

Tuesday, May 11, 2021
11:16 AM

**METODOLOGJIA E KONTROLLIT TË VLERËSIMIT BIO PSIKO SOCIAL TË AFTËSISË
SË KUFIZUAR**

Lista e shkurtimeve

MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
ZAPVAK	Zyra e administrimit të procesit të vlerësimit të aftësisë së kufizuar
NjA	Njësia Administrative
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
SHSSH	Shërbimi Social Shtetëror
DKPNE&PAK	Drejtoria e Kontrollit të Pagesave të NE & PAK
DRSHSSH	Drejtoria Rajonale e Shërbimit Social Shtetëror
PAK	Person me aftësi të kufizuar
DSHSB	Drejtoria e shërbimeve sociale në nivel bashkie
QSH	Qendrat shëndetësore
QKSHM	Qendrat Komunitare të shëndetit mendor
MKPAK	Metodologjia e Kontrollit të PAK
DPZHSHMS	Drejtoria e Programeve të Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
SMI	Sistemi i Menaxhimit të Informacionit
Observatori	Observatori për të drejtat e fëmijëve dhe të rinjve
ISSH	Instituti I Sigurimeve Shoqërore
QKMZHRF	Qendra Kombëtare e Mirëritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve
KSHVAK	Komisioni Shumëdisiplinor i Vlerësimit të Aftësisë së Kufizuar

Subjekti i Kontrolluar QSH /ZAPVAK /NJA

Fjalorth i termave

Në të gjithë tekstin termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

1. “Objekt kontrolli” është sigurimi i plotësisë të detyrimeve nga strukturat përgjegjëse që zbatojnë skemën e re të vlerësimit të PAK, në përputhje me legjislacionin në fuqi, nëpërmjet parandalimit dhe zbulimit të mashtrimit, gabimit dhe korrupsionit në skemën e aftësisë së kufizuar.
2. “Njësitë e kontrolluara” janë mjeku i familjes/mjeku specialist/ Zyra Rajonale e Vlerësimit të Personave me Aftësi të Kufizuar/Komisioni shumëdisiplinor/Bashkitë dhe Njësitë Administrative nën juridiksionin e qarkut ku do të zbatohet vlerësimi bio-psiko-social.
3. “Njësitë kontrolluese” janë pjesë e strukturës së Drejtorisë së Kontrollit të NE&PAK, në nivel qendror.
4. “Kontroll i plotë” është kontrolli i planifikuar që ka në fokus zbatimin e legjislacionit të PAK për një periudhë 2 (dy) vjeçare si dhe funksionimin e njësisë së kontrolluar.
5. “Kontroll tematik” është kontrolli mbi tematika të caktuara (një ose disa) të zbatimit të legjislacionit të PAK nga njësitë e kontrolluara.
6. “Akt konstatimi” është dokumenti i njëanshëm i njësisë së kontrollit (individ ose grup kontrolli) në të cilin evidentohet shkresërisht se çfarë ka konstatuar kontrolli gjatë shqyrtimit të dokumentacionit dhe nuk kërkon domosdoshmërisht prezencën e punonjësit të njësisë të kontrolluara.
7. “Gjetjet” janë rezultatet e kontrollit.
8. “Kriteret e vlerësimit të kontrollit” janë pjesë e procesit të krahasimit të legjislacionit me situatën e zbatimit të tij (legjislacionit) nga njësitë që kontrollohen.

“Projekt Raporti i Kontrollit” është dokumenti që evidenton në mënyrë të përmbledhur gjithë problemet që kanë dalë gjatë ushtrimit të kontrollit, duke i radhitur dhe grupuar ato sipas çështjeve e nën çështjeve të përcaktuara në programin e kontrollit dhe rëndësisë së tyre.

Hyrje

Kjo metodologji kontrolli është një udhëzues, që standardizon, unifikon procedurat, rregullon veprimtarinë e kontrollit të vlerësimit të aftësisë së kufizuar sipas modelit bio-psiko-social si dhe drejton sjelljen profesionale të punonjësve të njësisë të kontrollit në këtë institucion.

Kjo metodologji zbatohet vetëm për modelin e ri bio-psiko-social të vlerësimit të aftësisë së kufizuar.

Qëllimi i kësaj metodologjie të kontrollit të PAK është sigurimi i një mjeti menaxhimi për procesin e ri të vlerësimit të zbatimit të legjislacionit të PAK në Shqipëri dhe të lehtësojë realizimin e një procesi eficient dhe të hapur të kontrollit me përfshirjen e të gjithë aktorëve; të sigurojë parandalimin e abuzimeve dhe minimizimin e dëmeve financiare nëpërmjet vlerësimit të risikut.

Metodologjia shërben si pikë e përbashkët referimi dhe bashkërendimi për kontrolluesit e PAK-ut, ndihmon të kuptuarit drejt të parimeve, normave, standardeve, teknikave, terminologjisë dhe zbatimit të tyre në përputhje me situatat konkrete të kryerjes së detyrës dhe përmbushjes së misionit të tyre.

Metodologjia inkurajon një nivel më të lartë të kompetencës profesionale të kontrollit të PAK dhe siguron një bazë reale për matjen e performancës së këtij shërbimi.

Metodologjia i shërben jo vetëm kontrolluesve të PAK që ofrojnë shërbime sigurie dhe këshillimi, por dhe për ndërgjegjësimin e Njësive të Vetëqeverisjes Vendore në zvogëlimin e rreziqeve me të cilat përballen këto të fundit në zbatimin në mënyrë më efektive dhe efektive të legjislacionit të PAK.

Ky dokument hartohet në zbatim të Ligjit nr. 57/2019 dt.18.07.2019 “Për asistencën Sociale në Republikën e Shqipërisë”, në VKM nr. 135 datë 07/03/2018 “Për miratimin e statutit të shërbimit social shtetëror”, në VKM nr. 566, datë 29.9.2018 “Për procedurat e kryerjes së kontrollit të veprimtarisë e të zbatimit të legjislacionit për ndihmën ekonomike dhe aftësinë e kufizuar në strukturat e varësisë së shërbimit social shtetëror dhe pranë njësive të vetëqeverisjes vendore”, të ndryshuar, VKM Nr. 722, datë 11.11.2019 “Për përcaktimin e masës, të kriteve, procedurave dhe dokumentacionit për vlerësimin dhe përfitimin e aftësisë së kufizuar e të ndihmës personal, dhe të strukturave përgjegjëse e të detyrave të tyre”.

PËRSHKRIMI I SKEMËS SË VLERËSIMIT BIO-PSIKO-SOCIAL

Skema e AK përfshin mbështetjen financiare që u jepet personave me aftësi të kufizuar (PAK), sipas përcaktimeve të bëra në Ligjin 57/2019, VKM Nr. 722, datë 11.11.2019 dhe Udhëzuesit e vlerësimit bio-psiko-social për të rritur dhe fëmijë.

Në skemën e vlerësimit biopsikosocial të aftësisë së kufizuar përfshihen individët, që vlerësohen për herë të parë për aftësi të kufizuar dhe individët që rivlerësohen.

Personat që rivlerësohen në dallim nga personat që vlerësohen për herë të parë, mund të kenë një historik vlerësimi të mëparshëm që përkon me skemën e mëparëshme të vlerësimit bazuar në kriteret mjekësore, dokumentacioni i të cilëve është pjesë e dosjes fizike dhe elektronike në arkivën elektronike të PAK.

Për të përfituar aftësi të kufizuar sipas skemës së re të vlerësimit bio-psiko-social duhen plotësuar kriteret e mëposhtme:

- a) personi duhet të ketë një gjendje mjekësore të vërtetuar të një dëmtimi fizik, mendor, intelektual apo ndijor të lehtë, mesatar, të rëndë ose të thellë;
- b) duhet të vërtetohen kufizime të lehta, mesatare, të rënda ose të thella, të shkaktuara nga dëmtimi;
- c) duhet të vërtetohen kufizime mesatare, të rënda, të thella për të kryer veprimtari domethënëse të jetesës së përditshme, të përshtatshme për moshën e personit dhe për të marrë pjesë në jetën shoqërore, ekonomike e politike;
- ç) personi duhet të përjetojë kufizime të konsiderueshme mjedisore dhe të qëndrimit, të cilat ndikojnë në aftësinë për të kryer veprimtari të jetesës së përditshme dhe pjesëmarrje të barabartë në shoqëri;
- d) personi duhet të jetë i paaftë për punë dhe të mos plotësojë kushtet ligjore për përfitim të pensionit të invaliditetit të punës, sipas ligjit të sigurimeve shoqërore në Republikën e Shqipërisë;
- dh) personit duhet të mos i ketë lindur e drejta për përfitim të pensionit të pleqërisë/social sipas ligjit të sigurimeve shoqërore në Republikën e Shqipërisë.

Të gjitha kriteret e mësipërme, janë të vërtetueshme përmes dokumentacionit që përgatitet përpara dhe gjatë vlerësimit. Pikat (a, b, c dhe ç) nënkuptojnë kriteret të cilat provohen përmes dokumentacionit të plotësuar nga mjeku i familjes dhe mjeku specialist (formularët dhe ekzaminimet shoqëruese që vërtetojnë diagnozën dhe nivelin e funksioneve të prekura sipas mjekëve referues dhe niveli i AK i përcaktuar nga komisioni gjatë intervistës).

Kriteret e përcaktuara në pikat (d dhe dh) provohen përmes kryqëzimit të të dhënave nëpërmjet SMI të PAK me ISSH, pra në këtë rast nuk është i nevojshëm dokumentacioni i lëshuar nga ISSH.

Dokumentacioni për vlerësimin e aftësisë së kufizuar përfshin:

- a) formularin e aplikimit, të plotësuar nga i individ i / kujdestari i tij ligjor;
- b) formularin e plotësuar nga mjeku i familjes, për të rritur / për fëmijë;
- c) formularin e plotësuar nga mjeku specialist i qendrave shëndetësore të specialiteteve apo të spitaleve, kur nuk mbulohet nga qendrat shëndetësore, për të rritur, ose për fëmijë. Për sëmundjet e shëndetit mendor ky formular plotësohet nga Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor (QKSHM). Për fëmijët, formulari mund të plotësohet edhe nga Qendra Kombëtare e Mirëritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve (QKMZHRF);
- ç) kopjen e letërnjoftimit/certifikatës personale me fotografi. Certifikata personale me fotografi përdoret në rastet e fëmijëve nën moshën 18 vjeç.

Krahas dokumentacionit të mësipërm aplikimi përfshin edhe të gjitha ekzaminimet që provojnë ekzistencën e diagnozës së vendosur nga mjeku specialist (analiza, imazheri, interpretime, etj.).

Dosja e një përfituesi ekzistues përfshin edhe formularin e kontrollit vjetor nga mjeku specialist, i cili është një dokument që plotësohet cdo vit për PAK që kanë një përfitim me afat më shumë se një vit. Përmbajtja e këtij dokumenti tregon nëse përfituesi ka një përmirësim apo rëndim të gjendjes shëndetësore që mund të çojë në rivlerësim dhe për pasojë edhe në rishikim të përfitimeve.

Pas kryerjes së procedurës së vlerësimit, në dosjen e përfituesit gjendet edhe formulari i vlerësimit nga komisioni shumëdisiplinor i vlerësimit të aftësisë së kufizuar dhe vërtetimi i aftësisë së kufizuar, i cili përfshin nivelin e aftësisë së kufizuar dhe përfitimet në natyrë dhe në pagesa të PAK.

Dosja elektronike e çdo PAK të vlerësuar sipas modelit bio-psiko-social gjendet edhe në formë elektronike në SMI të PAK.

Dokumentacioni i sipërpërmendur hidhet në SMI dhe informacioni i aplikantëve verifikohet automatikisht nga sistemi elektronik me të gjitha institucionet dhe pasi përfundon ky verifikim në lidhje me saktësinë e informacionit kalohet në procesin e vlerësimit. Verifikimi dhe shkëmbimi i informacionit elektronik realizohet me rrjetin e institucioneve të tjera të kujdesit shëndetësor, të arsimit, punësimit e formimit profesional, të sigurimeve shoqërore, tatimeve, strukturave përgjegjëse pranë pushtetit vendor, si dhe institucioneve të tjera, nëpërmjet Regjistrit Elektronik Kombëtar dhe, kur nuk është e mundur, manualisht ose zyrtarisht.

Përpara hedhjes së dokumentacionit në SMI të PAK bëhet shqyrtimi paraprak i dosjes, për mungesë dokumentacioni dhe plotësime të mëtejshme, si edhe nëse rasti është referuar jashtë kriterëve bio-psiko-sociale. Që dokumentacioni të hidhet në SMI duhet:

- të përmbajë të gjithë dokumentacionin e sipërpërmendur;
- të jetë brenda kriterëve bio-psiko-sociale;
- të jetë i shoqëruar me të gjitha ekzaminimet e përcaktuara në manualët për kriteret bio-psiko-sociale për të rritur dhe fëmijë.

Në rast të kundërt nuk kalohet në procesin e vlerësimit.

Po ashtu, nuk kalohet në vlerësim në rastet kur konstatohet mospërputhje informacioni gjatë kryqëzimit të informacionit me SMI të tjera.

Në këto raste aplikanti informohet zyrtarisht nga Drejtoria Rajonale e Shërbimit Social Shtetëror (DRSHSSH).

Vendimi për përfitimin e AK merret nga Komisioni Shumëdisiplinor i Vlerësimit të Aftësisë së Kufizuar (KSHVAK) në Drejtorinë Rajonale të Shërbimit Social Shtetëror nëpërmjet përdorimit të regjistrit elektronik kombëtar.

Që procedura e kontrollit të jetë e plotë dhe të përfshijë çdo halkë duhet të nisë nga mjeku i familjes (përfshirë të gjithë dokumentacionin e diagnostikimit, ndjekjes së ecurisë së pacientit, medikamentet e rekomanduara, regjistrat e mjekut të familjes, etj), e deri tek dhënia e përfitimeve nga pushteti lokal, ku hallka e fundit është administratori shoqëror i njësisë administrative ku ka vendbanimin PAK.

Metodologjia e kontrollit është konceptuar si një udhëzues në ndihmë të strukturave të kontrollit në SHSSH, duke e orientuar këtë aktivitet drejt rregullave të qarta të një funksioni vlerështues dhe duke respektuar parimet më të mira, që nxisin përgjegjshmërinë, promovojnë qeverisjen e mirë dhe transparencën në përdorimin e parasë publike.

Përmbajtja e metodologjisë:

1. Qëllimi i kontrollit të PAK; njësitë kontrolluese, rolet dhe përgjegjësitë
Funksioni i DKP NE&PAK në kontrollin e PAK

Identifikimi i specialistit të kontrollit/kontrolluesit të PAK

Grupi i kontrollit të PAK, ndarja e roleve dhe përgjegjëseve

2. Llojet e kontrollit

3. Procedurat e kontrollit të PAK

Procedura e planifikimit të kontrollit të PAK

Procedura e kryerjes së kontrollit të PAK

Përgatitja e projekt raportit dhe raportit përfundimtar

4. Raportimi vjetor

5. Sanksionet

Për të lehtësuar përdorimin e Metodologjisë së Kontrollit të PAK, për proceset që janë të njëvlershme si planifikimi, zhvillimi kontrollit, raportimi dhe ndjekja e rekomandimeve, janë konceptuar dhe vendosur në tekst dokumente standarde, të cilat krijojnë një nivel të unifikuar brenda strukturave të kontrollit të PAK.

1. Qëllimi i kontrollit të PAK; njësitë kontrolluese, rolet e tyre dhe përgjegjësitë

Bazuar në ligjin 57/2019 datë 18.07.2019 "Për asistencën Sociale në Republikën e Shqipërisë", Neni 20 pika 3, gërma (c) dhe VKM nr. 135 datë 7.3.2018 "Për miratimin e statutit të shërbimit social shtetëror" Kreu II pika 3.2, SHSSH kontrollon përdorimin e fondeve të buxhetit të shtetit për ndihmën ekonomike; dhe veprimtarinë e zbatimit të legjislacionit në njësitë dhe institucionet në varësi të tij dhe pranë pushtetit vendor, për ndihmën ekonomike dhe PAK, në territorin e Shqipërisë. Këtë funksion¹ SHSSH e realizon nëpërmjet njësive kontrolluese:

- Drejtorinë e Kontrollit të Pagesave NE&PAK (DKP NE&PAK) në nivel qendror.
- Drejtoritë Rajonale të Shërbimit Social Shtetëror (DRSHSSH) në nivel rajonal.

Kontrolli i PAK do të kryhet DKP NE&PAK në zbatim të programeve të kontrollit të hartuara e të propozuara nga drejtuesi i Drejtorisë dhe të miratuara nga Drejtori i Përgjithshëm i SHSSH.

DKP NE&PAK janë përdorues dhe zbatues të Metodologjisë së Kontrollit të PAK.

1.1 Qëllimi i Kontrollit të Vlerësimit të Aftësisë së Kufizuar sipas Modelit Bio Psiko Social

Kontrolli i vlerësimit të aftësisë së kufizuar është një veprimtari e pavarur që jep siguri objektive dhe siguron përmirësimin e menaxhimit të fondeve të PAK nga SHSSH, projektuar për të shtuar vlerën dhe për të përmirësuar veprimtarinë e SHSSH dhe njësive të vetëqeverisjes vendore në zbatimin e legjislacionit të aftësisë së kufizuar:

Fjalët kyçe në përkufizim janë:

- shton vlerë
- përmirëson veprimtarinë e SHSSH dhe njësive të vetëqeverisjes vendore
- ndihmon SHSSH dhe njësitë e vetëqeverisjes vendore për të arritur objektivat
- siguron rezultate më të mira në menaxhimin e riskut në SHSSH dhe njësive të vetëqeverisjes vendore

Kontrollit i skemës së PAK duhet të:

- a) Ndihmojë SHSSH dhe njësitë e vetëqeverisjes vendore për të qenë të përgjegjshëm ndaj qytetarit, duke siguruar zbatimin e legjislacionit të PAK, dobinë, frytshmërinë dhe menaxhimin eficient të burimeve (financiare, materiale dhe njerëzore);
- b) Japë siguri objektive për Drejtorin e Përgjithshëm të SHSSH dhe drejtuesit e bashkive, mbi saktësinë e menaxhimit të fondeve;
- c) Ndihmojë në arritjen e qëllimeve dhe objektivave, për të përmirësuar sistemet e kontrollit dhe shërbimet e njësisë;
- d) Parandalojë mundësitë për mashtrim, shpërdorim dhe abuzim; dhe
- e) Ndihmojë punonjësit të përmirësojnë performancën e tyre të punës dhe të respektojnë procedurat e kryerjes së kontrolleve.

¹ Neni 20, pika 3, gërmat c të ligjit nr 57/2019 datë 18.07.2019 "Për asistencën sociale në Republikën e Shqipërisë"

Një kontrollues i PAK i pavarur, objektiv e bazon gjykimin dhe punën e vet në informacionin faktik dhe të paanshëm. Interesi ose këndvështrimi personal për gjëra apo njerëz të ndryshëm nuk duhet të ndikojë punën e kontrolluesit të PAK në asnjë rrethanë.

Puna e Kontrolluesit të PAK përfshin:

- a) Identifikimin dhe vlerësimin e riskut, duke kontribuar në përmirësimin e sistemeve të menaxhimit të riskut;
- b) Vlerësimin e kontrolleve të cilat adresojnë riskun;
- c) Inkurajimin e kontrolleve efektive, efçente dhe nxitjen për përmirësim të vazhdueshëm;
- d) Vlerësimin dhe pasqyrimin e procesit që siguron transparencë, besueshmëri dhe integritet të informacionit financiar dhe operacional;
- e) Rekomandimin e përmirësimit të kontrolleve.

1.2 Njësitë kontrolluese, rolet e tyre dhe përgjegjësitë

1.2.1 Detyrat dhe përgjegjësitë e njësisë kontrolluese në nivel qendror

DKP NE&PAK ushtron kontroll për zbatimin e legjislacionit për personat me aftësi të kufizuara që aplikohet për zonat e pilotuara mbi:

- Kriteret, dokumentacionin dhe procedurën e kryerjes së aplikimeve në Regjistrin Elektronik, si dhe dokumentacionin në dosjen e përfituesit të Aftësisë së Kufizuar;
- Përputhshmërinë e diagnostikimit sipas kriterëve të vlerësimit të aftësisë së kufizuar të miratuar me udhëzimin nr. 21, datë 07.10.2016 “Për miratimin e kriterëve për vlerësimin bio-psiko-social të aftësisë së kufizuar të rriturit dhe fëmijët në zonat pilot”;
- Kontrollin e dosjeve fizike dhe elektronike të paraqitura për vlerësim/rivlerësim;
- Kontroll në regjistrin analitik lidhur me regjistrimin dhe afatet e respektuara sipas akteve nënligjore.
- Procedurën e vendimmartjes për përfituesit e pagesës për aftësi të kufizuar nga Komisioni Shumëdisiplinor në përputhje me nivelin e aftësisë së kufizuar;

Trajtimi i rasteve të cilat janë rikthyer për rivlerësim në komision e nivelit më të lartë në shërbimin social shtetëror:

- Dokumentacionin e përfituesëve të aftësisë së kufizuar dhe afatin e vlefshmërisë së përfitimit, sipas legjislacionit në fuqi;
- Përgatitjen e rekomandimeve për shërbime të tjera për shkak të aftësisë së kufizuar;
- Verifikimin dhe shkëmbimin e informacionit elektronik me rrjetin e institucioneve të tjera të kujdesit shëndetësor, të arsimit, punësimit e formimit profesional, sigurimeve shoqërore, tatimeve, strukturave përgjegjëse pranë pushtetit vendor, si edhe institucioneve të tjera, nëpërmjet Regjistrin Elektronik Kombëtar dhe, kur nuk është e mundur, ky shkëmbim informacioni realizohet zyrtarisht.

- Njoftimin e kërkuarit mbi vendimmarrjen dhe pajisjen e tij me dokumentin përkatës që përcakton aftësinë e kufizuar;
- Administrimin dhe ruajtjen e dokumentacionit të kërkuarve e të përfituesve të aftësisë së kufizuar elektronikisht dhe fizikisht, dhe përditësimin e të dhënave të tyre nga Komisioni;
- Respektimin e afateve procedurale;
- Kontrollin e Qendrave Shëndetësore për procedurën e referimit të individëve për vlerësim dhe dokumentacionin mbështetës sipas përcaktimeve në legjislacionin në fuqi;
- Kontrollin e Qendrave Shëndetësore për përputhshmërinë mes dokumentacionit të plotësuar nga mjeku i familjes / specialist me të dhënat në kartelën personale dhe respektimin e afateve ligjore për realizimin e procesit të referimit.

Hapat që do të ndiqen për të realizuar kontrollin, parashikuar sipas kësaj metodologjie:

1. Planifikimi vjetor dhe mujor i kontrollit në bazë të analizës së riskut dhe planifikimit që në çdo subjekt të ushtrohet kontrolli i plotë të paktën një herë në 2 vjet si dhe planifikimin e kontrolleve tematike.
2. Përgatitja e njoftimit për fillimin e kontrollit për subjektin kontrollues dhe programi i kontrollit, në të cilën janë përcaktuar periudha që do të kontrollohet, kohëzgjatjen e kontrollit dhe emrat e anëtarëve të grupit të kontrollit;
3. Përcaktimi i metodologjisë që do të përdoret gjatë kontrollit dhe parashikimi i profilit të riskut;
4. Realizimi i kontrollit;
5. Përgatitja e projekt raportit të kontrollit i cili i dërgohet subjektit të kontrolluar, i cili brenda 10 ditëve pune paraqet vërejtjet apo kundërshtitë, nëse ka, të argumentuara me dokumentacionin përkatës.
6. Përgatitja e hartimit i raportit përfundimtar bëhet nga grupi i kontrollit i cili vlerëson vërejtjet apo kundërshtitë e subjektit të kontrolluar nëse ka dhe jep argumentet përkatëse në raport.
7. Hartimi i planit të veprimit nga subjekti kontrollues lidhur me zbatimin e detyrave të lëna. Ndjekja e zbatimit të rekomandimeve të lëna nga grupi i kontrollit;

Grupi i Kontrollit të PAK, ndarja e roleve dhe përgjegjësi (në nivel qendror)

Grupi i kontrollit të PAK përbëhet minimalisht nga 3 persona, ku njëri prej tyre është mjek i trajnuar për modelin e ri bio-psiko-social dhe punonjës social. Një nga anëtarët e grupit përcaktohet drejtues i grupit (përgjegjës i sektorit). Ndarja e roleve dhe përgjegjësi në grupin e kontrollit prezanton role dhe përgjegjësi të ndara në të gjitha fazat e realizimit të kontrollit.

Gjatë kontrollit do të kontrollojë detyrat dhe përgjegjësitë e zyrës së vlerësimit të aftësisë së kufizuar, të cilat kanë të bëjnë me:

- a) planifikimin, drejtimin dhe ndjekjen e mbarëvajtjes së procesit të vlerësimit të aftësisë së kufizuar, përfitimeve e pagesave dhe rekomandimeve për shërbime;
- b) garantimin e një procesi vlerësimi të drejtë dhe ligjor, që ka të bëjë me respektimin e procedurave dhe afateve të vlerësimit;

c) shqyrtimin e konkluzioneve të grupit multidisiplinar të vlerësimit dhe marrjen e vendimit përfundimtar për nivelin e aftësisë së kufizuar, përfitimet e propozuara dhe rekomandimet për shërbime për çdo përfitues të aftësisë së kufizuar;

d) afatet e njoftimeve të nënshkruara për vendimet e grupit multidisiplinar të vlerësimit të aftësisë së kufizuar;

dh) ndjekjen e procesit të ankimimit të vendimeve pranë komisionit të nivelit më të lartë dhe mbajtjen e të dhënave lidhur me rastet që kanë ankimuar;

e) komunikimin formal me stafin mjekësor në klinika, spitale, qendrat e shëndetit mendor dhe në agjenci të tjera mjekësore dhe rehabilituese, stafin në njësitë e pushtetit lokal të mbrojtjes sociale, Drejtoritë Rajonale të Sigurimeve Shoqërore, Drejtoritë Rajonale të Arsimit dhe Zyrave Rajonale të Punësimit, agjencive që ofrojnë shërbime psiko-sociale, etj., për të garantuar vlefshmërinë dhe ofrimin e shërbimeve mbështetëse për personat me aftësi të kufizuar;

Detyrat e KSHVAK-së do të kontrollohen jo vetëm si një trupë, por edhe si detyra funksionale të secilit aktor të përfshirë në proces. Përkatësisht, do të kontrollohen detyrat e mjekut si më poshtë:

- a) Procedurën e vlerësimit multidisiplinar të një aplikuesi për pagesën e aftësisë së kufizuar dhe përfitimeve të lidhura me të në sistemin e mbrojtjes sociale;
- b) Nëse informacioni mjekësor plotëson standardet për vlerësimin dhe përcaktimin e aftësisë së kufizuar dhe nivelin e dëmtimit në përputhje me kriteret e udhëzuesve Bio-Psiko-Socialë të Vlerësimit të Aftësisë së Kufizuar;
- c) Zbatimin e legjislacionit për vlerësimin e aftësisë së kufizuar në sistemin e mbrojtjes sociale;
- d) Vlerësimin e historive mjekësore dhe dokumentacionit, verifikimin e tyre sipas nevojës, duke marrë pjesë në intervistat multidisiplinare, për të përcaktuar nivelin e dëmtimit dhe kufizimeve, dhe duke bërë rekomandimet për përfitimet e aftësisë së kufizuar dhe shërbimet;
- e) Analizimin e të dhënave mjekësore të paraqitura nëpërmjet aplikimit;
- f) Përcaktimin e nevojave për të dhëna plotësuese dhe informacion për aplikuesin;
- g) Kontaktimin e mjekëve, qendrave shëndetësore, spitaleve, aplikuesit/kërkuesit dhe burime të tjera për të mbledhur dhe/ose verifikuar informacionin sipas nevojës;⁴¹
- h) Komunikimin formal me stafin mjekësor të klinikave, spitaleve, qendrave të shëndetit mendor, dhe agjencive të tjera mjekësore dhe rehabilituese në komunitet për të siguruar vlefshmërinë dhe ofrimin e shërbimeve mbështetëse për klientët;
- i) Pjesëmarrjen në intervistat dhe kontributin në marrjen e vendimeve për nivelin e dëmtimit dhe kufizimeve si edhe për përfitimet;
- j) Vlerësimin e mundësive për rehabilitim të aplikantit dhe referimin e duhur për shërbimet;
- k) Rishikimin vjetor të progresit në marrjen e përfitimeve prej aplikuesve/kërkuesve për të përcaktuar nëse individit duhet të rivlerësohet, ti ndërpriten përfitimet apo të vazhdojë;
- l) Bashkëpunimin me shërbimet e punësimit për të përcaktuar nëse aplikuesi/kërkuesi mund të punojë dhe shkëmbimin e informacionit të nevojshëm;
- m) Përgatitjen e raporteve dhe korespondencat e lidhura me punën;

n) Asistimin në vlerësim, përgatitjen dhe prezantimin e aplikimeve;

Do të kontrollohen detyrat e *punonjësit social* si më poshtë:

- a) rishikimin dhe vlerësimin e informacionit jomjekësor të paraqitur dhe verifikimin e tij sipas nevojës, duke marrë pjesë në intervistat multidisiplinare, për të përcaktuar nivelin e dëmtimit dhe kufizimet dhe për të bërë rekomandimet për përfitimet e aftësisë së kufizuar dhe shërbimet;
- b) rishikimin dhe analizimin e të dhënave jo mjekësore të paraqitura nëpërmjet aplikimit;
- c) përcaktimin e nevojës për të dhëna plotësuese dhe informimin e aplikuesit/kërkuesit për plotësimin e tyre;
- d) komunikimin me njësitë e mbrojtjes sociale në pushtetin lokal, Drejtorinë Rajonale të Sigurimeve Shoqërore, Drejtorinë Rajonale të Arsimit, Zyrën Rajonale të Punësimit, agjenci të cilat ofrojnë shërbime psiko-sociale, etj., për të mbledhur dhe/ose verifikuar informacionin sipas nevojës;
- e) kryerjen e vizitave në terren për të mbledhur informacion plotësues nëse është e nevojshme;
- f) përgatitjen e raporteve të shkruara për të gjithë pikat e kontaktit për të siguruar ligjshmërinë e dokumentacionit;
- g) zhvillimin dhe mbajtjen e marrëdhënieve të punës me stafin në njësitë e mbrojtjes sociale të pushtetit lokal, Drejtorinë Rajonale të Sigurimeve Shoqërore, Drejtorinë Rajonale të Arsimit, Zyrën Rajonale të Punësimit, agjenci që ofrojnë shërbime psiko-sociale, etj., për të siguruar vlefshmërinë dhe ofrimin e shërbimeve mbështetëse për personat me aftësi të kufizuar;
- h) kryerjen e intervistave, dhe kontributin në marrjen e vendimit për nivelin e dëmtimit dhe kufizimeve si edhe të përfitimeve;
- i) vlerësimin e mundësive për rehabilitim të aplikantit dhe referimin e duhur për shërbime;
- j) bashkëpunimin me ofruesit e shërbimeve për të siguruar që referimet për shërbime janë ndjekur dhe klientët janë duke u mbështetur sipas nevojës.
- k) përgatitjen e raporteve dhe korespondenca të lidhura me punën.
- l) asistimin në vlerësim, përgatitjen dhe prezantimin e aplikimeve.

Detyrat e *punonjësit të administrimit dhe regjistrimit* (nuk është anëtar komisioni) të të dhënave në SMI do të kontrollohen si më poshtë:

- a. administrimin dhe regjistrimin e të dhënave të aplikuesve;
- b. hedhjen e të dhënave të aplikantit dhe të gjithë dokumentacionin në regjistrin elektronik kombëtar të aftësisë së kufizuar, përkatësisht: formularët e plotësuar nga mjekët, formularin e aplikimit të plotësuar nga vetë individi apo kujdestari i tij ligjor, ekzaminimet mjekësore, dokumentin e identifikimit me fotografi; kthimin e dokumentacionit të paplotë apo kur nevojiten ekzaminime shtesë për plotësim në bashkëpunim me mjekun.
- c. caktimin e datës së intervistës brenda 30 (tridhjetë) ditëve kalendarike nga data e marrjes së dokumenteve të aplikimit;
- d. njoftimin zyrtar të aplikuesit;

- e. verifikimin e të dhënave të marra nëpërmjet Regjistrit Elektronik Kombëtar për aplikantin dhe kur nuk është e mundur verifikimin në mënyrë manuale me institucione të tjera si dhe hedhjen e tyre në Regjistrin Elektronik Kombëtar;
- f. kthimin e dokumentacionit të paplotë (kur vëren) se ka nevojë për plotësim, apo kur komisioni konstaton se nevojiten ekzaminime shtesë;
- g. mbajtjen, ruajtjen dhe përditësimin e të dhënave e të dokumentacionit të kërkuesve e të përfituesve të aftësisë së kufizuar, elektronikisht dhe fizikisht;
- h. njoftimin e personave për datën dhe orën e komisionit sipas përzgjedhjes që bën aplikuesi në formularin e aplikimit.

Pjesë e kontrollit do të jetë edhe procedura e komunikimit të vendimit përfundimtar për të gjithë aplikuesit dhe përfituesit e aftësisë së kufizuar e cila i komunikohet zyrtarisht bashkisë nga Drejtori i Zyrës Rajonale të Shërbimit Social Shtetëror.

Pjesë e procesit të vlerësimit është edhe referimi, kontrolli i të cilit përfshin kontrollin pranë institucioneve shëndetësore, duke përfshirë por duke mos u kufizuar vetëm në:

- Kontrollin e kartelës shëndetësore që përmban historinë mjekësore të pacientit;
- Përputhshmërinë mes diagnozës së përcaktuar në formular me diagnozën e përcaktuar në kartelë (psh. kur në formular përshkruhet se pacienti ka diabet dhe kjo ka shkaktuar komplikacione si retinopati, apo nefropati, komplikacionet e shënuara në formular, duhet të jenë edhe pjesë e kartelës mjekësore. Në rast të kundërt kjo përbën abuzim);
- Përputhshmërinë e kohës së fillimit të sëmundjes në kartelë, nëse përkon me kohën e fillimit të sëmundjes së përshkruar në formular;
- Referimin e pacientit sipas sistemit të referimit (elektronik);
- Recetën elektronike të pacientit për të kuptuar që diagnoza përputhet me medikamentet e përshtatshme;
- Kontrollin e dokumentacionit pranë mjekut specialist dhe kontrollin e kartelës klinike në rastet e hospitalizimit duke i krahasuar me të dhënat klinike, ekzaminimet e kryera, medikamentet e sugjeruara, etj.

1.2.2 Drejtoria Rajonale e Shërbimit Social Shtetëror, në pilotim kontrollon (**në nivel rajonal**): Grupi i Kontrollit të PAK, ndarja e roleve dhe përgjegjësi (në nivel rajonal);

Grupi i kontrollit të PAK përbëhet minimalisht nga 3 persona. Ndarja e roleve dhe përgjegjësi në grupin e kontrollit prezanton role dhe përgjegjësi të ndara në të gjitha fazat e realizimit të kontrollit, përcaktuar nga Drejtori i Drejtorisë Rajonale.

- o Veprimtarinë e strukturave vendore në bashkitë dhe njësitë administrative, të cilat janë përgjegjëse për zbatimin e legjislacionit për pagesën e aftësisë së kufizuar në zonat pilot;
- o Kryerjen e verifikimeve sociale nga administratorët shoqërorë, afatet dhe pasqyrimin e tyre në sistem, e cila duhet të jetë realizuar jo më pak se një herë në tre muaj;

- Dokumentacionin e përfitimeve të aftësisë së kufizuar në dosjen fizike të përfituesit dhe vlefshmërinë e tij;
- Përputhjen ndërmjet listë pagesave dhe thesarit, numrit të përfituesve dhe shumave të përfitimit të pagesës për aftësinë e kufizuar, duke ju referuar dhe SMI të PAK;
- Verifikimi i ndihmësit personal dhe shërbimit që i ofron personit me aftësi të kufizuar;
- Saktësinë e të dhënave në planifikimin e nevojave për fonde;
- Mënyrën e planifikimit të fondit të pagesave të aftësisë së kufizuar, sipas legjislacionit në fuqi;
- Kontrolli i planeve individuale të hartuar nga administratori social në përputhje me rekomandimet e komisionit si dhe kalendari i takimeve me personat me aftësi të kufizuar.
- Detyrat e administratorit shoqëror dhe drejtorisë së shërbimeve sociale në Bashki, për menaxhimin e rasteve dhe ofrimin e shërbimeve të kujdesit social ndaj personave me aftësi të kufizuar.
- Nëse është kryer informimi i zyrës së vlerësimit për ndryshimin e gjendjes së personit me aftësi të kufizuara;
- Nëse janë ndërmarrë fushata informuese ndaj individëve për të drejtat e PAK, shërbimet shoqërore ekzistuese nën juridiksionin e bashkisë/njësisë administrative, në territorin e së cilës është banor individi;
- Nëse janë informuar individët për kriteret, procedurat dhe dokumentacionin që duhet të plotësojnë për vlerësim/rivlerësim të aftësisë së kufizuar;
- Nëse është realizuar monitorimi dhe mbështetja me shërbime të asistencës personale;
- Evidentimin, raportimin dhe referimin e rasteve të abuzimit e të neglizhencës;
- Evidentimin dhe verifikimin e rasteve të personave që përfitojnë në kundërshtim me legjislacionin në fuqi, informimin e strukturave përgjegjëse të shërbimit social shtetëror për të kryer verifikimet me institucione të tjera, si dhe për vendndodhjen e tyre, kur ka dijeni;
- Ndërprerjen e pagesës së aftësisë së kufizuar për personat që qëndrojnë jashtë vendit për më shumë se 3 muaj, me përjashtim të rasteve të personave e të familjeve të tyre të caktuar me punë pranë përfaqësive tona diplomatike dhe organizmave ndërkombëtarë;
- Ndërprerjen e pagesës së aftësisë së kufizuar për personat që qëndrojnë jashtë vendit për më shumë se 3 muaj, me përjashtim të rasteve të përfituesve, të cilët ndodhen jashtë shtetit shqiptar për qëllime kurimi apo rehabilitimi;
- Bashkëpunimin me punonjësit socialë, që janë pjesë e strukturës së posaçme për shërbimet e kujdesit shoqëror dhe/ose njësisë së vlerësimit të nevojave dhe referimit të rastit në njësinë e vetëqeverisjes vendore, për përfituesit e pagesave të aftësisë së kufizuar;

Adresimin e rasteve të personave me aftësi të kufizuara drejt programeve të tjera sociale, shëndetësore, të arsimit e formimit profesional dhe të punësimit, me qëllim rehabilitimin dhe integrimin e tyre në jetën shoqërore, në përputhje edhe me rekomandimet e komisionit.

FAZA 1: Përgatitja e Programit të Kontrollit të PAK

Drejtuuesi i grupit të kontrollit i cili përcaktohet nga drejtori i DKP NE&PAK është përgjegjës për:

- Analizën mbi zbatimin e rekomandimeve dhe procedurën e ndjekur për zbatimin e rekomandimeve të bëra në kontrollet e mëparshme;
- Grumbullimin e informacionit rreth QSH/ZAPVAK/NjA që do të kontrollojë, mbi organizimin e saj, dhe vlerësimin e riskut;
- Përcaktimin në bashkëpunim me grupin e kontrollit të qëllimit dhe objektivat e kontrollit;
- Evidentimin e problemeve të veçanta që dalin gjatë planifikimit të kontrollit (nëse ka);
- Përcaktimin e mënyrës/qasjes më efëiente dhe efektive të kontrollit të PAK;
- Përcaktimin e afatit kohor që duhet për kryerjen e kontrollit;

Anëtari i grupit të kontrollit është përgjegjës për:

- Identifikimin e aspekteve të rëndësishme të legjislacionit lidhur me plotësimin e dokumentacionit për PAK mbi të cilin vepron QSH/ZAPVAK/NjA që do të kontrollohet;
- Merr pjesë në përcaktimin e objektivave të kontrollit;
- Identifikimin e elementëve kryesore për vlerësimin e anëve të forta dhe të dobëta të subjektit që do të kontrollohet;
- Vlerësimin nëse janë ndërmarrë veprimet e duhura mbi gjetjet dhe rekomandimet e kontrollit të mëparshëm;
- Sigurimin e dokumentacionit të duhur për planifikimin dhe programin e kontrollit gjatë punës në terren.

FAZA 2: Realizimi i kontrollit të PAK

Gjatë realizimit të kontrollit të PAK, ndarja e detyrave do të bazohet në drejtimet/çështjet e programit të kontrollit, dhe çdo anëtar i grupit të kontrollit ka qartësisht të ndara detyrat e tij (në formatin në fund të sesionit). Drejtuesi i grupit dhe anëtarët e grupit mbajnë përgjegjësi individuale për punën që bëjnë, konstatimet (akt–konstatimet, dokumentacionin për evidentimin e procesit të kontrollit). Gjetjet dhe rekomandimet në raportet e kontrollit të përpilohen nga personi që i ka konstatuar. I gjithë grupi i kontrollit merr pjesë në takimin e parë me titullarin e njësisë të kontrollit (personin e autorizuar prej tij). Të gjithë së bashku marrin pjesë në takimin përmbyllës të kontrollit.

Në këtë fazë të gjithë anëtarët e grupit të kontrollit janë përgjegjës për zbatimin e programit të kontrollit, për afatin dhe cilësinë e kontrollit të PAK.

FAZA 3 : Përgatitja e raporteve të kontrollit të PAK.

Gjatë fazës së përgatitjes së projekt raportit dhe raportit përfundimtar të kontrollit të PAK, drejtuesi i grupit dhe anëtarët e grupit të kontrollit bashkëpunojnë në realizimin e saj (fazës). Ndarja e detyrave lehtëson këtë proces pasi gjetjet dhe rekomandimet, akt konstatimet janë përgatitur paraprakisht nga anëtarët e grupit.

2. LLOJET E KONTROLLIT

Llojet e kontrollit të PAK janë:

- Kontroll i plotë ose

- o tematik

2.1 Kontrolli i plotë

Kontrolli i plotë është kontrolli i planifikuar për t'u kryer në të gjitha njësitë që janë objekt kontrolli dhe që ka në fokus kontrollin e zbatimit të legjislacionit të aftësisë së kufizuar sipas modelit të ri. Ai përfshin:

- o Vlerësimin nëse veprimtaritë e njërive të kontrolluara dhe njësitë e vetëqeverisjes vendore janë në pajtim me kuadrin ligjor që rregullon vlerësimin e aftësisë së kufizuar sipas modelit të ri bio-psiko-social, Ligjin nr 57/2019, aktet nënligjore në zbatim të tij;
- o Nivelin e përputhshmërisë së veprimtarisë së njërive të kontrolluara dhe njërive të vetëqeverisjes vendore për realizimin e objektivave, zbatimin e akteve ligjore e nënligjore;
- o Vlerësimin e aftësisë së njërive të kontrolluara për të realizuar objektivat dhe detyrat e tyre në procesin e vendimmarrjes së PAK dhe kontrollin e zbatimit të legjislacionit nga njësitë e vetëqeverisjes vendore;
- o Kriter vlerësimi për këtë kontroll është ligji 57/2019 dhe kuadri ligjor për vlerësimin e aftësisë së kufizuar sipas modelit të ri bio-psiko-social.

Kontrolli i plotë bëhet çdo vit për zyrën e administrimit të procesit të vlerësimit të aftësisë së kufizuar të Shërbimit Social Shtetëror dhe 1 herë në 2 vjet për njësitë e vetëqeverisjes vendore, të zonave pilot.

2.2 Kontrolli tematik

Kontrolli Tematik i PAK-ut mund të jetë i paralajmëruar ose i paparalajmëruar.

Kontrolli tematik është kontrolli mbi tematika të caktuara (një ose disa) të zbatimit të legjislacionit të personat me aftësisë të kufizuar për modelin bio-psiko-social nga njësitë objekt kontrolli. Kontrolle tematike janë: a) kontroll mbi zbatimin e masave dhe rekomandimeve të lëna në raport kontrollin e fundit; b) kontroll për zbatimin e një ose disa kërkesave të ligjit/VKM/Udhëzimit; etj.

Në kontrollin e paralajmëruar titullari i subjektit që do të kontrollohet njoftohet paraprakisht më parë për kontrollin. Kontrolli i paparalajmëruar, ndodh në rastet kur ka sinjalizime për abuzime ose shkelje ligjore nga njësitë e kontrollit QSH/ZAPVAK/NjA, kur ka denoncime nga institucione të tjera apo shtetas, ose kurdoherë që gjykohet e arsyeshme nga SHSSH.

Sinjalizime konsiderohen:

- Njoftime ose ankimime, të çdo forme, nga entet publike, media, qytetarët etj.
- Raporte specifike të gjeneruara nga sistemi.
- Të tjera të ngjashme.

3. Procedurat e kontrollit të PAK

3.1 Procedura e planifikimit të kontrollit të PAK

DKP NE&PAK zhvillon veprimtarinë e saj në mënyrë të planifikuar. Në planifikimin e kontrolleve, mund të merren në konsideratë edhe njoftime ose ankimime, të çdo forme, nga entet publike, media, qytetarët etj.

Planifikimi i kontrollit të PAK përgatitet mbi bazën e analizës së riskut, duke i dhënë rëndësi dhe përparësi njësisive objekt kontrolli, veprimtaritë e të cilave vlerësohen të kenë risk më të lartë.

Planifikimi i kontrollit të PAK shërben për përdorimin më me efektivitet të burimeve të kontrollit. Ky proces parashikon veprime që i sigurojnë njësisë kontrolluese qartësi mbi veprimtarinë e njësisë që do të kontrollohet, të përcaktojë dhe vlerësojë risqet, të përcaktojë objektivat e kontrollit, fushat e kontrollit, kriteret e vlerësimit si dhe mjetet e nevojshme për kryerjen e kontrollit.

Programimi i veprimtarive të kontrollit të PAK përfshin:

- Plani vjetor – përcakton më në detaje veprimtaritë që do të ndërmerren gjatë vitit ushtrimor nga njësia e kontrollit.
- Programi i kontrollit - mbulon punën që do të ndërmerret si pjesë e çdo angazhimi kontrolli dhe është një plan shumë i detajuar.

Llojet e planifikimit janë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin.

Vlerësimi i riskut është një proces i vazhdueshëm për njësinë kontrolluese, veçanërisht në fazat e planifikimit në nivel vjetor, por dhe gjatë angazhimit të kontrollit.

- Metodat dhe Teknikat e Kontrollit

Në programin e kontrollit të paraqiten veçmas ose të kombinuara përdorimi i metodave dhe teknikave të mëposhtme:

1. Verifikimi i transaksioneve (kur është e mundur)
2. Intervistimi
3. Raporte dhe informacione
4. Vizitat në terren
5. Pyetësorët (kur është e mundur)
6. Përdorimi i sistemit elektronik
7. Treguesit e monitorimit.
8. Kontrolli mbi bazë risku,
9. Kontrolli mbi bazë sistemi,
10. Kontrolli i njëpasnjëshëm dhe
11. Kontrolli me zgjedhje;

Në varësi të llojit të kontrollit, kontrolluesi mban përgjegjësi për të përzgjedhur atë metodë apo teknikë kontrolli dhe shtrirje të procedurave të kontrollit, të cilat ndihmojnë për realizimin e plotë dhe efektiv të kontrollit.

3.1.1 Plani vjetor i kontrollit të PAK

Çdo vit, drejtori i përgjithshëm i SHSSH përcakton prioritetet për vitin pasardhës, mbi bazën e të cilave DKPNE&PAK dhe DRSHSSH përgatisin qëllimin e Planit Vjetor të Kontrollit të PAK në nivel qendror dhe rajonal.

Hartimi i Planit Vjetor të PAK është përgjegjësi e drejtpërdrejtë e drejtuesve të DKPNE & PAK dhe DRSHSSH ku marrin pjesë dhe japin mendim specialistët e kontrollit në këto drejtori.

Plani Vjetor i Kontrolleve të PAK përmban, informacion mbi DRSHSSH/Bashkitë/NJA që planifikohen të kontrollohen gjatë periudhës njëvjeçare, konkretisht:

- a. Vlerësimin e përgjithshëm të riskut;
- b. Objektin dhe fokusin e kontrollit;
- c. Llojin e kontrollit;
- d. Planifikimin e numrit të kontrolluesve dhe kohës për kontroll;

Planifikimi vjetor i kontrollit të PAK, ndahet në plane mujore nga DKP NE&PAK / DRSHSSH;

Në planin vjetor parashikohen kontrole të plota dhe kontrole tematike, të paralajmëruara dhe kontrole të paparalajmëruara.

Drejtuuesi i njësisë kontrolluese është përgjegjës për përgatitjen e raportit vjetor mbi veprimtarinë e planifikimit të kontrollit.

Bazuar në planin vjetor të kontrollit, çdo muaj, drejtori i njësisë kontrolluese, përgatit dhe dërgon për miratim pranë titullarit planin mujor. Gjatë përgatitjes së planit mujor të kontrollit merren në konsideratë elementë të riskut, si edhe njoftime apo ankime të bëra nga qytetarët, media, shoqëria civile, institucionet e tjera etj.

Plani mujor përmban:

- o Njësinë që do të kontrollohet
- o Llojin e kontrollit për çdo njësi të planifikuar për tu kontrolluar
- o Periudhën e kontrollit
- o Grupin e kontrollit

3.1.2 Planifikimi i kontrollit

Planifikimi i kontrollit përgatitet bazuar në planin mujor të njësisë kontrolluese të miratuar paraprakisht nga titullari i saj.

Në këtë fazë grupi i kontrollit duhet të bazohet në:

- o Faktorët e Planifikimit të Kontrollit të PAK
 1. Madhësia e njësisë që do të kontrollohet;
 2. Vendndodhja e njësisë që do të kontrollohet dhe largësia;
 3. Konflikti i interesit;
 4. Angazhimi i kontrolluesve edhe me detyra të tjera;
 5. Krahasimi me programet e mëparshme të kontrolleve të PAK;
- o Hapat që do të ndiqen në planifikimin e kontrollit:

Në këtë fazë drejtuesi/ grupi i kontrollit informon drejtorin e drejtorisë mbi planifikimin e kontrollit

- o Mbledhja e të Dhënave para fillimit të kontrollit:

Mbledhja e të dhënave në këtë fazë është një proces që realizohet nga grupi i kontrollit dhe shërben për të kuptuar natyrën dhe punën e bërë nga DRSHSSH/Bashkitë/NjA. Në të përfshihen informacione të përgjithshme për njësitë që do të kontrollohen dhe përmban:

1. Legjislacionin për personat më aftësi të kufizuar, sipas modelit të ri bio-psiko-social, rregulloret, udhëzimet etj, mbi bazën e të cilave rregullohet veprimtaria e DRSHSSH/Bashkitë/NjA;
2. Organizimin e njësisë që do të kontrollohet;
3. Vlerësimin e elementëve kryesorë të funksionimit të subjektit për të kuptuar pikat e forta dhe të dobëta të tij;
4. Identifikimin e riskut të mundshëm;
5. Identifikimin e informacionit plotësues, të nevojshëm për të arritur objektivat e kontrollit dhe për të zgjedhur teknikat e përshtatshme;
6. Identifikimin e informacionit që rezulton nga shqyrtimi i ankesave, medias, të shoqërisë civile, institucioneve të tjera, qytetarët etj, mbi denoncimet për shkeljet në praktika të ndryshme të njësisë që do të kontrollohet.

3.1.3 Menaxhimi i riskut

Kjo metodologji, në lidhje me menaxhimin e riskut standardizon përkufizimet e risqeve në skemën e AK, klasifikimin respektiv të tyre dhe mënyrat e vlerësimit të tyre për të matur rëndësinë e impaktit të riskut në veçanti dhe në grupime kur ata janë të lidhur dhe/ose rrjedhojë e njëri-tjetrit.

Kjo metodologji parashikon dhe kërkon që çdo drejtues sipas sferës së aktivitetit që mbulon, të garantojë ushtrimin e kontrollit të vazhdueshëm dhe të kujdesshëm, monitorimit dhe limitimit apo zbutjes së risqeve që ata janë në dijeni apo identifikojnë në vijueshmëri gjatë punës së tyre duke implementuar procedurë dhe plane efektive në koherencë me vizionin strategjik dhe kuadrin ligjor në fuqi.

- Risk është mundësia e ndodhjes së një ngjarjeje të caktuar, e cila do të ndikonte negativisht në arritjen e objektivave të njësisë. Risku mund të përkufizohet edhe si efekti i pasigurisë në objektiva. Një efekt është një devijim nga pritshmëria. Mund të jetë pozitiv, negativ ose të dyja, dhe mund të adresojë, të krijojë ose të rezultojë në mundësi dhe kërcënime. Objektivat mund të kenë aspekte dhe kategori të ndryshme dhe mund të aplikohen në nivele të ndryshme. Risku zakonisht shprehet në terma të burimeve të riskut, ngjarjeve të mundshme, pasojat e tyre dhe gjasat e tyre.
- Indikator risku: Tregues që sinjalizon se një risk është gati të ndodhë ose ka ndodhur tashmë.
- Menaxhim risku: aktivitete të koordinuara për të drejtuar dhe kontrolluar një institucion në lidhje me riskun.
- Aktor: person ose institucion që mund të ndikojë, të ndikohet ose të perceptojë që preket nga një vendim ose veprimtari. Këtu mund të përdoret edhe termi "palë e interesuar" si alternativë.
- Burim risku: element i cili vetëm ose në kombinim ka potencial për të krijuar risk.
- Ngjarje: ndodhi, dukuri ose ndryshimi i një serie të caktuar rrethanash. Një ngjarje mund të ketë një ose më shumë ngjarje dhe mund të ketë disa shkaqe dhe disa pasoja.

Një ngjarje mund të jetë gjithashtu diçka që pritet të ndodhë por që nuk ndodh, ose diçka që nuk pritet të ndodhë por që ndodh. Një ngjarje mund të jetë një burim risku.

- Pasojë: rezultati i një ngjarjeje që prek objektivat. Një pasojë mund të jetë e sigurt ose e pasigurt dhe mund të ketë efekte pozitive ose negative, direkte ose indirekte, mbi objektivat. Pasojat mund të shprehen në mënyrë cilësore ose sasiore. Çdo pasojë mund të përshkallëzohet përmes efekteve kaskadë (të njëpasnjëshme) dhe kumulative.
- Mundësi: Gjasë për diçka që të ndodhë. Probabilitet. Në terminologjinë e menaxhimit të riskut, fjala "gjasë" përdoret për t'iu referuar shanseve që diçka të ndodhë, qoftë e definuar, e matur ose e përcaktuar objektivisht ose subjektivisht, në mënyrë cilësore ose në mënyrë sasiore dhe përshkruan përdorimin e termave të përgjithshëm ose matematikisht (si një probabilitet ose një frekuencë mbi një periudhë kohore të dhënë). Në terminologjinë e menaxhimit të riskut, "gjasë" përdoret me të njëjtin interpretim të gjerë si termi "probabilitet".
- Masa kontrolluese: masa që ruajnë dhe / ose modifikojnë riskun. Kontrollat përfshijnë, por nuk kufizohen në, procese, politika, pajisje, praktika ose kushte të tjera dhe / ose veprime që mbajnë dhe / ose modifikojnë riskun. Kontrollat nuk mund të ushtrojnë gjithmonë efektin modifikues të synuar ose të supozuar.
- Zotëruesi i riskut: personi / struktura që menaxheri përcakton për të vlerësuar nëse indikatorit është vërtetuar dhe që përgjigjet për menaxhimin e përgjigjes ndaj riskut nëse risku ndodh.

Menaxhimi efektiv i riskut duhet të ketë këto karakteristika:

- a. I integruar: Menaxhimi i riskut në procedurat e kontrollit të përfitimeve të aftësisë kufizuar është një pjesë integrale e të gjitha detyrave organizative të inspektorëve të SHSSH;
- b. I strukturuar dhe gjithëpërfshirës: Një qasje e strukturuar dhe gjithëpërfshirëse e menaxhimit të riskut kontribuon në rezultate të qëndrueshme dhe të krahasueshme në procedurën e kontrollit të përfitimeve të aftësisë kufizuar.
- c. I përshtatur: Korniza dhe procesi i menaxhimit të riskut janë përshtatur dhe proporcionale me kontekstin e jashtëm dhe të brendshëm në lidhje me objektivat e qëllimet e kontrollit të përfitimeve të aftësisë kufizuar.
- d. Përfshirës: Përfshirja e duhur dhe në kohë e palëve të interesuara mundëson që të merren parasysh njohuritë, pikëpamjet dhe perceptimet e tyre. Kjo rezulton në përmirësimin e vetëdijes dhe menaxhimin e informuar të riskut.
- e. Dinamik: Rreziqet mund të shfaqen, ndryshojnë ose zhduken, në varësi të ndryshimeve të jashtme dhe të brendshme të organizatës. Menaxhimi i riskut parashikon, zbulon, pranon dhe u përgjigjet atyre ndryshimeve dhe ngjarjeve në mënyrë të përshtatshme dhe në kohë.
- f. I informuar me të dhënat më të mira në dispozicion: Të dhënat për menaxhimin e riskut bazohen në informacionin historik dhe aktual, si dhe në pritshmëritë e ardhshme. Menaxhimi i riskut në mënyrë eksplicite merr në konsideratë çdo kufizim dhe paqartësi që lidhet me informacionin dhe pritshmëritë. Informacioni duhet të jepet në kohë, i qartë dhe të vihet në dispozicion të të gjithë aktorëve relevantë.
- g. Konsideron faktorët njerëzorë dhe kulturorë: Sjellja dhe kultura njerëzore ndikojnë dukshëm në të gjitha aspektet e menaxhimit të riskut në çdo nivel dhe fazë.
- h. Në përmirësim të vazhdueshëm: Menaxhimi i riskut përmirësohet vazhdimisht përmes mësimin dhe përvojës.

Qëllimi i menaxhimit të riskut është të ndihmojë institucionin në integrimin e menaxhimit të riskut në aktivitete dhe funksione të rëndësishme. Efektshmëria e administrimit të riskut varet së tepërmi nga integrimi në drejtimin institucional, duke përfshirë vendimmarrjen. Kjo kërkon mbështetje nga palët e interesuara, veçanërisht në menaxhimin e lartë.

Zhvillimi i kornizës përfshin integrimin, projektimin, zbatimin, vlerësimin dhe përmirësimin e menaxhimit të riskut në të gjithë institucionin. Institucioni duhet të vlerësojë praktikën dhe proceset ekzistuese të menaxhimit të riskut, të vlerësojë çdo mangësi dhe të adresojë ato boshllëqe brenda kornizës.

Komponentët e kornizës dhe mënyra në të cilën ndërveprojnë së bashku duhet të përshtaten me nevojat e institucionit.

Identifikimi i riskut

Qëllimi i identifikimit të riskut është gjetja, njohja dhe përshkrimi i risqeve që mund të ndihmojnë ose parandalojnë një institucion që të arrijë objektivat e saj. Informacioni përkatës, i përshtatshëm dhe i përditësuar është i rëndësishëm në identifikimin e risqeve. Institucioni mund të përdorë një sërë teknikash për identifikimin e pasigurive që mund të ndikojnë në një ose më shumë objektiva.

Treguesit e procesit të identifikimit të risqeve

- Burimet e risqeve
- Risqet që potencialisht mund të ndodhin
- “Simptomat” respektive të risqeve
- Lidhja me proceset, aktivitetet apo ngjarje të tjera
- “Validimi” i risqeve; psh informacioni apo baza mbi të cilën janë evidentuar këta risqe duhen kontrolluar mbi saktësinë e përshkrimeve apo burimeve nga të cilat janë marrë

Proçesi i identifikimit të riskut ka të bëjë me identifikimin e ngjarjeve që mund të ndikojnë në objektivat e institucionit "Se çfarë mund të ndodhë? " Këto risqe mund të kenë një ndikim pozitiv (mundësi/ oportunitet) në vend të një të ndikimi negativ (kërcënimet) në objektivat e institucionit.

Identifikimi i riskut duhet të fillojë me nivelin më të lartë drejtues dhe të vijojë poshtë nëpër nivelet e ndryshme të menaxhimit. Megjithatë, nuk ka gjasa që një teknikë identifikimi i një risku të jetë e mjaftueshme për të identifikuar të gjitha risqet për qëllimet e mirë-menaxhimit të institucionit dhe arrijtjen e objektivave kryesore të tij ndaj për këtë arsye duhet të përdoret një kombinim i teknikave.

Teknikat e identifikimit të risqeve

- Inspektimet dhe kontrollet
- Workshope (sesione brainstorming) që moderohen nga njësi e menaxhimit të riskut për t’ju përgjigjur pyetjes; “Çfarë shkon apo mund të shkojë keq”
- Intervista të individualizuara me pjesëmarrës në proceset, aktivitetet apo ngjarjet që diskutohen në procesin e identifikimit të risqeve
- Pyetësorë dhe sondazhe

Identifikimi i Risqeve

Një risk identifikohet me fjalët:

- Humbje të

- Dështimi i
- Mungesë e.....
- Jo efektiv
- Jo efikas
- Papërshtatshëm
- Dëmtimi i
- Zhvillimi i

Në çdo përshkrim risku kur ai diskutohet apo dokumentohet duhet të jenë prezente 3 komponentë:

Një ngjarje → Një pasojë → Një impakt

Psh risku “mungesë mjeteve motorike” nuk është një përshkrim i saktë i riskut. Përshkrimi korrekt do të ishte: “mungesa e mjeteve motorike (ngjarja) do të sjellë një situatë të vështirë në realizimin e kontrolleve psh., pamundësia për të vajtur në çdo qendër shëndetësore për shkak të mungesës së automjetit. Nevoja për të ushtruar kontroll pranë këtyre institucioneve vjen për shkak se këto qendra shëndetësore disponojnë dokumentacionin bazë që vërteton trajtimin e pacientit nga mjeku i familjes/specialist, duke rezultuar në mos-zbatimin e ligjit për kontrollin e AK (impakti)”

Disa nga pyetjet ndihmëse në diskutimet për identifikimin e risqeve janë si me poshtë:

- ? Është detyrë/proces/ për performancën e institucionit/drejtorisë etj?
- ? A është kjo një detyrë/ proces/ projekt kompleks?
- ? Ka të bëjë kjo detyrë/aktivitet/proces/ projekt me ndonjë teknologji/metodologji të re apo të panjohur?
- ? A ka kjo detyrë/aktivitet/proces/ projekt ndër/varësi të shumta?
- ? A e kemi pasur probleme me detyra/aktivitete/procese/ projekte të ngjashme më parë?
- ? A është kjo detyrë/aktivitet/proces/ projekt i influencuar nga ndikimet e jashtme (lejet, entet rregullatore etj)
- ? A ka burime njerëzore pa përvojë të caktuar për të performuar në këtë detyrë/aktivitet/proces/ projekt?
- ? A ka burime të mjaftueshme të caktuara në këtë detyrë/aktivitet/proces/ projekt përfshirë dhe sistemet IT (software dhe hardware)?

Për përgjigjet “po” të pyetjeve të mësipërme, kalohet në pyetje të tjera në lidhje me problemet e mundshme që mund të lidhen me këtë fazë:

- ? Cilat çështje apo probleme mund të ndodhin?
- ? Çfarë problemesh kanë ndodhur me detyra/aktivitete/procese/ projekte të ngjashme në të kaluarën?
- ? Çfarë mund të shkaktojë këtë problem?

Pasi të keni ecur nëpër procesin e identifikimit të gjitha risqeve të mundshme për detyrën/aktivitetin/procesin/ projektin në diskutim, mund të fillohet me analizën e riskut për të marrë një vështrim nga afër në çdo risk të identifikuar për të parë se çfarë ndikimi ka me të vërtetë.

Analiza e riskut vlen për të kuptuar natyrën e riskut dhe karakteristikat e tij duke përfshirë, aty ku është e përshtatshme, nivelin e riskut. Analiza e riskut përfshin një shqyrtim të hollësishëm të pasigurive,

burimeve të riskut, pasojave, gjasave, ngjarjeve, skenarëve, kontrolleve dhe efektivitetit të tyre. Një ngjarje mund të ketë shkaqe dhe pasoja të shumta dhe mund të ndikojë në objektiva të shumëfishta.

Analiza e riskut mund të jetë e ndikuar nga divergjenca e opinioneve, paragjykimet, perceptimet e riskut dhe gjykimet. Ndikime të tjera mund të jenë cilësia e informacionit të përdorur, supozimet dhe përjashtimet e bëra, kufizimi i teknikave dhe mënyra se si ato përdoren. Këto ndikime duhet të konsiderohen, dokumentohen dhe komunikohen strukturave vendimmarrëse. Në rastin e ngjarjeve shumë të pasigurta mund të jetë e vështirë për të përcaktuar tregues sasiorë. Në raste të tilla, përdorimi i kombinuar i teknikave në përgjithësi siguron një analizë më të thellë. Analiza e riskut ofron një kontribut të rëndësishëm për vlerësimin e riskut, për vendimmarrjen nëse risku duhet të trajtohet dhe si duhet të trajtohet dhe në strategjinë dhe metodat më të përshtatshme të trajtimit të riskut. Rezultatet e përfuara ofrojnë indicie për vendimet, zgjedhjet dhe opsionet mbi llojet dhe nivelet e ndryshme të riskut.

Vlerësimi i riskut

Vlerësimi i riskut është procesi i përgjithshëm i identifikimit të riskut, analizës së riskut dhe vlerësimit të riskut. Vlerësimi i riskut duhet të bëhet në mënyrë sistematike, interaktive dhe bashkëpunuese, duke u mbështetur në njohuritë dhe pikëpamjet e palëve të interesuara. Ky proces duhet të përdorë informacionin më të mirë në dispozicion, të plotësuar me hetim të mëtejshëm sipas nevojës.

Qëllimi i vlerësimit të riskut është të mbështesë vendimmarrjen. Vlerësimi i riskut përfshin krahasimin e rezultateve të analizës së riskut me kriteret e përcaktuara të riskut për të përcaktuar se ku kërkohet të vepohet.

Pasi janë përcaktuar impaktet dhe probabilitetet respektive bëhet vlerësimi i riskut me kombinim të 2 faktorëve dhe në matricën e mëposhtme jepen dhe ngjyrimet respektive (e kuqe, e verdhë, jeshile) në varësi të rezultateve të nxjerra që në fakt përcaktojnë dhe prioritetet e vëmendjes për adresimin e risqeve. Risqet që bien në zonën e kuqe dhe të verdhë marrin prioritet në zhvillimin e strategjive të mitigimit për të qenë të përgatitur kundrejt elementit “surprizë” të ndodhjes së një ngjarjeje apo suate.

Në atë që rëndom quhet matrica e vlerësimit të riskut (Risk assessment matrix) shihet si ndërveprimi mes probabilitetit të ngjarjes dhe seriozitetit të impaktit përcakton shkallën e pnaueshmërisë së riskut.

Vlerësimi i Riskut në Planifikim

Në kryerjen e kontrolleve, grupi i kontrollit duhet të vlerësojnë riskun me qëllim që kontrolli të fokusohet në reduktimin e riskut të kontrollit.

Në planifikimin e kontrollit, grupi i kontrollit për vlerësimin e riskut merr në konsideratë faktorët e riskut që përfshijnë por nuk kufizohen në:

1. Interpretimin e ligjeve dhe rregulloreve nga drejtuesit e DRSHSSH/Bashkitë/NjA të kontrolluara;
2. Gabimet njerëzore;
3. Ndërtimi jo i saktë ose mosfunksionimi i sistemeve
4. Mundësinë e shmangies së kontrolleve;
5. Fshehjen apo mosdhënien e informacioneve/dokumentave;
6. Profesionalizmin dhe vjetërsinë në këtë sektor të punonjësit që do të kontrollohet;
7. Mosrespektimin e procedurave.

Vlerësimi i riskut, në planifikimet e kontrollit (të plota apo tematike), lidhet me nivelin e mundshëm të shmangieve përse i takon përputhshmërisë me ligjet dhe rregulloret në fuqi, duke patur parasysh tre komponentët e riskut të kontrollit: a) Risku i mjedisit të përgjithshëm b) Risku i drejtimeve që kontrollohen c) Risku i përgjithshëm.

Vendosja e probabiliteteve të ndodhjes së riskut. Për çdo risk vlerësohet probabiliteti i ndodhjes duke përdorur shkallët e përcaktimit; e lartë, mesatare apo e ulët ose e kuantifikuar në shifra:

0.01 deri në 0.33 = Risk i ulët;

0.34 deri në 0.7 = Risk Mesatar;

0.7 deri në 1.00 = Risk i lartë.

		shkalla e impaktit		
		i pranueshem	i tolerueshem	pergjithesisht i papranueshem
probabiliteti i ngjarjes	i ulët	i ulët	mesatar	mesatar
	mesatar	i ulët	mesatar	lartë
	i lartë	mesatar	i lartë	i lartë

Harta e riskut e paraqitur në tabelën e mësipërme përcakton zonat e riskut, me peshë dhe impakt të ndryshëm. Mund të veçohen 9 zona të tilla:

1. Zona me prioritet absolut, që kërkon kontrollin permanent të Drejtorisë / Njesisë XXX,
2. Zonë me rëndësi të madhe, që kërkon mbikëqyrje të vazhdueshme,
3. Zonë me rëndësi të madhe, por ka pak të ngjarë të ndodhë – kontrolli ciklik,
4. Zonë me rëndësi të madhe që kërkon kontroll të vazhdueshëm nga ana e nivelit të mesëm dhe të ulët të menaxhimit,
5. Zonë me rëndësi, që kërkon mbikëqyrje ciklike të nivelit të mesëm dhe të ulët të menaxhimit,
6. Zonë potencialisht e rëndësishme, por me pak probabilitet që të ndodhë,
7. Zonë kërcënimesh jo shumë të rëndësishme, që kërkon monitorimin në nivel punonjësish,
8. Zonë kërcënimesh pak të rëndësishme që kërkon vetëm mbikëqyrje sporadike dhe raportim në periudha kohore të distancuara nga njëra-tjetra,
9. Zonë kërcënimesh thuajse të parëndësishme.

Vlerësimi sipas procedurës së mësipërme mund të çojë në një vendim për:

- Mosveprim;
- Shqyrtimin e mundësisë së trajtimit të riskut;
- Ndërmarrjen e analizës së mëtejshme për të kuptuar më mirë riskun;
- Ruajtjen e kontroleve ekzistuese;
- Rivendosjen e objektivave.

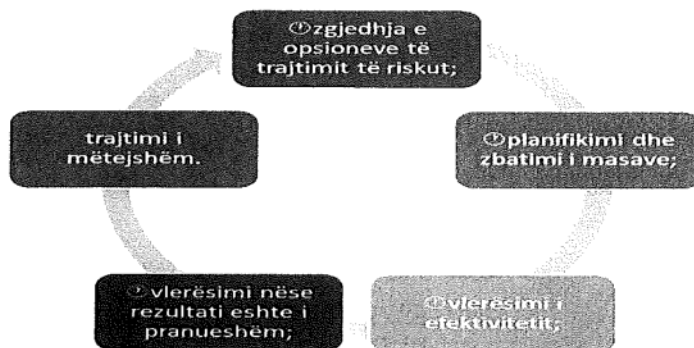
Vendimet duhet të marrin parasysh kontekstin më të gjerë dhe pasojat aktuale dhe të perceptuara tek aktorët e jashtëm dhe të brendshëm.

Rezultati i vlerësimit të riskut duhet të dokumentohet, komunikohet dhe pastaj të miratohet në nivelet e duhura të institucionit.

Trajtimi i riskut

Trajtimi i riskut është përzgjedhja dhe zbatimi i opsioneve për adresimin e riskut. Trajtimi i riskut përfshin një proces ciklik të:

- formulimit dhe zgjedhjes së opsioneve të trajtimit të riskut;
- planifikimit dhe zbatimit të masave për trajtimin e riskut;
- vlerësimit të efektivitetit të atij trajtimi;
- vlerësimit nëse risku i mbetur është i pranueshëm;
- nëse risku i mbetur nuk është i pranueshëm, trajtimi i mëtejshëm.



Dokumentimi dhe raportimi i riskut

Procesi i menaxhimit të riskut dhe rezultatet e tij duhet të dokumentohen dhe raportohen përmes mekanizmave të përshtatshëm. Dokumentimi dhe raportimi ka për qëllim:

- o Të komunikojnë aktivitetet dhe rezultatet e menaxhimit të riskut në të gjithë institucionin;
- o Të ofrojnë informacione për një vendimarrje sa më efektive;

- o Të përmirësojnë aktivitetet e menaxhimit të riskut;
- o Të ndihmojnë ndërveprimin me palët e interesit, duke përfshirë ato me përgjegjësi dhe llogaridhënie për aktivitetet e menaxhimit të riskut.

Vendimet që kanë të bëjnë me krijimin, mbajtjen dhe trajtimin e informacionit të dokumentuar duhet të marrin parasysh, por jo të kufizohen në përdorimin e tyre, ndjeshmërinë e informacionit dhe kontekstin e jashtëm dhe të brendshëm.

Raportimi është pjesë integrale e qeverisjes së institucionit dhe duhet të rrisë cilësinë e dialogut me palët e interesuara dhe të mbështesë organet dhe strukturat vendimmarrëse në përmbushjen e përgjegjësi të tyre.

Faktorët që duhen marrë parasysh gjatë raportimit përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në:

- palët e ndryshme të interesit dhe nevojat dhe kërkesat specifike të tyre për informacion;
- Kostoja, frekuenca dhe kohëzgjatja e raportimit;
- mënyra e raportimit;
- rëndësia e informacionit për objektivat organizative dhe vendimmarrjen.

3.1.4 Programi i Kontrollit të PAK

Programi i kontrollit të PAK, përgatitet, përfshin dhe parashikon këto elemente kryesore:

1. Llojin e kontrollit;
2. Qëllimin e kontrollit;
3. Metodatat dhe teknikat e kontrollit;
4. Periudha që do të kontrollohet;
5. Afatet e kryerjes së kontrollit;
6. Përbërja e grupit të kontrollit;
7. Bazën ligjore dhe referenca mbi metodologjinë e kontrollit;
8. Fushat ku do të fokusohet kontrolli, përfshirë verifikimin e zbatimit të rekomandimeve nga kontrollet e mëparshme.

Programi i kontrollit, i hartuar nga drejtuesi i grupit, sipas procedurave sa më sipër, pasi diskutohet e nënshkruhet nga drejtori i drejtorisë (në nivel qendror apo rajonal), i paraqitet për miratim drejtorit të përgjithshëm/drejtorit të drejtorisë rajonale të shërbimeve.

Pas miratimit, vetëm drejtori i përgjithshëm/drejtori i DRSHSSH, ka të drejtën për ndryshime në përmbajtjen dhe kohën e parashikuar në programin e kontrollit të PAK, për ndryshime të stafit, kontrollit etj.

Në vijim do të mund të konsultoni një variant të formateve të gatshme

FORMAT 3.1.4

PROGRAMI I KONTROLLIT

KONTROLL (lloji i kontrollit)

MBI (objekti i Kontrollit psh Zbatimi i legjislacionit të PAK në DRSHSSH -----/ Bashkia ____/ Njësia Adminsitrative _____)

Baza ligjore	• Aktet mbi të cilat kryhet kontrolli: • Ligje: Listohen ligjet kryesore në fuqi zbatimi i të cilave lidhet me objektin e kontrollit). • Vendime të Këshillit të Ministrave (VKM): (Listohen VKM-të në fuqi zbatimi i të cilave lidhet me objektin e kontrollit). • Akte të tjera nënligjore: Listohen Aktet e tjera, Udhëzime, Urdhra Ministri etj. në fuqi, zbatimi i të cilave lidhet me objektin e kontrollit. • Urdhra, Vendime, Plane etj.: Listohen të gjithë aktet e tjera që kanë lidhje me çështjen objekt kontrolli. • Të tjera: Akte të tjera ligjore apo nënligjore që do të jenë të nevojshme gjatë kontrollit.
Objekti kontrollit	i • <i>(Zbatimi i legjislacionit të PAK në DRSHSSH -----/ Bashkia ____/ Njësia Adminsitrative _____)</i>
Lloji kontrollit	i • (Lloji i kontrollit)
Objektivat Kontrollit	e • Cfarë synohet të arrihet
Qëllimi Kontrollit	• (Arsyeja e realizimit të kontrollit. Psh. Përmirësimi i performancës së punës nëpërmjet raportimit mbi gjetjet, konkluzionet dhe rekomandimet e kontrollit)
Metoda kontrollit	e • <i>(Kontrolli mbi bazë risku, Kontrolli mbi bazë sistemi, Kontroll i njëpasnjëshëm dhe me zgjedhje; i plotë.)</i>
Periudha kontrollit	e • (Periudha që do të kontrollohet)
Afati kontrollit	i • (Afati i kryerjes së kontrollit. Nga data...deri më.....)

Grupi kontrollit	i • (Emrat dhe mbiemrat e kontrolluesve, si dhe funksionet brenda grupit të kontrollit)
------------------	---

II. Drejtimet /çështjet kryesore të kontrollit:

Drejtimet/çështjet kryesore sipas të cilave do të zhvillohet veprimtaria kontrolluese janë si më poshtë:

1.....

1.1(nënçështjet për çdo drejtim apo proces që kontrollohet);

1.2

1.3

2.....

2.1

2.2

2.3

3.....

3.1

3.2

3.3.

4.....etj

5. Të ndryshme

Drejtuksi i Grupit të Kontrollit (nëse do të caktohet një i tillë)

(Emër dhe mbiemër)

DREJTORI

(Emër dhe mbiemër)

3.2 Procedura e kryerjes së kontrollit ²

3.2.1 Puna në terren e grupit të kontrollit

1. Titullari i njësisë kontrolluese përgatit njoftimin për fillimin e kontrollit shoqëruar me programin e kontrollit dhe ia dërgon zyrtarisht titullarit që do të kontrollohet të paktën 10 (dhjetë) ditë përpara fillimit të kontrollit, ku kërkohet vënia në dispozicion e të gjithë dokumentacionit që lidhet me zbatimin e legjislacionit të PAK.
2. Ditën e fillimit të kontrollit një kopje e programit të kontrollit i dorëzohet njësisë që do të kontrollohet.
3. Grupi i punës realizon dhe merr pjesë në takimin e parë me titullarin e QSH /ZAPVAK /NJA që do të kontrollohet ose personin e autorizuar prej tij, duke i informuar ato mbi qëllimin dhe çështjet e kontrollit. Grupi i kontrollit në prezantim mund të shoqërohet nga drejtori i njësisë kontrolluese.
4. Puna në terren organizohet në vijimësi nga drejtuesi i grupit dhe mbikëqyret nga drejtori i strukturës kontrolluese.
5. Kontrolluesi dokumenton punën kontrolluese lidhur me parregullsitë dhe shkeljet ligjore, gjetjet, të cilat i pasqyrojnë në shënimet e kontrollit.
6. Drejtori i institucionit, ka të drejtë të kërkojë grupit të kontrollit informacion paraprak mbi ecurinë e procesit të kontrollit kur e gjykon të arsyeshme.

3.2.2 Regjistrimi i punës së kontrollit të PAK

Grupi i kontrollit duhet të regjistrojë gjithë punën që ka bërë dhe duhet të ketë evidencë të mjaftueshme për të mundësuar rishikimin e punës dhe diskutimin e rezultateve me menaxhimin e njësisë që kontrollohet.

Të gjitha dokumentet e punës mbahen dhe administrohen në dosjen fizike dhe dosjen elektronike të Sistemit të Menaxhimit të Informacionit të PAK.

Një shembull se si mund të regjistrohen rezultatet është dhënë më poshtë. Ky format, i cili shërben vetëm si shembull, duhet të modifikohet sipas rastit për të reflektuar testet që janë kryer:

Nr Ref	Përshkrimi	Përmbajtja
1	Tabela evidentuese e dosjeve të personave përfitues të PAK të kontrolluara	Dokumentacioni në dosjet e përfituesit të PAK, për çdo dosje të kontrolluar dhe problematikat e tyre.
2	Tabela evidentuese e dosjeve të familjeve kujdestare përfituese të PAK të kontrolluara	Dokumentacioni në dosjet e përfituesit të PAK, për çdo dosje të kontrolluar dhe problematikat e tyre.

Gabimet

² Puna në terren

Kur teston kontrollin, normalisht kontrolluesi nuk planifikon të gjejë gabime pas çdo hapi.

Nëse nuk janë gjetur parregullsi, megjithëse objekti i testit është përbushur, për të qenë të sigurt për vlerësimin e sistemit të kontrollit, merret edhe një kampion tjetër për tu testuar.

Nëse gjenden parregullsi dhe jemi në gjendje të bëjmë vlerësimin e sistemit të kontrollit nuk është e nevojshme të testohet kampion tjetër.

Kjo procedurë me testet e kampionit mund të përmbledhet në tabelën e mëposhtme

Numri parregullsive	i Veprimi
0	Dyfisho madhësinë fillestare të kampionit dhe bëj teste të tjera. Konkludohet nëse kontrollin po funksionojnë në mënyrë efektive.
1	Nëse gjenden parregullsi dhe jemi në gjendje të bëjmë vlerësimin se sistemet e kontrollit nuk funksionojnë në mënyrë efektive atëherë nuk vazhdojmë testimin dhe raportojmë tek menaxhimi.
Më shumë se 1 parregullsi	Konkludohet se kontrollin nuk po veprojnë në mënyrë efektive dhe raportohet tek menaxhimi.

Grupi i kontrollit sigurohet të marrë informacione dhe të dhëna të besueshme, të përshtatshme dhe të mjaftueshme për të qenë të aftë të japin gjykimin dhe konkluzionet, lidhur me zbatimin e legjislacionit të PAK nga QSH /ZAPVAK/NjA që kontrollohen.

Grupi i kontrollit është përgjegjës për të përzgjedhur dhe përdorur metodat e përshtatshme për grumbullimin dhe përpunimin e të dhënave. Ato duhet të sigurohen që teknikat e përdorura të jenë të mjaftueshme e të arsyeshme për të evidentuar gabimet, parregullsitë, shkeljet dhe mashtrimet.

Grupi i kontrollit duhet të dokumentojë në mënyrë të saktë të dhënat dhe dëshmitë e kontrollit në shënime të punës.

Saktësia e dokumentimit të informacioneve dhe të dhënave të përftuara gjatë kontrollit shërben për:

- Mbështetjen e gjykimin në raportet e kontrollit, rritjen e eficiencës dhe efektivitetit të kontrollit;
- përgatitjen e raporteve;
- provimin e zbatimit të rregullave dhe procedurave të kontrollit nga kontrolluesi;
- lehtësimin e planifikimit dhe mbikëqyrjes;
- të siguruar që puna është kryer në mënyrë të kënaqshme;
- ofrimin e mbështetjes për punën në të ardhmen.

Shtojca 1

Metoda që mund të përdoren gjatë realizimit të kontrollit

Më poshtë do të gjeni disa teknika që mund të përdoren nga grupi i kontrollit gjatë procesit të kontrollit të PAK:

Metoda e rindërtimit të ngjarjeve: Me rindërtimin e ngjarjeve ose llogarive një kontrollues do të evidentojë realizimin korrekt të transaksioneve. Rindërtimi i ngjarjeve i referohet hartimit të një skeme të mbështetur në aktet ligjore e cila tregon se si duhet zbatuar një veprimtari, duke u bazuar në rradhën kronologjike të veprimeve. Kjo metodë i ngjan procedurave që zbatohen për hartimin e gjurmës së kontrollit. Krahasimi i kësaj skeme me gjendjen faktike nxjerr pasaktësitë.

Metoda "Testimi hap pas hapi": Përfaqëson veprime specifike që ndiqen brenda sistemit nga fillimi deri në fund. Në këtë rast një numër i caktuar dosjesh do të përzgjidhen për të parë se si njësia që kontrollohet i përmbahet procedurave të caktuara.

Metoda e ekzaminimit: Procedurë e cila shërben për të shqyrtuar të dhënat që lidhen me realizimin/angazhimin e kontrollit. Kështu, ajo që është vëzhguar dhe identifikuar të mund të testohet më tej. Vlerësimi përfshin procedura testimi, si dhe gjykimi profesional të kontrolluesve në lidhje me përshtatshmërinë dhe efikasitetin e veprimeve.

Metoda ekzaminimi kryq: Përdoret kur është marrë informacioni për një ngjarje nga një burim i caktuar. Ky informacion mund të krahasohet me një informacion të marrë për të njëjtat ngjarje me origjinë nga një burim tjetër. Psh krahasimi i dokumentacionit të dosjes së përfuturit me të dhënat në aplikimin e tyre në regjistrin elektronik të PAK.

Metoda e rishikimit analitik: Përbëhet nga krahasimi i të dhënave nga burime të ndryshme apo periudha kohore për të përcaktuar nëse informacioni i raportuar duket të ketë mospërputhje apo keq përshtatje. Kur kontrolluesit gjejnë ndryshime apo variacione të papritura në të dhënat që po kontrollohen, lind nevoja për një rishikim më të thellë.

Metoda e kontrollit fizik: Përdoret në rastet kur përcaktohet prejardhja dhe ekzistenca e objektit. Me anë të kësaj metode kontrolluese verifikohet gjendja fizike.

Metoda e intervistimit: Është metoda më e mirë për të fituar kohën e humbur gjatë angazhimit të kontrollit si dhe për të gjetur informacion të menjëhershëm. Evidenca e arritur gjatë përdorimit të një metode të tillë nuk mund të jetë e besueshme, kjo metodë rekomandohet për kontrollin e informacionit gjatë përdorimit të ekzaminimit kryq, ose formave të tjera si p.sh. caktimi i takimeve, intervistat me punonjësit e tjerë të institucionit etj.

Metoda e testimit të detajuar: Përfshin ekzaminimin e dokumenteve të institucionit sipas objektivave të kontrollit, dhe jep evidenca më të besueshme se sa intervistimi. Kjo metodë shërben në rastet kur kontrolluesit planifikojnë të marrin të dhëna nga e gjithë veprimtaria e njësisë që kontrollohet.

Gjurmimi: Kjo procedurë gjurmon veprimin nga fillimi i procesit. Gjurmimi i ngjarjeve kryhet duke ecur në kahun e kundërt.

Metoda e leximit dhe studimit të raporteve: Duhet të karakterizojë objektin nën mbikëqyrje të problemeve që lidhen me angazhimet e kontrollit. Raportet mund të tregojnë vëmendjen që u është kushtuar mangësive të mëparshme, por që nuk është marrë asnjë masë për eliminimin e tyre. Shënimet e mbajtura gjatë kësaj procedure reflektojnë ndryshimet e bëra për përmirësimin e sistemeve të menaxhimit dhe kontrollit që janë rekomanduar në fund të kontrollit.

Metoda e konfirmimit nga një palë neutrale: Përdoret për të pasur një miratim neutral për informacionet e mbledhura.

Metoda e "Shtirjes si klient": Përdoret në situatat kur qëllimi është të provohet masa e kontrollit lidhur me shërbimin e klientit. Në këto raste kontrolluesi merr rolin e klientit dhe mund të provojë cilësinë e shërbimit të kërkuar.

Metoda e modelimit statistikor: Procedurat e modelimit statistikor mundësojnë që kontrolluesi të japë vlerësime sasiore e cilësore se deri në çfarë mase modeli e përfaqëson grupin e transaksioneve të kryera (masën/sasinë) sipas niveleve të caktuara të besueshmërisë. Duke zgjedhur një model me përmasa të përshtatshme, kontrolluesi mund të pohojë, deri në një nivel të specifikuar të besueshmërisë, vlerën për të gjithë veprimtarinë. Kjo metodë nuk ndikon në riskun që s'është marrë parasysh gjatë modelimit. Ky risk mund të identifikohet nga përzgjedhja e procedurës së përshtatshme, nga mos përmbushja e një procedure si duhet, apo nga vlerësimi i keq i rezultateve të modelit.

Metoda e përdorimit të pyetësorëve dhe konfirmimi: Është metodë efektive në rastet kur veprime të caktuara kanë karakteristika të ngjashme dhe janë të përsëritura në pjesë të ndryshme të njësisë publike. Kontrolluesi e dërgon pyetësorin dhe kërkesën për konfirmim, përgjigja i kthehet drejtpërdrejtë kontrolluesit dhe ajo mund të jetë *negative* ose *pozitive*.

- a. Konfirmimi negativ – jep siguri në një nivel të pamjaftueshëm – p.sh, kur kombinimi i nivelit të vlerësuar të riskut të brendshëm (që përfshin riskun financiar të limiteve buxhetore, risku i IT-së, i burimeve njerëzore) dhe atij të kontrollit është i ulët, përballemi me një numër të madh të pasaktësive. Nëse kontrolluesi nuk merr përgjigjet e duhura, duhet të kryhen procedura alternative të kontrollit, përfshirë edhe dërgimin e kërkesës për konfirmim për herë të dytë.
- b. Konfirmimi pozitiv - është informacioni më i besueshëm në rrethanat ku pala e tretë nuk ka asnjë arsye që të konfirmojë një të dhënë të pasaktë. Konfirmimet nga kompanitë e jashtme, si psh. nga bankat, mund të vërtetojnë direkt praninë e depozitave, transaksioneve apo detyrimeve të tjera.

Metoda e krahasimit: Krahasimi i informacioneve të periudhës aktuale me informacione të ngjashme të periudhave të mëparshme është një metodë analitike e kontrollit. Krahasimi mund të bëhet midis periudhave të ndryshme tremujore, vjetore, afatmesme apo afatgjata, në përputhje me qëllimin dhe objektivat e misionit të kontrollit. Po kështu krahasimi bëhet edhe me informacionet homologe apo operacionale.

- a. Krahasimi me informacionet homologe - Krahasimi me organizata të ngjashme të njësisë publike, të ministrive të tjera apo dhe të qeverive të tjera, jep informacione krahasuese të jashtme për njësinë që kontrollohet, informacione të cilat mund të jenë të dobishme dhe të besueshme.
- b. Krahasimi me informacionin operacional – studimi i lidhjes ndërmjet informacionit financiar me informacionin përkatës jo-financiar.

Metoda e skicimit: Përdoret për të ilustruar procesin duke përdorur mjete grafike. Një metodë e tillë i bën të mundur kontrolluesit të gjejë më lehtë dobësitë dhe veprimet e dyfishta brenda sistemit, sikur bëhet një fotografim i gjithë sistemit.

Disa teknika kontrolli

Cilado qoftë mënyra apo procedura e përdorur e kontrollit ajo mbështetet në një, dy, disa ose një kombinim prej teknikave të shënuara më poshtë:

Sondazhet

Me përjashtim të rasteve të veçanta, pa përdorimin e këtyre teknikave nuk mund të ekzaminohet tërësia e dokumenteve dhe as të nxirren konkluzionet apo rekomandimet përkatëse. Në këtë kuadër merr rëndësi zgjedhja e mostrës dhe fusha e aplikimit të teknikave të verifikimit sipas modelit të sondazhit që do të përdoret. Praktika e sondazhit orientohet sipas parimit se gabimet e pavullnetshme, mashtrimet dhe abuzimet e një punonjësi shtrihen në mënyrë të njëtrajtshme në të gjithë periudhën e punës së tij.

Sondazhet duhet të përfshijnë jo më pak se 25% të transaksioneve për fushën përkatëse me qëllim që zgjedhja të jetë përfaqësuese. Sondazhet nga mënyra se si kryhen mund të jenë:

- Sondazhe në kohë të cilat konsistojnë në ekzaminimin e një periudhe të caktuar.
- Sondazhe për operacione të cilat konsistojnë në zgjedhjen e një numri operacionesh të cilave u ndiqet gjurma nga fillimi deri në fund.
- Sondazhet në vlerë: konsistojnë në verifikimin e të gjitha ngjarjeve të cilat kapërcejnë një vlerë të fiksuar më parë në bazë të disa kritereve.

Sondazhet duhet të kryhen në mënyrë, që prej tyre të përflohet një bindje e arsyeshme për vërtetësinë e operacioneve të kontrolluara.

Për të qenë sa më efikas, sondazhet duhet të plotësojnë tre kërkesat e mëposhtme:

- a. Të bëhen për të gjitha kategoritë e operacioneve;
- b. Të mbulojnë të gjithë periudhën e kontrollit; dhe
- c. Të sigurojnë kontrollin e të gjithë punonjësve të angazhuar në veprimtarinë në zbatim të PAK nga njësi e kontrolluar.

Përzgjedhja

Kontrolluesi përpara zbatimit të formës së përzgjedhur për testimet që do të kryejë duhet të hartojë një listë të proceseve, operacioneve, transaksioneve nga të cilat do të bëhet përzgjedhja për çdo objektiv të planifikuar në kontroll. Format e përzgjedhjes janë si më poshtë:

Përzgjedhja me gjykim: e një ngjarjeje për t'u kontrolluar kërkon një vlerësim profesional. Është më eficiente dhe ekonomike të përdorësh gjykimin aty ku madhësia e përzgjedhjeve është e vogël, ose aty ku nuk pritet që rastësia të na japë përzgjedhje që mund të përfaqësojnë masën, tërësinë e proceseve a transaksioneve. Nëse një vëzhgim paraprak tregon se cilësia e kontrollit në një sistem është e një standardi të lartë, rishikimi i përzgjedhjeve të vogla me gjykim mund të na sigurojë se sistemi po vepron siç duhet. Në mënyrë që të sigurohet një përzgjedhje me gjykim sa më përfaqësuese, duhet të mbahen parasysh kërkesat e mëposhtme:

- Sigurohuni që është përfshirë çdo tip veprimi.
- Përfshini veprimet e përgatitura nga çdo person i punësuar gjatë periudhës.
- Testoni çështjet me vlera të mëdha më shumë se ato me vlerë më të vogël.
- Nëse ato janë pa gabime, mundësia që transaksionet më normale të jenë pa gabime është më e madhe.

- Nëse ka gabime në përzgjedhjen me gjykim, opinioni mbi totalin e ngjarjeve nuk mund të jetë përfaqësues. Në këtë rast mund të ketë nevojë për të dyfishuar kampionin ose për të ndryshuar teknikën e përzgjedhjes.

Përzgjedhja në grup: Disa artikuj zgjidhen sipas një renditjeje të caktuar. Kur zgjidhet kampioni i parë, pjesa tjetër zgjidhet automatikisht. Një përzgjedhje prej 100 dosjesh mund të konsistojë në 5 grupe me nga 20 dosje.

Përzgjedhja rastësore: kryhet pa ndonjë lidhje midis masës së përzgjedhjes së ngjarjeve dhe burimit apo karakteristikave të tjera dalluese. Kjo metodë përzgjedhje nuk siguron paanshmëri, veçanërisht kur shihet se kontrolluesi do të zgjedhë subjekte që janë të arritshme lehtë.

Përzgjedhja statistikore: Përzgjedhja statistikore është një teknikë e mirë për të arritur një opinion të saktë nga informacioni mbi të gjitha ngjarjet, bazuar në konceptet matematikore. Avantazhi i përzgjedhjes statistikore do të jetë i dukshëm nëse kontrolluesi zbaton saktë metodën e përdorur. Përzgjedhja statistikore siguron objektivitet në përcaktimin e riskut të metodologjisë së përzgjedhjes dhe një vlerësim real të rezultateve. Përdorimi më praktik i përzgjedhjes statistikore është për të verifikuar nëse procedurat e sistemit të kontrollit të përshkruara funksionojnë.

Teknikat më të përdorura të përzgjedhjes lidhur me testimet e detajeve në procedurat e kontrollit të brendshëm janë si më poshtë.

Përzgjedhja e thjeshtë rastësore: Veçoria kryesore e përzgjedhjes së thjeshtë rastësore është se të gjitha veprimet kanë të njëjtën natyrë për t'u përfshirë në këtë përzgjedhje. Një veprim me vlerë më të lartë ka të njëjtat mundësi të zgjidhet sa një i tillë me vlerë të ulët ose e kundërta; një veprim me risk të ulët ka të njëjtën mundësi përfshirjeje sa një veprim me risk të lartë. Kjo metodë ndonëse është më e lehtë për t'u zbatuar, në përzgjedhjen për testimet mbi detajet është e kushtëzuar nga fakti që vlerat dhe risqet që lidhen me veprimet kërkohen të jenë përgjithësisht të ngjashme. Ekstrapolimi (*parashikimi i vlerave të panjohura në drejtim të të dhënave të njohura*) i rezultateve nëpërmjet përzgjedhjes së thjeshtë rastësore nuk çon detyrimisht në vlerësime të njëanshme apo në mungesë saktësie.

Përzgjedhja e shtresëzuar rastësore: është vazhdim i përzgjedhjes së thjeshtë rastësore. Grupimi nga është bërë përzgjedhja sipas kësaj metode, ndahet më parë në kategori të veçanta ose nivele homogjene duke ju referuar vlerës apo riskut. Përzgjedhja e thjeshtë rastësore kryhet e veçantë në çdo nivel, por në disa nivele do të jetë më intensive sesa në disa të tjera. Në këto raste, mund të përdoret testimi 100% në një ose më shumë nivele.

Testimi 100%: Kontrolluesi mund të përdorë testimin 100% për të kontrolluar një grup transaksionesh brenda një fushe të përcaktuar për të cilën ata mendojnë se ka një ndjeshmëri të lartë ose një risk të veçantë. Testimi 100% në një fushë të përcaktuar konsiderohet si pa efektivitet për shkak të kostos së tij. Kontrolluesit duhet të identifikojnë një grup relativisht të vogël veprimesh .

Përzgjedhja rastësore: Përzgjedhja e rastësishme arrihet me anë të programeve kompjuterike apo numërimit të të gjithë transaksioneve dhe proceseve mbi të cilët përdoret një numër i rastësishëm që përzgjedh modelin për rishikim pa ndonjë anësi të qëllimshme.

3.2.3 Dokumente të Kontrollit të PAK

Dokumentet specifike të kontrollit përfshijnë por nuk kufizohen sa më poshtë:

Akt Konstatimi

Është dokumenti në të cilin kontrolluesit evidentojnë gjetje specifike të kontrollit. Akt konstatimi është një dokument i njëanshëm i kontrolluesit në të cilin evidentohet shkresërisht se çfarë ka konstatuar kontrolli gjatë shqyrtimit të dokumentacionit dhe nuk kërkon domosdoshmërisht prezencën e punonjësit të QSH /ZAPVAK /NjA të kontrolluar.

Akt Konstatimi :

- a) është një dokument i cili përfaqëson të gjithë punën e kontrolluesit mbi dokumentacionin dhe informacionin e vënë në dispozicion.
- b) Ai hartohet dhe duhet të përmbajë:
 1. Datën e hartimit të akt konstatimit.
 2. Pikën e programit të kontrollit në bazë të së cilës është hartuar ky akt konstatim.
 3. Dokumentacionin që kontrolluesi ka shqyrtuar për nxjerrjen e këtyre konstatimeve.
 4. Çfarë ka konstatuar kontrolluesi.
 5. Konkluzionet e kontrolluesit.
 6. Baza ligjore e nënligjore që është shkelur nga veprimet apo mosveprimet e QSH /ZAPVAK /NjA .
 7. Dëmi ekonomik i shkaktuar dhe sqarimi se çfarë përfaqëson ky dëm ekonomik.
 8. Personat përgjegjës në lidhje me këto veprime apo mosveprime të kundraligjshme.
 9. Nënshkrimin e kontrolluesve hartues të akt konstatimit.

Kopje e dokumenteve të kontrollit, respektivisht, depozitohen dhe protokollohen në zyrën e protokoll-arkivit të QSH /ZAPVAK /NjA të kontrolluar.

FORMAT 3.2.3

AKT KONSTATIMI Nr. ____

Për _____

(objekti i mbajtjes së Akt-Konstatimit, me shkrim Italic)

Mbajtur në datë / /

Mbi kontrollimin e ushtruar në bazë të programit të kontrollit nr. _____, datë / /

Në zbatim të pikës _____ të programit të kontrollit “Nr. ___Datë ___” u shqyrtua dokumentacioni si më poshtë:

1) _____

2) _____

Nga shqyrtimi i dokumentacionit të sipërcituar konstatohet që:

Nga ana e subjektit _____ nuk janë zbatuar përcaktimet ligjore për sa i përket veprimtarisë _____ referuar nenit, shkronja, pika të Ligjit nr. ,datë / / “”, apo VKM-së, pikë, ku përcaktohet që : *“Teksti i plotë dhe i saktë i nenit që po merret si referencë ligjore, i vendosur në kuadrat dhe me italic.”*

Nga kontrolli i kryer rezultoi që _____

Konstatimi i mësipërm, evidentohet më konkretisht në tabelën e mëposhtme (nëse shihet e nevojshme te hartohet rast pas rasti):

1) _____

2) _____

Sa më sipër arrihet në konkluzionin që:

1) _____

2) _____

Veprimet e mësipërme bien në kundërshtim me përcaktimet ligjore e nënligjore të bëra në:

1)Ligjin _____

2)VKM _____

3)Udhëzimin _____

4) Rregulloren _____

5) Urdhrin _____

Vlera prej _____ Lekë, e cila përfaqësondo të konsiderohet si dëm ekonomik shkaktuar Buxhetit të Shtetit (nese ka).

Për veprimet dhe mosveprimet e mësipërme ngarkohen me përgjegjësi:

1) Z./Znj.me detyrë, në cilësinë e _____

2) Z./Znj.me detyrë, në cilësinë e _____

<u>KONTROLLUESI</u>	<u>PËRFAQËSUESIT E SUBJEKTIT</u> (Personat që iu adresohet Akt Konstatimi)
Emër MBIEMËR	Emër MBIEMËR

3.2.4 Shënimet e punës gjatë kontrollit

Shënimet e punës gjatë kontrollit janë tërësia e dokumentacionit të përgatitur gjatë fazës së planifikimit që do të ndihmojë kontrolluesin të dokumentojë procesin e kontrollit dhe konstatojë gjetjet. Konkretisht:

1. Shënimet³ e punës duhet të jenë të detajuara për të dhënë një pamje të qartë të punës së kryer, informacionet e marra dhe konkluzionet e arritura.
2. Përmbajtja dhe sistemimi i shënimeve të punës pasqyron shkallën e aftësisë, përvojës dhe njohurive të kontrolluesit.
3. Të mundësojnë të tretët (kontrollues të tjerë) të kuptojnë në thellësi punën e kryer, provat e marra dhe konkluzionet e nxjerra.
4. Shënimet e punës përfshijnë: shënimet e kontrolluesit, dëshmitë, intervista të marra nga të kontrolluarit, pyetësorët, tabela, matrica dhe informacione të tjera në formë shkresore dhe informacione të përftuara në rrugë elektronike (sistemi elektronik i PAK, faqe zyrtare, komunikime etj), të cilat kontrolluesi i përdor si bazë për formimin e konkluzioneve të kontrollit.
5. Shënimet e punës duhet të identifikojnë elementët vijues por nuk kufizohen vetëm në:
 - a) Subjektin e kontrolluar, periudhën dhe objektin e kontrollit;
 - b) Datën në të cilën janë përgatitur dhe nënshkrimin e personit i cili i ka përgatitur;
 - c) Data në të cilën shënimet e punës janë rishikuar dhe nënshkrimin e rishikuesit;
 - d) Objektivi, natyra dhe niveli i punës së kryer dhe konkluzionet e arritura;
 - e) Të tregojnë datat kur janë pranuar dhe burimin e tyre;
 - f) Çështjet e paraqitura janë identifikuar dhe diskutuar me zyrtarët përkatës të subjektit të kontrolluar;
 - g) Konkluzionet janë nxjerrë si duhet nga dëshmitë/evidencat dhe provat mbështetëse etj.

Shënimet e punës duhet të respektojnë përcaktimet e Metodologjisë së Kontrollit të PAK. Në fund të sesionit shembuj të shënimeve të punës (orientuese).

3.2.5 Gjetjet e kontrollit

Gjetjet janë rezultate të fakteve (jo vetëm fakte) të përcaktuara dhe të rezultuara gjatë fazës së kontrollit.

Hartimi dhe komunikimi i gjetjeve është proces që kryhet gjatë zbatimit të programit të kontrollit deri në hartimin e raportit përfundimtar të kontrollit. Mund të ndodhë që gjetjet të rezultojnë edhe në fazën e planifikimit (psh gjetjet mbi procedurën e zbatimit të masave të rekomanduara në kontrollin e mëparshëm etj)

Gjetjet duhet të japin informacion të mjaftueshëm dhe të saktë mbi çështjet e trajtuara, për të bindur lexuesin/përdoruesin dhe të paraqiten në mënyrë të drejtë.

Formulimi i gjetjes/gjetjeve duhet të ketë formën dhe të prezantojë:

³ Rëndom gjendet me termin "Letrat e Punës"

- a) Kriteret e vlerësimit- ballafaqimi i ligjit/rregulloreve/udhëzuesve dhe faktin se çfarë duhet të ekzistojë sipas këtyre kriterëve;
- b) Situata-pasqyrimi i faktit/eve të gjetur gjatë kontrollit. Ndryshimi midis situatës aktuale të gjetur dhe kriterit të vlerësimit përbën deviacionin, gjetjen e kontrollit;
- c) Shkaku-arsyeja dhe faktorët që kanë ndikuar në ndryshimin midis situatës faktike dhe situatës së pritshme sipas kriterit të vlerësimit;
- d) Efekti- përcaktimi i ndikimit që ka sjellë deviacioni/shmangia duke përcaktuar (në se ka) dhe masën e dëmit/ndikimit financiar.

Të gjitha çështjet e kontrollit duhet të mbyllet me: gjetjet, konkluzionet dhe rekomandimet përkatëse. Çdo gjetje duhet të shoqërohet me një ose disa rekomandime, ose disa gjetje në një rekomandim.

Përpara përgatitjes së projekt raportit të kontrollit, grupi i kontrollit kërkon sqarime nga personi/personat përgjegjës për të pasur dijeni për çfarë është vërejtur si dhe faktorë të tjerë që kanë ndikuar në shfaqjen e mangësive të rezultuara.

Ndarja e detyrave gjatë procesit të kontrollit mundëson kryerjen me efikasitet të punës dhe menaxhimin më të mirë të kohës gjatë ushtrimit të kontrollit. Kontrolluesi dokumenton në formën e kërkuar të gjitha gjetjet dhe dokumentet mbështetës për rishikimin, kontrollin dhe sigurimin e cilësisë që kryhet gjatë dhe pas kontrollit.

3.2.6 Takimi Përmbyllës i Punës në Terren

Pas përfundimit të punës kontrolluese në terren, grupi i kontrollit bën ballafaqimin me stafin e subjektit të kontrolluar përfshirë: titullarin, drejtuesit dhe personat e tjerë të cilët janë cilësuar përgjegjës në çështje të ndryshme të kontrollit. Në takim duhet të marrin pjesë edhe persona të cilët janë cilësuar përgjegjës për çështje të kontrolluara, por kanë shkëputur marrëdhëniet e punës me subjektin e kontrolluar, por që duhet të njoftohen nga ky i fundit.

Në takim prezantohen vlerësimet e kontrollit për periudhën, objektin e kontrollit dhe diskutohet për problemet kryesore të konstatuara gjatë kontrollit. Këtu, sipas rastit dhe rëndësisë së kontrollit, mund të marrë pjesë edhe drejtori i strukturës së kontrollit.

Për zhvillimin e takimit përmbyllës në terren mbahet një protokoll i veçantë nga grupi i kontrollit, i cili pasi nënshkruhet nga të gjithë të pranishmit, bëhet pjesë e dosjes së kontrollit. Dokumentimi i takimit përshkruhet në formatin në fund të sesionit.

3.3 Përgatitja e projekt raportit dhe raportit përfundimtar

3.3.1 Projekt Raporti i Kontrollit

Projekt raporti i kontrollit është dokument që:

- a) Evidenton në mënyrë të përmbledhur gjithë problemet që kanë dalë gjatë kontrollit,

- b) Në të përfshihet çdo fakt mbi të cilën janë mbështetur të dhënat e kontrollit,
- c) Prezanton gjetjet e kontrollit, konkluzionet dhe rekomandimet të vlerësuara dhe riskut të kontrollit, ligjshmërisë dhe evidencave faktike,
- d) I nënshtrohet rishikimit,
- e) Prezanton qartë (në mënyrë të dokumentuara) faktet, shifrat dhe gjetjet.

Projekt raporti i kontrollit hartohet sipas Formatit në fund të sesionit dhe përmban:

- a) Titullin e Projekt Raportit – për të ndihmuar lexuesin/përdoruesin që ta dallojë atë nga deklaratat dhe informacionet e lëshuara nga të tjerët;
- b) Marrësin e Projekt Raportit-subjektin e kontrolluar dhe personat të cilëve iu adresohet;
- c) Objektivat dhe qëllimin e kontrollit-për të kuptuar qëllimin, shtrirjen e fushëveprimin e kontrollit;
- d) Identifikimi i çështjes. Projekt Raporti duhet të identifikojë subjektin e kontrolluar. Kjo përfshin informacion mbi kushtet ose aktivitetet që maten ose vlerësohen sipas kriterëve të vlerësimit si dhe burimet e përdorura /të cituara;
- e) Fushëveprimin – për të treguar se deri në çfarë mase është shtrirë kontrolli;
- f) Përgjegjësitë e subjektit të kontrolluar lidhur me çështjen nën kontroll (në varësi të llojit të kontrollit);
- g) Përgjegjësitë e kontrolluesve;
- h) Kriteret e vlerësimit - Identifikon legjislacionin bazë e dytësor, dhe/ose dispozita të tjera, për kryerjen e vlerësimeve gjatë kontrollit;
- i) Përmbledhjen e punës së kryer;
- j) Të gjitha rezultatet e kontrollit jepen në mënyrë të përmbledhur në një seksion të veçantë. Përmbledhja evidenton në mënyrë të përgjithshme të gjitha problematikat që kanë dalë gjatë ushtrimit të kontrollit, duke i radhitur dhe grupuar ato sipas prioriteteve dhe çështjeve e nënçështjeve të përcaktuara në programin e kontrollit. Në të përfshihen të gjitha gjetjet e kontrollit të vlerësuara për sa i përket ligjshmërisë dhe zbatimit të tij nga subjekti që kontrollohet. Në Projekt Raport, trajtimi i çështjeve do të ndjekë rrjedhën e përcaktuar në programin e kontrollit;
- k) Gjetjet dhe rekomandimet;
- l) Rekomandimet duhet të klasifikohen sipas nivelit të rëndësisë;
- m) Konkluzionet dhe opinioni i kontrollit.
- n) Nënshkrimi/firma dhe data. Projekt raporti (një kopje) duhet të nënshkruhet me initiale në çdo faqe dhe në mënyrë të plotë në faqen e fundit nga çdo anëtar i grupit të kontrollit. Ky dokument përmban edhe datën në të cilën është përfunduar.

Në projekt raport duhet të cilësohet se grupi i kontrollit ka ndjekur procedurat e duhura për përcaktimin e gjetjeve si dhe dokumentimin e këtyre gjetjeve me dokumentet respektive të mbajtura me personat përgjegjës.

-
- Në projekt raportin e kontrollit duhet të deklarohet që përgjegjësia e kontrolluesit është të shprehë konkluzionin dhe një opinion mbi çështjen që është nën kontroll (sipas llojit të kontrollit).

Rishikimi i projekt raportit të kontrollit bëhet: a) nga vetë grupi i kontrollit gjatë konsultimeve; b) nga drejtori i strukturës kontrolluese.

Raporti i kontrollit duhet të shprehë qartë faktin që kontrolli është bërë në përputhje me Metodologjinë e Kontrollit në PAK.

FORMAT 3.3.1

PROJEKT-RAPORT KONTROLLI

Për Kontrollin e ushtruar në“ ”(Subjekti i Kontrollit)

(formatimi: Margins “Normal” – Top, left right – 2.5 ndersa bottom 2, size A4, font TNR 12, linjézimi majtas, hapësira mes rreshtave multiple 1.15, hapësira mes paragrafëve 6 vetëm pas paragrafit)

I. HYRJA

Përshkrimi i shkurtër:

Baza ligjore, afati i kryerjes së kontrollit, subjekti i kontrolluar, periudha që u kontrollua (nga muaji viti deri në muajin vitin), grupi i kontrollit, personat që u kontrolluan, objektivat dhe qëllimi, Identifikimi i çështjes/ve të kontrolluara, Përgjegjësitë e strukturave drejtuese të subjektit të kontrolluar lidhur me çështjet nën kontroll, Përgjegjësitë e kontrolluesve, kriteret e vlerësimit (legjislacioni e të ngjashme).

II. PËRSHKRIMI I KONTROLLIT

a) Përshkrim i shkurtër i kontrollit. Në këtë rubrikë jepet një informacion i përgjithshëm mbi: historikun, veprimtarinë, kuadrin legjislativ mbi të cilin e ushtron aktivitetin e tij subjekti i kontrolluar, pse ishte i rëndësishëm kontrolli.

b) Objektivi/at, qëllimi dhe fusha e veprimit të kontrollit.

III. GJETJET DHE REKOMANDIMET

Gjetjet ndjekin linjën e drejtimeve/çështjeve të kontrollit. Për çdo gjetje prezantohet fusha e veprimit ku ka rezultuar shkelja, kur ka ndodhur, situata, krahasimi me bazën ligjore, efekti, shkaku përse ka ndodhur kjo situatë, personat përgjegjës.

Shembull: Çështja e parë në programin e kontrollit është “zbatimi i rekomandimeve të lëna”. Atëherë ky sesion nis me “gjetje mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna” dhe shtjellohet ecuria e zbatimit të rekomandimit, bazën ligjore, situatë në momentin e kontrollit, arsyet e mos realizimit (nëse ka) dhe motivin, personat përgjegjës etj.

Për përmirësimin e gjendjes propozohen rekomandimet dhe marrja e masave. Rekomandimet duhet të jenë konkrete, të realizueshme, të përmbledhura, të qarta, të propozojnë çfarë duhet bërë, kush duhet ta bëjë dhe kur. Afatet mund të jenë “në vazhdim”, “menjëherë”, “brenda datës xxxx”)

Masat mund të jenë administrative, për shpërblim dëmi, për eliminimin e efekteve negative të konstatuara në zbatimin e legjislacionit të PAK, etj.

IV. KONKLUZIONE DHE OPINIONI I KONTROLLIT

Në këtë seksion jepet konkluzioni i përgjithshëm i kontrollit, duke u mbështetur në gjetjet e përmendura në seksionin III.

V. ANEKSE

Seksioni "Aneke" është shumë i rëndësishëm dhe shërben për të vendosur tabela, pasqyra etj të cilat argumentojnë gjetjet dhe komentet e trajtuara në trajtë narrative (përshkuese) në Projekt raport. Aneket janë pjesë përbërëse e Projekt Raportit të kontrollit ku në mënyrë më të hollësishme trajtohen çështje të caktuara. Këto anekse emërtohen me numër rendor dhe vendosen në fund të Projekt Raportit të kontrollit, duke i emërtuar sipas drejtimeve (pikave) të programit të kontrollit, pra secili drejtim (pikë) ka anekset e veta, me numër rendor sipas pikës, dhe fraksione sa të jenë anekset.

VI. DOKUMENTACIONI SHOQËRUES

Pjesë përbërëse e Projekt Raportit të kontrollit është dhe dokumentacioni i mbajtur si më poshtë: (vendosen numrat e akt - konstatimeve, procesverbaleve dhe akt-verifikimeve):

a. Akt konstatime:

1. Akt Konstatimi nr. __, datë __. __. 201__ "....."
2. AktKonstatim nr. __, datë __. __. 201__ "....."

b. Vlerësime sociale

...

Për sa më sipër paraqitet ky Projekt Raport Kontrollimi.

Grupi i kontrollit

Emër, mbiemër

Nënshkrimi

Subjekti i kontrolluar

Emër, mbiemër

Nënshkrimi

3.3.2 Komunikimi i Projekt Raportit të Kontrollit

Projekt Raporti i kontrollit përgatitet brenda 10(dhjetë) ditëve kalendarike (në varësi të volumit të punës, potencialit të gjetjeve, specifikave të subjektit, etj.) nga përfundimi i kontrollit në terren.

Projekt Raporti i Kontrollit hartohet në 3 (tre) kopje dhe nënshkruhet nga të gjithë anëtarët e grupit të kontrollit dhe drejtori i strukturës së kontrollit (kur ky i fundit merr pjesë në kontroll), nga të cilat 1 (një) kopje mbahet në Zyrën e Protokoll Arkivës bashkëlidhur shkresës së dërgimit, ndërsa 2 (dy) kopje i dërgohen subjektit të kontrolluar për komente me shkresë përcjellëse nënshkruar nga Drejtori i Përgjithshëm.

Në shkresën përcjellëse i kërkohet subjektit të kontrolluar, që brenda 10 ditëve kalendarike nga data e marrjes së projekt raportit të kontrollit të kthejë 1(një) kopje të Projekt Raportit të bashkëshoqëruar me një deklaratë të nënshkruar nga Titullari/personi i autorizuar prej tij që konfirmon njohjen me Projekt Raportin e kontrollit, si dhe komentet dhe shpjegimet apo observacionin nga personat përgjegjës, nëse ka. Në rast të kundërt Projekt Raporti konsiderohet i mirëqenë.

Përgjegjësi i grupit është përgjegjës për ndjekjen e kthimit të përgjigjes nga subjekti i kontrolluar brenda afatit 10 ditor.

3.3.3. Komente të Subjektit të Kontrolluar

Pas marrjes së komenteve dhe shpjegimeve me shkrim, nga subjekti i kontrolluar, grupi i kontrollit i përfshin ato në raportin e kontrollit.

Trajtimi i komenteve dhe shpjegimeve të subjektit në lidhje me gjetjet e evidentuara paraqiten në Raportin e Kontrollit në një seksion të veçantë ose shoqërojnë Raportin Përfundimtar të Kontrollit si aneks i tij.

Trajtimi i komenteve dhe shpjegimeve të subjektit bëhet rast pas rasti për çështjet e komentuara. Fillimisht prezantohen komentet e subjektit të kontrolluar. Më pas jepet qëndrimi i kontrolluesit (referuar bazës ligjore) për shkeljen dhe përcaktimi i qartë i grupit të kontrollit nëse merret parasysh komenti ose jo.

Grupi i kontrollit bashkëpunon me sektorin juridik/juristin kur komentet e strukturës së kontrolluar janë në kundërshtim apo konflikt me gjetjet, konkluzionet ose rekomandimet në Projekt Raport.

Grupi i kontrollit duhet të ndryshojnë projekt raportin kur nevojitet, nëse komentet vlerësohen të pranueshme dhe të mbështetura në ligj.

3.3.4 Raporti Përfundimtar i Kontrollit

Në përfundim të çdo kontrolli, brenda 10(dhjetë) ditëve pune nga data e marrjes së komenteve mbi Projekt Raportin nga subjekti i kontrolluar, grupi i kontrollit përgatit me shkrim raportin përfundimtar të kontrollit.

Raporti Përfundimtar i Kontrollit hartohet në jo më shumë se 5 kopje origjinale.

Sipas legjislacionit në fuqi për komunikimin zyrtar dhe elektronikisht, (në formë shkresore ose me email) raporti përfundimtar i kontrollit u dërgohet :

1. Kryetarit të Bashkisë;
2. Prefektit të qarkut;
3. Drejtorit të Përgjithshëm të Shërbimit Social Shtetëror;
4. Drejtorit Rajonal të Shërbimit Social Shtetëror;
5. Strukturës përgjegjëse në varësi të së cilës janë mjeku i familjes/mjeku specialist.

Një kopje mbahet në protokollin e institucionit.

Kopja që mbahet në protokoll nënshkruhet në çdo faqe nga të gjithë anëtarët e grupit të kontrollit dhe drejtori, ndërsa kopjet e tjera nënshkruhen nga titullari i institucionit SHSSH/DRSHSSH.

Bazë për hartimin e raportit përfundimtar të kontrollit shërbejnë Projekt Raporti i kontrollit (ku janë reflektuar në të komentet e shpjegimet e subjektit të kontrolluar), rezultatet e takimit përmyllës në nivelet drejtuese dhe përgjigjet e argumentuara ligjërisht nga grupi i kontrollit.

Raporti i kontrollit duhet të jetë i paanshëm, objektiv, i drejtë dhe konstruktiv dhe duhet të përmbajë informacion të përmbledhur në anekse, tabela etj (nëse ka). Ai duhet të jetë i lehtë për tu kuptuar dhe të mos ketë paqartësi ose dy kuptueshmëri, të përfshijë vetëm informacionin që është mbështetur nga evidencat përkatëse edhe të përshtatshme të kontrollit.

Raporti përfundimtar i kontrollit duhet të jetë:

- a. I plotë – duhet të ketë të gjithë informacionin e nevojshëm që të përmbushë objektivat e kontrollit, të garantojë një kuptim të mjaftueshëm dhe të qartë mbi gjendjen në subjektin e kontrolluar dhe të përmbushi kërkesat e raportit.
- b. I saktë – evidencat e paraqitura janë të vërteta dhe gjetjet janë përshkruar drejtë.
- c. Objektiv – i gjithë raporti duhet të jetë i ekuilibruar në përmbajtje dhe në tonin e shprehur, duhet të jetë i drejtë dhe jo çorientues, duke paraqitur rezultatet e kontrollit në mënyrë të paanshme dhe jo me tendenciozitet, duke ekzagjeruar ose mbivlerësuar performancën e dobët të subjektit të kontrolluar.
- d. I bindshëm – raporti duhet të jetë i mjaftueshëm në mënyrë që lexuesi të bindet dhe të njihet me vlefshmërinë e gjetjeve, të gjykojë mbi konkluzionet dhe çfarë mund të përfitohet nga zbatimi i rekomandimeve të lëna nga grupi i kontrollit.
- e. I qartë – raporti duhet të jetë i lehtë dhe i kuptueshëm për lexuesin, të shkruhet në një gjuhë sa më të qartë dhe të thjeshtë sipas temës që kontrollohet.
- f. Konciz/i përmbledhur – nuk duhet të jetë më shumë i gjatë nga sa është e nevojshme për të mbështetur mesazhin përfundimtar.

g. Pamje të përshtatshme-të përmbajë foto (për vlerësimet sociale apo verifikime në terren), tabela për të paraqitur gjetjet në mënyrë më të kuptueshme për subjektin (lexuesin), etj

FORMAT 3.3.4

RAPORT PËRFUNDIMTAR I KONTROLLIT

(Titulli dhe lloji i kontrollit)

“.....”

I. TE DHËNA MBI KONTROLLIN

Ky seksion përmban bazën ligjore për realizimin e kontrollit, ecurinë e kontrollit dhe metodologjinë e përdorur nga grupi i kontrollit.

Baza ligjore, afati i kryerjes së kontrollit; subjekti i kontrolluar; periudha që u kontrollua (nga muaji viti deri në muajin vitin); grupin e kontrollit; personat që u kontrolluan; Objektivat dhe qëllimi i kontrollit; metodologjia e përdorur; identifikimi i çështjes/ve të kontrolluar; përgjegjësitë e strukturave drejtuese të subjektit të kontrolluar lidhur me çështjet nën kontroll; përgjegjësitë e kontrolluesve; kriteret e vlerësimit (legjislacionin dhe aktet nënligjore, udhëzime, urdhra, të tjera të ngjashme që janë përdorur për realizimin e kryerjes së kontrollit.

II. PËRSHKRIMI I KONTROLLIT

Përshkrimi i shkurtër i DRSHSSH/Bashkisë/Nj.A. që u kontrolluan për periudhën e kontrolluar: historiku, veprimtaria, kuadri legjislativ mbi të cilin e ushtron aktivitetin e tij subjekti i kontrolluar, pse ishte i rëndësishëm kontrolli; objektivi/at, qëllimi dhe fusha e veprimit të kontrollit.

III. GJETJET DHE REKOMANDIMET

Gjetjet ndjekin linjën e drejtimeve/çështjeve të kontrollit. Për çdo gjetje prezantohet fusha e veprimit ku ka rezultuar shkelja, kur ka ndodhur, situata, krahasimi me bazën ligjore, efekti, shkakun përse ka ndodhur kjo situatë, personat përgjegjës. Kërkohej një plan masash të realizuar nga subjekti që kontrollohet i cili të përmbajë të gjitha rekomandimet në një tabelë me listën e rekomandimeve dhe masat që janë marrë për realizimin e tyre, me personat përgjegjës dhe afatet. Kjo sipas raportit përfundimtar të lënë nga grupi i kontrollit të mëparshëm.

Shembull : Çështja e parë në programin e kontrollit është “zbatimi i rekomandimeve të lëna”. Ky sesion nis me “gjetje mbi zbatimin e rekomandimeve të lëna” dhe shtjellohet ecuria e zbatimit të rekomandimit, bazën ligjore, situata në momentin e kontrollit, arsyet e mos realizimit (nëse ka) dhe motivin, personat përgjegjës etj.

Gjetjet duhet të jenë të kuptueshme, të qarta, të përmbledhura. Ato shoqërohen me referencën ligjore të shkelur. Në Raportin Përfundimtar është e rëndësishme që çdo gjetje shoqërohet me referencën e saj në Projektin e Kontrollit.

Për përmirësimin e gjendjes propozohen rekomandime dhe marrjen e masave.

Rekomandimet duhet të jenë të përmbledhura, të qarta, të propozojnë çfarë duhet bërë, kush duhet ta bëjë dhe kur. Çdo rekomandim përcakton afate për realizimin e tij. Afatet mund të jenë “në vazhdim”, “menjëherë”, “brenda datës ___/___/___).

Masat mund të jenë masa administrative, masa për shpërblim dëmi, masa për eliminimin e efekteve negative të konstatuara në zbatimin e legjislacionit të PAK. Në aneksin x tabela analitike e masave për shkeljet prezanton një orientim por nuk kufizon.

IV. KONKLUZIONE

Konkluzionet shprehin opinionin e grupit të kontrollit bazuar në gjetjet dhe rekomandimet. Ato duhet të kenë referencën e trajtimit të gjetjes cituar si më poshtë : *"Sa më sipër trajtuar më hollësisht në faqet numër të Projekt Raportit të Kontrollit, rekomandojmë....."*

Në këtë seksion është e rëndësishme të përfshihet ndonjë kufizim i mundshëm apo faktorë të tjerë që mund të kenë ndikuar në punën e kontrolluesve.

KUJDES.Kjo pjesë duhet të përfshijë një mesazh, konkluzion të rezultatit të punës kontrolluese dhe në asnjë mënyrë nuk duhet të jetë përsëritje e paragrafëve të gjetjeve dhe rekomandimeve të përmendura më parë.

V. ANEKSE KONTROLLI

Seksionit "Aneke" do t'i kushtohet rëndësi e veçantë duke synuar vendosjen e tabelave dhe pasqyrave të cilat argumentojnë gjetjet dhe komentet e trajtuara në trajtë narrative (përshkuese) në Raportin Përfundimtar të Kontrollit. Anekset do të jenë pjesë përbërëse e Raportit Përfundimtar të Kontrollit ku në mënyrë më të zgjeruar do të trajtohen çështje të caktuara në mënyrë të hollësishme.

Aneke mund të jenë:

- 1-Akt-konstatime;
- 2-Verifikimet sociale;
- 3-Tabela e ndjekjes së rakordimeve me thesarin;
- 4-Raporte të dhëna të gjeneruara nga sistemi;
- 5-Shënime të punës së grupit të kontrollit;
- 6-Të tjera të ngjashme.

3.3.5 PROCESI I TRAJTIMIT TË RASTEVE QË DYSHOHEN SE PËRBËJNË ABUZIM DHE KORRUPSION NË SKEMËN E AFTËSISË SË KUFIZUAR

Korrupsioni përcaktohet si sjellje që mund të përfshijë mashtrim, vjedhje, keqpërdorim të pozitës apo autoritetit ose akte të tjera që janë të papranueshme që çojnë në keqorientimin e skemës së aftësisë së kufizuar (AK) dhe që mund të shkaktojnë keqpërdorim të fondeve të PAK, masë më të vogël/madhe përfitimi të aftësisë së kufizuar, nivel jo të saktë të aftësisë së kufizuar, përfitime të padrejta, përjashtimin nga përfitimi i aftësisë së kufizuar në rastet kur përmbushen kriteret e përfitimit, ulje të perceptimit të komunitetit për punën e Shërbimit Social Shtetëror (SHSSH) dhe politikat sociale shtetërore, si edhe humbje të besimit të komunitetit të SHSSH/MSHMS Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Korrupsioni mund të përfshijë elemente, të tilla si: shkelje të besimit dhe konfidencialitetit. Standardi mbi Kontrollin e Mashtrimit dhe Korrupsionit përcakton korrupsionin si veprimtari të pandershme në të cilën një drejtor, ekzekutiv, menaxher, specialist ose administrator shoqëror i një njësie vepron në kundërshtim me interesat e legjislacionit për PAK dhe abuzon me pozitën e tij të besimit për të arritur ndonjë përfitim ose avantazh personal për vete ose për një person ose subjekt tjetër. Korrupsioni shfaqet në dy forma, ai mund të jetë aktiv ose pasiv.

Mashtrimi. Mashtrimi mund të shihet si një derivat i korrupsionit dhe është një veprë e pandershme, e qëllimshme dhe e paramenduar që në veprim ose mosveprim, ka për qëllim për të përfituar nga pozita e

besimit ose autoritetit. Mashtrimi përfshin akte të tilla si: dhënien e deklaratave ose përfaqësimeve të rreme, manipulimi i informacionit, mashtrimi kriminal etj. Standardi mbi kontrollin e mashtrimit dhe korrupsionit përcakton mashtrimin si veprimtari të pandershme që shkakton faktikisht ose potencialisht shpërdorime të mundshme financiare, humbje të mundshme financiare nga punonjësit ose personat me aftësi të kufizuar. Kjo përfshin, gjithashtu, falsifikimin e qëllimshëm, fshehjen, shkatërrimin ose përdorimin e dokumentacionit të falsifikuar, të përdorur ose të destinuar për përdorim, për qëllime të përfitimit të padrejtë të AK.

Keqadministrimi i skemës së PAK. Keqadministrimi i skemës dhe fondeve të PAK është veprim administrativ i paligjshëm, arbitrar, i padrejtë, diskriminues ose i ndërmarrë për qëllime të padrejta dhe që ndikon dukshëm dhe negativisht në interesat e PAK dhe fondet buxhetore (keqadministrimi i fondit duke dhënë përfitime të padrejta/pagesa shtesë për kompensime si energjia, telefonia, transporti, paketa higjieno-sanitare, etj., pagesat e ndihmës personal, pagesat për arsimin, dhe përfitime të tjera në para, shërbime e natyrë.

Gabim është shkelja e paqëllimtë e rregullave të programeve ose përfitimeve, duke rezultuar në shumë e përfitimit të gabuar ose pagesat për një aplikues të papërshtatshëm. Ka dy raste gabimi: kur kryhet nga stafi dhe kur ndodh nga personi aplikues për përfitim të aftësisë së kufizuar. Gabime të stafit mund të shkaktohen për shkak të ngarkesës së stafit, mbështetjes dhe trajnimit jo adekuat, ndarjes ose mbivlerësimit të kontrollit të brendshëm; procedura të pamjaftueshme monitorimi ose raportimi; kompleksiteti i rregullave dhe procedurave, etj.

Gabime të aplikuesit mund të gjenerohen nga udhëzime të papërshtatshme / jo të plota mbi procesin e aplikimit.

Gabimi është i paqëllimshëm, ndërkohë që korrupsioni dhe mashtrimi janë të qëllimshëm.

SHSSH ndërton një politikë të trajtimit të rasteve që dyshohen se përbëjnë abuzim apo korrupsion si më poshtë:

1. Një kulturë e shëndoshë etike

SHSSH-ja angazhohet maksimalisht për një kulturë të shëndoshë dhe të qëndrueshme etike, përmes ndërgjegjësimit dhe trajnimit të stafit.

2. Angazhimi i lartë i drejtimit/menaxhimit

Drejtimi i lartë i SHSSH-së do të demonstrojë një nivel të lartë angazhimi për të kontrolluar rrezikun e mashtrimit dhe korrupsionit në skemën e AK.

3. Menaxhimi dhe ndërgjegjësimi i stafit

Çdo punonjës dhe drejtues duhet të ketë një ndërgjegjësim të lartë mbi mashtrimin dhe korrupsionin, si dhe mbi përgjegjësitë që derivojnë nëse ky lloj aktiviteti zbulohet apo dyshohet.

4. Planifikimi dhe kontrolli i mashtrimit dhe korrupsionit

SHSSH-ja do të përdorë metoda kontrolli për parandalimin, zbulimin dhe trajtimin e mashtrimit dhe korrupsionit, të cilat janë objekt rishikimi, në kohë. SHSSH do të përdorë të dhënat në Sistemin e Menaxhimit të Informacionit (SMI) për evidentimin e rasteve potencialisht abuzuese/mashtroese gjatë fazës së planifikimit të kontrollit.

5. Forcimi i kontrollit dhe kontrolleve të brendshme

SHSSH-ja do të realizojë kontrole efektive për zbatimin e legjislacionit të AK kundër rrezikut të mashtrimit dhe korrupsionit (Metodologjia e kontrollit të PAK; SMI-ja krijon mundësinë e pajisjes së specialistëve të kontrollit me llogari përdorimi dhe fjalëkalim).

6. Zbulimi i mashtrimit dhe korrupsionit

SHSSH-ja do të zbatojë sisteme që synojnë identifikimin e mashtrimit dhe korrupsionit në rast se mekanizmat e parandalimit dështojnë.

7. Mekanizmat e raportimit

SHSSH-ja siguron mjete adekuate për raportimin e sjelljes së paligjshme/joetike, kur është e dyshimtë ose e njohur dhe sigurohet që këto mjete janë tërësisht të njohura dhe të aksesueshme për stafin në çdo kohë, rrethanë dhe situatë.

8. Mbrojtja e personave që bëjnë raporte për mashtrim dhe korrupsion

SHSSH-ja do t'u sigurojë mbrojtje aktive (ruajtjen e anonimatit) atyre që raportojnë raste të dyshuara të mashtrimit dhe korrupsionit dhe do të sigurojë që kjo politikë të njihet dhe zbatohet nga stafet e saj.

9. Trajtimi i rasteve të mashtrimit ose korrupsionit të zbuluar ose të dyshuar

Objekt raportimi si raste të abuzimit dhe korrupsionit në proceset e aplikimit, vendimmarrjes, përfitimit dhe kontrollit janë:

Procesi i aplikimit në strukturat shëndetësore:

- Sjellja e mjekut të familjes/specialist;
- Sjellja e aplikuesve;
- Besueshmëria e deklaramentit të tyre.

Procesi i vendimmarrjes në komision:

- Respektimi i afateve ligjore;
- Verifikimi në rrugë elektronike dhe në formë shkresore para vendimmarrjes;
- Besueshmëria e të dhënave nga institucionet;
- Realizimi i intervistës.

Procesi i përfitimit të AK:

- Zbatimi i ligjit për dhënien e përfitimeve nga administratori shoqëror;
- Zbatimi i ligjit për referimin dhe monitorimin e marrjes së shërbimeve nga administratori shoqëror;
- Vizitat në shtëpi për marrjen e shërbimit të ndihmës personal nga administratori shoqëror;
- Verifikimi i rasteve të rezidentëve jashtë vendit.

Procesi i kontrollit të PAK nga DRSHSSH/DKP NE&PAK:

- Mospërdorimi i standardeve të dyfishta në trajtimin e çështjeve;
- Numri i kontrolleve të realizuara;
- Numri i shkeljeve;
- Rekomandimet e bëra dhe ndjekja e tyre.

Proces i trajtimit të ankesave:

1. Monitorimi dhe vlerësimi i skemës së PAK me fokus gabimet, abuzimet dhe mashtrimet

Sistemet e mbrojtjes shoqërore kërkojnë mekanizma monitorimi të institucionalizuar për të ndjekur performancën dhe për të mundësuar përshtatjen e kushteve të ndryshimit, nëse është e nevojshme. Nevoja për monitorim të rregullt të zbatimit dhe vlerësimit periodik, në veçanti përmes mbledhjes, përpilimit dhe analizës së të dhënave të skemës së PAK njihet nga standardet ndërkombëtare.

Skema e PAK monitorohet rregullisht për sa i përket efektivitetit, eficiencës dhe arritjes së objektivave. Për këtë arsye, SHSSH si institucioni përgjegjës për zbatimin e ligjit nr. 57/2019 “Për asistencën sociale në RSH” i kërkohet të raportojë për zbatimin në baza vjetore të legjislacionit. Një nga aspektet më të rëndësishme të efektivitetit, është ulja e rasteve korruptive (mashtimeve dhe abuzimeve me skemën e PAK dhe mirëadministrimi i fondeve buxhetore).

1.1 Sistemi i monitorimit dhe vlerësimit

Procesi i zbatimit të legjislacionit do të jetë procesi i realizimit të objektivave, ndër të cilat edhe atyre që lidhen me identifikimin dhe uljen e rasteve korruptive (abuzimeve dhe mashtimeve me skemën e PAK). Monitorimi dhe vlerësimi janë pjesë e të njëjtit proces, i cili mund të realizohet nga vetë institucioni përgjegjës për zbatimin e legjislacionit, në këtë rast SHSSH-ja, ose nga një organizatë tjetër e specializuar, si një proces që zhvillohet jashtë organizatës, por me përfshirjen e SHSSH-së që monitorohet dhe vlerësohet. Të dyja mënyrat do të ndihmojnë në vlerësimin e zbatimit të legjislacionit, për të matur nivelin e realizimit të objektivave të tij në proces, për të vlerësuar nevojën për ndryshime dhe për të përcaktuar ndryshimet, veçanërisht në lidhje me uljen e rasteve abuzive.

Dimensionet kryesore të monitorimit dhe vlerësimit të skemës së PAK janë:

- Kapacitetet menaxhuese institucionale të skemës së PAK në të tri nivelet (qendror, rajonal dhe lokal) si në strukturat sociale edhe ato shëndetësore;
- Treguesit e monitorimit, si pjesë e të gjitha fazave (që nga faza e aplikimit deri në fazën e akordimit dhe tërheqjes së pagesës nga ana e PAK);
- Burimet e informacionit dhe instrumentet matëse;
- Mekanizma të zhdërvjellët për raportimin e rasteve abuzive dhe korruptive;
- Shpërndarja dhe përdorimi i rezultateve të monitorimit dhe vlerësimit.

1.1.1 Kapacitetet institucionale për monitorim dhe vlerësim

Sistemi i monitorimit dhe vlerësimit do të shtrihet në të gjitha institucionet përgjegjëse për zbatimin e legjislacionit të AK, për realizimin e objektivave të përcaktuar nga politikat e mbrojtjes sociale, si pjesë e strategjisë së Mbrojtjes Sociale 2020–2023 dhe planit të saj të veprimit.

SHSSH-ja përmes drejtorisë rajonale është bartësi kryesor dhe përgjegjës për parandalimin dhe uljen e numrit të rasteve të abuzimit, mashtrimit dhe korrupsionit. Drejtoria e Kontrollit të Pagesave të NE&PAK monitoron treguesit, si dhe ndërmerr veprime për vlerësimin e efektivitetit të skemës së PAK. Në fund të çdo viti, duhet të përgatishë një raport profesional mbi “Gjetjet dhe Rekomandimet” e dala nga aktet e kontrollit, por edhe nga raportet e vlerësimit, raport i cili do t’i paraqitet për miratim drejtorit të përgjithshëm të SHSSH-së dhe më pas ministrisë përgjegjëse për çështjet sociale, në formën e rekomandimeve/propozimeve për ndryshime të politikave.

1.1.2 Treguesit e monitorimit, si pjesë e të gjitha fazave (që nga faza e aplikimit deri në fazën e akordimit dhe tërheqjes së pagesës nga ana e PAK)

Ky grup treguesish nuk është shterues por duhet të konsiderohet elementar për performancën e skemës së PAK.

- % e fondit të abuzuar kundrejt fondit të shpenzuar për PAK;
- Raporti i dëmeve të shkaktuara;
- Raporti i kërkesave të refuzuara;
- Raporti i rasteve që ri-futen në skemë;
- Shpejtësia e zgjidhjes së kërkesave;
- Raporti i ankesave;
- Raporti i mbajtjes së stafit;
- Kostoja/përfitimi - % e fondeve të shpenzuara për menaxhimin e skemës kundrejt fondeve të shpenzuara për PAK.

Disa nga treguesit e mësipërm nuk kanë lidhje drejtpërdrejt me abuzimin, por p.sh., në rastet kur për menaxhimin dhe operacionalizimin e skemës shpenzohet më shumë se për PAK, atëherë gjykohet që këtu ka një gabim. Në këtë rast është e vlefshme metoda e “vlerësimit të ndikimit”.

Numri i të dhënave të aksesueshme për publikun -transparenca- çdo llogaritje, procedurë, mbledhje e të dhënave dhe raport, duhet të ndjekë parimin e transparencës, me qëllim që të sigurohet informacion i vlefshëm dhe i saktë, për të përmirësuar proceset dhe për të rritur besueshmërinë. Kjo do të thotë që jo vetëm të kesh më shumë të dhëna në dispozicion, por edhe t’i bësh të dhënat më të kapshme dhe të kuptueshme për publikun.

1.1.3 Burimet e informacionit dhe instrumentet matës

Burime të informacionit kategorizohen në: i. burime të marra nga SMI; ii. ofruesit e shërbimeve (mjekët, komisioni, administratorë shoqërorë); iii. Përfitues ose jo përfitues të AK; iv. media, shoqëria civile etj. Referoju formatit të raportimit të mashtrimit në aneksin nr. 3.3.5 /1.

1.1.4 Mekanizma të zhdërvjellët për raportimin e rasteve abuzive dhe korruptive

Raportimi për rastet abuzive dhe korruptive realizohet nëpërmjet konsolidimit të mekanizmave të raportimit nëpërmjet standardizimit, të: i. kontroleve; ii. procedurës së ndjekjes së zbatimit të rekomandimeve të bëra; iii. praktikës së denoncimit të rasteve abuzive.

1.1.5 Shpërndarja dhe përdorimi i rezultateve të monitorimit dhe vlerësimit

Rezultatet e monitorimit dhe vlerësimit të skemës së PAK shpërndahen për të informuar institucionet përgjegjëse për zbatimin e skemës si dhe publikun, për progresin e bërë në zbatimin e të drejtës së PAK për mbështetje në para, natyrë dhe shërbime, nëpërmjet skemës së PAK, por edhe të rasteve abuzive (si të PAK ashtu edhe të mjekëve, komisionit, administratorëve) të identifikuar gjatë kontrollit dhe vlerësimit. Pas hartimit të raporteve, institucioni kryesor përgjegjës për shpërndarjen e rezultateve është SHSSH, respektivisht DKPNE&PAK. Publikimi i rezultateve do të bëhet përmes faqes zyrtare të internetit të SHSSH-së, por edhe nëpërmjet organizimit të seminareve dhe tryezave të rumbullakëta, ku mund të shkëmbehen eksperiencat ndërmjet institucioneve pjesë përbërëse të sistemit por edhe jashtë tij, mbi parandalimin dhe uljen e rasteve të abuzimit.

2. Ngritja e sistemit të monitorimit dhe vlerësimit

SHSSH-ja dhe institucionet relevante që janë përcaktuar nga ligji si pjesëmarrës në administrimin e skemës së PAK, apo si ofrues të dhënash për efekt të zbatimit të ligjit, duhet të jenë pjesë e sistemit të monitorimit dhe vlerësimit të skemës së PAK. Ato duhet të ngrënë ose të ndihmojnë në ngritjen e mekanizmave të menaxhimit të ankesave në të gjitha nivelet e administrimit. Këta mekanizma duhet të funksionojnë si në rastet e kërkesave/ankesave/apelimeve të bëra nga qytetarët në mënyrë të drejtpërdrejtë institucionit, ashtu edhe në rastet kur këto ankesa /kërkesa/apelime i drejtohen platformave si ajo e “bashkëqeverisjes” apo platformave të tjera të ngritura në ndihmë të qytetarëve.

2.1 Rastet potenciale të abuzimeve dhe mashtrimeve me skemën e PAK

2.1.1 Subjekti abuzues “Përfituesi PAK”:

- PAK nuk është rezident në Shqipëri dhe nuk provon që ka qëndruar për më shumë se tre muaj jashtë vendit për arsye shëndetësore;
- PAK refuzon të kryejë ekzaminimet e kërkuara/mjekimin e rekomanduar/marrjen e shërbimit të rekomanduar;
- PAK kompromenton mjekun, antarin/ët e komisionit, administratorin shoqëror për të përfituar në mënyrë të padrejtë;
- Dokumentacioni për rivlerësim nuk paraqitet sipas afateve të përcaktuara në rregulloret e organizimit, të drejtave, detyrave dhe funksionimit të komisioneve të vlerësimit.

2.1.2 Subjekti abuzues administratori shoqëror/zyrtari:

- Administratori me dashje nuk informon zyrën e vlerësimit për ndryshimin e gjendjes së personit me aftësi të kufizuara;
- Administratori me dashje nuk bën evidentimin dhe verifikimin e rasteve të personave që përfitojnë në kundërshtim me legjislacionin në fuqi, informimin e strukturave përgjegjëse të shërbimit social shtetëror për të kryer verifikimet me institucione të tjera, si dhe për vendndodhjen e tyre, kur ka dijeni;
- Administratori me dashje nuk ndërpret pagesën e aftësisë së kufizuar për personat që qëndrojnë jashtë vendit për më shumë se 3 muaj, pa shkaqe të arsyeshme;
- Administratori nuk vepron në rastet kur ka dijeni se PAK nuk është rezident në Shqipëri.

2.1.3 Subjekti abuzues KSHVAK gjatë vendimmarrjes:

- Mos respektimi i afateve kohore gjatë vendimmarrjes;
- Vendimmarrje pa përfunduar procesi i verifikimit në rrugë elektronike dhe manuale;
- Vendimmarrje pa paraqitjen e PAK para komisionit;
- Vendimmarrje jo në përputhje / jashtë kritereve bio-psiko-sociale;
- Vendimmarrje me mungesë dokumentacioni mjekësor / administrativ;
- Vendimmarrje jashtë kritereve ligjore.

2.1.4 Subjekti abuzues Institucioni:

Mungesë të dhënash ose të dhëna jo të sakta të ofruara nga institucionet. Një tjetër mangësi është mungesa e të dhënave të besueshme dhe të hapura ndaj publikut lidhur me punën e institucioneve qeveritare, veçanërisht në lidhje me luftën kundër korrupsionit. Informacioni dhe statistikati ose nuk janë mbledhur, ose nuk janë në dispozicion për publikun, ose mblidhen në mënyrë aq rastësore sa nuk lejojnë

monitorim dhe analizë. Një ndihmesë të madhe këtu japin organizatat jo-qeveritare (shoqëria civile) të cilat kanë ndjeshmëri për çështje të veçanta (respektimin e të drejtave të njeriut).

2.1.5 Subjekti abuzues Mjeku i familjes/specialisti:

- Referim i rasteve jashtë kriterëve bio-psiko-sociale;
- Referim i rasteve me mungesë ekzaminimesh sipas përcaktimeve në kriteret bio-psiko-sociale;
- Referim i pacientëve që nuk janë nën juridiksionin e qendrës shëndetësore / të regjistruar pranë qendrës shëndetësore;
- Mosaplikim i sistemit shëndetësor të referimit;
- Rëndim i gjendjes shëndetësore, kur kjo nuk përputhet me gjendjen e përgjithshme klinike të pacientit.

3. Sistemi i treguesve të Monitorimit të Korrupsionit dhe Mashtrimit me Legjislacionin e AK

Nga paragrafi i mësipërm, kuptojmë që rastet e korrupsionit/abuzimit dhe mashtrimit me skemën e PAK janë raste të bazuara, në i: eksperiencë; ii. qëndrim; dhe iii. perceptim. Për këtë arsye, gjatë procesit të identifikimit, evidentimit dhe raportimit të rasteve, duhen përdorur metodat dhe instrumentet relevante për vlerësimin e tyre. Kështu, në rastet e korrupsionit të bazuar në eksperiencë, metoda më e mirë për identifikimin e rastit, është kontrolli dhe përgjigja më efektive për reduktimin e këtyre rasteve bazuar në masat e parashikuara nga ligji. Në rastin e korrupsionit të bazuar në qëndrim, mënyra më e mirë për të matur dhe evidentuar rastet është metoda e vlerësimit me pyetësor e kombinuar me metodën e kontrollit dhe verifikimit aty ku ka raste potenciale të abuzimit /mashtrimit. Në rastin e tretë, atë të perceptimit, sondazhi dhe masat sensibilizuese dhe informuese për publikun janë ato më efektivet.

3.1 Indikatorët e korrupsionit dhe mashtrimit bazuar në eksperiencë. Referoju aneksit nr.3.3.5 / 2, për indikatorët e korrupsionit dhe mashtrimit.

Këta indikatorë realizohen/identifikohen dhe maten nëpërmjet akteve të kontrollit apo denoncimeve dhe verifikimeve të rasteve. Këta janë indikatorë sasiorë dhe mbi numrin e tyre gjykohet për ndryshime të mundshme në skemë dhe legjislacion :

- Numri i rasteve të “Presionit për korrupsion” (identifikuar dhe evidentuar nga mjeku, administratori apo denoncuesi, nëpërmjet mekanizmave të denoncimit të rasteve);
- Numri i rasteve të përfshirjes në korrupsion (identifikuar gjatë kontrollit apo denoncuar dhe më pas vërtetuar nga verifikimet e bëra nga strukturat kompetente);

3.2 Indikatorët e korrupsionit bazuar në qëndrim

Këta indikatorë maten nëpërmjet sondazheve gjatë vlerësimit të skemës së PAK. Indikatorët në këtë rast janë indikatorë cilësorë dhe sasiorë:

- Njohja (identifikimi) i rasteve korruptive /mashtrimit;
- Pranimi i rasteve. Gjatë sondazhit, të intervistuarit tregojnë një farë tolerance ndaj akteve korruptive dhe abuzimit;
- Ndjeshmëria. Të intervistuarit nuk vlerësojnë që abuzimi me skemën e PAK është një abuzim i vërtetë për shkak të “shumave të vogla” që mund të përfitojnë padrejtësisht.

3.3 Perceptimet ndaj korrupsionit

Këta indikatorë bazohen në perceptime të përgjithshme të të intervistuarve, të pavërtetuara dhe të paevidentuara. Matja e këtyre rasteve shërben në procesin e ndërgjegjësimit të familjeve, publikut dhe administratorëve /zyrtarëve, në lidhje me:

- Mundësinë e presionit;
- Korrupsionin e zyrtarëve;
- Politikën antikorrupsion.

3.3.1. Rasti bazohet në eksperiencën për të bërë korrupsion:

- Kur qytetarët i bëjnë pagesa informale mjekut, anëtarit të komisionit, administratorit shoqëror kundrejt përfitimit të padrejtë të AK;
- Kur mjeku, anëtari i komisionit, administratori ka kërkuar ryshfet kundrejt rregullimit të dokumenteve.

3.3.2. Qëndrimi ndaj korrupsionit (qytetarëve dhe zyrtarëve):

- Identifikimi dhe matja e nivelit të njohjes së qytetarëve mbi modelet e sjelljes korruptive;
- Toleranca ndaj sjelljeve korruptive e cila përcakton vlerësimin e qytetarëve mbi pranueshmërinë e marrjes së dhuratave, parave, favoreve të ndryshme nga ana e mjekut, anëtarit të komisionit, administratorit shoqëror, në këmbim të aplikimit/trajtimin me përfitime të AK;
- Ndjeshmëria ndaj korrupsionit e cila tregon tendencën e të anketuarve për të reaguar në situata hipotetike kur një PAK përfiton padrejtësisht, dhe një zyrtar publik bën presion për të përfituar.

3.3.3. Aspektet e perceptimit ndaj korrupsionit, zbërthehen në tre indikatorë:

- Mundësia e presionit të korrupsionit i cili mat pritshmëritë e qytetarëve për mundësinë për t'u përballur me presion të korrupsionit, në bashkëveprim me zyrtarët publikë;
- Realizueshmëria e politikave kundër-korrupsionit, është një indikator i cili vlerëson 'mendimet e qytetarëve' në lidhje me reagimet politike dhe institucionale (masat politike qeveritare) ndaj korrupsionit;
- Korruptimi i zyrtarëve publik tregon perceptimet e qytetarëve mbi nivelin e korruptimit të grupeve të ndryshme të zyrtarëve publik.

3.3.4. Faktorë të tjerë që ndihmojnë në një sistem efektiv monitorimi të rasteve abuzive

Një nga çështjet kyçe që ka të bëjë me krijimin e strukturave të specializuara monitoruese kundër abuzimit dhe mashtrimit, është se si të kombinohen funksionet parandaluese me ato ndëshkuese. Legjislacioni shqiptar është përpjekur që masa të parashikuara nga ligji nr. 57/2019, t'i përfshijë të dyja, edhe pse funksioni parandalues zë pjesën më të vogël ndër këto masa. Shumica e detyrave të parashikuara në ligjin nr. 57/2019, përfshin funksione të mbikëqyrjes dhe kontrollit.

Një mekanizëm efektiv i monitorimit të efektivitetit të skemës së PAK, i realizuar nëpërmjet sondazheve vjetore, duhet të prezantohet në nivel kombëtar për të siguruar të dhëna dhe analiza të qëndrueshme, si dhe të integrojë vlerësimin e politikave sociale, veçanërisht atë të mbështetjes në para. Mekanizmi duhet të zbatohet përmes organizatave jashtë strukturave të SHSSH, nga ana e shoqërisë dhe rrjeteve civile. Ai duhet të shërbejë si një mjet për hapjen e të dhënave administrative dhe rritjen e aksesit të publikut në informacion. Të dhënat që lejojnë gjurmimin e përdorimit të fondeve publike për PAK, (por edhe transfertat e tjera) duhet të bëhen publike si një informacion, duke lejuar kështu analizën e të dhënave dhe përdorimin e tyre për vlerësimin dhe ndryshimin e politikave.

Sistemi elektronik i PAK mundëson që çdo kontrollues të ketë llogari përdoruese dhe fjalëkalim në rolin e përdoruesit "Kontrollues". Një gjë e tillë: a) Lehtëson procesin e grumbullimit të informacionit dhe të dhënave gjatë fazës së planifikimit; b) Lehtëson procesin e përpunimit të tyre; c) Jep informacion për vlerësimin e riskut; d) Jep informacion mbi performancën e subjektit në zbatim të legjislacionit të PAK që do të kontrollohet dhe e) Ul kostot e kontrollit pasi lejon që procesi të realizohet në vendin e punës së kontrolluesit dhe jo në terren.

3.3.6 PROCESI I TRAJTIMIT I RASTEVE QË DYSHOHEN SE PËRMBAJNË ELEMENTË TË VEPRËS PENALE DHE/OSE SHKELJE LIGJORE ME DËM EKONOMIK

Në rastet kur gjatë procesit të kontrollit konstatohen dhe/ose dyshohet që janë kryer veprime të cilat përbëjnë shkelje të rënda ligjore që përmbajnë element të veprës penale sikur se parashikohet në Kodin Penal, kontrolluesi dhe drejtuesi i grupit, së bashku, informojnë menjëherë titullarin e institucionit të tij dhe ttullarin e subjektit që po kontrollohet. Për raste shumë të rënda ndërpret kontrollin.

Informimi i titullarit kryhet nëpërmjet një raportimi me shkrim, ku argumentohen dukuritë e vërejtura për veprën e mundshme penale, së bashku me provat (.....fotokopje të dokumentacionit) ku mbështetet dhe shoqërohet me propozimin për kallëzim penal.

Titullari i institucionit zhvillon një procedurë këshillimi dhe konsultimi me Sektorin Juridik/juristin dhe në vijim së bashku informojnë Drejtorin e Përgjithshëm të SHSSH për konstatimet lidhur me abuzime (me veprime dhe mosveprime) që sjellin dëm ekonomik apo përmbajnë elementë të veprës penale.

Titullari i institucionit vendos mbi veprimet që duhet të ndërmerren në lidhje me dyshimet për praktikata mashtruese ose parregullsi serioze të zbuluara nga kontrolluesi dhe në rastet kur pretendohet se ka elementë të veprës penale, në bashkëpunim me grupin e kontrollit, organizon punën për përgatitjen e dokumentacionit të nevojshëm dhe ndjek procedurat për kallëzim penal.

3.3.7 Procesi i ndjekjes së zbatimit të masave të rekomanduara

SHSSH ndjek zbatimin e rekomandimeve të lëna gjatë kontrolleve.

Raportimi përfshin zbatimin e rekomandimeve të dhëna, ku pasqyrohen në mënyrë analitike sipas subjekteve dhe natyrës së rekomandimit të bërë, masat e përcaktuara e të marra nga subjektet, niveli i realizimit të tyre, si dhe opinione të SHSSH/DRSHSSH për shkaqet e moszbatimit të rekomandimeve. Këtu jepen efektet negative dhe pasojat që mund të kenë rrjedhur nga mos marrja dhe mosveprimi i subjekteve të ngarkuar me ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve.

Plani i veprimit për zbatimin e rekomandimeve, përgatitet nga subjekti i kontrolluar, brenda 20 ditëve pune të komunikimit të raportit përfundimtar të kontrollit të fundit.

Plani i veprimit duhet të përmbajë masat, afatet dhe personat ose strukturën përgjegjëse të ngarkuar për zbatimin e këtyre masave në vijim të Raportit Përfundimtar të Kontrollit dhe është dokumenti përfundimtar që mbyll dosjen e Projektit të Kontrollit.

Në këtë dokument, subjekti i kontrolluar duhet të arsyetojë me shkrim rastet kur nuk merren parasysh rekomandimet e kontrollit ose sanksionet e propozuara.

Strukturat e kontrollit i kërkojnë zyrtarisht çdo 6 muaj strukturave të kontrolluara të bëjnë raportim mbi zbatimin e masave të përcaktuara në planin e veprimit për realizimin e rekomandimeve, duke vënë në

dijeni DKP NE&PAK/DRSSH dhe institucionin e Prefektit, ministrinë që mbulon çështjet e shëndetësisë.

Rezultatet e kontroleve të verifikimit të zbatimit të rekomandimeve i bashkëlidhen Raportit Përfundimtar të Kontrollit për subjektin përkatës dhe konsiderohen pjesë përbërëse e tij.

Ndjekja e Zbatimit të Rekomandimeve përfshin:

- (1) Plan Veprimin për rekomandimet nga njësia e kontrolluar;
- (2) Informacionin mbi ecurinë e zbatimit të rekomandimeve, 6 (gjashtë) muaj pas dërgimit të Raportit Përfundimtar të Kontrollit;
- (3) Kontrollat e Verifikimit për Zbatimin e Rekomandimeve.
- (4) Raportimin mbi zbatimin e rekomandimeve që i dërgohet DKP NE&PAK/ DRSHSSH nga njësia e kontrolluar.

3.3.8 Përmbajtja e dosjes së kontrollit dhe arkivimi

1. Në përmbyllje të procesit të çdo kontrolli, grupi i kontrollit është përgjegjës për mënyrën e krijimit dhe paraqitjes së dokumentacionit që duhet të përmbajë dosja e kontrollit.

2. Një dosje kontrolli duhet të përmbajë, por jo të kufizohet në dokumentacionin e mëposhtëm:

- a) Njoftimi për fillimin e kontrollit,
- b) Programi i kontrollit;
- c) Projekt Raporti i Kontrollit bashkë me anekset;
- d) Raporti Përfundimtar i Kontrollit;
- e) Shkresa përcjellëse e raportit përfundimtar me rekomandimet dërguar subjektit të kontrolluar dhe organeve shtetërore përkatëse;
- f) Akt Konstatimet dhe verifikimet e situatës sociale, në se ka;
- g) Njoftim/e për verifikim/e ankese/ash apo letre/ash të shtetasve (nëse ka deri në këtë fazë);

3. Pas arkivimit, në dosje do të shtohen dokumente të tjera si më poshtë:

- a) Korrespondenca lidhur me njoftimin për nisje procedure ose kallëzimin penal (në rast se ka);
- b) Korrespondenca lidhur me ndjekjen dhe zbatimin e rekomandimeve;
- c) Njoftimi nga subjekti i kontrolluar mbi planin e veprimit për zbatimin e rekomandimeve (20 ditë pas marrjes së Raportit Përfundimtar të Kontrollit);

4. RAPORTIMI VJETOR

Produktet kryesore të një kontrolli janë llojet e ndryshme të raporteve që përgatiten. Komunikimi efektiv është shumë i rëndësishëm pasi puna e kontrollit synon të ketë një ndikim sa më pozitiv dhe t'i shtojë vlerë njësisë publike.

Njësia e kontrollit përgatit raportin vjetor të veprimtarisë dhe ia dërgon për miratim titullarit të SHSSH brenda muajit Janar të çdo viti.

Raporti vjetor duhet të përmbajë numrin dhe llojin e kontrolleve që janë ndërmarrë gjatë vitit raportues, rekomandimet e lëna si dhe veprimet që duhet të ndërmerren nga nivelet e menaxhimit të njësisë për zbatimin e rekomandimeve.

5. SANKSIONET

Për shkeljet e evidentuara gjatë procesit të aplikimit deri në trajtimin e personit me pagesë të aftësisë së kufizuar dhe shërbime të tjera sipas Ligjit 57/2019 dhe strukturat përgjegjëse.

FORMAT 3.3.5
ANEKSI 1 - FORMAT RAPORTIMI I MASHTRIMIT

Lloji i mashtrimit (rrethoni kategorinë që i aplikohet më së shumti rastit konkret) A: Mos zbatimi i rekomandimeve të lëna B: Veprime të qëllimshme B1: Rëndim i qëllimshëm i gjendjes shëndetësore B2: Mospërfshirje e diagnozës në kriteret bio-psiko-sociale B3: Mungesë ekzaminimesh sipas kriterëve bio-psiko-sociale B4: Përcaktim jo i saktë i nivelit të aftësisë së kufizuar B5: Përfitime të padrejta për shkak të aftësisë së kufizuar B6: PAK të refuzuar që rezultojnë përfitues C: PAK të paverifikuar D: Mospërputhje e dokumentacionit në dosje me të dhënat e SMI-së E: PAK përfitues jo rezident në Shqipëri Ë: Gabim teknik i aplikimit në SMI F: PAK përfitues njëkohësisht nga dy skema të mbrojtjes sociale ⁴ G: Tjetër (lutemi specifikoni)	Shkaktari/përgjegjësia Përfituesi Mjeku Antari/et e komisionit Administratori shoqëror DRSHSSH (drejtori, specialisti, specialist kontrolli) DKP NE&PAK (drejtori, specialist kontrolli) Tjetër (lutemi specifikoni)
Kujt i raportohet? (emri)	
Adresa e personit të mësipërm	
Kontaktet e personit më sipër	
Kontakte të tjera	
Çfarë raportoni? (Cilat janë shqetësimet tuaja: - Jepni sa më shumë detaje që të jetë e mundur, si p.sh. përshkrimi i vendit, kohës, personit etj.)	
Ndonjë informacion shtesë? (Jepni sa më shumë detaje që të jetë e mundur si p.sh. përshkrimi i vendit, kohës, personit etj.)	
Kontaktet tuaja (Jo të detyrueshme)	
Adresa e-mail-it	
Telefoni	
Adresa postare	

ANEKSI 2
TABELA INDIKATORËVE
Indikatorët e abuzimit/mashtrimit/gabimeve bazuar në eksperiencë

⁴ Me përjashtim të rasteve kur legjislacioni parashikon ndryshe

Treguesit dhe të dhënat për identifikimin e tyre			
Përkufizimi i treguesit - Treguesi 1.1	% e rasteve të dyshuara të abuzimit/mashtimit/gabimeve në skemën e PAK të denoncuara nga qytetarët / personat me aftësi të kufizuara, nëpërmjet linjës së dedikuar telefonike në raport me totalin e numrit të familjeve aplikuese		
Treguesi 1.2	% e rasteve të dyshuara të abuzimit/mashtimit/gabimeve në skemën e PAK të pranuar nga individit që intervistohet gjatë vlerësimit të skemës së PAK (në rastet kur kemi një vrojtim për ecurinë e skemës)		
Treguesi 1.3	% e rasteve të denoncuara për abuzim/mashtim/gabim, në raport me rastet e kontrolluara		
Treguesi 1.4	% e rasteve të gjetura të abuzimit/mashtimit/gabimeve në skemën e PAK, në raport me rastet e kontrolluara rutine.		
Si do të adresohen rastet	<ol style="list-style-type: none"> Rastet e dyshimta të mashtimit/abuzimit/gabimit do të identifikohen nëpërmjet kontrollit, kontrollimeve të të dhënave ose stafit (administratorëve shoqërorë dhe të tjerëve), siç përcaktohet në legjisllacionin në fuqi. Rasti i dyshuar dhe raportuar do të konsiderohet i ndjekur kur të kemi një raport mbi rastin me konkluzionet dhe rekomandimet sipas legjisllacionit në fuqi. 		
Kërkesat për raportimin	Kontrolluesi që ndjek rastin e denoncuar, do të gjenerojë raporte të kontrollit për rastet e denoncuara brenda një bashkie, duke specifikuar edhe rezultatet e kontrollit për rastet e dyshuara. Ky raport 3-mujor do të sigurojë informacionin e mëposhtëm: i. numrin e rasteve të dyshuara të mashtimit/abuzimit/gabimeve të identifikuara; ii. burimin e informacionit, iii. shpeshësinë e ndodhjes së rastit; iv. mënyra e adresimit së bashku me masat e marra. Rastet e ndjekura do të ndahen sipas kategorive të mëposhtme: a) Në proces; b) Të mbyllura pa ndonjë veprim të mëtejshëm të kërkuar; c) Të mbyllura dhe të korrigjuara pa asnjë sanksion; dhe d) Të mbyllura dhe të korrigjuara me sanksione.		
Mjetet e verifikimit	i) Raportet tremujore të inspektimit; ii. Raporti Vjetor i Progresit i SHSSH-së i publikuar në faqen e internetit të MSHMS-së; iii. Shënim në SMI (për të ruajtur gjurmueshmërinë mbi familjen); dhe iv. Masat e propozuara. v) Raporti i vrojtimit.		
Procedurat e raportimit	1. SHSSH-ja gjeneron raportet tremujore të kontrollit të SMI për PAK	2. SHSSH-ja përgatit një shënim të shkurtër dhe e hedh në SMI rastin. Në këtë rast duhet që në SMI të hidhen rekorde edhe për personin që nuk ka përfituar.	3. Raporti i gjeneruar nga të dhënat e grumbulluara në terren nëpërmjet pyetësorëve.

Formula e përlogaritjes	[Numri i rasteve të dyshuara të abuzimit/mashtimit/gabimeve, të vërtetuara gjatë vitit të mëparshëm në programin PAK (kundrejt)/numri i rasteve të abuzimit/mashtimit/gabimeve të raportuara/denoncuara gjatë vitit të mëparshëm në programin PAK,] * 100 [Numri i rasteve të dyshuara të abuzimit/mashtimit/gabimeve, të vërtetuara gjatë vitit të mëparshëm në programin PAK (kundrejt)/numrit të rasteve të abuzimit/mashtimit/gabimeve të gjetura gjatë kontrollit rutinë gjatë vitit të mëparshëm në programin PAK] * 100
Llogaritja në	Numër Përqindje
Frekuenca e matjes	Vjetore
Njësia përgjegjëse për raportimin e këtij Indikatori	Drejtoria e Kontrollit të Pagesave
Informacion mbi kontaktet dhe adresën e personit përgjegjës për kontrollin	
Emri i personit të ngarkuar për indikatorin	
Institucioni	SHSSH
Pozicioni	Drejtor i DKP NE&PAK
Adresa e-mail	

Indikatorët e abuzimit/mashtrimit/gabimeve bazuar në qëndrim

Treguesit dhe të dhënat për identifikimin e tyre	
Përkufizimi i treguesit - Treguesi 2.1	
Treguesi 2.2	
Treguesi 2.3	
Treguesi 2.4	
Si do të adresohen rastet	
Kërkesat për raportimin	
Mjetet e verifikimit	
Procedurat e raportimit	
Formula e përlogaritjes	
Llogaritja në	
Frekuenca e matjes	Vjetore
Njësia përgjegjëse për raportimin e këtij indikator	Drejtoria e Kontrollit të Pagesave
Informacion mbi kontaktet dhe adresën e personit përgjegjës për kontrollin	
Emri i personit të ngarkuar për indikatorin	
Institucioni	SHSSH
Pozicioni	Drejtor i DKP NE&PAK
Adresa e-mail	

Indikatorët e abuzimit/mashtimit/gabimeve bazuar në perceptim “Efektiviteti i skemës së PAK”

Treguesit dhe të dhënat për identifikimin e tyre	
Përkufizimi i treguesit - Treguesi 2.1	Perceptimet e qytetarëve/PAK jopërfitues mbi cilësinë e shërbimeve sociale, pavarësinë nga presionet politike, cilësinë e politikës, formulimin dhe zbatimin, dhe besueshmërinë e qeverisë, angazhim ndaj këtyre politikave.
Treguesi 2.2	
Treguesi 2.3	
Treguesi 2.4	
Si do të adresohen rastet	
Kërkesat për raportimin	
Mjetet e verifikimit	
Procedurat e raportimit	
Formula e përlogaritjes	
Llogaritja në	
Frekuenca e matjes	Vjetore
Njësia përgjegjëse për raportimin e këtij indikator	Drejtoria e Kontrollit të Pagesave
Informacion mbi kontaktet dhe adresën e personit përgjegjës për kontrollin	
Emri i personit të ngarkuar për indikatorin	
Institucioni	SHSSH
Pozicioni	Drejtor i DKP NE&PAK
Adresë e-mail	