvizjeve kontabël në shënimet shpjeguese.
Situata:	Nga auditimi u konstatua se në Pasqyrën e Pozicionit Financiar të vitit 2020, zëri “Ndërtesa e konstruksione” ka pësuar rritje nga vlera 37,812,884 lekë në vitin 2019, në vlerën 63,546,248 lekë në vitin 2020. Nga subjekti, argumentohet se këto shtesa vijnë si rezultat i dhurimeve dhe sistemeve elektrike. Ndërkohë rezultojnë se në zërin “Instalime teknike, makineri e pajisje” rezultojnë se po ashtu ka rritje në vlerë nga 58,920,004 lekë në vitin 2019, në vlerën 102,426,297 lekë në vitin 2020. Rezulton se në <i>Shënimet Shpjeguese</i> nuk ka sqarim lidhur me këta zëra, dhe si e tillë situata është e paqartë dhe nuk jep siguri të arsyeshme. - Nga auditimi u konstatua se në Pasqyrën e Pozicionit Financiar të vitit 2020, zëri “Materiale” ka pësuar rritje nga vlera 39,987,514 lekë në vitin 2019, në vlerën 67,849,646 lekë në vitin 2020. Nga subjekti, argumentohet se këto shtesa vijnë si rezultat i dhurimeve dhe blerjeve të ndryshme. Rezulton se në <i>Shënimet Shpjeguese</i> nuk ka sqarim lidhur me këtë zë. Gjithashtu, shënimet shpjeguese paraqiten të paqarta, të paplota dhe të pa kuptueshme.
Kriteri:	Standardi Kombëtar i Kontabilitetit nr. 2, paragrafi 49, pikat c dhe d, <u>ku përcaktohet se:</u> <i>(c) informacion-shtesë mbi zërat materialë, të paraqitur në pasqyrat parësore dhe ndryshimet e tyre gjatë periudhës kontabël (pasqyrat parësore do të përmbajnë referenca që të drejtojnë në shënimet e bashkëngjitura, të cilat shpjegojnë më hollësisht informacionin e paraqitur në pasqyrat parësore); (d) informacion tjetër të nevojshëm për një paraqitje të vërtetë e të besueshme të pozicionit financiar, performancës financiare dhe fluksit të parasë së njësisë ekonomike raportuese (për shembull, pasivet e mundshme, transaksionet me palët e lidhura, ngjarjet që kanë ndodhur pas datës së bilancit).</i>
Ndikimi:	Mos paraqitja e shënimeve shpjeguese dhe transaksioneve kontabël sipas detyrimeve përcaktuese dhe kriterëve të përcaktuara në SKK nr. 2, sjell si pasojë paqartësi dhe pasiguri në hartimin e Pasqyrave Financiare.
Shkaku	Mos paraqitja e saktë e shënimeve shpjeguese.
Rëndësia:	E mesme.
1.1 Rekomandimi:	Nga Sektori i Financës të merren masa lidhur me plotësimin dhe pasqyrimin e saktë të transaksioneve dhe lëvizjeve kontabël në shënimet shpjeguese.

2. Titulli i gjetjes:	Mos pasqyrimi i saktë i transaksioneve dhe lëvizjeve kontabël në shënimet shpjeguese.
Situata:	Sipas Urdhrit të Brendshëm administruar në SUOGJ me nr. 1253 prot., datë 01.11.2018 “ <i>Asgjësimin e aktiveve të qëndrueshme sipas llogarive 214, 218, 237, 212 dhe 213 për vitin 2017</i> ”, është ngritur komisioni për asgjësimin i përbërë nga: F. Zh. (Kryetar), I. J. (Anëtar), E. K. (Anëtar), H. B. (Anëtar) dhe G. B. (Anëtar). Me shkresën nr. 1315 prot., datë 20.11.2018, me objekt “ <i>Ankand për shitje skrap</i> ”, është ngritur ankandi me fond limit 26,656 lekë pa TVSH për material hekur, gize, alumin, llamarinë dhe inox (sasia 1600 kg). Ky ankand nuk është realizuar pasi me

	shkresën nr. 1315/3 prot., datë 11.12.2018 nga Agjencia e Prokurimit Publik (në vijim APP), ka ardhur përgjigja sipas të cilës është cituar se <i>“APP nuk e publikoi informacionin e sjellë, pasi nuk keni respektuar afatin minimal kohor 20 ditor për dorëzimin e kërkesës për pjesëmarrje në procedurën e hapur, përcaktuar në pikën 2 të nenit 28, Ligji nr. 9874, datë 14.02.2008 ‘Për Ankandin Publik’(i ndryshuar).ö, dhe “në njoftimin e ankandit keni përcaktuar datën 13.11.2018, si afat të fundit për dorëzimin e kërkesave për pjesëmarrje, ndërkohë që Buletini i Njoftimeve Publike të APP – së publikohet në datën 11.12.2018”.</i> Me shkresën nr. 56 prot., datë 15.01.2019 <i>“Formulari i njoftimit të fituesit”</i> , operatori ekonomik A... M... SHPK është shpallur fitues për vlerën 26,656 lekë pa TVSH. Nga grupi i auditimit konstatohet se me faturën nr. 1, datë 11.02.2019, nga operatori ekonomik, është kryer pagesa në vlerën 59,309 lekë pa TVSH, për shitjen e 3560 kg/skrapi x 16.66 lekë/kg, në favor të institucionit. Pra sa më sipër rezulton se ankandi është shpallur për sasinë 1600 kg, ndërkohë shitja e skrapit realisht ka qenë në sasinë 3560 kg.
Kriteri:	Shkresa nr. 56 prot., datë 15.01.2019 <i>“Formulari i njoftimit të fituesit”</i> , në të cilën përcaktohet se operatori ekonomik A... M... SHPK është shpallur fitues për vlerën 26,656 lekë pa TVSH.
Ndikimi:	Shitja e skrapit pa ankand dhe në kundërshtim me dispozitat ligjore në fuqi.
Shkaku	Mos zbatimi i kontratës të lidhur me operatorin ekonomik.
Rëndësia:	E mesme.
2.1 Rekomandimi:	Nga Sektori i Financës të merren masat lidhur me analizimin e situatës të krijuar nga shitja e skrapit më tepër nga vlera e përcaktuar.

3. Titulli i gjetjes:	Mos nxjerrja nga inventari i aseteve inekzistente.
Situata:	Me shkresën nr. 1136/12 prot., datë 09.02.2020 <i>“Relacion përmbledhës mbi Inventarizimin vjetor të pasurisë dhe vlerësimin e jashtë përdorimeve të propozuar në SUOGJ. ‘Mbretëresha Geraldinë’”</i> , komisioni i inventarizimit i është drejtuar Drejtorit të spitalit duke propozuar nxjerrjen jashtë përdorimit të AQT ó ve jo funksionale, si godina zyrat me vlerë 38,400 lekë, godina marangozi me vlerë 10,800 lekë, dhe godina oksigjen me vlerë 6,941 lekë. Arsyeja konstatohet të jetë mos ekzistenca e këtyre godinave që në vitin 2000, shembja e tyre dhe në vendndodhjen e tyre është ndërtuar godina aktuale e administratës. Sa i takon godinës të oksigjenit, rezulton se nuk ekziston që në vitin 1999, dhe pas shembjes në këtë vit është ndërtuar godina e re e oksigjenit, së bashku me depozitën dhe linjat e O ₂ të lëngshëm. Grupi i auditimit konstatoi se nuk është marrë asnjë masë lidhur me zgjidhjen e kësaj shtate dhe marrjen e hapave konkretë lidhur me nxjerrjen nga inventari të këtyre aseteve inekzistente nga vitet 2000.
Kriteri:	Udhëzimi nr. 30 datë 27.12.2011 <i>“Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”</i> i ndryshuar me Udhëzimin nr. 24, datë 07.12.2016, nr. 11 datë 06.05.2016 dhe nr. 20 datë 17.11.2014 <i>“Për disa shtesa dhe ndryshime në Udhëzimin nr. 30 datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”, pika 103, G, ku përcaktohet se: “kur janë dëmtuar e janë bërë të papërdorshme, si pasojë e fuqisë madhore (tërmet, përmbytje, zjarr etj.) ose ndodhje të rastit”.</i>
Ndikimi:	Mos marrja e hapave lidhur me nxjerrjen jashtë përdorimit të aseteve që

	nuk ekzistojnë.
Shkaku	Mos nxjerrja jashtë përdorimit e asetëve që nuk ekzistojnë, bazuar në dispozitat ligjore në fuqi.
Rëndësia:	E mesme.
3.1 Rekomandimi:	Nga Sektori i Financës të merren masa për nxjerrjen jashtë përdorimit dhe çregjistrimin kontabël të asetëve të cilat nuk ekzistojnë më pranë SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë.

2.5 Zbatimi i ligjshmërisë në prokurimet për investime, për blerje mallrash e shërbimesh, si dhe zbatimi i kontratave (saktësinë e realizimit të procedurave të prokurimit (vlerësimi i kritereve, fondi limit, vlerësimi i ofertave dhe shpallja e fituesit), si dhe zbatimin e punimeve, deri në marrjen në dorëzim të mallrave dhe shërbimeve dhe zbatimi i kontratave të punëve publike, kolaudimi dhe marrja në dorëzim e punimeve).

Nga auditimi me zgjedhje i procedurave të prokurimit⁴ për periudhën objekt auditimi u konstatuan shkelje në drejtim të hartimit të kritereve dhe të vlerësimit të ofertave. Konkretisht problematikat dhe procedurat respektive të konstatuara me shkelje paraqiten në mënyrë të përmbledhur si më poshtë:

1. Titulli i gjetjes:	Mangësi në dokumentacion e ngarkuar në SPE.
Situata:	Nga auditimi i procedurës “ <i>Shërbim gatimi dhe shpërndarje ushqimi (katering)</i> ”, konkretisht dokumentacionit të ngarkuar në SPE (Sistemi i Prokurimit Elektronik) rezulton se janë ftuar për të marrë pjesë 3 OE. Sipas raportit përmbledhës me nr. 171/4 prot., datë 09.02.2018 është miratuar ky dokument nga ana e Titullarit të AK. Sipas shkresës me nr. 171/5 prot., datë 09.02.2018 është bërë njoftimi i fituesit dhe me shkresën nr. 197 prot., datë 12.02.2018 është bërë dorëzimi i dokumentacionit të fituesit S... S... Sipas aktit me nr. 171/6 prot., datë 14.02.2018 është lidhur kontrata e shërbimit mes Titullarit të AK dhe sipërmarrësit të shërbimit znj. A. T. Administratore e S... A... Sipas dokumentacionit rezulton se kontrata e lidhur mes palëve nuk është sipas DST të ngarkuar në SPE pasi ka ndryshime, të cilat edhe pse jo thelbësore janë në kundërshtim me kuadrin ligjor e rregullator të poshtëshënuar.
Kriteri:	- Ligji nr. 9643, datë 20.11.2006, “ <i>Për prokurimin publik</i> ”, i ndryshuar: Neni 59 dhe neni 60 pika 1; - VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “ <i>Për miratimin e rregullave të prokurimit publik</i> ”, ndryshuar, neni 22.
Ndikimi:	Mungesë e njohjes së OE me kushtet e kontratës, konkretisht specifikave të kontratës së shërbimit.
Shkaku	Mungesa e kujdesit të anëtarëve të NJP.
Rëndësia:	E ulët.
1.1 Rekomandimi:	Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për përfshirjen në SPE të të gjithë dokumentacionit të nevojshëm me qëllim njohjen e tyre nga OE për tërësinë e shërbimeve që do të furnizohen, të drejtat dhe detyrimet ndërmjet Autoritetit Kontraktor dhe kontraktorit.

2. Titulli i gjetjes:	Mangësi në drejtim të hartimit të kritereve kualifikimit dhe specifikimeve teknike.
Situata:	Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion për procedurat me objekt: - <i>Rikonstrukcion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë</i> - <i>Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik</i> u konstatuan mangësi në drejtim të vendosjes së kritereve të kualifikimit si dhe të specifikimeve teknike.
Kriteri:	- VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “ <i>Për miratimin e rregullave të prokurimit</i>

⁴ Lista e procedurave të audituara për periudhën objekt auditimi paraqitet në Aneksin nr. 2.5.1.

	<i>publik</i> ”, ndryshuar, neni 26, 27 dhe 61.
Ndikimi:	Mungesë e një pjesëmarrjeje më të gjerë e OE në procedurën e prokurimit.
Shkaku	Mungesa e njohurive të stafit të angazhuar në procedurat e prokurimit të LPP dhe RrPP.
Rëndësia:	E mesme.
2.1 Rekomandimi:	Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.

3. Titulli i gjetjes:	Mangësi në drejtim të ftesave për ofertë dërguar OE.
Situata:	Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion për procedurat me objekt: - <i>Riparime të rrjetit elektrik në Kati 0 dhe kati I në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë</i> - <i>Rikonstrukcion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”</i> - <i>Punime elektrike në Kat. II, në objektin e Gjinekologjisë në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë</i> u konstatua se ftesat ndaj OE nga ana e NJP janë kryer duke mos ndryshuar shpesh operatorët ekonomikë të ftuar në procedurat e prokurimit.
Kriteri:	- VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “ <i>Për miratimin e rregullave të prokurimit publik</i> ”, ndryshuar, neni 36, pika 4; - Udhëzimi nr. 2, datë 08.01.2018 “ <i>Mbi përdorimin e procedurës me negociim pa shpallje paraprake të njoftimit të kontratës dhe zhvillimit të saj me mjete elektronike</i> ”, pika 10, paragrafi c
Ndikimi:	Mungesë e një pjesëmarrjeje më të gjerë e OE në procedurën e prokurimit.
Shkaku	Mungesa e njohurive të stafit të angazhuar në procedurat e prokurimit të LPP dhe RrPP.
Rëndësia:	E mesme.
3.1 Rekomandimi:	Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.

4. Titulli i gjetjes:	Mangësi në drejtim të kualifikimit të ofertave.
Situata:	Sipas dokumentacionit të ngarkuar në SPE (Sistemi i Prokurimit Elektronik) rezultuan me mangësi në drejtim të vlerësimit të ofertave procedurat e prokurimit si më poshtë: - <i>Rikonstrukcion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë</i> - <i>Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik.</i>
Kriteri:	- VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “ <i>Për miratimin e rregullave të prokurimit publik</i> ”, ndryshuar, neni 66;
Ndikimi:	Mungesa e konfirmimit të kryerjes së punimeve konform kërkesave të AK.
Shkaku	Mungesa e njohurive të stafit të angazhuar në procedurat e prokurimit të LPP dhe RrPP.
Rëndësia:	E ulët.
4.1 Rekomandimi:	Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar

	për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.
--	--

5. Titulli i gjetjes:	Kritere të paqarta kualifikimi.
Situata:	<p>Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurën me objekt “Shërbim evadim, transport dhe trajtim të mbetjeve të rrezikshme spitalore”, rezulton se bazuar në kërkesën e bërë nga Shefi i Sektorit të Inxhinierisë Klinike, si dhe në përlllogaritjen e fondit limit të kryer bazuar në kontratën e vitit të fundit, ka nisur procedura e prokurimit. Me procesverbalin nr. 1 datë 21.02.2018 janë hartuar kriteret e kualifikimit. Nga auditimi konstatohet se kriteret e kapaciteteve teknike të vendosura nga NJP janë të pa qarta dhe konfuze. Pjesa për tu plotësuar nga NJP për kapacitetet teknike është lënë e paplotësuar në DST (Shtojca 7) dhe janë vendosur disa kriteret tek specifikimet teknike për ofrimin e shërbimit (Shtojca 8). “Operatori Ekonomik fitues, në momentin e lidhjes së kontratës, e në vazhdim, duhet të pajisë Institucionin me konteiner, sipas mbetjeve (plastik dhe kartoni) dhe qese plastike të certifikuar, sipas standardeve në të cilat do të grumbullohen mbetjet spitalore të rrezikshme. Vlera e konteniereve dhe qeseve plastike të jetë e përfshirë në vlerën e shërbimit. Peshimi i mbetjeve të rrezikshme spitalore të cilat do evadohen për transport dhe trajtim të mëtejshëm, do të kryhet në prani të grupit të kolaudimit, me peshore të kolauduar dhe certifikuar nga organet përkatëse. Pësia e ambalazhit dhe konteniereve të mbetjeve të rrezikshme spitalore nuk duhet të përfshihet në sasinë në kg të mbetjeve të gjeneruara nga Institucioni pra si rrjedhojë nuk do të figurojë në faturimin e shërbimit të kryer. Teknologjia e përdorur për trajtimin e mbetjeve nuk duhet të ketë ndikim në mjedis, duhet të bëjë të mundur trajtimin e mbetjeve spitalore të specifikuar më sipër me një nga metodat për trajtim dhe asgjësim të cituara në “shtojcën 3 të Rregullores Nr. 6, datë 30/11/2007. Mjetet e transportit duhet të kenë sinjalistikën përkatëse si dhe duhet të plotësojë standardet për transport të mbetjeve të rrezikshme spitalore të përcaktuara sipas shtojcës 2 dhe 4 të Rregullores Nr. 6, datë 30/11/2007. Teknologjia e përdorur duhet të jetë e standardizuar ISO dhe të ketë certifikatë CE ose ekuivalent. Operatori Ekonomik duhet të jetë i certifikuar në standardet: EN ISO 14001:2004, EN ISO 9001:2008, BS OHSAS 18001:2007. Shërbimi do të realizohet në përputhje me Ligjin nr. 156 datë 10/10/2013 “Për disa ndryshime në ligjin nr. 10463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve”; ligjin nr. 9537, datë 18/05/2006 “Për administrimin e mbetjeve të rrezikshme”; VKM nr. 99, datë 18/02/2005 “Për miratimin e katalogut shqiptar të klasifikimit të mbetjeve” me ndryshime; VKM nr. 798 datë 29.09.2010 “Për miratimin e rregullores për administrimin e mbetjeve spitalore”; VKM nr. 371 datë 11.06.2014 “Për miratimin e rregullave për dorëzimin e mbetjeve të rrezikshme dhe të dokumentit të dorëzimit të tyre”; Në baze të pikës 6 të nenit 26 të VKM nr. 371 datë 11/06/2014, operatori ekonomik dhe Autoriteti Kontraktor duhet të hartojnë në bashkëpunim, çdo tre muaj, dokumentin e transferimit të mbetjeve, një kopje e të cilit i dërgohet Agjencisë Kombëtare të Mjedisit”</p>
Kriteri:	Neni 46 i ligjit nr. 9643, datë 20.11.2006, “Për Prokurimin Publik”, i ndryshuar, si dhe neni 28 i vendimit nr. 914, datë 29.12.2014 “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, i ndryshuar.
Ndikimi:	Konfuzion në kriteret me pasojë ulje konkurrence.

Shkaku	Kritere jo të qarta.
Rëndësia:	E lartë.
5.1 Rekomandimi:	Njësia e Prokurimit në SUOGJ të marrë masa që të plotësojë dokumentet standard të tenderit sipas shtojcave të përcaktuara nga APP si dhe të hartojë kritere kualifikimi të qarta duke evidentuar dokumentacionin e nevojshëm për dokumentimin e plotësimit të kritereve si dhe të bëhet argumentimi teknik dhe ligjor i tyre.

6. Titulli i gjetjes:	Mungesë e komunikimit me organin qendror blerës.
Situata:	<p>Me shkresën nr. 771, datë 30.01.2018 <i>“Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna”</i> MSHMS ka lejuar të gjitha institucionet spitalore të kryejnë prokurime me negociim për nevojat më emergjente të artikujve që janë duke u prokuruar nga Ministria si institucion qendror. Konkretisht, sipas kësaj shkrese citohet se: <i>“Sasitë për të cilat lejoheni të prokuroni vet, nuk duhet të kalojnë ato të miratuara për mbulimin e nevojave deri në 15 prill 2018, të planifikuara sipas shkresës nr. 4572, datë 01.11.2017 të Sekretarit të Përgjithshëm dhe udhëzimeve të Urdhrit të Ministrit të Shëndetësisë nr. 4869 prot. datë 20.11.2017 “Për ngritjen e grupit të punës për përcaktimin e mënyrës dhe afatet që do të ndiqen për zhvillimin e procedurave të përqendruara të prokurimit të barnave dhe pajisjeve mjekësore për vitin 2018, nga organi qendror blerës”</i>”. Sipas kërkesës së bërë nga ana e Shefes së Farmacisë znj. S. Z., është paraqitur edhe situata e gjendjes së medikamenteve dhe është llogaritur fondi limit në vlerën 8,263,531.68 lekë për 7 lote medikamente. Kjo kërkesë është miratuar nga znj. A. K., përgjegjëse e sektorit të prokurimeve. Të dyja punonjëset kanë vepruar në tejkalim të kompetencave dhe detyrave funksionale pasi kanë kryer veprime pa marrë autorizim nga Titullari. Nga ana e SUOGJ <u>nuk është marrë informacion</u> mbi statusin e procedurës së prokurimit që po zhvillohej në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për të vijuar me procedurën e prokurimit pasi referuar shkresës nr. 771, datë 30.01.2018 <i>“Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna”</i> institucioni është lejuar të prokurojë për nevojat e vetat sasitë deri për 15 prill.</p> <p>Me shkresën nr. 882/1, datë 23.04.2018 <i>“Dërgohet dokumentacioni për lidhjen e kontratave të furnizimit me barna mes Autoriteteve Kontraktore”</i> është dërguar dokumentacioni për autorizimin e lidhjes së kontratave për nevojat e vitit 2018. Në regjistrin e parashikimit të vitit 2018 i cili me shkresën nr. 189, datë 09.02.2018 i është dërguar Ministrisë së Shëndetësisë është parashikuar procedura: ÷Blerje medikamente - me fond 8,698,565 lekë - Negocim pa publikim paraprak të njoftimit të kontratës e parashikuar në muajin shkurt.</p>
Kriteri:	Shkresa nr. 771, datë 30.01.2018 <i>“Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna”</i> institucioni lejohet të prokurojë për nevojat e vetat sasitë deri për 15 prill.
Ndikimi:	Mos koordinim me organin qendror blerës.
Shkaku	Mos shkëmbim informacioni.
Rëndësia:	E lartë.
6.1 Rekomandimi:	Titullari i Autoritetit Kontraktor dhe njësia e prokurimit të marrin masa që të mbajnë një komunikim të vazhdueshëm me organin qendror blerës dhe

	informacion rast pas rasti mbi ecurinë e procedurave tek organi qendror përpara se të nisin procedurat e prokurimit.
--	--

7. Titulli i gjetjes:	Përlllogaritje jo e saktë e penaliteteve.
Situata:	Në zbatimin e kontratave dhe afatin e lëvrimin të medikamenteve u konstatuan vonesa për të cilat SUOGJ ka mbajtur penalitete por jo në vlerën e duhur. Konkretisht rezulton se Kontrata nr. 421/11, datë 18.04.2018 është lidhur midis I... F... dhe SUOGJ me vlerë 568,016.5 lekë, me afat lëvrimi 7 ditë. Penaliteti i kontratës duhet të jetë në vlerën 4,544 lekë ($568,016.5 \times 0.25 \times 4/1000 \times 8$ ditë) pra penaliteti duhet të ishte llogaritur mbi vlerën 25 % të kontratës sepse vlera e pa sjellë brenda afateve është 6,916.5 lekë (1.2 % e vlerës së kontratës). Vlera prej 4322.6 lekë përbën dëm ekonomik. Për llogaritjen jo të saktë të penalitetit mban përgjegjësi znj. S. Z. me detyrë shefe farmacie, znj. E. H. me detyrë Framaciste, z. F. K. me detyrë mjek dhe A. H. në cilësinë e nëpunësit zbatues. Kontrata nr. 421/13, datë 20.04.2018 midis M... dhe SUOGJ me vlerë 6,534,861 lekë, me afat lëvrimi 7 ditë. Penaliteti i kontratës duhet të jetë në vlerën 133,500 lekë por është mbajtur vetëm 102,011 lekë. Vlera prej 31,489 lekë përbën dëm ekonomik.
Kriteri:	Në bazë të nenit 3 të kontratës 421/13, datë 20.04.2018 dhe nenit 3 të kontratës 421/11, datë 18.04.2018: Afati i përfundimit të lëvrimin <i>“Afati dhe kushtet e lëvrimin të mallit të blerjes do të jetë Brenda 7 ditëve kalendarike nga data e lidhjes së kontratës. Ky afat nuk mund të zgjatet, përveç rasteve të parashikuara në këtë kontratë. Kontraktuesi mund të shtyjë afatin e përfundimit të lëvrimin të materialeve vetëm kur Autoriteti Kontraktor e njej një gjë tillë dhe lëshon autorizim për kohë shtesë. Nëse kontraktuesi vonon përfundimin e lëvrimin të materialeve tej afatit të mësipërme, tarifa ditore e penalitetit për çdo ditë vonese do të jetë 4/1000 të vlerës koresponduese të mbetur pa u zbatuar nga çmimi total i kontratës, por jo më pak se 25% të vlerës së saj.”</i>
Ndikimi:	Ekspozimi i spitalit ndaj riskut të mos pasjes gjendje në magazinë të medikamenteve.
Shkaku	Mos lëvrimi në kohë i medikamenteve.
Rëndësia:	E mesme.
7.1 Rekomandimi:	SUOGJ të marri masa që të kryej një llogaritje të saktë të penaliteteve në zbatimin e kontratave të medikamenteve me qëllim nxitjen e përmbushjes së afateve të lëvrimin.

2.6 Auditim me zgjedhje sipas periudhave mbi rregullshmërinë e kryerjes së shpenzimeve me arkë, bankë dhe blerjet me vlera të vogla (shpenzimet administrative, për automjetet, udhëtim e dieta brenda dhe jashtë vendit sponsorizime, etj).

Vitet 2018 - 2019

Shpenzimet e kryera janë kryer me bankë dhe të gjitha shpenzimet janë të shoqëruara me dokumentacion shoqërues, urdhrat përkatës, kontrata, akt marrje në dorëzim etj., janë të renditura në rend kronologjik. Të dhënat mbi praktikat e audituara jepen në Aneksin nr. 2.6.1.

1. Titulli i gjetjes:	Mbi administrimin e karburantit.
Situata:	Nga administrimi i konsumit të karburantit konstatohet se për çdo lëvizje janë autorizimet përkatëse. Në fund të muajit është hartuar përmbledhësja dhe janë kryer rakordime. Në fletët e udhëtimit mungojnë kilometrat e treguara nga kilometrazhi i makinës në fillim dhe fund të lëvizjes. Autoambulanca është e pajisur me GPS dhe dokumentohen lëvizjes e saj nga raporti mujor i gjeneruar nga sistemi i 127. Në çdo rast janë plotësuar Fletë ó Udhëtimet përkatëse dhe Regjistri i misionit dhe lëvizjeve.
Kriteri:	Udhëzimi nr. 30 datë 27.12.2011 <i>“Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”</i> , i ndryshuar.
Ndikimi:	Dokumentimi i lëvizjeve të përshkruara.
Shkaku	Mos mbajtja e plotë e dokumentacionin justifikues.
Rëndësia:	E mesme.
1.1 Rekomandimi:	Drejtoria e SUOGJ të marrë masa në plotësimin e gjithë dokumentacionin justifikues të konsumit të karburantit dhe lëvizjes së automjeteve duke plotësuar kilometrat e përshkruar sipas treguesit përkatës në automjet.

2. Titulli i gjetjes:	Mbi problematikat e konstatuara nga prokurimet me vlera të vogla.
Situata:	Nga auditimi i procedurave të prokurimit të blerjeve me vlera të vogla u konstatuan: - Mos dokumentimi i komunikimit me operatorët ekonomik kur operatori paraardhës nuk është paraqitur për kryerjen e shërbimit / blerjen e mallit; Në procedurën óDezinfektim, Deratizim, Dezinsektim të ambienteve SUOGJë viti 2018 konstatohet se procedura ka një mosrakordim midis datave dhe etapave që është kryer procedura, konkretisht, testimi i tregut është kryer me datë 5 qershor, shpallja e fituesit me datë 4 qershor dhe nisja e kryerjes së shërbimit 31.05.2018.
Kriteri:	Udhëzimi nr. 03, datë 08.01.2018 <i>“Mbi përdorimin e procedurës së prokurimit me vlerë të vogël dhe zhvillimin e saj me mjete elektronike”</i> i ndryshuar.
Ndikimi:	Zhvillimi i procedurave në transparencë.
Shkaku	Dokumentim jo i plotë.
Rëndësia:	E mesme.
2.1 Rekomandimi:	SUOGJ të marrë masa që stafin e angazhuar në procedurat e prokurimit të blerjeve me vlera të vogla të trajnojnë stafin pranë institucioneve përkatëse si dhe të azhurnohen me ndryshimet e herëpashershme të legjislacionit.

2.7 Mbi zbatimin e dispozitave ligjore në krijimin dhe përdorimin e të ardhurave dytësore.

Nga auditimi i dokumentacionit të vënë në dispozicion u konstatua se:

- Urdhrat për ngritje komisioni
- procesverbalet e mbajtura
- Kontrata
- Pagesat e kryera

Nga auditimi rezulton se për periudhën objekt auditimi SUOGJ ka vetëm një kontratë qiraje.

Për vitin 2018

Në këtë praktikë disponohen kërkesa për rinovim kontratë qiraje nr. 595, datë 02.05.2018 nga Drejtori Ekzekutiv i Fondacioni Spitalor i Nënës dhe Fëmijës, Oferta për marrjen me qira të ambientit, Plani i Biznesit, Urdhër i brendshëm nr. 669, datë 17.05.2018 “Për ngritjen e grupit të punës që do të verifikojë procedurën e dhënies me qira të fondacionit spitalor të nënës dhe fëmijës”, i përbërë nga znj. A. H., zv/Drejtor Ekonomik, znj. S. S., Shefe Sektorit të Shërbimeve si dhe znj. F. A., Shefe Finance. Procesverbal i grupit të punës mbi verifikimin e kërkesës dhe dokumentacionit. Kontrata e qerasë nr. 595/1, datë 03.09.2018, lidhur midis Drejtorit të SUOGJ dhe Kryetarit të Bordit të Fondacionit, me afat 1 vit, sipërfaqja 21.6 metër katror me vlerë 7,560 lekë. Nga verifikimi i pagesave rezulton se pagesat e qerasë janë kryer parapagim 3-mujore dhe gjithashtu është kryer edhe pagesa e dritave. Konkretisht:

Datë 19.01.2018 ó pagesa janar ó mars qira

Datë 09.05.2018 ó pagesa prill ó qershor qira

Datë 28.08.2018 ó pagesa korrik ó shtator qira

Datë 24.10.2018 ó pagesa tetor ó dhjetor qira

Për vitin 2019

Në këtë praktikë disponohen kërkesa për rinovim kontratë qiraje nr. 707, datë 01.07.2019 nga Drejtori ekzekutiv i Fondacioni Spitalor i Nënës dhe Fëmijës. Oferta për marrjen me qira të ambientit, Plani i Biznesit, Urdhër i brendshëm nr. 784, datë 15.08.2019 óPër ngritjen e grupit të punës që do të verifikojë procedurën e dhënies me qira të fondacionit spitalor të nënës dhe fëmijës, i përbërë nga znj. A. H., zv/Drejtor Ekonomik, znj. S. S., Shefe Sektorit të Shërbimeve si dhe znj. E. Gj., Shefe Finance. Procesverbal i grupit të punës mbi verifikimin e kërkesës dhe dokumentacionit. Kontrata e qerasë nr. 707/1, datë 02.09.2019, lidhur midis Drejtorit të SUOGJ dhe Kryetarit të Bordit të Fondacionit, me afat 1 vit, sipërfaqja 21.6 metër katror me vlerë 7,560 lekë. Nga verifikimi i pagesave rezulton se pagesat e qerasë janë kryer parapagim 3-mujore dhe gjithashtu është kryer edhe pagesa e dritave. Konkretisht:

Datë 02.05.2019 ó pagesa prill ó qershor qira

Datë 01.08.2019 ó pagesa korrik ó shtator qira

Datë 06.11.2019 ó pagesa tetor ó dhjetor qira

Për vitin 2020

Në këtë praktikë disponohen kërkesa për rinovim kontratë qiraje nr. 580, datë 01.07.2020 nga Drejtori ekzekutiv i Fondacioni Spitalor i Nënës dhe Fëmijës. Oferta për marrjen me qira të ambientit, Plani i Biznesit, Urdhër i brendshëm nr. 592, datë 15.07.2020 óPër ngritjen e grupit të punës që do të verifikojë procedurën e dhënies me qira të fondacionit spitalor të nënës dhe fëmijës, i përbërë nga znj. A. H., zv/Drejtor Ekonomik, znj. S. S., Shefe Sektorit të Shërbimeve si dhe znj. E. Gj., Shefe Finance. Procesverbal i grupit të punës mbi verifikimin e kërkesës dhe dokumentacionit Kontrata e qerasë nr. 580/1, datë 01.09.2020, lidhur midis Drejtorit të SUOGJ dhe Kryetarit të Bordit të Fondacionit, me afat 1 vit, sipërfaqja 21.6 metër katror me vlerë 7,560 lekë. Nga verifikimi i pagesave rezulton se pagesat e qerasë janë kryer parapagim 3-mujore dhe gjithashtu është kryer edhe pagesa e dritave. Konkretisht:

Datë 10.02.2020 ó pagesa janar ó mars qira
Datë 03.06.2020 ó pagesa prill ó qershor qira
Datë 08.07.2020 ó pagesa korrik ó shtator qira
Datë 09.10.2020 ó pagesa tetor ó dhjetor qira

Për vitin 2020

Në këtë praktikë disponohen kërkesa për rinovim kontratë qiraje nr. 580, datë 01.07.2020 nga Drejtori ekzekutiv i Fondacioni Spitalor i Nënës dhe Fëmijës, Oferta për marrjen me qira të ambientit, Plani i Biznesit, Urdhër i brendshëm nr. 592, datë 15.07.2020 òPër ngritjen e grupit të punës që do të verifikojë procedurën e dhënies me qira të fondacionit spitalor të nënës dhe fëmijës, i përbërë nga znj. A. H., zv/Drejtor Ekonomik, znj. S. S., Shefe Sektorit të Shërbimeve si dhe znj. E. Gj., Shefe Finance. Procesverbal i grupit të punës mbi verifikimin e kërkesës dhe dokumentacionit. Kontrata e qerasë nr. 580/1, datë 01.09.2020, lidhur midis Drejtorit të SUOGJ dhe Kryetarit të Bordit të Fondacionit, me afat 1 vit, sipërfaqja 21.6 metër katror me vlerë 7,560 lekë. Nga verifikimi i pagesave rezulton se pagesat e qerasë janë kryer parapagim 3-mujore dhe gjithashtu është kryer edhe pagesa e dritave. Konkretisht:

Datë 10.02.2020 ó pagesa janar ó mars qira
Datë 03.06.2020 ó pagesa prill ó qershor qira
Datë 08.07.2020 ó pagesa korrik ó shtator qira
Datë 09.10.2020 ó pagesa tetor ó dhjetor qira

Për vitin 2021

Në këtë praktikë disponohen kërkesa për rinovim kontratë qiraje nr. 554, datë 01.07.2021 nga Drejtori ekzekutiv i Fondacioni Spitalor i Nënës dhe Fëmijës, Oferta për marrjen me qira të ambientit, Plani i Biznesit si dhe Urdhër i brendshëm nr. 576, datë 18.07.2021 òPër ngritjen e grupit të punës që do të verifikojë procedurën e dhënies me qira të fondacionit spitalor të nënës dhe fëmijës, i përbërë nga znj. A. H., zv/Drejtor Ekonomik, znj. S. S., Shefe Sektorit të Shërbimeve si dhe znj. E. Gj., Shefe Finance. Procesverbal i grupit të punës mbi verifikimin e kërkesës dhe dokumentacionit. Kontrata e qerasë nr. 554/1, datë 01.09.2021, lidhur midis Drejtorit të SUOGJ dhe Kryetarit të Bordit të Fondacionit, me afat 1 vit, sipërfaqja 21.6 metër katror me vlerë 7,560 lekë. Nga verifikimi i pagesave rezulton se pagesat e qerasë janë kryer parapagim 3-mujore dhe gjithashtu është kryer edhe pagesa e dritave.

2.8 Mbi zbatimin e ligjshmërisë për organizimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit financiar dhe të kontrollit (Identifikimi dhe vlerësimi i nivelit të implementimit të komponentëve të MFK. Mjedisi i kontrollit, Menaxhimi i riskut, Veprimtaritë e kontrollit, Informimi, Komunikimi dhe Monitorimi. Saktësia e deklaratës vjetore dhe raporti përkatës për cilësinë dhe gjendjen e sistemeve të kontrollit të brendshëm).

Për të vlerësuar funksionimin e sistemit të kontrollit të brendshëm dhe zbatimin e kërkesave të ligjit nr. 10296, datë 8.07.2010 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollit”, grupi i auditimit testoi disa nga komponentët vlerësues të funksionimit të kontrollit të brendshëm:

a. Mjedisi i kontrollit. Mjedisi i kontrollit është baza e menaxhimit të fondeve buxhetore dhe përbën themelin ku ngrihen të gjithë komponentët e tjerë të kontrollit të brendshëm.

1. Vendosja e objektivave.

SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” është strukturë shëndetësore universitare e profilizuar, e cila realizon funksione diagnostikuese e trajtuese në përmbushje të ofrimit të kujdesit shëndetësorë terciar, si pjesë e ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë si dhe funksione mësimore e kërkimore e shkencore për të realizuar formimin universitar të specialistëve. Bazuar në pyetësonin e dërguar njësisë si dhe intervistimit të personave përgjegjës mungojnë objektivat dhe planet strategjike të institucionit duke u mjaftuar me përgatitjen e PBA si dhe arsyetimin që planet strategjike hartohen nga MSHMS.

2. Etika personale dhe profesionale.

Nëpunësit e njësisë duhet të respektojnë rregullat dhe parimet e ligjit nr. 9131, datë 08.09.2003 *“Për rregullat e etikës në administratën publike”*, rregulla të cila janë të përcaktuara në rregulloren e brendshme të SUOGJ miratuar me urdhrin nr. 433 datë 22.07.2020 dhe ku gjithashtu është përcaktuar procedura për të raportuar shkeljet e legjislacionit mbi etikën dhe për marrjen e masave për shkeljet e konstatuara.

3. Struktura organizative.

-Për vitin 2017 është miratuar struktura me shkresë nr. 1371 Prot., datë 10.03.2017 *“Për miratimin e strukturës dhe organigramës së Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik Mbretëresha Geraldinë”* me Urdhër nga MSHMS me nr. 33 date 25.01.2017 *“Për miratimin e numrit të punonjësve në spitalet publike të vendit, për vitin 2017”*.

-Për vitin 2018 është dërguar për miratim në MSHMS struktura e re me shkresën nr. 922/1 datë 11.09.2018, miratuar nga MSHMS me shkresë nr. 6799/1 prot., date 21.12.2018 *“Miratim për ndryshim emërtese në strukture”*.

4. Stili i të vepruarit dhe filozofia e menaxhimit.

Punonjësit e njësisë i rregullojnë marrëdhëniet e punës me punëdhënësin në bazë të ligjit për statusin e nëpunësit civil dhe Kodit të Punës. Në bazë të ligjit për menaxhimin financiar dhe kontrollin, ligjit për menaxhimin e sistemit buxhetor, ligjit për prokurimin publik, ligjit për kontabilitetin, ligjit për statusin e nëpunësit civil, si dhe të dispozitave ligjore të kodit të punës etj., Titullari i njësisë, në rast të shkeljes së normave ligjore apo, të rregullave ka të drejtë të ndërmarrë hapat e duhura, duke propozuar masa disiplinore dhe administrative për punonjësit, deri në largim nga puna. Struktura dhe procedurat e brendshme garantojnë se, punonjësit mbikëqyren në kryerjen e detyrave të tyre nga, drejtuesit dhe ajo është e përshtatshme për realizimin e objektivave të caktuara.

5. Politikat dhe praktikat e menaxhimit të burimeve njerëzore.

Në rregulloren e brendshme të institucionit, njësia ka miratuar përkrahimin e punës për çdo pozicion pune në institucion ku përfshihen detyrat që duhen kryer nga çdo strukturë dhe për çdo vit është bërë vlerësimi vjetor i punës për çdo punonjës. Për ruajtjen dhe zhvillimin e kompetencave profesionale të punonjësve gjatë viteve 2018, 2019 dhe 2020, janë trajnuar punonjës me tematikë të ndryshme në funksion të pozicioneve të punës.

b. Menaxhimi i riskut. Menaxhimi i riskut është procesi i identifikimit, vlerësimit dhe monitorimit të riskut. Pas planifikimit të fondeve buxhetore institucioni analizon dhe bën kontrollin e risqeve hap pas hapi të cilët mund të venë në rrezik realizimin e treguesve buxhetore dhe ka hartuar regjistrat e risqeve për drejtoritë dhe në bazë të nenit 21, të ligjit nr. 10296, datë 08.07.2010 “Për Menaxhimin Financiar dhe Kontrollin” dhe Manualit për Menaxhimin Financiar dhe Kontrollin, Kap. II, pika 2.5.2 “Menaxhimi i riskut”, njësia ka hartuar strategjinë e riskut për vitet përkatëse. Gjithashtu është hartuar dhe “Plani i veprimit për Menaxhimin financiar dhe Kontrollin”.

c. Aktivitetet e kontrollit. Aktivitetet e kontrollit janë rregullat, procedurat dhe veprimet që kanë si qëllim reduktimin e risqeve me synim arritjen e objektivave dhe të misionit të saj. Proceset kryesore të punës janë të shkruara në strukturën organike dhe në rregulloren e brendshme. Në bazë të strukturës së miratuar ekziston dhe ndarja e detyrave. Nëpunësi autorizues në bazë të ligjit për buxhetin merr përsipër angazhimet për realizimin e programit buxhetor. Në strukturën e miratuar ekziston Drejtoria e Auditimit të Brendshëm por kjo njësi është e paplotësuar, pra me vende vakante dhe si e tillë nuk ka funksionuar.

d. Informim komunikimi. Informimi është baza e komunikimit që nevojitet për kryerjen me cilësi të detyrave të ngarkuara dhe i duhet komunikuar Titullarit dhe nëpunësve të tjerë në formën dhe kohën e duhur për ti ndihmuar ata në përmbushjen e detyrave dhe të përgjegjësiave.

Bazuar në PyetëSORIN dërguar subjektit si dhe intervistimi me personat përgjegjës, komunikimi në subjekt ku sipas njësisë detyrat delegohen nga drejtuesit tek përgjegjësit e sektorit dhe më pas te specialistët por mënyra se si kryhet nuk cilësohet, gjithashtu edhe komunikimi me mjete elektronike mungon pasi punonjësit nuk kanë adresë email-i të dedikuar.

e. Monitorimi. Monitorimi është tërësia e proceseve të rishikimit të aktivitetit të njësisë, i cili synon të afrojë garanci të arsyeshme se aktivitetet e kontrollit funksionojnë sipas qëllimit për të cilin janë ngritur. Sipas përgjigjeve marrë nga subjekti monitorimi kryhet nëpërmjet raportimeve javore, mujore, 3 mujore dhe vjetore ose nëpërmjet mbledhjeve nga Titullari. Në strukturën e miratuar të njësisë ekziston Drejtoria e Auditimit të Brendshëm e cila nuk funksionon dhe është e pa plotësuar. Gjithashtu monitorimi kryhet dhe nga auditimi i jashtëm si FDSKSH, MSHMS, Tax Force dhe KLSH.

1. Titulli i gjetjes:	Mungesa e një procedurë të veçantë për mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve, ankesave.
Situata:	Sistemi aktual i komunikimit të institucionit nuk është eficient. Nuk ka procedurë të veçantë për mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve, ankesave për analizën e tyre, identifikimin e shkaqeve dhe eliminimin e problemeve të dala gjatë kryerjes së detyrave.
Kriteri:	Pika 15, germa b, të UMF nr. 28, datë 15.12.2011 “Mbi paraqitjen e deklaratës dhe raportit vjetor për cilësinë e sistemit të kontrollit të brendshëm në njësitë publike”.
Ndikimi:	Mos identifikimi dhe menaxhimi i gabimeve/ankesave si dhe mos perfeksionimi i sistemeve të IT për zhvillimin e sistemit të komunikimit, ndikojnë në arritjen e objektivave të institucionit.
Shkaku	Mosnjohje e plotë e koncepteve të ligjit nr. 10296, datë 8.7.10 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, si dhe mungesë e konsolidimit në tërësi të rregullave, procedurave për çdo aktivitet të veprimitarisë.
Rëndësia:	E lartë.
1.1 Rekomandimi:	SUOGJ, të marrë masat e nevojshme për implementimin e kërkesave të ligjit nr. 10296, datë 8.07.2010 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, i ndryshuar, për identifikimin e aktiviteteve me risk dhe

	menaxhimin e tij. Të analizohen shkaqet e mos funksionimit të sistemit të komunikimit, të nxirren përgjegjësitë më qëllim që të kryejë funksionet e veta. SUOGJ, të marrë masa për përmirësimin e sistemit të kontrollit të brendshëm. Të hartohet procedurë e veçantë mbi mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve/ankesave dhe kryerjen e analizimit i tyre.
--	---

2.9 Organizimi dhe funksionimi i njësisë së auditit të brendshëm, kapacitetet audituese që mbulojnë këtë aktivitet, Planifikimi, realizimi i programit vjetor të auditimit dhe analiza sipas llojeve dhe gjetjeve. Rezultatet dhe efienca e strukturave të ngritura për realizimin e auditit të brendshëm. Ndjekja e zbatimit të masave të rekomanduara nga drejtimi.

1. Titulli i gjetjes:	Mos plotësimi i strukturës së auditit të brendshëm,
Situata:	Për periudhën objekt auditimi struktura e auditit të brendshëm nuk është e plotësuar me asnjë anëtar edhe pse referuar strukturës së miratuar nga ministri z. I. B. me shkresën nr. 1371, date 10.03.2017, kjo njësi duhet të kishte në përmbajtje: Sektori i Auditimit ó 3 Shef Sektori (Ekonomist i Lartë) ó 1 Specialist (jurist) ó 1 Specialist (ekonomist) ó 1.
Kriteri:	Struktura e Spitalit miratuar me shkresën nr. 1371, datë 10.03.2017.
Ndikimi:	Mos sigurimi i këshillimit të nivelit menaxherial dhe sigurisë së arsyeshme për Titullarin.
Shkaku	Mos plotësimi i strukturës.
Rëndësia:	E mesme.
1.1 Rekomandimi:	Drejtori i Spitalit në bashkëpunim Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa që të plotësojnë strukturën e auditit të brendshëm ose ristrukturimin e spitalit duke e fshirë këtë sektorë dhe mbulimin me auditim nga struktura përkatëse në Ministri.

2.10 Mbi auditimin e fondeve të akorduara dhe të shpenzuara, për përballimin e situatës së pandemisë COVID-19.

Për shkak të situatës të shfaqjes të rasteve të para në Republikën e Shqipërisë dhe shpalljen e gjendjes të pandemisë, Këshilli i Ministrave ka miratuar Vendimin nr. 207, datë 10.03.2020 *“Dhënie shpërblimi për personelin, mjekë, infermierë dhe punonjës të tjerë”*, duke vendosur masën e shpërblimit për personelin e angazhuar në diagnostifikimin dhe trajtimin mjekësor të personave të prekur nga infeksioni i shkaktuar nga COVID ó 19. Me shkresën e MSHMS nr. 1429/1, datë 12.03.2020 *“Dhënie shpërblimi për personelin, mjekë, infermierë dhe punonjës të tjerë”*, përcaktohet masa e shpërblimit mujor të personelit mjekësor në masën 125,000 lekë dhe masa e shpërblimit mujor për personelin mbështetës në masën 65,000 lekë. Burimi i financimit të shpërblimeve janë buxheti i miratuar i vitit përkatës ose të ardhurat dytësore që realizohen. Shpenzimet e kryera për këto shërbime do të rimbursohen nëpërmjet fondit rezervë të buxhetit të shtetit për vitin 2020. Për periudhën objekt auditimi SUOGJ Mbretëresha Geraldinë i janë alokuar fonde në vlerën 1,860,734 lekë. Të dhënat lidhur me fondet e alokuara për shpërblimin e personelit jepen në tabelën sipas Aneksit nr. 2.10.1.

Po ashtu, në këtë shkresë përcaktohet në pikën 4 *“Lista emërore e përfituesve, përfshirë ditët e angazhimit, sipas pikave 1,2 dhe 3 të këtij vendimi, të dërgohen brenda datës 3 të muajit pasardhës në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për tu miratuar me urdhër të ministrit të Ministrisë të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Socialeö.*

Me urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 224, datë 01.04.2020 për *öDhënien e shpërblimit dhe miratimin e listës emërore të përfituesve, përfshirë ditët e angazhimit në diagnostifikimin dhe trajtimin e personave të prekur nga COVID - 19”*, përcaktohet se Titullarët e institucioneve të përfshira në këtë urdhër mbajnë përgjegjësi për hartimin e listave përfituese sipas angazhimit dhe plotësimin e dokumentacionit që vërteton përfshirjen e punonjësve në këtë angazhim. Nga grupi i auditimit konstatohet se shpërblimet e COVID ó 19 janë dhënë pas faktit.

Me Urdhrin e Brendshëm nr. 688 prot., datë 04.09.2020 nga Drejtori i SUOGJ *“Mbretëresha Geraldinë”* është ngritur grupi i punës, i përbërë nga 10 punonjës, të cilët do të përpilojnë listat sipas dokumentacionit që vërteton prezencën e personelit të angazhuar për kujdesin e pacienteve të shtruara në Repartin COVID ó 19 dhe materialet e punuara nga grupi i punës do të dorëzohen çdo fund muaji në sektorin e financës. Kjo listë miratohet nga Titullari i institucionit, dhe dërgohet në MSHMS.

2.11 Në lidhje me Sistemin Elektronik E-Health (Problematika të tjera të hasura gjatë auditimit)

1. Titulli i gjetjes:	Mos vendosja në funksionim e sistemit elektronik e-Health.
Situata:	<p>Projekti Shëndetësia elektronike në Shqipëri, regjistri mbarë kombëtar i shëndetësisë elektronike, është financuar nga Qeveria e Austrisë nëpërmjet QKB në shumë 13,995,000 Euro e dhënë në formë huas së butë, ndërsa kostos lokale, TVSh-në, taksën doganore etj. do të përballohen nga pala shqiptare. Objekti kryesor i projektit është, zhvillimi i një sistemi të integruar të rekordeve elektronike shëndetësore mbarëkombëtare që përmbush kërkesat kryesore operacionale të profesionistëve në të gjithë spitalet dhe politikat në Shqipëri. Gjithsej do të jetë 79 institucione publike të cilat do të jenë në sistemin e integruar. Me urdhrin e brendshëm nr. 1194/2, datë 20.10.2015, Drejtori i Spitalit, ka ngjitur komisionin e marrjes në dorëzim të pajisjeve të projektit, urdhër ky i cili ka dal me 4 . Ky komision ka hartuar procesverbalin e marrjes në dorëzim dhe aktin e kolaudimit në datë 23.10.2015 ose 4 muaj pas ardhjes dhe instalimit të pajisjeve. Veprimet dhe mosveprimet e grupit të ngarkuar për verifikimin e pajisjeve janë në kundërshtim me pikat 42-50 të seksionit 0Marrja ne dorëzim e aktiveve të furnizuara të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 0Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik. Pajisjet e sistemit janë bërë hyrje në magazinën e spitalit me fletë hyrjen nr. 28/1, datë 23.10.2015 ose me 4 muaj vonesë veprim ky në kundërshtim me pikë 39 të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 0Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik, 0Çdo hyrje-dalje në magazinë dokumentohet menjëherë". Gjithashtu konstatohet se pajisjet në Spital kanë mbërritur pa asnjë dokument shoqëruar nga magazinat e I....</p> <p>Sistemi elektronik nuk është implementuar, ndonëse për këtë qendër është lëshuar dhe certifikata COHO, e cila nënkupton instalimin, testimin dhe funksionimin e projektit në këtë qendër. Tre PC e përcaktuar për sistemin nuk janë të instaluar dhe qëndrojnë bashke me pjesët e tjera të sistemit në sallën e serverit. Sipas certifikatës COHO të lëshuar për këtë qendër sistemi ka qenë në funksion që në datën 19.06.2015. Arsyeja e mos vendosjes në funksionim të projekti e-Health është se kjo qendër ka pas dhe ka një sistem elektronik të brendshëm (Astraia) të hedhjes së të dhënave dhe aplikimi i të dy sistemeve njëkohësisht krijonte bllokimin e sistemit ekzistues. Në kontratën e blerjes është përcaktuar se për këto raste kur qendra (site) ka një program elektronik ekzistues duhet që nga shitësi të bëhet ndërlidhja e tyre me qëllim që të dhënat të ruhen edhe në projektin e-Health, gjë e cila nuk është bërë për rastin konkret. Pra program e-Health nuk funksionon në spitalin gjinekologjik 0Mbretëresha Geraldinë. Gjithashtu , u konstatua se COHO për këtë site është datë 19.06.2015, ndërsa me shkresën nr. 754/1 datë 8.09.2015 afërsisht 3 muaj më vonë, është firmos certifikata COI me ndryshim të listës së pajisjeve, në një kohë që programi e-Health nuk funksiononte në këtë qendër. Nuk ka asnjë dokument që të tregoj arsyet e ndryshimeve të listës së pajisjeve. Deri në fund të periudhës së auditimit asnjë prej vizitave që kryheshin në këtë qendër nuk hidheshin në sistemin e-Health. Vlera e pajisjeve që janë përfituar nga projekti është 11,360,597 lekë dhe mos vendosja e tyre në punë për qëllimin që janë përfituar përbën efekt financiar negativ.</p>
Kriteri:	Udhëzimi nr. 30, datë 27.12.2011 "Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e

	<i>sektorit publik</i> ”, i ndryshuar.
Ndikimi:	Sistem jo i integruar shëndetësor.
Shkaku	Mos vendosja e pajisjeve në funksionim.
Rëndësia:	E lartë.
1.1 Rekomandimi:	Drejtori i Spitalit në bashkëpunim me strukturat përgjegjëse të marrin masa që të vendosin në funksionim sistemin e E-Health me qëllim integrimin e të dhënave shëndetësore të pacientëve në sistemin shëndetësor kombëtar.

IV. GJETJET DHE REKOMANDIMET

A. MASA ORGANIZATIVE

1. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me strukturat drejtuese në SUOGJ rezulton se me shkresën nr. 1034 prot., datë 05.11.2019 drejtori i SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë i është drejtuar MSHMSòsë, Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, Universitetit të Mjekësisë Tiranë dhe Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), me kërkesë për përcaktimin e një përfaqësuesi për anëtar bordi, në kuadrin e ngritjes së Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë.

- Me shkresën nr. 1034/1 prot., datë 11.11.2019 òKthim përgjigjeë nga ana e Universitetit të Mjekësisë Tiranë, është ridërguar emri i Prof. Dr. A. K. (B.), si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë.

- Me shkresën nr. 1034/2 prot., datë 20.11.2019 òMbi caktimin e përfaqësuesit të Fondit të Sigurimit të detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësorë, është dërguar emri i Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH znj. R. D., si anëtare e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë.

- Me shkresën nr. 1034/3 prot., datë 13.01.20202019 òKthim përgjigjeë nga ana e Ministrisë të Arsimit dhe Sportit, është ridërguar emri i z. O. M., Sekretar i Përgjithshëm si anëtar i Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë.

Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion rezulton se nuk janë ndërmarrë hapa të mëtejshëm lidhur me ngritjen dhe mbledhjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike të SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë, pra kjo strukturë nuk funksion në SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë. Sa më sipër është në kundërshtim me VKM nr. 66, datë 03.02.2017 òPër përcaktimin e kriterëve e të procedurave për ngritjen e organizimin e shërbimeve dhe strukturave shëndetësore universitare”, pika 9 si dhe Statuti i SUOGJ, Kreu II, pika 2.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 1 faqen nr. 14-15 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

1.1 Rekomandimi: SUOGJ òMbretëresha Geraldinëë në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të marrë masa për ngritjen e Bordit të Strukturës Shëndetësore Publike në këtë spital.

Menjëherë

2. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me strukturën organizative rezulton se për periudhën objekt auditimi për muajt e zgjedhur nuk ka tejkalim të strukturës si për numër total punonjësisht ashtu edhe për njësitë përbërëse. Me shkresën nr. 345, datë 13.03.2017 òKërkesë për miratim të projekt rregullores” është dërguar për miratim nga ana e SUOGJ në Ministri rregullorja e institucionit. Kjo rregullore nuk është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe në bazë të deklaratës së Shefes së Sektorit të Burimeve Njerëzore është punuar me këtë rregullore e cila është e pa miratuar deri në datën 22.07.2020. Me Urdhrin nr. 433 të Drejtorit të Spitalit, datë 22.07.2020 “Miratimin e rregullores së Spitalit Universitar” është miratuar rregullore e re por nuk është miratuar në Ministri. Nga auditimi konstatohet se SUOGJ nuk ka të përcaktuar llojin e arsimit, nivelin arsimor, vjetërsinë në punë apo kualifikim shtesë të nevojshëm për postin e punës. Sa më sipër është në kundërshtim me shkresën nr. 345, datë 13.03.2017 “Kërkesë për miratim të projekt rregullores”.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 2 faqet nr. 15-19 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

2.1 Rekomandimi: Drejtori i Spitalit në bashkëpunim Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale të marrin masa që të miratohen aktet rregullatore të brendshme si dhe të plotësohet struktura me llojin e arsimit, nivelin si dhe vjetërsinë.

Menjëherë

3. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me programet ekonomiko financiare rezulton se për vitin 2018 buxheti është miratuar me shkresën nr. 50 prot., datë 15.01.2018. Për vitin 2019 buxheti është miratuar dhe përcjellë me shkresën nr. 127/3 prot., datë 15.02.2019 protokolluar në SUOGJ me nr. 288 prot., datë 26.02.2019. Për vitin 2020 buxheti është miratuar me shkresë nr. 189/3 prot., datë 21.02.2020 protokolluar në SUOGJ me nr. 226 prot., datë 27.02.2020. Nga të dhënat rezulton se nga totali i të ardhurave që do mbulojnë shpenzimet e buxhetit për vitin 2018, të ardhurat e veta (nga aktiviteti Mjekësor) zënë 3.4 % ose në vlerën 20,556 mijë lekë ndërsa 96.6 % janë grante korent të brendshëm në vlerën 574,495 mijë lekë. Në buxhetin e miratuar për vitin 2018, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2017, në shumën totale 11,510,662 lekë nga të cilat:

Ilogaria 401-408 *Furnitorë e llogari të lidhura me to* në shumën 10,108,909 lekë

Ilogaria 467- *Kreditorë të ndryshëm* në shumën 1,401,753 lekë

Për vitin 2019, të ardhurat e veta zënë 3.22% ose në vlerën 18,777 mijë lekë ndërsa 96.78% janë grante korent të brendshëm në vlerën 563,628 mijë lekë.

Në buxhetin e miratuar për vitin 2019, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2018, janë në shumën totale 14,344,630 lekë nga të cilat:

Ilogaria 401-408 *Furnitorë e llogari të lidhura me to* në shumën 7,813,543 lekë

Ilogaria 467- *Kreditorë të ndryshëm* në shumën 6,531,087 lekë

-Për vitin 2020, të ardhurat e veta zënë 7.3% ose në vlerën 48,950 mijë lekë ndërsa 92.7% janë grante korent të brendshëm në vlerën 616,918 mijë lekë.

Në buxhetin e miratuar për vitin 2020, nuk janë programuar si zë më vete likuidimi i të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguara nga viti paraardhës që sipas pasqyrave financiare për vitin 2019, janë në shumën totale 13,381,249 lekë nga të cilat:

Ilogaria 401-408 *Furnitorë e llogari të lidhura me to* në shumën 6,850,162 lekë

Ilogaria 467- *Kreditorë të ndryshëm* në shumën 6,531,087 lekë. Sa më sipër konstatohet se nuk janë programuar si zë më vete në buxhetet e viteve 2018, 2019, 2020 dhe i detyrimeve të vitit paraardhës duke u akumuluar si borxh i vitit të kaluar pa i klasifikuar në zërat përkatës.

Gjithashtu në vitet (2007-2012), të mbartura në kartelat e kreditorëve pa dokumentacion përkatës në vlerën 985,356 lekë, detyrim kreditor i krijuar në vitin 2019 për vlerën 5,487,357 lekë me Institutin e Ndërtimit si dhe detyrim kreditor i krijuar në vitin 2019 , lidhur me mungesë faturash, penalitete në vlerën 19,287.33 lekë ku në total krijohet shuma prek 12,37,731.33 lekë, vlerë e cila duhet të ishte programuar në buxhetet e viteve përkatëse për shlyerjen e tyre.

Për vitin 2018, buxheti është realizuar në total në masë 95.6 % ose nga 610,948,175 lekë të programuara, është realizuar 581,098,175 lekë, nga të cilat nga granditë 565,854,129 lekë dhe nga të ardhurat e veta në shumën 18,732,967 lekë. Në zërin Paga Ilogaria ekonomike 600, është realizuar në masën 99,1 % ose nga 270,622,260 lekë të programuar, realizuar në shumën 268,403,234 lekë, nga të cilat nga granditë në vlerën 267,874,018 lekë ose 99.8 % të totalit të pagave dhe nga të ardhurat e veta në vlerën 529,216 lekë ose 1.2 % të totalit të pagave. Në zërin sigurime shoqërore Ilogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 98.8 % ose nga 43,250,000 lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,737,132 lekë, nga të cilat nga granditë në vlerën 42,737,132 lekë ose 100 % të totalit të sigurimeve. Në zërin shpenzimet operative Ilogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 94.5 % ose nga 272,464,647 lekë të programuar, realizuar në vlerën 257,622,680 lekë, nga të cilat nga granditë në vlerën 254,821,608 lekë ose 98,9 % të totalit të shpenzimeve operative ose nga të ardhurat e veta në vlerën 2,801,072 lekë ose 1,1% të totalit të shpenzimeve operative. Në zërin investime Ilogaria ekonomike 231, është realizuar në masë 63,6 % ose nga 24,186,103 lekë të

programuar, realizuar në vlerën 15,402,678 lekë, nga të cilat nga të ardhurat e veta në vlerën 15,402,678 lekë ose 100 % të totalit të investimeve.

Për vitin 2019, buxheti është realizuar në total në masë 95 % ose nga 616,645,536 të programuara, është realizuar 587,334,544 lekë, nga të cilat nga granditë 562,463,046 lekë dhe nga të ardhurat e veta në shumën 24,871,498 lekë. Në zërin paga llogaria ekonomike 600, është realizuar në masën 98,3% ose nga 272,023,380 lekë të programuar, realizuar në shumën 267,452,889 lekë, nga të cilat nga granditë e të ardhurat e veta në vlerën 267,452,889 lekë ose 100 % të totalit të pagave. Në zërin sigurime shoqërore llogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 96,6 % ose nga 44,300,000 lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,958,793 lekë, nga të cilat nga granditë në vlerën 42,958,793 lekë ose 100 % të totalit të sigurimeve. Në zërin shpenzimet operative llogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 95,8 % ose nga 263,663,576 lekë të programuar, realizuar në vlerën 252,760,221 lekë, nga të cilat nga granditë në vlerën 251,594,781 lekë ose 95,4 % të totalit të shpenzimeve operative ose nga të ardhurat e veta në vlerën 1,165,440 lekë ose 5,6% të totalit të shpenzimeve operative. Në zërin investime llogaria ekonomike 231, është realizuar në masë 65,5% ose nga 36,175,725 lekë të programuar, realizuar në vlerën 23,706,058 lekë, nga të cilat nga të ardhurat e veta në vlerën 23,706,058 lekë ose 100% të totalit të investimeve.

Për vitin 2020, buxheti është realizuar në total në masë 99.4% ose nga 630,528 mijë lekë të programuara, është realizuar 626,766 mijë lekë. Në zërin paga llogaria ekonomike 600, është realizuar në total në masë 99.2% ose nga 276,545 mijë lekë të programuara, është realizuar 274,569 mijë lekë. Në zërin sigurime shoqërore llogaria ekonomike 601, është realizuar në masën 99.6 % ose nga 43,000 mijë lekë të programuar, realizuar në vlerën 42,827 mijë lekë. Në zërin shpenzimet operative llogaria ekonomike 602, është realizuar në masën 99.45% ose nga 294,110 mijë lekë të programuar, realizuar në vlerën 292,509 mijë lekë. Në zërin investime llogaria ekonomike 231, është realizuar në masë 100%. Sa më sipër është në kundërshtim me ligjin nr. 9936, datë 26.6.2006 “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, neni 32, neni 65 si dhe UMF nr. 2, datë 6.02.2012 “Për procedurat standard të zbatimit të buxhetit”, i ndryshuar pika 101.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 3 faqet nr. 19-22 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

3.1 Rekomandimi: SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të marrë masat për programimin e buxheteve afat mesëm sa më real, bazuar në radhë të parë me burimet e veta të financimit, duke zbatuar të gjitha procedurat ligjore.

Në vijimësi

3.2 Rekomandimi: SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të marrë masat, që në buxhetin e vitit ushtrimor, të programohet shlyerja e të gjitha detyrimeve kreditore të trashëguar nga viti paraardhës sipas kërkesave ligjore.

Në vijimësi

4. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me evidencën kontabël rezulton se në Pasqyrën e Pozicionit Financiar të vitit 2020, zëri “Ndërtesa e konstruksione” ka pësuar rritje nga vlera 37,812,884 lekë në vitin 2019, në vlerën 63,546,248 lekë në vitin 2020. Nga subjekti, argumentohet se këto shtesa vijnë si rezultat i dhurimeve dhe sistemeve elektrike. Ndërkohë rezulton se në zërin “Instalime teknike, makineri e pajisje” rezulton se po ashtu ka rritje në vlerë nga 58,920,004 lekë në vitin 2019, në vlerën 102,426,297 lekë në vitin 2020. Rezulton se në *Shënimet Shpjeguese* nuk ka sqarim lidhur me këta zëra, dhe si e tillë situata është e paqartë dhe nuk jep siguri të arsyeshme.

- Nga auditimi u konstatua se në Pasqyrën e Pozicionit Financiar të vitit 2020, zëri “Materiale” ka pësuar rritje nga vlera 39,987,514 lekë në vitin 2019, në vlerën 67,849,646 lekë në vitin 2020. Nga subjekti, argumentohet se këto shtesa vijnë si rezultat i dhurimeve dhe

blerjeve të ndryshme. Rezulton se në *Shënimet Shpjeguese* nuk ka sqarim lidhur me këtë zë. Gjithashtu, shënimet shpjeguese paraqiten të paqarta, të paplota dhe të pa kuptueshme. Sa më sipër është në kundërshtim me Standardin Kombëtar të Kontabilitetit nr. 2, paragrafi 49, pikat c dhe d.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 4 faqet nr. 22-25 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

4.1 Rekomandimi: Nga Sektori i Financës të merren masa lidhur me plotësimin dhe pasqyrimin e saktë të transaksioneve dhe lëvizjeve kontabël në shënimet shpjeguese.

Menjëherë

5. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me evidencën kontabël rezulton se sipas Urdhrit të Brendshëm administruar në SUOGJ me nr. 1253 prot., datë 01.11.2018 “*Asgjësimin e aktiveve të qëndrueshme sipas llogarive 214, 218, 237, 212 dhe 213 për vitin 2017*”, është ngritur komisioni për asgjësimin i përbërë nga: F. Zh. (Kryetar), I. J. (Anëtar), E. K. (Anëtar), H. B. (Anëtar) dhe G. B. (Anëtar). Me shkresën nr. 1315 prot., datë 20.11.2018, me objekt “*Ankand për shitje skrap*”, është ngritur ankandi me fond limit 26,656 lekë pa TVSH për material hekur, gize, alumin, llamarinë dhe inox (sasia 1600kg). Ky ankand nuk është realizuar pasi me shkresën nr. 1315/3 prot., datë 11.12.2018 nga Agjencia e Prokurimit Publik (në vijim APP), ka ardhur përgjigja sipas të cilës është cituar se *“APP nuk e publikoi informacionin e sjellë, pasi nuk keni respektuar afatin minimal kohor 20 ditor për dorëzimin e kërkesës për pjesëmarrje në procedurën e hapur, përcaktuar në pikën 2 të nenit 28, Ligji nr. 9874, datë 14.02.2008 ‘Për Ankandin Publik’ (i ndryshuar).*ö, dhe “*në njoftimin e ankandit keni përcaktuar datën 13.11.2018, si afat të fundit për dorëzimin e kërkesave për pjesëmarrje, ndërkohë që Buletini i Njoftimeve Publike të APP – së publikohet në datën 11.12.2018*”. Me shkresën nr. 56 prot., datë 15.01.2019 “*Formulari i njoftimit të fituesit*”, operatori ekonomik A... M... SHPK është shpallur fitues për vlerën 26,656 lekë pa TVSH. Nga grupi i auditimit konstatohet se me faturën nr. 1, datë 11.02.2019, nga operatori ekonomik, është kryer pagesa në vlerën 59,309 lekë pa TVSH, për shitjen e 3560 kg/skrapi x 16.66 lekë/kg, në favor të institucionit. Pra sa më sipër rezulton se ankandi është shpallur për sasinë 1600 kg, ndërkohë shitja e skrapit realisht ka qenë në sasinë 3560 kg. Sa më sipër është në kundërshtim me shkresën nr. 56 prot., datë 15.01.2019 “*Formulari i njoftimit të fituesit*”, në të cilën përcaktohet se operatori ekonomik A... M... SHPK është shpallur fitues për vlerën 26,656 lekë pa TVSH.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 4 faqet nr. 22-25 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

5.1 Rekomandimi: Nga Sektori i Financës të merren masat lidhur me analizimin e situatës të krijuar nga shitja e skrapit më tepër nga vlera e përcaktuar.

Menjëherë

6. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me evidencën kontabël rezulton se me shkresën nr. 1136/12 prot., datë 09.02.2020 “*Relacion përmbledhës mbi Inventarizimin vjetor të pasurisë dhe vlerësimin e jashtë përdorimeve të propozuar në SUOGJ. ‘Mbretëresha Geraldinë’*”, komisioni i inventarizimit i është drejtuar Drejtorit të spitalit duke propozuar nxjerrjen jashtë përdorimit të AQT ó ve jo funksionale, si godina zyrat me vlerë 38,400 lekë, godina marangozi me vlerë 10,800 lekë, dhe godina oksigjen me vlerë 6,941 lekë. Arsyeja konstatohet të jetë mos ekzistenca e këtyre godinave që në vitin 2000, shembja e tyre dhe në vendndodhjen e tyre është ndërtuar godina aktuale e administratës. Sa i takon godinës të oksigjenit, rezulton se nuk ekziston që në vitin 1999, dhe pas shembjes në këtë vit është ndërtuar godina e re e oksigjenit, së bashku me depozitën dhe linjat e O₂ të lëngshëm. Grupi i auditimit konstaton se nuk është marrë asnjë masë lidhur me zgjidhjen e kësaj situate dhe marrjen e hapave konkretë lidhur me nxjerrjen nga inventari të këtyre aseteve inekzistente nga vitet 2000. Sa më sipër është në kundërshtim me Udhëzimin nr. 30

datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik” i ndryshuar me Udhëzimin nr. 24, datë 07.12.2016, nr. 11 datë 06.05.2016 dhe nr. 20 datë 17.11.2014 “Për disa shtesa dhe ndryshime në Udhëzimin nr. 30 datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”, pika 103, G.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 4 faqet nr. 22-25 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

6.1 Rekomandimi: Nga Sektori i Financës të merren masa për nxjerrjen jashtë përdorimit dhe çregjistrimin kontabël të aseteve të cilat nuk ekzistojnë më pranë SUOGJ Mbretëresha Geraldinë.

Menjëherë

7. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurat e prokurimeve rezulton se nga auditimi i procedurës “Shërbim gatimi dhe shpërndarje ushqimi (katering)”, konkretisht dokumentacionit të ngarkuar në SPE (Sistemi i Prokurimit Elektronik) janë ftuar për të marrë pjesë 3 OE. Sipas raportit përmbledhës me nr. 171/4 prot., datë 09.02.2018 është miratuar ky dokument nga ana e Titullarit të AK. Sipas shkresës me nr. 171/5 prot., datë 09.02.2018 është bërë njoftimi i fituesit dhe me shkresën nr. 197 prot., datë 12.02.2018 është bërë dorëzimi i dokumentacionit të fituesit S... A.... Sipas aktit me nr. 171/6 prot., datë 14.02.2018 është lidhur kontrata e shërbimit mes Titullarit të AK dhe sipërmarrësit të shërbimit znj. A. T. Administratore e S... A.... Sipas dokumentacionit rezulton se kontrata e lidhur mes palëve nuk është sipas DST të ngarkuar në SPE pasi ka ndryshime, të cilat edhe pse jo thelbësore janë në kundërshtim me kuadrin ligjor e rregullator të poshtëshënuar. Sa më sipër është në kundërshtim me ligjin nr. 9643, datë 20.11.2006, “Për prokurimin publik”, i ndryshuar neni 59 dhe neni 60 pika 1 si dhe me VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, ndryshuar, neni 22.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

7.1 Rekomandimi: Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për përfshirjen në DST të të gjithë dokumentacionit të nevojshëm me qëllim njohjen e tyre nga OE për tërësinë e shërbimeve që do të furnizohen, të drejtat dhe detyrimet ndërmjet Autoritetit Kontraktor dhe kontraktorit.

Në vijimësi

8. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurat e prokurimeve rezulton se nga auditimi i procedurave me objekt ‘Rikonstruksion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë’ dhe ‘Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik’ u konstatuan mangësi në drejtim të vendosjes së kriterëve të kualifikimit si dhe të specifikimeve teknike. Sa më sipër është në kundërshtim me VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, ndryshuar, neni 26, 27 dhe 61.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

8.1 Rekomandimi: Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.

Në vijimësi

9. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurat e prokurimeve rezulton se nga auditimi i procedurave me objekt ‘Riparime të rrjetit elektrik në Kati 0 dhe kati I në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë’ ‘Rikonstruksion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” dhe ‘Punime elektrike në Kat. II, në objektin e Gjinekologjisë në

SUOGJ Mbretëresha Geraldinë u konstatua se ftesat ndaj OE nga ana e NJP janë kryer duke mos ndryshuar shpesh operatorët ekonomikë të ftuar në procedurat e prokurimit. Sa më sipër është në kundërshtim me VKM nr. datë 29.12.2014, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, ndryshuar, neni 36, pika 4 si dhe me Udhëzimin nr. 2, datë 08.01.2018 “Mbi përdorimin e procedurës me negociim pa shpallje paraprake të njoftimit të kontratës dhe zhvillimit të saj me mjete elektronike”, pika 10, paragrafi c. (Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

9.1 Rekomandimi: Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.

Në vijimësi

10. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurat e prokurimeve rezulton se nga auditimi i procedurave me objekt *‘Rikonstruksion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ ‘Mbretëresha Geraldinë’ dhe ‘Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik’* u konstatuan mangësi në drejtim të vlerësimit të ofertave. Sa më sipër është në kundërshtim me VKM nr. 914 datë 29.12.2014, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, ndryshuar, neni 66.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

10.1 Rekomandimi: Nga ana e SUOGJ Mbretëresha Geraldinë të merren masa për trajnim në fushën e legjislacionit të prokurimit publik të punonjësve të parashikuar për tu përfshirë në procedurat e prokurimit gjatë vitit.

Në vijimësi

11. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me procedurën me objekt *“Shërbim evadim, transport dhe trajtim të mbetjeve të rrezikshme spitalore”*, rezulton se bazuar në kërkesën e bërë nga Shefi i Sektorit të Inxhinierisë Klinike, si dhe në përlllogaritjen e fondit limit të kryer bazuar në kontratën e vitit të fundit, ka nisur procedura e prokurimit. Me procesverbalin nr. 1 datë 21.02.2018 janë hartuar kriteret e kualifikimit. Nga auditimi konstatohet se kriteret e kapaciteteve teknike të vendosura nga NJP janë të pa qarta dhe konfuze. Pjesa për tu plotësuar nga NJP për kapacitetet teknike është lënë e paplotësuar në DST (Shtojca 7) dhe janë vendosur disa kriteret tek specifikimet teknike për ofrimin e shërbimit (Shtojca 8). Sa më sipër është në kundërshtim me ligjin nr. 9643, datë 20.11.2006, “Për Prokurimin Publik”, i ndryshuar, neni 46 si dhe VKM nr. 914, datë 29.12.2014 “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, i ndryshuar, neni 28.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

11.1 Rekomandimi: Njësia e Prokurimit në SUOGJ të marrë masa që të plotësojë dokumentet standard të tenderit sipas shtojcave të përcaktuara nga APP si dhe të hartojë kriteret kualifikimi të qarta duke evidentuar dokumentacionin e nevojshëm për dokumentimin e plotësimit të kriterëve si dhe të bëhet argumentimi teknik dhe ligjor i tyre.

Menjëherë

12. Gjetje nga auditimi: Me shkresën nr. 771, datë 30.01.2018 “Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna” MSHMS ka lejuar të gjitha institucionet spitalore të kryejnë prokurime me negociim për nevojat më emergjente të artikujve që janë duke u prokuruar nga Ministria si institucion qendror. Konkretisht, sipas kësaj shkrese citohet se: “Sasitë për të cilat lejoheni të prokuroni vet, nuk duhet të kalojnë ato të miratuara për mbulimin e nevojave deri në 15 prill 2018, të

planifikuara sipas shkresës nr. 4572, datë 01.11.2017 të Sekretarit të Përgjithshëm dhe udhëzimeve të Urdhrit të Ministrisë të Shëndetësisë nr. 4869 prot. datë 20.11.2017 “Për ngritjen e grupit të punës për përcaktimin e mënyrës dhe afatet që do të ndiqen për zhvillimin e procedurave të përqendruara të prokurimit të barnave dhe pajisjeve mjekësore për vitin 2018, nga organi qendror blerës”. Sipas kërkesës së bërë nga ana e Shefes së Farmacisë znj. S. Z., është paraqitur edhe situata e gjendjes së medikamenteve dhe është llogaritur fondi limit në vlerën 8,263,531.68 lekë për 7 lote medikamente. Kjo kërkesë është miratuar nga A. K., përgjegjëse e sektorit të prokurimeve. Të dyja punonjëset kanë vepruar në tejkalim të kompetencave dhe detyrave funksionale pasi kanë kryer veprime pa marrë autorizim nga Titullari. Nga ana e SUOGJ nuk është marrë informacion mbi statusin e procedurës së prokurimit që po zhvillohej në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për të vijuar me procedurën e prokurimit pasi referuar shkresës nr. 771, datë 30.01.2018 “Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna” institucioni është lejuar të prokurojë për nevojat e vetat sasitë deri për 15 prill. Me shkresën nr. 882/1, datë 23.04.2018 “Dërgohet dokumentacioni për lidhjen e kontratave të furnizimit me barna mes Autoriteteve Kontraktore” është dërguar dokumentacioni për autorizimin e lidhjes së kontratave për nevojat e vitit 2018. Në regjistrin e parashikimit të vitit 2018 i cili me shkresën nr. 189, datë 09.02.2018 i është dërguar Ministrisë së Shëndetësisë është parashikuar procedura:

•Blerje medikamente - me fond 8,698,565 lekë - Negocim pa publikim paraprak të njoftimit të kontratës e parashikuar në muajin shkurt. Sa më sipër është në kundërshtim me shkresën nr. 771, datë 30.01.2018 “Mbi lejimin e institucioneve spitalore për kryerjen e procedurave të prokurimit për nevojat urgjente për barna” institucioni lejohet të prokurojë për nevojat e vetat sasitë deri për 15 prill.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

12.1 Rekomandimi: Titullari i Autoritetit Kontraktor dhe njësia e prokurimit të marrin masa që të mbajnë një komunikim të vazhdueshëm me organin qendror blerës dhe informacion rast pas rasti mbi ecurinë e procedurave tek organi qendror përpara se të nisnin procedurat e prokurimit.

Në vijimësi

13. Gjetje nga auditimi: Në zbatimin e kontratave dhe afatin e lëvrimit të medikamenteve u konstatuan vonesa për të cilat SUOGJ ka mbajtur penalitete por jo në vlerën e duhur. Konkretisht rezulton se Kontrata nr. 421/11, datë 18.04.2018 është lidhur midis I... F... dhe SUOGJ me vlerë 568,016.5 lekë, me afat lëvrimi 7 ditë. Penaliteti i kontratës duhet të jetë në vlerën 4,544 lekë ($568,016.5 \times 0.25 \times 4/1000 \times 8$ ditë) pra penaliteti duhet të ishte llogaritur mbi vlerën 25 % të kontratës sepse vlera e pa sjellë brenda afateve është 6,916.5 lekë (1.2 % e vlerës së kontratës). Vlera prej 4322.6 lekë përbën dëm ekonomik. Për llogaritjen jo të saktë të penalitetit mban përgjegjësi S. Z. me detyrë shefe farmacie, E. H. me detyrë Framaciste, F. K. me detyrë mjek dhe A. H. në cilësinë e nëpunësit zbatues. Kontrata nr. 421/13, datë 20.04.2018 midis M... dhe SUOGJ me vlerë 6,534,861 lekë, me afat lëvrimi 7 ditë. Penaliteti i kontratës duhet të jetë në vlerën 133,500 lekë por është mbajtur vetëm 102,011 lekë. Vlera prej 31,489 lekë përbën dëm ekonomik. Sa më sipër është në kundërshtim me kontratën nr. 421/13 prot., datë 20.04.2018, nenit 3 si dhe kontrata nr. 421/11, datë 18.04.2018, neni 3.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 5 faqet nr. 25-30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

13.1 Rekomandimi: SUOGJ të marrin masa që të kryej një llogaritje të saktë të penaliteteve në zbatimin e kontratave të medikamenteve me qëllim nxitjen e përmbushjes së afateve të lëvrimit.

Menjëherë

14. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion në lidhje me shpenzimet rezulton se nga administrim i konsumit të karburantit konstatohet se për çdo lëvizje janë autorizimet përkatëse. Në fund të muajit është hartuar përmbledhësja dhe janë kryer rakordime. Në fletët e udhëtimit mungojnë kilometrat e treguara nga kilometrazhi i makinës në fillim dhe fund të lëvizjes. Autoambulanca është e pajisur me GPS dhe dokumentohen lëvizjes e saj nga raporti mujor i gjeneruar nga sistemi i 127. Në çdo rast janë plotësuar Fletë ó Udhëtimit përkatëse dhe Regjistri i misionit dhe lëvizjeve. Sa më sipër është në kundërshtim me Udhëzimin nr. 30 datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”, i ndryshuar.

(Më hollësisht trajtua në pikën 6 faqen nr. 30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

14.1 Rekomandimi: Drejtoria e SUOGJ të marrë masa në plotësimin e gjithë dokumentacionin justifikues të konsumit të karburantit dhe lëvizjes së automjeteve duke plotësuar kilometrat e përshkruar sipas treguesit përkatës në automjet.

Menjëherë

15. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i procedurave të prokurimit të blerjeve me vlera të vogla u konstatua mos dokumentimi i komunikimit me operatorët ekonomik kur operatori paraardhës nuk është paraqitur për kryerjen e shërbimit / blerjen e mallit. Gjithashtu, në procedurën òDezinfektim, Deratizim, Dezinfektim të ambienteve SUOGJë viti 2018 konstatohet se procedura ka një mosrakordim midis datave dhe etapave që është kryer procedura, konkretisht, testimi i tregut është kryer me datë 5 qershor, shpallja e fituesit me datë 4 qershor dhe nisja e kryerjes së shërbimit 31.05.2018. Sa më sipër është në kundërshtim me Udhëzimin nr. 03, datë 08.01.2018 “Mbi përdorimin e procedurës së prokurimit me vlerë të vogël dhe zhvillimin e saj me mjete elektronike” i ndryshuar.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 6 faqen nr. 30 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

15.1 Rekomandimi: SUOGJ të marrë masa që stafin e angazhuar në procedurat e prokurimit të blerjeve me vlera të vogla të trajtojë stafin pranë institucioneve përkatëse si dhe të azhurnohen me ndryshimet e herëpashershme të legjisllacionit.

Menjëherë

16. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi i zbatimit të ligjshmërisë në organizimin dhe funksionimin e sistemit të Menaxhimit Financiar dhe Kontrollit rezultoi se Sistemi aktual i komunikimit të institucionit nuk është eficient. Nuk ka procedurë të veçantë për mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve, ankesave për analizën e tyre, identifikimin e shkaqeve dhe eliminimin e problemeve të dala gjatë kryerjes së detyrave. Sa më sipër është në kundërshtim me UMF nr. 28, datë 15.12.2011 “Mbi paraqitjen e deklaratës dhe raportit vjetor për cilësinë e sistemit të kontrollit të brendshëm në njësitë publike”, pika 15, germa b.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 8 faqet nr. 33-35 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

16.1 Rekomandimi: SUOGJ, të marrë masat e nevojshme për implementimin e kërkesave të ligjit nr. 10296, datë 8.07.2010 “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, i ndryshuar, për identifikimin e aktiviteteve me risk dhe menaxhimin e tij. Të analizohen shkaqet e mos funksionimit të sistemit të komunikimit, të nxirren përgjegjësitë më qëllim që të kryejë funksionet e veta. SUOGJ, të marrë masa për përmirësimin e sistemit të kontrollit të brendshëm. Të hartohet procedurë e veçantë mbi mbledhjen dhe dokumentimin e gabimeve/ankesave dhe kryerjen e analizimit i tyre.

Menjëherë

17. Gjetje nga auditimi: Nga auditimi rezultoi se për periudhën objekt auditimi struktura e auditit të brendshëm nuk është e plotësuar me asnjë anëtar edhe pse referuar strukturës së

miratuar nga ministri z. I. B. me shkresën nr. 1371, datë 10.03.2017, kjo njësi duhet të kishte në përbajtje:

Spektori i Auditimit ó 3

Shef Spektori (Ekonomist i Lartë) ó 1

Specialist (jurist) ó 1

Specialist (ekonomist) ó 1.

Sa më sipër është në kundërshtim me strukturën e SUOGJ miratuar me shkresën nr. 1371, datë 10.03.2017.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 9 faqen nr. 36 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

17.1 Rekomandimi: SUOGJ, në bashkëpunim MSHMS, të marrin masa që të plotësojnë strukturën e auditit të brendshëm ose ristrukturimin e spitalit duke e fshirë këtë sektorë dhe mbulimin me auditim nga struktura përkatëse në Ministri.

Menjëherë

18. Gjetje nga auditimi: Sipas dokumentacionit të vënë në dispozicion rezulton se Projekti Shëndetësia elektronike në Shqipëri, regjistri mbarë kombëtar i shëndetësisë elektronike, është financuar nga Qeveria e Austrisë nëpërmjet QKB në shumë 13,995,000 Euro e dhënë në formë huas së butë, ndërsa kostos lokale, TVSh-në, taksën doganore etj. do të përballohen nga pala shqiptare. Objekti kryesor i projektit është, zhvillimi i një sistemi të integruar të rekordeve elektronike shëndetësore mbarëkombëtare që përmbush kërkesat kryesore operacionale të profesionistëve në të gjithë spitalet dhe politikat në Shqipëri. Gjithsej do të jetë 79 institucione publike të cilat do të jenë në sistemin e integruar. Me urdhrin e brendshëm nr. 1194/2, datë 20.10.2015, Drejtori i Spitalit, ka ngjitur komisionin e marrjes në dorëzim të pajisjeve të projektit, urdhër ky i cili ka dal me 4 . Ky komision ka hartuar procesverbalin e marrjes në dorëzim dhe aktin e kolaudimit në datë 23.10.2015 ose 4 muaj pas ardhjes dhe instalimit të pajisjeve. Veprimet dhe mosveprimet e grupit të ngarkuar për verifikimin e pajisjeve janë në kundërshtim me pikat 42-50 të seksionit "Marrja në dorëzim e aktiveve të furnizuara të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 "Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik". Pajisjet e sistemit janë bërë hyrje në magazinën e spitalit me fletë hyrjen nr. 28/1, datë 23.10.2015 ose me 4 muaj vonësë veprim ky në kundërshtim me pikë 39 të Udhëzimit nr. 30, datë 27.12.2011 "Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik, "Çdo hyrje-dalje në magazinë dokumentohet menjëherë". Gjithashtu konstatohet se pajisjet në Spital kanë mbërritur pa asnjë dokument shoqërues nga magazinat e I... Sistemi elektronik nuk është implementuar, ndonëse për këtë qëndër është lëshuar dhe certifikata COHO, e cila nënkupton instalimin, testimin dhe funksionimin e projektit në këtë qëndër. Tre PC e përcaktuar për sistemin nuk janë të instaluar dhe qëndrojnë bashke me pjesët e tjera të sistemit në sallën e serverit. Sipas certifikatës COHO të lëshuar për këtë qëndër sistemi ka qenë në funksion që në datën 19.06.2015. Arsyeja e mosvendosjes në funksionim të projekti e-Health është se kjo qëndër ka pas dhe ka një sistem elektronik të brendshëm (Astraia) të hedhjes së të dhënave dhe aplikimi i të dy sistemeve njëkohësisht krijonte bllokimin e sistemit ekzistues. Në kontratën e blerjes është përcaktuar se për këto raste kur qendra (site) ka një program elektronik ekzistues duhet që nga shitësi të bëhet ndërlidhja e tyre me qëllim që të dhënat të ruhen edhe në projektin e-Health, gjë e cila nuk është bërë për rastin konkret. Pra program e-Health nuk funksionon në spitalin gjinekologjik "Mbretëresha Geraldinë". Gjithashtu , u konstatua se COHO për këtë site është datë 19.06.2015, ndërsa me shkresën nr. 754/1 datë 8.09.2015 afërsisht 3 muaj më vonë, është firmos certifikata COI me ndryshim të listës së pajisjeve, në një kohë që programi e-Health nuk funksiononte në këtë qëndër. Nuk ka asnjë dokument që të tregoj arsyet e ndryshimeve të listës së pajisjeve. Deri në fund të periudhës së auditimit asnjë prej vizitave që kryheshin në këtë qëndër nuk hidheshin në sistemin e-Health. Vlera e pajisjeve që janë përfituar nga projekti është 11,360,597 lekë dhe mos vendosja e tyre

në punë për qëllimin që janë përfituar përbën efekt financiar negativ. Sa më sipër është në kundërshtim me Udhëzimin nr. 30, datë 27.12.2011 “Për menaxhimin e aktiveve në njësitë e sektorit publik”, i ndryshuar.

(Më hollësisht trajtuar në pikën 11 faqet nr. 38-39 të Raportit Përfundimtar të Auditimit).

18.1 Rekomandimi: SUOGJ në bashkëpunim me strukturat përgjegjëse të marrin masa që të vendosin në funksionim sistemin e E-Health me qëllim integrimin e të dhënave shëndetësore të pacientëve në sistemin shëndetësor kombëtar.

Menjëherë

B. MASA DISIPLINORE

B.1. PËR PUNONJËSIT NË MARRËDHENIE PUNE

Mbështetur në nenet 37, 141 e 153, pikat 1 dhe 2 të ligjit nr. 7961, datë 12.7.1995 “Kodi i Punës”, i ndryshuar, kontratave individuale të punës si dhe rregullores së brendshme të institucionit, **i rekomandojmë Drejtorit të SUOGJ Mbretëresha Geraldinë**, të marrë masat disiplinore si më poshtë:

a. “Vërejtje me shkrim” deri në “Largim nga detyra ose ndërprerje të kontratës së punës”, për 2 (dy) punonjësit e mëposhtëm:

1. Znj. S. S.

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Rikonstruksion i ambienteve ekzistuese për riakomodimin e pacienteve/personelit mjekësor në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë* gjatë hartimit të kriterëve;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Riparime të rrejtit elektrik në Kati 0 dhe kati I në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë* në drejtim të ftesave ndaj OE pjesëmarrës;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Shërbim evadim, transport dhe trajtim të mbetjeve të rrezikshme spitalore* në drejtim të hartimit të kriterëve të kualifikimit;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit të arkë-bankës;

2. Z. A. R.

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Riparime të rrejtit elektrik në Kati 0 dhe kati I në SUOGJ Mbretëresha Geraldinë* në drejtim të ftesave ndaj OE pjesëmarrës;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Shërbim evadim, transport dhe trajtim të mbetjeve të rrezikshme spitalore* në drejtim të hartimit të kriterëve të kualifikimit;

b. “Vërejtje me shkrim” për 3 (tre) punonjësit e mëposhtëm:

1. Znj. F. A.

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në fushën e kontabilitetit;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik* në drejtim të kualifikimit të OE pjesëmarrës;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit të arkë-bankës;

2. Znj. I. P.

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik* në drejtim të hartimit të kriterëve;

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Blerje medikamente* në drejtim të komunikimit me organin qendror blerës;

3. Znj. M. K.

- Për mangësitë e konstatuara gjatë auditimit në procedurën e prokurimit me objekt *Blerje kite reagent dhe materiale konsumi laboratorike për kryerjen e analizave klinike biokimike, imunologjike për laboratorin klinik biokimik* në drejtim të kualifikimit të OE pjesëmarrës;

c. **“Tërheqje vëmendjeje”** për 7 (shtatë) punonjësit e mëposhtëm:

1. Znj. E. Gj.
2. Znj. A. H.
3. Znj. A. K.
4. Znj. S. L. (T.)
5. Znj. S. Z.
6. Znj. E. H.
7. Z. F. K.

B.2. PËR PUNONJËSIT E LARGUAR

Për 3 (tre) ish punonjësit e mëposhtëm nuk rekomandojmë masa disiplinore edhe sepse shkeljet e natyrës administrative të konstatuara, pavarësisht se ekzistojnë nuk mund të ezaurohen si të tilla, pasi këto persona nuk janë në marrëdhënie pune me këtë institucion dhe nuk ka adresim institucional për dhënien e zbatimit e tyre.

Nga ana jonë në bazë të shkeljeve të konstatuara masa disiplinore do të **“Vërejtje me shkrim”** deri në **“Largim nga detyra ose ndërprerje të kontratës së punës”**, konkretisht:

1. Znj. A. K. (nuk është më në marrëdhënie pune me SUOGJ)
2. Znj. S. Ç. (dalë në pension)
3. Znj. F.Zh. (dalë në pension)

Për sa më sipër paraqitet ky Raport Përfundimtar Auditimi.

KONTROLLI I LARTË I SHTETIT