



REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
KONTROLLI I LARTË I SHTETIT  
KRYETARI

Nr. 647/7 Prot.

Tiranë, më 28.5.2021

V E N D I M

Nr. 61, Datë 28.5/2020

PËR

**AUDITIMIN E USHTRUAR NË MINISTRINË E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE, OPERATORIN E SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR, SPITALIN UNIVERSITAR OBSTETRIK - GJINEKOLOGJIK "KOÇO GLIOZHENI", SPITALIN UNIVERSITAR "MBRETËRESHA GERALDINË", SPITALIN RAJONAL VLORË, SPITALIN RAJONAL KORÇË, PËR PERIU DHËN 2016 – 2019, ME TEMË "Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal"**

Në zbatim të planit vjetor, Kontrolli i Lartë i Shtetit, në kuadër të përmbushjes së funksionit të tij Kushtetues, zbatimit të Udhëzimeve dhe Standardeve Ndërkombëtare të Auditimit (INTOSAI, EUROSAI, etj.), sipas Programit të Auditimit nr. 647/3, datë 30/09/2020 realizoi auditimin e performancës me temë Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal". Subjektet në auditim ishin: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Spitalet Universitare Obstetrik - Gjinekologjik "Koço Gliozheni" dhe "Mbretëresha Geraldinë" si dhe Spitalet Rajonale Vlorë dhe Korçë. Kontrolli i Lartë i Shtetit, në këtë auditim synoi të vlerësonte eficiencën dhe efektivitetin për kujdesin spitalor shëndetësor mbi ofrimin e mëmësisë së sigurt nga institucionet përgjegjëse në vendin tonë për periudhën 2016 – 2019.

Pas përfundimit të punës paraprake audituese u përgatit programi auditues nr. prot. 647/3, datë 30/09/2020. Në përfundim të punës audituese në terren, shkresën nr. prot. 647/4 datë 27/11/2020, projekt-raporti i auditimit iu dërgua institucioneve subjekt auditimi.

Raporti i auditimit është hartuar pasi janë shqyrtuar komentet e dërguara subjektet nën auditim. Spitali Rajonal Vlorë, ka paraqitur komente nr. prot., 4903, datë 11.12.2020, protokolluar në KLSH me nr. prot. 647/15, datë 16.12.2020.

Pasi u njoha me Raportin Përfundimtar të Auditimit dhe Projektvendimin e paraqitur nga Grupi i Auditimit të Departamentit të Auditimit të Performancës, si dhe vlerësimet mbi objektivitetin dhe cilësinë e auditimit nga Drejtori i Departamentit të mësipërm, Drejtori i Drejtorisë së Standardeve dhe Sigurimit të Cilësisë, si dhe Drejtori i Përgjithshëm, në mbështetje të neneve 10, 15, 25 dhe 30, të ligjit nr.154/2014 miratuar në datën 27.11.2014 "Për Organizimin dhe Funkcionimin e Kontrollit të Lartë të Shtetit",

V E N D O S A:



I. Të miratoj Raportin e Auditimit me temë "Mëmësia e Sigurt: Kujdesi Shëndetësor Spitalor Natal dhe Postnatal", të ushtruar në Ministrinë e Shëndetësisë, Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Spitalet Universitare Obstetrikë - Gjinekologjik "Koço Gliozheni" dhe "Mbretëresha Geraldinë" si dhe Spitalet Rajonale Vlorë dhe Korçë, sipas programit të auditimit nr. prot. 647/3, datë 30.09.2020, për periudhën 2016 – 2019.

II. Të miratoj rekomandimet e përcaktuara dhe të kërkoj marrjen e masave për sa vijon:

#### **A. MESAZHI I AUDITIMIT**

Në lidhje me pyetjen kryesore të këtij auditimi, *A është garantuar kujdes spitalor shëndetësor eficient dhe efektiv për mëmësinë e sigurt në vendin tonë nga institucionet përgjegjëse për vendin tonë për periudhën 2016 – 2019?* u arrit në këtë mesazh auditimi:

Angazhimi i MSHMS në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor spitalor për mëmësinë e sigurt referuar objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021 nuk ka qenë efektiv, për aq kohë sa ky institucion nuk ka mundur të krijojë kushtet e duhura për zbatimin e plotë të tyre. Monitorimi dhe vlerësimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues nuk kanë ekzistuar për periudhën 2016 – 2019, duke penalizuar kështu analizimin dhe verifikimin e rezultateve të arritura si rrjedhojë e zbatimit të këtyre objektivave. MSHMS nuk ka kryer një vlerësim gjithëpërfshirës dhe serioz të nevojës për burime njerëzore në strukturat shëndetësore të kujdesit spitalor, që analizon ngarkesën e punës për mjek, raportin numër pacientësh për mjek, duke përfshirë këtu edhe numrin e shtretërve me qëllim një përdorim sa më eficient dhe efektiv të burimeve njerëzore në dispozicion të sistemit shëndetësor.

Problematikat e infrastrukturës spitalore kanë penalizuar ofrimin e shërbimit, duke qenë se ende nuk garantohen kushtet optimale në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe atyre Spitalore dhe nuk ofrohet një shërbim i cili siguron nivelin më të lartë të pastërtisë, higjienës dhe sterilitetit, që, me gjithë përpjekjet e pareshtura të personelit shëndetësor, ende mbetet në nivele jo të kënaqshme.

Mangësitë në administrimin dhe dokumentimin e trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor nga ana e specialistëve për edukimin në vazhdim, referuar shërbimit obstetrik – gjinekologjik, nuk lejon gjurmimin dhe raportimin e saktë të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi, si edhe penalizon vetë strukturat shëndetësore të cilat në këtë mënyrë nuk posedojnë të dhëna të sakta për avancimet profesionale të stafit.

#### **B. PROPOZIME PËR NDRYSHIME APO PËRMIRËSIME NË LEGJISLACIONIN NË FUQI**

*Për Pyetjen: 1. A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës? (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 19 – 23 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*

**Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Nga auditimi ka rezultuar se nuk ka protokolle klinike të unifikuara dhe të miratuara nga MSHMS në nivel kombëtar për shërbimin obstetrik - gjinekologjik. Shërbimi obstetrik – gjinekologjik punon me protokolle të brendshme, por unifikimi në nivel vendi sikurse



kërkohet në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021<sup>1</sup>, ende nuk është ndërmarr nga MSHMS.

- ✓ Referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues është konstatuar se nuk janë përditësuar dokumentet "Ta bëjmë shtatzëninë më të sigurt", i cili është një mjet që përdor shërbimi i obstetrikës në maternitete për të vlerësuar cilësinë e kujdesit spitalor për nënën dhe të porsalindurin, si dhe Dokumentit "Udhërrëfyes i Praktikës Klinike për Abortin e Sigurt" miratuar me urdhër nr. 491, date 17.11.2015.
- ✓ Nuk është hartuar baza ligjore dhe rregulloreve të nevojshme për "Sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal" referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.
- ✓ Nuk është hartuar, miratuar dhe zbatuar një sistem konkret referimi, në nivel kombëtar, për kapjen, menaxhimin dhe/ose referimin e rasteve me rrezik të lartë dhe komplikacioneve gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, nga komuniteti tek qendra shëndetësore në KSHP, spitalet e qarkut dhe ndarja e përgjegjësive të stafit midis niveleve të referimit.

***Për këtë rekomandoj:***

- 1.1** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj në kuadër të hartimit dhe përmirësimit të bazave ligjore dhe rregulloreve për "Sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal" referuar Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues.

**Dhjetor 2021**

- 1.2** MSHMS të ushtrojë kompetencat e saj ligjore:
  - në kuadër të hartimit, përmirësimit dhe miratimit të protokolleve klinike të unifikuara në nivel vendi për sigurimin e mëmësisë së sigurt.
  - për hartimin dhe miratimin e një sistemi konkret referimi të unifikuar për menaxhimin e rasteve me rrezikshmëri të lartë dhe ndarjen e përgjegjësive të stafit mjekësor midis niveleve të referimit.

**Dhjetor 2021**

**Për Pyetjen: 2. A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse? (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 23 – 29 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)**

**Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Ministri i Shëndetësisë nuk ka propozuar dhe miratuar "Planin Shtetëror Spitalor" ku të përcaktohet: shpërndarja e numrit të shtretërve, kriteret për përdorimin e fondit shtetëror spitalor, kërkesat didaktike dhe shkencore të universitetit, veprimtaria spitalore dhe nivelet organizativo-funksionale të rrjetit spitalor shtetëror, etj. në kundërshtim me nenin 41 të ligjit të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 "Për Shërbimin Spitalor".

***Për këtë rekomandoj:***

- 2.1** MSHMS, në zbatim të nenit 41 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 "Për Shërbimin Spitalor", i ndryshuar, të ndërmarrë të gjitha hapat ligjore të nevojshme për të hartuar dhe propozuar pranë Këshillit të Ministrave, Planin Shtetëror Spitalor.

**Janar 2022**

<sup>1</sup> Miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. nr. 529, datë 01.12.2016.





### C. MASA ORGANIZATIVE

*Për Pyetjen: I. A janë arritur objektivat e strategjisë për përmirësimin e shëndetit dhe sigurimin e mirëqenies së nënës dhe fëmijës? (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 19 – 23 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*

#### **Gjetje nga auditimi:**

- ✓ MSHMS nuk ka gjurmë të sakta për statusin e zbatimit të objektivave të Dokumentit Startegjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.
- ✓ Pavarësisht mungesës së gjurmëve në drejtim të statusit të zbatimit të objektivave nga auditimi në terren ka rezultuar se:
  - Komiteti Kombëtar i Shëndetit Riprodhues (më tej KKSHR)<sup>2</sup> nuk ka funksionuar gjatë periudhës së zbatimit të strategjisë, dhe ka nisur të funksionoj vetëm në vitin 2019. KKSHR nuk ka kryer funksionet e përcaktuara kundrejt zbatimit të objektivave të këtij dokumenti strategjik.
  - MSHMS nuk ka proceduar me përcaktimin dhe zbatimin e planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore, dhe pajisjet mjekësore.
  - Nga auditimi i objektivave specifike të dokumentit strategjik ka rezultuar se:
    - MSHMS nuk ka ndërmarrë veprimtari në zbatim të paketës së shërbimeve të kujdesit natal dhe postnatal sipas karakteristikave dhe nevojave social - ekonomike të zonave të ndryshme me prioritet zonat verilindore dhe zonat rurale.
    - MSHMS nuk ka vepruar në lidhje me përcaktimin e standardeve dhe përmirësimin e organizimit (përfshirë këtu numrin e punonjësve të shëndetësisë) të shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar në nivel spitalor;
    - MSHMS nuk ka proceduar me iniciativa drejtuar Fakultetit të Mjekësisë dhe Ministrisë së Arsimit, Sporteve dhe Rinisë, në drejtim të me përditësimin dhe përmirësimin e cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.
    - Nuk janë përcaktuar dhe përditësuar indikatorët e shëndetit amtar, bazuar në indikatorët e OBSH-së<sup>3</sup> dhe EUROSTAT<sup>4</sup>. Nuk është ngritur një sistem kombëtar i mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara. Nuk është krijuar regjistri kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së<sup>5</sup>, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes

<sup>2</sup> Fillimisht KKSHR është ngritur në vitin 2006 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, mbështetur mbi nenin 21 të Ligjit nr. 8876, Datë 4.4.2002 “Për Shëndetin Riprodhues” dhe riorganizuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2010. Shih faqe nr. 87, Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.

<sup>3</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44770/9789241502818\\_eng.pdf;jsessionid=C43853DFBBA746EF5D1F0C58B23A1A54?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44770/9789241502818_eng.pdf;jsessionid=C43853DFBBA746EF5D1F0C58B23A1A54?sequence=1)

<sup>4</sup> European Core Health Indicators, Treguesit Themelorë Evropianë të Shëndetit (ECHI), janë rezultat i një bashkëpunimi afatgjatë midis Shteteve Anëtare të BE-së dhe Komisionit Evropian. Tre projekte ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) të financuara nga Programet Shëndetësore të BE-së krijuan listat e para të indikatorëve ECHI, duke synuar krijimin e një sistemi të krahasueshëm të informacionit dhe njohurive shëndetësore për të monitoruar shëndetin në nivelin e BE-së. Aktualisht janë hartuar 88 indikatorë të shëndetit, ndër të cilët edhe ato të shëndetit amtar. Për më tepër: [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en)

<sup>5</sup> <https://www.who.int/bulletin/archives/78%285%29614.pdf>





(near miss cases reporting approach)<sup>6</sup>. Nuk është vendosur një sistem kombëtar i auditimit të vdekjeve amtare (sipas modelit të OBSH-së) për të analizuar me urgjencë çdo vdekje amtare të ndodhur, si dhe sëmundshmërinë e rëndë amtare (“near - miss” events)<sup>7</sup>.

- Nuk është kryer zbatimi i mjetit për vlerësimin/auditimin e cilësisë së kujdesit amtar të adoptuar sipas rekomandimeve të OBSH-së në të gjitha maternitetet e vendit.
- Nuk është kryer përgatitja e paketave të ndërhyrjeve për ofrimin e kujdesit bazë dhe shtesë për gratë dhe të porsalindurit për parandalimin ose trajtimin e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë, të provuara dhe rekomanduara nga evidencat ndërkombëtare dhe OBSH, të përshtatura me situatën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale të vendit.
- Nuk është zhvilluar dhe zbatuar një pakete për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.
- Nuk është vlerësuar ngritja e ekipeve multidisiplinare në institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor për të porsalindurit, dhe sigurimi për të qenë të aftë të menaxhojnë komplikacionet amtare dhe neonatale (nevojat për specialist si neonatolog, anestezist, infermierë etj., në shërbimet e kujdesit spitalor për të porsalindurit dhe plotësimi tyre).
- Nuk është kryer institucionalizimi i survejimit të vdekjeve amtare dhe perinatale<sup>8</sup>.
- Nuk është kryer vlerësimi i cilësisë së materniteteve publike<sup>9</sup> të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik, por ky koncept është adoptuar në ligjin nr 27, datë 08.05.2019 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 10 107, datë 30.3.2009, “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.
- Nuk janë kryer çdo 2 vjet analiza për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulesës së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.
- Nuk është ngritur sistemi i mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Nuk është ngritur sistemi i monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

#### ***Për këtë rekomandoj:***

- 1.3 MSHMS të marrë të gjitha iniciativat e nevojshme, brenda kompetencave ligjore, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit, Sporteve dhe Rinisë në drejtim të përditësimit dhe**

<sup>6</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19303368/>

<sup>7</sup> idem.

<sup>8</sup> Instrumenti i survejimit dhe përgjigjes ndaj vdekjeve amtare dhe auditimi perinatal (The Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) and perinatal audit) është adoptuar nga OBSH që në vitin 2013 për të kuptuar vdekjet amtare dhe perinatale (numrat dhe shkaqet) e për të ndikuar kështu në përmirësimin e politikave, programeve dhe cilësinë e kujdesit amtar dhe perinatal në të gjitha nivelet e institucioneve të përfshira në garantimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës.

<sup>9</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817076/> Audit of severe maternal morbidity in Uganda--implications for quality of obstetric care, Auditimi i kryer nga OBSH ne kuadër të implementimit të konceptit të auditimit klinik.

përmirësimit të cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.

**Janar 2022**

- 1.4** MSHMS të kryej një vlerësim të veçantë sa i takon infrastrukturës, burimeve njerëzore, dhe pajisjeve mjekësore të institucioneve shëndetësore spitalore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal.

**Janar 2022**

- 1.5** MSHMS të krijojë regjistrin kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).

**Janar 2022**

- 1.6** MSHMS të kryej, për të gjitha maternitetet, vlerësimin e cilësisë së materniteteve publike të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik.

**Janar 2022**

- 1.7** MSHMS të zhvillojë dhe zbatojë një paketë për kujdesin emergjent për të porsalindurit për çdo nivel shërbimi.

**Dhjetor 2021**

- 1.8** MSHMS të marrë masa për të kryer çdo 2 vjet analizat për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulimit të plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.

**Janar 2022**

- 1.9** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme për të realizuar institucionalizimin eurvejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale; për të ngritur sistemin e mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si edhe në veçanti sistemin kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara; për të ngritur sistemin e monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.

**Dhjetor 2021**

**Për Pyetjen: 2. A është siguruar monitorim eficient i strategjisë nga institucionet përgjegjëse? (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 23 – 29 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)**

**Gjetje nga auditimi:**

- ✓ MSHMS nuk ka hartuar planin e monitorimit dhe vlerësimit të Dokumentit dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 - 2021.
- ✓ MSHMS nuk ka kryer raportimin e progresit çdo 4 muaj; raportimin vjetor të progresit; përgatitjen e raporteve për analiza më specifike duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i monitorimit dhe vlerësimit, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik; raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.
- ✓ Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 -2021 nuk janë ndërtuar duke pasur parasysh kriterin SMART, i cili saktëson karakteristikat bazë për një dokument strategjik të suksesshëm. Objektivat nuk janë të matshëm pasi nuk është specifikuar mënyra e saktë e matjes së arritjes së objektivave. Për atë kohë sa këto objektiva strategjik dhe specifik nuk rezultojnë të matshëm për qëllimin e





përmirësimit të situatës, ato rezultojnë të jenë objektiva për të cilët cenohet realizueshmëria e tyre. Për secilin objektiv specifikohet fondi i parashikuar, por pa identifikuar institucionin që është i ngarkuar për realizimin e tij. MSHMS nuk ka informacion për shpenzimet e kryera për secilin aktivitet specifik sipas fondeve përkatëse parashikuar në planin e veprimit për këtë qëllim.

- ✓ Në MSHMS nuk ekziston më struktura përkatëse e cila ka qenë e ngarkuar me problematikat e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, është suprimuar që prej vitit 2013, sektori i shëndetit të nënës dhe fëmijës, i cili përbëhej nga mjek obstetër - gjinekolog, mjek pediatër, si edhe punonjës social.
- ✓ Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale përpunon të dhënat sipas sistemit të informacionit shëndetësor, por këto të dhëna nuk publikohen në faqen zyrtare.
- ✓ Nga auditimi u konstatua se të dhënat statistikore të mbajtura sipas sistemit të informacionit shëndetësor, nga të cilat dalin edhe rezultatet e vdekshmërisë amtare, foshnjore dhe neonatale etj, trajtuara në këtë material, nuk janë gjithëpërfshirëse pasi reflektojnë situatën e këtyre indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore publike, e jo edhe të atyre private në kundërshtim me pikën 1 të VKM nr. 327, datë 28.05.2014 “Për Përcaktimin e Formatit dhe Mënyrës së Mbledhjes dhe Raportimit të të Dhënave nga Ofruesit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Publik dhe Privat”.

#### ***Për këtë rekomandoj:***

- 2.2** MSHMS të marrë masa për të kryer një vlerësim gjithëpërfshirës të objektivave të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksuale dhe Riprodhues në të cilin të evidentohet qartë statusi i zbatimit të dokumentit deri në fund të periudhës 2017 – 2020 e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Janar 2022**

- 2.3** MSHMS të kryej një analizë specifike kosto përfitim të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues me qëllim evidentimin e përfitimeve financiare nga zbatimi i objektivave vendosur në të, e të raportojë për të në Komisionin Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë.

**Janar 2022**

- 2.4** MSHMS të hartojë strategjinë e radhës për shëndetin seksual dhe riprodhues në përputhje me kriterin SMART, duke parashikuar objektiva specifike, të matshme, të realizueshme, realiste dhe me afat të përcaktuar, nëpërmjet të cilave të evidentohen me saktësi fondet e parashikuara dhe institucionet e ngarkuara për zbatimin e tyre, e të ngrejë për këtë qëllim një sistem monitorimi e vlerësimi eficient me strukturat përkatëse përgjegjëse për këtë funksion.

**Janar 2022**

- 2.5** MSHMS të marrë të gjitha masat e nevojshme me qëllim ndryshimin e rregullores së brendshme të institucionit:
  - duke rikrijuar pranë Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Mbrojtjes Sociale dhe Shëndetësisë, sektorin e shëndetit seksual dhe riprodhues;
  - duke krijuar një strukturë e cila të merret ekskluzivisht me administrimin spitalor, në mënyrë që Drejtoria e Politikave dhe Strategjive të mund të kryej detyrat e saj funksionale, në përfitim të mirëmenaxhimit të punës brenda kësaj drejtorie.

**Janar 2022**

- **2.6** MSHMS në bashkëpunim me FSDKSH, ISHP, OSHKSH, si dhe institucione të tjera të fushës, të punojë me qëllim hartimin dhe publikimin zyrtar të një buletini statistikor shëndetësor, në të cilin të përmbliidhen dhe raportohen të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informacionit shëndetësor, në përfitim të marrëdhënies së transparencës me publikun e gjerë, palët e interesit, si edhe për qëllime studimore kërkimore nga Institucionet e Arsimit të Lartë në vendin tonë e më gjerë.

**Dhjetor 2021**

- **2.7** MSHMS të marrë iniciativat referuar kompetencave ligjore e të sigurojë të dhëna statistikore që reflektojnë situatën e indikatorëve vetëm për strukturat shëndetësore private.

**Dhjetor 2021**

*Për Pyetjen: 3. A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparaturat mjekësore? (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 29 - 39 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*

**Gjetje nga auditimi:**

Mbi infrastrukturën Spitalore

- ✓ Në SUOGJ “Koço Gliozheni” rezultoi se:
  - në sallat e lindjes natyrale dhe në dhomat pas lindjes infrastruktura nuk ishte në përputhje me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, e konkretisht, shtretërit e lindjes (në lindjet natyrale) ishin shumë të amortizuar, tavolina e shtratit për vendosjen e pajisjeve mjekësore ishte e thyer, mbështetëset e këmbëve nuk ishin statike si dhe sfungjerët e shtratit të lindjes ishin shumë të amortizuar duke krijuar kështu rrezik për infeksione, pasi edhe pastrimi i tyre ishte shumë vështirë. Në këto salla garantohej pastërtia por jo steriliteti. Në një nga sallat e lindjes natyrale xhami i dritares ishte i thyer.
  - në dhomat e pacientëve nuk respektohej raporti numër shtretërisht për sipërfaqe; në dhomat e pacienteve funksiononin me tualete të përbashkëta; pjesa më e madhe e tyre kishte probleme me lagështinë dhe plasaritjet e shkaktuara nga tërmeti i vitit 2019; hapësirat kishin pllaka të rrëzuara duke nxjerr në pah suvanë.
  - hapësirat spitalore nuk ishin të veshura me rezin; shumë hapësira të dyshemesë dhe tavanit kishin lagështi dhe myk si dhe dyert dhe dritaret e dhomave ishin defektoze për shkak të viteve të përdorimit; frigoriferi i placentave nuk ishte në një dhomë të veçantë por ishte në një hapësirë e cila ishte e aksesueshme dhe nga pacientët;
  - dhoma ku mbahen foshnjat e sapo lindura ishte një hapësirë shumë e vogël si dhe lavamani në të cilin lahen foshnjat e sapolindura edhe pse ishte i bollshëm në përmasa, nuk ishte i sistemuar në ambientin e duhur; dritaret nuk ishin të pajisura me rrjetë mbrojtëse nga insektet dhe jo të gjitha ishin dopio xham;
  - nga auditimi i llogarisë 214 ka rezultuar se rreth 60% e pajisjeve mjekësore dhe mjeteve të tjera (si arredim spitalor) në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik.
- ✓ Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” rezultuan problematika infrastrukturore, në arredim dhe në pajisjet mjekësore:



- nga auditimi i llogarisë ekonomike nr. 214 rezultoi përafërsisht rreth 58% e pajisjeve mjekësore dhe arredimi në përdorim janë të amortizuara nga këndvështrimi ekonomik në masë 100% të vlerës, por janë ende në përdorim të stafit;
- raporti numër shtretërisht për m<sup>2</sup> në dhomat e pacientëve nuk respektohet, por pavarësisht kësaj sipas specialistëve të akreditimit të QKCSA, ky standard plotësohet në m<sup>3</sup> (vëllim) e jo në sipërfaqe;
- në dhomat e pacienteve mungonin zilet për thirrjen e mjekëve dhe infermiereve; jo të gjitha dhomat ishin të pajisura me tualete duke u bërë të vështira për tu aksesuar nga pacientet; në sallën e lindjes normale ishin dy shtretër lindje, si pasojë e daljes nga funksioni e sallës tjetër të lindjes në tërmetin e nëntorit 2019.
- muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale me veti fiziko-kimike të përshtatshme për objektet spitalore sipas standardeve të certifikuar të BE – së.
- ✓ Në Spitalin Rajonal Vlorë, numri faktik i shtretërve në këtë maternitet prej vitit 2018 është 65 shtretër ndërkohë që numri i planifikuar i shtretërve për këtë shërbim është 80. Me kërkesën nr. 42/65 datë 19.09.2018 drejtuar MSHMS është kërkuar nga Spitali Rajonal Vlorë ndryshimi i numrit të shtretërve nga 368 në 321 mbështetur në standardet e veçanta të infrastrukturës në të cilën theksohet rëndësia e dendësisë dhe distancës së shtretërve brenda ambienteve pasi ky numër nuk ka ndryshuar që prej vitit 1980. Por nga MSHMS ende nuk ka pasur një miratim të këtij ndryshimi.
- dhoma e lindjes natyrale ishte e veshur me rezin ndërkohë që salla e operacionit dhe ambientet e tjera jo; dhomat ishin të pajisura me tualet por shtretërit nuk respektonin hapësirat e lejuara për m<sup>2</sup> si dhe mungonin zilet për thirrjen e personelit mjekësor nga pacientet. Dyert dhe dritaret e dhomave ishin defektoze dhe të vjetëruara; sfungjeri i shtratit të lindjes ishte i amortizuar; lavamani për larjen e foshnjës ishte porcelan dhe me përmasa shumë të vogla për të kryer funksionin që ka; muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale; nga intervistimi i mjekëve neonat u konstatuan mungesa në pajisje mjekësore si: ambu dhe aparate aspirimi për foshnjat. Këto pajisje ishin funksionale por ishin të vjetëruara (8 vite përdorim).
- ✓ Në Spitalin Rajonal Korçë rezultoi se hapësirat në godinën e re të maternitetit: përmasat e dyerve, korridoreve dhe dhomave ishin shumë të vogla duke krijuar jo pak herë probleme në lëvizshmërinë e pacientëve në kundërshtim me Standardet e Cilësisë për Akreditimin për Strukturat Shëndetësore Universitare, SPI 1.22<sup>10</sup>. Nga auditimi u konstatua se edhe pse ky maternitet kishte vetëm dy vite që kishte përfunduar: shtretërit e lindjes ishin të amortizuar, sfungjeri ishte i konsumuar, si dhe pjesët metalike ishin ndryshkur. Një prej krevateve ishte thyer tek pjesa e mbajtjes së pajisjeve mjekësore si dhe mbajtësja e këmbëve nuk arrinte të qëndronte statike.
- Nga verifikimi i dhomave të pacienteve u konstatuan se pjesa më e madhe e komodinave të blera ishin të thyera edhe pse kishin vetëm 2 vjet përdorim si dhe gjithashtu dyert, dritaret dhe pajisjet e tualetit ishin defektoze; krevatet e bebeve ishin prishur te pjesa e sustës për uljen dhe ngritjen e foshnjës.
- Reaminacioni i maternitetit nuk ishte funksional. Hapësirat e Repartit të Neonatologjisë ishin të mjaftueshme për fluksin që ky maternitet kishte. Kapaciteti maksimal në 10 pozicione për trajtimin e bebeve me probleme shëndetësore, por nuk kishte fluks.

<sup>10</sup> Spitali duhet të sigurojë lëvizshmëri të mirë të pacientëve, personelit dhe të vizitorëve si dhe personave me aftësi të kufizuar fizike.



- Muret e brendshme dhe tavanet nuk ishin të lyera me bojë antibakteriale. Jo të gjitha hapësirat ishin të veshura me rezin.
- Me kontratën nr. 1570 prot., datë 02.10.2018 janë blerë 6 shiringa elektrike me një vlerë totale 601,200 lekë (6\*100,200), por nga auditimi rezultoi se vetëm 4 shiringa ishin në përdorim dhe dy prej tyre nuk ishin vënë asnjëherë në funksion.

#### Mbi infeksionet Spitalore

- Në SUOGJ “Koço Gliozheni” ka rezultuar se:
  - nga auditimi i regjistrave të depistimeve si dhe nga intervista me mjeken mikrobiologe mostrat e marra nga pajisjet mjekësore, ambientet e brendshme të spitalit si (dysHEME, krevate, inkubator, parvaze dritaresh etj) rezultojnë të kontaminuara. Kjo situatë vjen si rrjedhojë edhe e faktit se në këtë spital godina (ambientet e brendshme të saj) dhe pajisjet mjekësore janë të amortizuara, e për këtë arsye arrihet që të garantohet pastërti dhe higjienë në nivele shumë të mira, por jo sterilitet.
- Në SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” ka rezultuar se:
  - depistimet për mikro - organizma bakterial kryheshin dy herë në muaj nga një mjekë mikrobiologe e caktuar me këtë detyrë. Megjithatë, nga rezultatet e një vlerësimi dhe monitorimi të ambienteve të bllokut operator të Obstetrikës në Maternitetin “Mbretëresha Geraldinë” kryer nga ISHP në vitin 2019, u konstatua:
    - Nga totali i 40 mostra të testuara rezultojnë 7,5 % e tyre me shtame mikrobike.
    - Nga totali i 40 mostrave të marra në ambienteve të sallës operatore rezultuan 37 mostra negative dhe 3 mostra me izolim dhe identifikim të mikrobeve patogene. Nga 40 mostra i totalit, 37 prej tyre rezultuan negative = 92 %
    - Staphylococcus Aureus = 2 shtame mikrobike = 5 %;
    - E.Coli = 1 shtam mikrobik = 2,5 %, pra: o 92 % negativ dhe 7,5 % të kontaminuara <sup>11</sup>
- Në Spitalin Rajonal Vlorë ka rezultuar se:
  - në vite nuk janë kryer depistime të rregullta për ngarkesën mikrobale të ambienteve spitalore (ajri uji, pajisjet mjekësore, sipërfaqet e thata etj), për shkak të mungesës së mjekes mikrobiologe në strukturën organizative të këtij spitali, si edhe për shkak të mungesës së laboratorit mikrobiologjik, problem ky i rregulluar me punësimin e një mjekëje mikrobiologe.
  - nga auditimi i dokumentacionit të depistimeve të kryera vendosur në dispozicion grupit të auditimit ka rezultuar se, për periudhën objekt auditimi: janë kryer mesatarisht 1 – 2 depistime në vit, në kushtet kur udhëzuesi përkatës sugjeron të paktën 4 në vit. ndërkohë që të gjithë spitalet e tjerë të audituar kryenin mesatarisht 2 në muaj.
- Në Spitalin Rajonal Korçë ekzistojnë dhe funksionojnë strukturat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Depistimet realizoheshin dhe dokumentohen rregullisht në një regjistër një herë në muaj. Ky spital nuk kishte një mjek epidemiolog dhe për këtë arsye depistimet realizoheshin nga infermierja infeksioniste. Nga auditimi i regjistrave të depistimeve rezultoi se pajisjet më të kontaminuara janë aspiratorët, lavamanët etj.

#### ***Për këtë rekomandoj:***

- 3.1 MSHMS në kuadër të ofrimit të mëmësisë së sigurt dhe arritjes së objektivave të Strategjisë Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, të marrë masa për planifikimin dhe realizimin e investimeve infrastrukturore në Spitalet Universitare dhe

<sup>11</sup> Buletin nr. 1 – 2019, Instituti i Shëndetit Publik, fq. 25.



Rajonale të vendit, për të garantuar dhe siguruar përputhshmërinë me Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Strukturave Shëndetësore Universitare dhe Spitalore, në përfitim edhe të procesit të akreditimit:

- brenda kompetencave ligjore, të kërkojë zyrtarisht të gjitha strukturave spitalore që ofrojnë shërbim obstetrik – gjinekologjik në vendin tonë, të kryejnë një vlerësim paraprak të infrastrukturës spitalore, pajisjeve mjekësore duke evidentuar problematikat dhe nevojat për përmirësim që ato kanë.

**Janar 2022**

- **3.2 MSHMS**, në kuadër të miratimit të Planit Shtetëror Spitalor, të rishikojë shpërndarjen e numrit të shtretërve në shërbimin spitalor në rang vendi, e veçanërisht për shërbimin obstetrik – gjinekologjik, duke vlerësuar konkretisht numrin e shtretërve, numrin e pacientëve, normën e shfrytëzimit të shtratit, numrin e mjekëve të nevojshëm, me qëllim garantimin e një shërbimi racional dhe optimal, e duke përmbledhur gjetjet nga ky vlerësim në një Raport të posaçëm të publikuar në faqen zyrtare të këtij institucioni.

**Janar 2022**

**Për Pyetjen: 4. A kanë spitalet staf të mjaftueshëm, të kualifikuar dhe të trajnuar për të siguruar kujdesin e duhur për pacientin?** (trajtuar më hollësisht në faqet nr. 39 – 44 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)

**Gjetje nga auditimi:**

- ✓ Në kundërshtim me nenin 39 të ligjit nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor”, i ndryshuar dhe VKM nr. 403, datë 19.06.2004 “Për Krijimin dhe Mënyrën e Funkcionimit të Komitetit Shtetëror për Planifikimin Spitalor”, nuk është ngritur dhe nuk ka funksionuar ky Komiteti Shtetëror për Planifikimin Spitalor, deri në vitin 2019, kur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë nr. 9 datë 10.01.2019 është ngritur dhe ka nisur funksionimin kjo strukturë.
- ✓ MSHMS, në kuadër të zbatimit të Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021, nuk ka proceduar me hartimin e kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.
- ✓ Indikatorët e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2020 lidhur me zhvillimin profesional të stafit ende nuk janë implementuar në nivelin e duhur.
- ✓ MSHMS ende nuk ka marrë asnjë masë për rishikimin e shpërblimeve të stafit dhe vlerësimin e performancës në shërbimin spitalor në vendin tonë.
- ✓ Sa i takon mungesave në personel shëndetësor dhe trajnimeve, nga auditimi ka rezultuar se:
  - Në Spitalin Rajonal Korçë (shërbimi obstetrik – gjinekologjik) mungon 1 mjek neonat dhe 1 mjek obstetër gjinekolog. Struktura e miratuar për këtë shërbim është 70 punonjës.
  - Shërbimi obstetrik – gjinekologjik nuk ka mjek reanimator, por këtë funksion e mbulojnë mjekët reanimator të Spitalit, të cilët vetëm në vitin 2019 janë rritur në numër duke shkuar nga 1 në 3; Për vitin 2019, 3 mjek obstetër gjinekolog kanë marrë pjesë në Kongresin e 3<sup>-të</sup> të Ortodontisë pranë Shoqatës Kombëtare të Professionistëve Dentarë dhe një infermiere mami ka kryer një trajnim me temë “Maieutika në përkujdesjen





geriatrike”, certifikata këto të cilat nuk lidhen me profilin dhe shërbimin mjekësor në të cilën këta janë të angazhuar; se numri mesatar pacient për mjek të shërbimit obstetrik – gjinekologjik në Spitalin Rajonal Korçë është më i lartë se në Spitalin Rajonal Vlorë respektivisht, 340 e 210 pacientë për mjek.

- Në Spitalin Rajonal Vlorë mungojnë mjekët obstetër – gjinekolog dhe mjek neonat, e konkretisht nga 9 mjek obstetër – gjinekolog, 1 është titullari i institucionit i cili nuk e ushtron profesionin, 1 mjeke është me leje lindje, 7 janë të punësuar aktualisht, nga të cilët 3 janë mjek me kontratë të cilët kanë mbushur moshën për pension por janë punësuar me kontratë nga spitali në mungesë të këtyre figurave profesionale.

- Në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni” shërbimi i obstetrikës nga 55 punonjës të miratuar në vitin 2019 kishte 52 punonjës si pasojë e disa largimeve për specializim ose me leje lindje në pozicionin e mjekëve dhe mamive.

- Shërbimi i neonatologjisë nga 7 mjek të planifikuar për ofrimin e shërbimit janë vetëm 3 të tillë.

- Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” kishte mangësi në numrin e punonjësve të miratuar 2 mjek më pak në shërbimin e obstetrikës, 1 më pak në patologjinë e shtatzënisë, 1 me pak në shërbimin e gjinekologjisë dhe 3 mjek neonatolog më pak në shërbimin e neonatologjisë.

- ✓ Në spitalet, SUOGJ “Koco Gliozheni”, Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë - këshillimi i nënave të reja nga stafi nuk bëhet në formën e trajnimeve të hapura ku mund të marrin pjesë të gjithë nënat, por kryet sipas rastit në pavion nga mamatë e turnit.
- ✓ Në të gjitha spitalet objekt auditimi, administrimi dhe dokumentimi i trajnimeve të kryera nga stafi mjekësor i shërbimit obstetrik – gjinekologjik nga specialistët për edukimin në vazhdim kishte mangësi, pasi jo gjithmonë ishte i mundur gjurmimi i të gjitha trajnimeve të kryera nga stafi për periudhën objekt auditimi.

#### ***Për këtë rekomandoj:***

- **4.1 MSHMS të marrë masat e duhura në drejtim të hartimit të kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor, si dhe për përcaktimin e kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.**

**Dhjetor 2021**

#### **D. MASA PËR ELIMIMIN E EFEKTEVE NEGATIVE TË KONSTATUARA NË ADMINISTRIMIN E FONDEVE PUBLIKE DHE PËR MENAXHIMIN ME EKONOMICITET, EFICENCE DHE EFEKTIVITET TË FONDEVE PUBLIKE.**

*Për Pyetjen: 3. A i plotësojnë spitalet kriteret për infrastrukturën spitalore, pajisjet dhe aparaturat mjekësore? (trajtuar më hollësisht në faqen nr. 39 të Raportit Përfundimtar të Auditimit)*

#### **Gjetje:**

- ✓ Nga auditimi u konstatua se në Spitalin Rajonal Vlorë dhe në Spitalin Rajonal Korçë edhe pse reparti i gjinekologjisë dhe obstetrikës kishin autoklavë për sterilizimin e pajisjeve mjekësore, për lindjet normale përdoreshin paketat e pajisjeve të sterilizuara të koncesionarit Sani Service shpk ndryshe nga Spitalet Universitare të cilët përdorin autoklavat e tyre. Përdorimi i paketave kishte një vlerë të konsiderueshme prej 16,680 lekë për set për një shërbim të cilin mund ta kryenin nëpërmjet autoklavës. Duke gjykuar



me parimet e eficiencës dhe ekonomicitetit mund të themi se për SRV dhe SRK janë shpenzuar vetëm për vitin 2019 në kundërshtim me këto dy parime vlerat respektive prej 7,923,000 lekë dhe 7,589,400 lekë ndërkohë që këto shpenzime mund të ishin përdorur për të mbuluar nevoja të tjera të këtij shërbimi.

***Për këtë rekomandoj:***

- **3.3** Spitali Rajonal Vlorë dhe Spitali Rajonal Korçë, për të garantuar minimizimin e kostove dhe përdorimin me eficiencë dhe ekonomicitet të shpenzimeve, të vendosin në përdorim autoklavat në dispozicion për sterilizimin e mjeteve kirurgjikale të përdorura në lindjet normale duke shmangur shpenzimet për furnizimin me sete sterile të koncesionarit.

**Dhjetor 2021**

Me ndjekjen dhe kontrollin e zbatimit të detyrave dhe masave të përcaktuara në këtë vendim, ngarkohet Departamenti i Auditimit të Performancës.

---

**KRYETAR**

**Arben SHEHU**



Four distinct handwritten signatures in blue ink, arranged horizontally from left to right. Each signature is unique and appears to be a personal or official mark.