



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
INSTITUTI I KONTABILISTËVE TË MIRATUAR

RREGULLORE

Nr. 5, datë 08.05.2018

e ndryshuar me Vendimin Nr. 2 të Asamblesë së Përgjithshme, datë 03.10.2026

PËR KONTROLLIN E MENAXHIMIT TË CILËSISË DHE DHËNIEN E SIGURISË
PËR SHËRBIMET E KRYERA NGA KONTABILISTËT E MIRATUAR

Bazuar në kërkesat e Nenit 17 dhe Nenit 18 të Statutit të IKM, të Ligjit Nr. 10091, datë 05.03.2009, "Për Auditimin Ligjor, Organizimin e Profesionit të Audituesit Ligjor dhe të Kontabilistit të Miratuar", i ndryshuar, përfshirë ndryshimet me Ligjin Nr. 47/2016 dhe Ligjin Nr. 126/2024, të Ligjit Nr. 25/2018 "Për kontabilitetin dhe pasqyrat financiare", i ndryshuar, të Rregullores Nr. 9 të BMP, si dhe në përputhje me Standardin Ndërkombëtar të Menaxhimit të Cilësisë 1 (SNMC 1) dhe me Deklaratën e Detyrimeve të Anëtarësisë (SMO) 1 – Kontrolli i Cilësisë, të Federatës Ndërkombëtare të Kontabilistëve (IFAC), e rishikuar në shkurt 2026, hartohet rregullorja e mëposhtme.

TË PËRGJITHSHME

Kontabilist i Miratuar është personi fizik, profesionist i lirë, i regjistruar në Institutin e Kontabilistëve të Miratuar (IKM), i cili e ushtron veprimtarinë profesionale në përputhje me kërkesat e Ligjit Nr. 10091, datë 05.03.2009, "Për Auditimin Ligjor, Organizimin e Profesionit të Audituesit Ligjor dhe të Kontabilistit të Miratuar", i ndryshuar.

Anëtarë të IKM janë:

- **Profesionistë të punësuar ose të vetëpunësuar**, të cilët zotërojnë dëshminë si "Kontabilist i Miratuar" ose vërtetimet e provimeve të "Kontabilistit të Miratuar".
- **Shoqëritë e Kontabilitetit** të cilat janë organizuar si shoqëri tregtare, në përputhje me ligjin përkatës dhe administrohen nga një ose më shumë persona të cilët janë pajisur me dëshminë e "Kontabilistit të Miratuar" dhe zotërojnë jo më pak se 50% të të drejtave të votës në kapitalin e shoqërisë.
- **Ata që kanë pranuar vullnetarisht kërkesat e statutit të IKM.**



Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë është një organizëm i krijuar për mbikëqyrjen dhe monitorimin e cilësisë së angazhimeve të anëtarëve të IKM. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë monitoron përmes zbatimit të rregullave dhe standardeve profesionale dhe të Kodit të Etikës, kryerjen e angazhimeve profesionale të tyre.

Asambleja e Përgjithshme ka miratuar këto rregulla që do të drejtojnë Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë dhe dhënien e sigurisë për shërbimet e kryera nga Kontabilistët e Miratuar.

Neni 1 **Qëllimi**

Në përputhje me Statutin e IKM dhe Ligjin Nr. 10091, datë 05.03.2009, "Për Auditimin Ligjor, Organizimin e Profesionit të Audituesit Ligjor dhe të Kontabilistit të Miratuar", i ndryshuar, për të garantuar cilësinë e angazhimeve profesionale të anëtarëve të IKM, ngrihet dhe funksionon sistemi i kontrollit të menaxhimit të cilësisë i cili përfshin:

- Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë në nivel angazhimi individual të Kontabilistit të Miratuar.
- Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë për shërbimet e ofruara nga Shoqëritë e Kontabilitetit.

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë, i organizuar nga IKM, është një procedurë e shqyrtimit nga Këshilli i Drejtimit, në lidhje me veprimtarinë profesionale të Kontabilistit të Miratuar dhe Shoqërive të Kontabilitetit vendase dhe të huaja anëtare të IKM, përmes Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë. Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë bazohet në:

- Statutin e IKM.
- Këtë Rregullore.
- Standardin Ndërkombëtar të Menaxhimit të Cilësisë 1 (SNMC 1), Menaxhimi i cilësisë për firmat që kryejnë auditime ose rishikime të pasqyrave financiare, ose siguri të tjera apo angazhime të shërbimeve të lidhura (më parë Standardi Ndërkombëtar për Kontrollin e Cilësisë 1).
- Standardin Ndërkombëtar të Menaxhimit të Cilësisë 2 (SNMC 2), Rishikimet e cilësisë së angazhimit, në masën që është i zbatueshëm sipas Nenit 3 të kësaj Rregulloreje.
- Deklaratën e Detyrimeve të Anëtarësisë (SMO) 1 – Kontrolli i Cilësisë, të IFAC-ut, e rishikuar.



- Udhëzuesin e IFAC-ut mbi menaxhimin e cilësisë për shoqëritë e vogla dhe të mesme të kontabilitetit.
- Kodin e Etikës.

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë ka për objekt të vlerësojë nëse anëtari ka hartuar, ka zbatuar dhe e ka vënë në funksionim një sistem të menaxhimit të cilësisë, i cili i jep atij siguri të arsyeshme se:

- a) anëtari dhe personeli i tij përmbushin përgjegjësitë e tyre në përputhje me standardet profesionale dhe kërkesat e zbatueshme ligjore e rregullatore, dhe i kryejnë angazhimet në përputhje me këto standarde e kërkesa; dhe
- b) raportet, pasqyrat financiare ose produktet e tjera të angazhimit, të lëshuara ose të përgatitura prej tij, janë të përshtatshme në rrethanat përkatëse.

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë shtrihet mbi të tetë komponentët e sistemit të menaxhimit të cilësisë, të përcaktuar në SNMC 1:

- a) procesin e vlerësimit të rrezikut të firmës;
- b) qeverisjen dhe drejtimin;
- c) kërkesat përkatëse etike;
- ç) pranimin dhe vazhdimin e marrëdhënieve me klientin dhe angazhimet specifike;
- d) performancën (kryerjen) e angazhimit;
- dh) burimet;
- e) informacionin dhe komunikimin; dhe
- ë) procesin e monitorimit dhe të korrigjimit të mangësive.

Në mbështetje të misionit të IKM, procedurat e Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë kanë për qëllim të arrijnë përmirësime të rëndësishme në cilësinë e përgjithshme të shërbimeve të ofruara nga Kontabilistët e Miratuar dhe Shoqëritë e Kontabilitetit, anëtarë të IKM.

Neni 2

Përkufizime

Për qëllime të kësaj Rregulloreje, termat e mëposhtëm kanë këto kuptime, të harmonizuara me SNMC 1 dhe me Kodin e Etikës:

- a) **Sistemi i menaxhimit të cilësisë** – sistemi i hartuar, i zbatuar dhe i vënë në funksionim nga anëtari, për ta pajisur atë me sigurinë e arsyeshme të përcaktuar në Nenin 1 të kësaj Rregulloreje.
- b) **Objektivat e cilësisë** – rezultatet e dëshiruara, në lidhje me komponentët e sistemit të menaxhimit të cilësisë, që duhet të arrihen nga anëtari.
- c) **Rreziku i cilësisë** – një rrezik që ka mundësi të arsyeshme të ndodhë dhe që, individualisht ose në kombinim me rreziqe të tjera, ndikon negativisht në arritjen e një ose më shumë objektivave të cilësisë.
- ç) **Reagimi (përgjigjja)** – politikat ose procedurat e hartuara dhe të zbatuara nga anëtari për të adresuar një ose më shumë rreziqe të cilësisë.
- d) **Gjetja** – informacioni në lidhje me hartimin, zbatimin dhe funksionimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë, i akumuluar nga kryerja e aktiviteteve monitoruese ose nga burime të tjera përkatëse, që tregon se mund të ekzistojë një ose më shumë mangësi.
- dh) **Mangësia** – situata kur nuk është përcaktuar një objektiv i kërkuar i cilësisë; kur një rrezik i cilësisë nuk është identifikuar ose vlerësuar siç duhet; kur një reagim nuk e zvogëlon në një nivel të ulët të pranueshëm mundësinë e ndodhjes së rrezikut, sepse nuk është hartuar siç duhet, nuk zbatohet ose nuk ka funksionuar në mënyrë efektive; ose kur mungon një aspekt tjetër i sistemit.
- e) **Analiza e shkaqeve rrënjësore** – investigimi i shkaqeve kryesore të mangësive të identifikuara, me qëllim përcaktimin e natyrës, shkakt, modelit, përhapjes dhe rëndësisë së tyre.
- ë) **Siguri e arsyeshme** – një nivel i lartë, por jo absolut, i sigurisë.
- f) **Dokumentimi i angazhimit** – regjistrimi i punës së kryer, i rezultateve të arritura dhe i përfundimeve të arritura nga anëtari (termat "dosje pune" ose "letra pune" përdoren gjithashtu).
- g) **Ofruesi i shërbimit** – një individ ose organizatë e jashtme për anëtarin, i cili jep një burim që përdoret në sistemin e menaxhimit të cilësisë ose në kryerjen e angazhimeve.
- gj) **Njësi me interes publik (NIP)** – kategoria që, për qëllime të analizës së riskut dhe të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, përfshin: (i) njësitë ekonomike me interes publik (NJEIP), sipas përkufizimit të legjislacionit në fuqi; dhe (ii) njësitë e tjera me rëndësi për interesin publik, që plotësojnë kriteret e përcaktuara nga Këshilli i Drejtimit së

bashku me faktorët e riskut sipas Nenit 10 të kësaj Rregulloreje. Kriteret për kategorinë e dytë mbështeten te natyra e veprimtarisë, mbikëqyrja rregullatore, madhësia e njësisë, rëndësia e saj për sektorin, numri dhe natyra e palëve të interesuara dhe ndikimi i mundshëm sistemik. Përfshirja e një njësie në këtë kategori nuk ndryshon klasifikimin e saj ligjor.

Neni 3

Zbatimi i Shkallëzuar dhe Proporcionaliteti

1. Kërkesat e kësaj Rregulloreje zbatohen në mënyrë të shkallëzuar, duke pasur parasysh natyrën dhe rrethanat e anëtarit dhe natyrën e rrethanat e angazhimeve të kryera prej tij.
2. Anëtarët e IKM nuk kryejnë auditim ligjor. Për rrjedhojë, forma, kompleksiteti dhe formaliteti i sistemit të menaxhimit të cilësisë së tyre, si dhe shtrirja e dokumentimit mbështetës, janë dukshëm më të thjeshta se ato të kërkuara për shoqëritë e auditimit.
3. Një kërkesë e kësaj Rregulloreje nuk zbatohet nëse ajo nuk ka lidhje me anëtarin, për shkak të natyrës dhe rrethanave të tij dhe të angazhimeve të tij. Në veçanti, dhe pa u kufizuar në to:
 - a) kërkesat që adresojnë strukturën organizative, caktimin e roleve dhe të autoritetit, drejtimin, mbikëqyrjen, rishikimin dhe zgjidhjen e diferencave në opinion, mund të mos jenë të përshtatshme për Kontabilistin e Miratuar që ushtron veprimtari si person fizik, pa personel;
 - b) kërkesa për marrjen e një konfirmimi të dokumentuar të pajtueshmërisë me kërkesat e pavarësisë nga i gjithë personeli nuk zbatohet për angazhimet për të cilat nuk kërkohet ruajtja e pavarësisë;
 - c) kërkesat e SNMC 2 për rishikimin e cilësisë së angazhimit zbatohen vetëm nëse anëtari kryen angazhime për të cilat një rishikim i tillë kërkohet nga ligji, nga rregullat ose nga vlerësimi i vetë anëtarit si reagim ndaj një rreziku të cilësisë;
 - ç) kërkesat që lidhen me rrjetet dhe firmat e rrjetit zbatohen vetëm për anëtarët që i përkasin një rrjeti.
4. Mosszbatimi i një kërkesë sipas paragrafit 3 të këtij neni duhet të dokumentohet dhe të arsyetohet nga anëtari, dhe vlerësohet nga Eksperti Kontrollues gjatë kontrollit. Zbatimi i shkallëzuar nuk përbën shkak për të mos vlerësuar asnjë prej tetë komponentëve të sistemit të menaxhimit të cilësisë.

Neni 4

Detyrimi për Kontroll

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë është i detyrueshëm për të gjithë anëtarët e IKM (të vetëpunësuar, të punësuar dhe Shoqëritë e Kontabilitetit). Anëtarët që refuzojnë t'i nënshtrohen kësaj procedure, bëjnë një shkelje të rregullave të parashikuara në Statutin e IKM, Kodin e Etikës dhe të akteve rregullatore në fuqi, dhe i nënshtrohen procedurave disiplinore të parashikuara në aktet rregullatore të IKM për investigimin dhe disiplinën.

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë kryhet në selinë e subjektit të kontrollit, pranë zyrave të IKM ose nëpërmjet komunikimit elektronik (e-mail). Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë shtrihet mbi sistemin e menaxhimit të cilësisë të Kontabilistit të Miratuar dhe të Shoqërisë së Kontabilitetit.

Për anëtarët Kontabilistë të Miratuar të punësuar, të cilët nuk ushtrojnë veprimtari të pavarur profesionale dhe nuk përbëjnë "firmë" në kuptim të SNMC 1, kontrolli ka objekt të kufizuar dhe shtrihet mbi përmbushjen e detyrimeve që rrjedhin nga anëtarësia, mbi respektimin e Kodit të Etikës, mbi përgjegjësinë e tyre për përgatitjen e pasqyrave financiare, kur ekziston, si dhe mbi njohjen e kërkesave për parandalimin e pastrimit të parave. Objekti i kufizuar i këtij kontrolli përcaktohet në Manualin për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë.

Neni 5

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë realizohet përmes verifikimit të cilësisë së shërbimeve të kontabilitetit dhe të shërbimeve të tjera, nëpërmjet vlerësimit të sistemit të menaxhimit të cilësisë të anëtarit dhe të dosjeve të punës. Ky kontroll përfshin:

- a) vlerësimin nëse anëtari ka hartuar, ka zbatuar dhe e ka vënë në funksionim një sistem të menaxhimit të cilësisë, sipas tetë komponentëve të përcaktuar në Nenin 1 të kësaj Rregulloreje, duke zbatuar një metodë të bazuar në risk;
- b) vlerësimin e pajtueshmërisë me standardet e zbatueshme të kontabilitetit, me kërkesat e Kodit të Etikës, përfshirë pavarësinë dhe konfliktin e interesit, dhe me kërkesat ligjore e rregullatore të zbatueshme;
- c) vlerësimin e mjaftueshmërisë dhe përshtatshmërisë së dokumentimit të angazhimit dhe, mbi këtë bazë, nëse produktet e angazhimit janë të përshtatshme në rrethanat përkatëse;
- ç) vlerësimin e burimeve njerëzore, teknologjike dhe intelektuale të përdorura dhe të tarifave të aplikuara.



Eksperti Kontrollues rishikon vlerësimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë, të kryer të paktën një herë në vit nga vetë anëtari ose nga individ i cilit i është caktuar përgjegjësia përfundimtare për sistemin, si dhe përfundimin e arritur prej tij.

Eksperti Kontrollues vlerëson nëse procesi i monitorimit dhe i korrigjimit të mangësive i anëtarit funksionon në mënyrë efektive dhe nëse mund të mbështetet në të, duke testuar nëse anëtari: (a) vlerëson gjetjet për të përcaktuar nëse ekzistojnë mangësi; (b) vlerëson rëndësinë dhe përhapjen e mangësive të identifikuar duke investiguar shkaqet rrënjësore të tyre; dhe (c) ndërmerr veprimet e duhura, në mënyrë që mangësitë të korrigjohen në kohë.

Në përfundim të kontrollit, përgatitet një raport nga Kryetari i Grupit të Kontrollit, i cili përmban gjetjet faktike dhe konkluzionet kryesore të arritura gjatë kryerjes së kontrollit. Ky raport i paraqitet subjektit të kontrolluar dhe Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë. Në rast kundërshtimesh nga subjekti i kontrolluar, shqyrtimi i tyre bëhet nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë, pasi subjekti i kontrolluar ka paraqitur formalisht me shkrim, qëndrimin e tij.

Kontrollet e realizuara nga ekspertët kontrollues përmbledhen në Raportin Vjetor të punës nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë. Raporti Vjetor prezantohet në Këshillin e Drejtimit dhe më pas miratohet në Asamblenë e Përgjithshme në mbledhjen e radhës. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë përgatit përmbledhjen e Raportit Vjetor duke evidentuar pikat e forta dhe mangësitë në menaxhimin e cilësisë të shërbimeve të kontabilitetit, duke nxjerrë në pah përmirësimet e bëra nga rishikimi i fundit, si dhe duke përfshirë konkluzionet, rekomandimet dhe Planin e Veprimit për periudhën në vijim.

Përzgjedhja e subjekteve të kontrollit bazohet në një metodë të përzier, e cila kombinon elemente ciklike dhe elemente të bazuara në risk. Të gjithë anëtarët i nënshtrohen mundësisë së përzgjedhjes për kontroll, pavarësisht nga rezultati i analizës së riskut.

Kontrolli i Cilësisë kryhet për çdo anëtar (i punësuar, i vetëpunësuar ose shoqëri kontabiliteti):

- Brenda 3 (tre) vjetëve nga momenti i regjistrimit në IKM.
- Një herë në çdo 5 (pesë) vjet për çdo anëtar, dhe pas kontrollit të parë.
- Çdo 3 (tre) vjet për ata Kontabilistë të Miratuar (Persona Fizikë ose Shoqëri Kontabiliteti), që përgatisin pasqyra financiare për Njësitë me Interes Publik (NIP), sipas Nenit 2, shkronja "gj".

Bazuar në analizën e riskut të kryer, IKM mund të realizojë Kontrollin e Cilësisë më shpesh.

Neni 6

Organizimi i Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë përbëhet nga 3 (tre) anëtarë, dy prej të cilëve janë anëtarë të shoqatës IKM, ushtrues të profesionit dhe një anëtar është nga fusha akademike ose profesionist i kontabilitetit apo auditimit, që nuk e ushtron profesionin. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë zgjidhet nga Asambleja e Përgjithshme për një periudhë 2 (dy) vjeçare por jo më shumë se dy mandate.

Kryetari i Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë caktohet anëtari aktiv që ka fituar numrin më të madh të votave dhe në rastin e votave të barabarta, caktohet anëtari më i moshuar. Çdo pozicion në Këshillin e Drejtimit të IKM, është i papajtueshëm me funksionin e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë.

Në rast revokimi, dorëheqje ose çdo kufizimi tjetër të pengimit të anëtarëve të Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë, Asambleja e Përgjithshme mund të kooptojë, deri në kryerjen e zgjedhjeve të ardhshme, një anëtar tjetër, që në zgjedhjet e mëparshme ka fituar numrin më të madh të votave, por nuk ka qenë zgjedhur si Anëtar i Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë.

Bazuar në sa më sipër, Këshilli i Drejtimit, brenda një muaji nga data e largimit të një anëtari të Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë, vendos caktimin provizor të kandidatit, deri në mbledhjen e radhës së Asamblesë së Përgjithshme.

Numri i anëtarëve të kooptuar nuk mund të jetë më shumë se një. Nëqoftëse krijohet më shumë se një vend vakant, atëherë Asambleja e Përgjithshme duhet të mblidhet, për të zgjedhur aq anëtarë sa mungojnë, përfshirë dhe anëtarët e kooptuar.

Anëtarët e rinj të zgjedhur përfundojnë mandatin e anëtarëve që kanë zëvendësuar.

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë vepron në bazë të kësaj Rregulloreje, të miratuar nga Asambleja e Përgjithshme e IKM.

Neni 7

Të Drejtat dhe Detyrat e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë ka të drejtat dhe detyrat e mëposhtme:

- a) Të zbatojë dhe të ruajë sistemet e përshtatshme për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë.
- b) Të hartojë procedurat që do të zbatohen për të përzgjedhur anëtarët që do t'i nënshtrohen Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë.



- c) Të paraqesë listën e anëtarëve që do t'i nënshtrohen Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, pranë Këshillit të Drejtimit të IKM, për miratim.
- d) Të hartojë Manualin për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë, bazuar në udhëzimet e publikuara nga Federata Ndërkombëtare e Kontabilistëve (IFAC), i cili miratohet nga Këshilli i Drejtimit.
- e) Të hartojë Programin Vjetor të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, i cili miratohet nga Këshilli i Drejtimit të IKM.
- f) Të përgatisë Raportin Vjetor, i cili miratohet në mbledhjen e zakonshme të Asamblesë së Përgjithshme.
- g) Të hartojë dhe të propozojë procedurat e përzgjedhjes, si dhe listën e Ekspertëve Kontrollues, të cilat miratohen nga Këshilli i Drejtimit të IKM.
- h) Të përgatisë dhe të azhurnojë tematikën e Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë.
- i) Të përcaktojë periodicitetin e kontrollit si dhe kohën e nevojshme për çdo kontroll.
- j) Të përcaktojë koston e kontrolleve dhe mënyrën e përballimit të kostos.
- k) Të marrë materialet dhe konkluzionet e Grupeve të Kontrollit dhe bazuar në rezultatet e kontrollit, të organizojë seancën dëgjimore për ata anëtarë të kontrolluar të cilët ankimojnë rezultatet e kontrollit.
- l) Të propozojë dhe të rekomandojë veprime dhe hapa të mëtejshme për anëtarët e kontrolluar tek Këshilli i Drejtimit.
- m) Të sigurojë që sistemet dhe proceset e menaxhimit të cilësisë janë në përputhje me kërkesat e SNMC 1 dhe SNMC 2, sipas zbatimit të shkallëzuar të Nenit 3, dhe të kryejë rishikime periodike për të mbajtur përputhshmërinë me standardet ndërkombëtare.
- n) Të mbajë të përditësuar bazën e të dhënave për performancën e anëtarëve në lidhje me cilësinë, dhe të krijojë raporte të detajuara për të ndihmuar në vendimmarrje.
- o) Të organizojë seminare dhe trajnime për anëtarët e IKM-së, mbi standardet dhe praktikën më të mira të menaxhimit të cilësisë.
- p) Të hartojë dhe të publikojë në faqen zyrtare të internetit të IKM një përshkrim të objektit dhe të dizajnit të sistemit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, përfshirë metodën e përzgjedhjes së subjekteve, ciklin e kontrollit dhe procedurat që ndiqen nga Ekspertët Kontrollues.

- q) Të hartojë kriteret mbi bazën e të cilave përcaktohet nëse rezultati i përgjithshëm i një kontrolli konsiderohet i kënaqshëm, sipas Nenit 14 të kësaj Rregulloreje, të cilat miratohen nga Këshilli i Drejtimit dhe publikohen në faqen zyrtare të internetit të IKM.
- r) Të kryejë, të paktën një herë në dy vjet, rishikimin e zbatimit dhe të efektivitetit të sistemit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, sipas Nenit 21 të kësaj Rregulloreje, dhe t'i raportojë përfundimet Asamblesë së Përgjithshme.
- s) Të propozojë për miratim te Këshilli i Drejtimit caktimin e një punonjësi të kualifikuar të nivelit të lartë të IKM-së, i cili ngarkohet me administrimin e kontrolleve dhe me sigurimin që të gjitha kontrollet të kryhen në kohë, në mënyrë efektive dhe në përputhje me ligjin dhe me këtë Rregullore.

Neni 8

Ekspertët Kontrollues

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë kryhet nga Ekspertët Kontrollues, të cilët janë Kontabilistë të Miratuar anëtarë të IKM-së. Përzgjedhja e Ekspertëve Kontrollues për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë bëhet nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë.

Kriteret e përzgjedhjes së Ekspertëve Kontrollues janë përcaktuar me vendim të Këshillit të Drejtimit dhe përfshijnë:

- a) 5 vite anëtarësim në IKM.
- b) Më pak se 5 vite që ka qenë subjekt i Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë.
- c) Pjesëmarrje rregullisht në Edukimin e Vijueshëm.
- d) Asnjë masë disiplinore e vendosur nga organet e IKM ose nga autoritetet përkatëse.
- e) Nivele të larta të profesionalizmit, integritetit dhe pavarësisë.
- f) Dokumentim të pavarësisë dhe aftësive të Ekspertëve Kontrollues.
- g) Njohje e standardeve profesionale të zbatueshme, e kërkesave ligjore e rregullatore dhe e udhëzimeve të përcaktuara për kryerjen e kontrolleve të cilësisë.
- h) Njohuri teknike të përshtatshme, përfshirë njohuri mbi teknologjinë e informacionit të përdorur në shërbimet e kontabilitetit, si dhe njohuri për sektorët specifikë të veprimtarisë së subjekteve që kontrollohen.
- i) Aftësi për të ushtruar gjykim profesional.



Kriteret mund të ndryshohen përsëri nëpërmjet ndryshimeve të miratuara nga Këshilli i Drejtimit.

Përzgjedhja e Ekspertëve Kontrollues bëhet në dy faza. Në fazën e parë, listohen të gjithë anëtarët e IKM që përmbushin kushtet për të qenë Ekspert Kontrollues. Në fazën e dytë, bëhet përzgjedhja rastësore brenda këtij fondi. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë merr masat e nevojshme, për të garantuar se nuk ka konflikt interesi ndërmjet Ekspertit Kontrollues dhe subjektit të kontrolluar.

Në rast të identifikimit të konfliktit të interesit, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë kryen një përzgjedhje të re.

Ekspertët Kontrollues do të kenë trajnime të veçanta për përputhshmërinë me SNMC 1 dhe SNMC 2. Trajnimet do të përfshijnë përdorimin e metodave të avancuara, për vlerësimin e cilësisë dhe zbatimin e praktikave më të mira ndërkombëtare.

Ekspertët Kontrollues duhet të jenë anëtarë me qëndrim të mirë profesional. Nuk mund të caktohet si Ekspert Kontrollues individ të cilit i është kufizuar, pezulluar ose hequr e drejta e ushtrimit të profesionit nga Bordi i Mbikëqyrjes Publike, nga organet disiplinore të IKM ose nga një autoritet tjetër kompetent. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë përcakton, rast pas rasti, ndikimin e çdo kufizimi të tillë mbi përshtatshmërinë e individit për t'u caktuar si Ekspert Kontrollues.

Grupi i Kontrollit përbëhet nga një numër i përshtatshëm Ekspertësh Kontrollues, i cili mundëson përfundimin e kontrollit brenda një afati të arsyeshëm, duke pasur parasysh madhësinë e subjektit, numrin e dosjeve të punës dhe kompleksitetin e angazhimeve.

Procedura e përzgjedhjes së ekspertëve kontrollues përfshin:

1. **Njoftimi dhe aplikimi:** IKM shpall periudhën e aplikimeve për ekspertët kontrollues. Anëtarët e interesuar dorëzojnë aplikimet e tyre, të shoqëruara me dokumentacionin përkatës.
2. **Vlerësimi i aplikimeve:** Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë shqyrton aplikimet dhe vlerëson kandidatët bazuar në kriteret e përcaktuara. Kjo përfshin verifikimin e përvojës profesionale, Edukimit të Vijueshëm dhe pavarësisë.

3. **Intervista dhe testimi:** Kandidatët e përzgjedhur kalojnë një proces intervistimi dhe mund të jenë subjekt i një testi për të vlerësuar njohuritë dhe aftësitë e tyre, në lidhje me SNMC 1 dhe SNMC 2.
4. **Emërimi:** Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë bën rekomandime për kandidatët e suksesshëm dhe këto rekomandime miratohen nga Këshilli i Drejtimit të IKM. Kandidatët e miratuar emërohen si ekspertë kontrollues.
5. **Trajnimi fillestar:** Ekspertët kontrollues të emëruar ndjekin një program trajnimi fillestar, për të përgatitur dhe përditësuar aftësitë e tyre, në lidhje me proceset dhe standardet e kontrollit të menaxhimit të cilësisë.
6. **Rishikimi i rregullt:** Performanca e ekspertëve kontrollues rishikohet rregullisht nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë, për të siguruar që ata vazhdojnë të përmbushin kriteret dhe të mbajnë standarde të larta profesionale.

Neni 9

Kryetari i Grupit të Kontrollit

1. Për çdo kontroll caktohet një Kryetar i Grupit të Kontrollit, i cili është një Ekspert Kontrollues me përvojë, i përzgjedhur nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë.
2. Kryetari i Grupit të Kontrollit:
 - a) mbikëqyr kryerjen e kontrollit;
 - b) merr pjesë në mënyrë të drejtpërdrejtë në planifikimin e kontrollit;
 - c) u komunikon subjektit të kontrolluar përfundimet e Grupit të Kontrollit dhe drejton mbledhjen përmbyllëse me të;
 - ç) është përgjegjës për përgatitjen e raportit kryesor të kontrollit dhe për grumbullimin e dokumentacionit përkatës;
 - d) diskuton përfundimet e rëndësishme me subjektin e kontrolluar dhe me anëtarët e Grupit të Kontrollit;
 - dh) udhëzon anëtarët e Grupit të Kontrollit mbi mënyrën e përgatitjes, ruajtjes dhe arkivimit të dokumentacionit të kontrollit.
3. Kryetari i Grupit të Kontrollit duhet të plotësojë kriteret e Nenit 8 dhe të ketë kryer më parë të paktën dy kontrolle si anëtar i Grupit të Kontrollit.

4. Kryetari i Grupit të Kontrollit ndjek trajnimet e miratuara nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë, me qëllim përditësimin e njohurive mbi procesin e kontrollit dhe ruajtjen e kompetencave për kryerjen e tij.

5. Në përfundim të çdo kontrolli zhvillohet një mbledhje përmbyllëse me subjektin e kontrolluar, në të cilën diskutohen rezultatet, përfundimet dhe rekomandimet e Grupit të Kontrollit, si dhe lloji i raportit që do të lëshohet. Zhvillimi i mbledhjes përmbyllëse dokumentohet.

Neni 10

Procesi i Përzgjedhjes së Subjekteve të Kontrollit

Të paktën një herë në vit, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë i propozon për miratim Këshillit të Drejtimit:

- a. Listën e anëtarëve Kontabilistë të Miratuar (të punësuar ose të vetëpunësuar) dhe Shoqërive të Kontabilitetit që do t'i nënshtrohen Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, në përputhje me Nenin 5 të kësaj rregulloreje, duke përfshirë propozimin edhe për listën e mundshme të dosjeve të punës, për të përzgjedhur të paktën dy prej tyre për kontroll, për secilin anëtar.
- b. Listën e anëtarëve Kontabilistë të Miratuar (të vetëpunësuar) dhe Shoqërive të Kontabilitetit që kanë angazhime me Njësitë me Interes Publik (NIP).
- c. Listën e Ekspertëve Kontrollues.
- d. Afatet e kryerjes së kontrollit.

Këshilli i Drejtimit rekomandon faktorët e riskut si dhe vlerat referuese për çdo faktor risku, bazuar në të dhënat e disponueshme, ku përfshihet informacioni i mbledhur nga Kontabilistët e Miratuar dhe Shoqëritë e Kontabilitetit.

Faktorët e riskut që merren në konsideratë përfshijnë, pa u kufizuar në to:

- a) numrin e klientëve që janë njësi me interes publik (NIP), sipas Nenit 2, shkronja "gj";
- b) investigimet dhe procedurat disiplinore të mëparshme ndaj anëtarit;
- c) ankesat ose pretendimet e mëparshme për mospërbushje të detyrimeve profesionale, të pranura për shqyrtim, të cilat pas një vlerësimi paraprak përmbajnë informacion të besueshëm dhe të rëndësishëm;

- ç) numrin e viteve të përvojës profesionale të anëtarit ose të viteve të veprimtarisë së shoqërisë;
- d) rezultatet e kontrolleve të mëparshme, përfshirë gjetjet nga inspektimet e autoriteteve të tjera, mospërbushjen e detyrimit të Edukimit të Vijueshëm, shkeljet e pavarësisë dhe mangësitë në hartimin, zbatimin ose funksionimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë;
- dh) ndryshimet e rëndësishme në strukturën, madhësinë ose portofolin e klientëve të anëtarit.

Ankesat dhe pretendimet sipas shkronjës "c" përdoren vetëm si faktor risku për përzgjedhjen e subjekteve të kontrollit. Si të tilla, ato nuk ndikojnë në vlerësimin përfundimtar të kontrollit dhe nuk sjellin pasoja disiplinore pa u verifikuar në procedurën përkatëse.

Nëse, gjatë ose pas periudhës që i nënshtrohet kontrollit, subjekti i kontrolluar ka kryer një blerje të rëndësishme të veprimtarisë së një subjekti tjetër ose ka tjetërsuar një pjesë të rëndësishme të veprimtarisë së tij, Grupi i Kontrollit konsultohet paraprakisht me Komitetin e Menaxhimit të Cilësisë mbi objektin e kontrollit dhe mbi veprimet e tjera që mund të ndërmerren.

Në përcaktimin e anëtarëve që do të kontrollohen dhe në përzgjedhjen e dosjeve të punës, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë bazohet në Deklarimin e Dosjeve të punës për Kontabilistët e Miratuar dhe Shoqëritë e Kontabilitetit, deri më datën 31 mars të çdo viti. Kjo përzgjedhje do të bazohet në renditjen e mëposhtme:

- a) Kontabilistët e Miratuar (Persona Fizikë ose Shoqëri Kontabiliteti), që përgatisin pasqyra financiare dhe ofrojnë shërbime për NIP, sipas analizës së vlerësimit të riskut. Bazuar në këtë renditje, procesi i përvitshëm i përzgjedhjes së dosjeve kryhet sipas kësaj radhe:
 - i. Përzgjedhja e dosjeve mbi baza ciklike.
 - ii. Përzgjedhja e dosjeve të cilat kërkojnë kontrolle të thelluara, për shkak të një treguesi risku specifik të lartë, pavarësisht kontrolleve të kryera më parë.
- b) Anëtarët e rinj që janë certifikuar brenda 3 (tre) viteve të fundit.
- c) Një herë në çdo 5 (pesë) vite për çdo anëtar pas kontrollit të parë.
- d) Anëtarët që konsiderohen me risk më të madh, duke pasur parasysh:
 - i. Strukturën dhe madhësinë e Personit Fizik/Shoqërisë së Kontabilitetit.

- ii. Numrin e dosjeve të punës.
- iii. Rezultatet e Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë të bëra në të kaluarën dhe shkalla e realizimit të veprimeve korrigjuese të kërkuara.

Ekspertët Kontrollues miratohen nga Këshilli i Drejtimit, pas propozimit të Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë. Nuk mund të caktohen si Ekspertë Kontrollues anëtarë të Këshillit të Drejtimit, anëtarë të Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë, si dhe anëtarë të Komitetit të Investigimit dhe të Komitetit të Disiplinës.

Neni 11

Afatet

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë kryhet në afatet e përcaktuara në kalendarin dhe në pajtim me Programin Vjetor të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, të miratuar nga Këshilli i Drejtimit.

Eksperti Kontrollues e përmbush detyrën e tij në mënyrë të pavarur, kryen verifikimet që i gjykon të nevojshme dhe bën rekomandimet që i çmon të dobishme. Në rastin e rikontrolleve, ndiqen të njëjtat procedura që zbatohen edhe për kontrollin. Në disa raste kontrollet dhe rikontrollet kryhen pranë IKM.

Eksperti Kontrollues ka të drejtë të kërkojë çdo informacion, që ai e gjykon të nevojshëm për kryerjen e misionit të kontrollit, të përdorë pyetësorë sipas Manualit për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë, dhe të kërkojë sqarime. Eksperti Kontrollues duhet të vërë në dukje, kur është rasti, se nuk i është dhënë informacioni i nevojshëm dhe i kërkuar.

Neni 12

Raportimi

Raporti i kontrollit duhet të përmbajë të paktën informacione për këto çështje:

- a) Mënyrën dhe procedurën si është kryer kontrolli.
- b) Një përshkrim dhe vlerësim të përgjithshëm të strukturës dhe aktivitetit të Kontabilistit të Miratuar ose Shoqërisë së Kontabilitetit, dhe në mënyrë të veçantë detaje dhe organizimin e menaxhimit të cilësisë.
- c) Një përshkrim të mënyrës së mbajtjes së kontabilitetit dhe realizimit të shërbimeve nga anëtari ose shoqëria e kontrolluar.

- d) Shkeljet e ligjit, rregullave, standardeve profesionale dhe Kodit të Etikës që janë konstatuar nga kontrolli.
- e) Vlerësim për dosjet e klientëve me fokus të veçantë në produkte të shërbimeve të ofruara. Vlerësimi duhet të përshkruajë në mënyrë të detajuar gjetjet, mungesat apo gabimet në pasqyrat financiare të përgatitura nga subjekti i kontrollit.
- f) Gjetjet dhe kontrollet e kryera për detyrat dhe rekomandimet e lëna nga akt-kontrolli paraardhës.
- g) Rekomandimet për anëtarin e kontrolluar dhe për Këshillin e Drejtimit, për veprimet që priten të ndërmerren nga ky i fundit, në lidhje me rekomandimet e dhëna.
- h) Një konkluzion të veçantë mbi faktin nëse sistemi i menaxhimit të cilësisë i subjektit të kontrolluar është hartuar në mënyrë të tillë që të përmbushë kërkesat e SNMC 1, sipas zbatimit të shkallëzuar të Nenit 3.
- i) Një konkluzion të veçantë mbi faktin nëse subjekti i kontrolluar ka qenë në pajtueshmëri me sistemin e vet të menaxhimit të cilësisë gjatë periudhës që i është nënshtruar kontrollit.
- j) Arsyet për çdo konkluzion negativ të arritur sipas shkronjave "h" dhe "i", si dhe rekomandimet për përmirësim, të dhëna veçmas në nivel të sistemit të menaxhimit të cilësisë dhe në nivel të angazhimeve të kontrolluara.

Hapat që do të ndiqen në dorëzimin e raportit janë si më poshtë:

1. Në përfundim të kontrollit, Kryetari i Grupit të Kontrollit përgatit raportin paraprak të kontrollit dhe ia dorëzon Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë.
2. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë rishikon draft - raportin e kontrollit dhe vendos nëse:
 - a) Draft - Raporti duhet korrigjuar apo plotësuar dhe i kërkon Grupit të Kontrollit të kryejë veprimet e nevojshme. Grupi i Kontrollit duhet të plotësojë raportin brenda 15 ditëve, ose
 - b) Draft - Raporti duhet t'i dërgohet subjektit të kontrolluar. Subjekti i kontrolluar brenda 15 ditëve mund të dërgojë kundërshtimet (nëse ka), në lidhje me gjetjet dhe konkluzionet.
3. Raporti Final i dërgohet Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë, i shoqëruar me dokumentacionin që përshkruhet në Manualin për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë,

kundërshtimet e bëra nga Subjekti i Kontrolluar në lidhje me gjetjet, si dhe një Plan Veprimi për të adresuar mangësitë e identifikuara.

4. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë përgatit Vlerësimin përfundimtar, i cili i dërgohet Këshillit të Drejtimit për shqyrtim.

Subjekti i kontrolluar është i detyruar të paraqesë një përgjigje me shkrim ndaj rekomandimeve dhe konkluzioneve të raportit, e cila përmban Planin e Veprimit sipas pikës 3, me veprimet e planifikuara dhe afatin e pritshëm për realizimin ose zbatimin e tyre. Afati i propozuar duhet të jetë i arsyeshëm dhe dakordësohet ndërmjet subjektit të kontrolluar, Grupit të Kontrollit dhe Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë.

Në përfundim të procesit të kontrollit, një kopje e raportit dërgohet tek Subjekti i Kontrolluar dhe një kopje protokollohet në arkivat e IKM-së.

Neni 13

Analiza e Shkaqeve Rrënjësore

1. Për çdo mangësi të rëndësishme të identifikuar gjatë kontrollit, Grupi i Kontrollit kërkon dhe shqyrton analizën e shkaqeve rrënjësore të kryer nga subjekti i kontrolluar. Grupi diskuton me subjektin natyrën, shkakun, modelin, përhapjen dhe rëndësinë e mangësisë dhe vlerëson nëse shkaku i identifikuar mbështetet nga faktet. Kur subjekti nuk ka kryer një analizë të tillë, Grupi dokumenton shkaqet e mundshme të evidentuara gjatë kontrollit dhe i kërkon subjektit përfundimin e analizës dhe paraqitjen e masave korrigjuese në Planin e Veprimit.

2. Në përcaktimin e natyrës, afateve dhe shtrirjes së procedurave për investigimin e shkaqeve, Grupi i Kontrollit merr parasysh natyrën e mangësive të identifikuara dhe shkallën e rëndësisë së tyre të mundshme.

3. Analiza e shkaqeve rrënjësore vlerëson në veçanti nëse mangësia:

- a) është e izoluar apo tregon një dobësi sistemike në hartimin ose në funksionimin e sistemit të menaxhimit të cilësisë;
- b) përsëritet në kohë ose në disa dosje pune;
- c) rrjedh nga një mangësi e mëparshme, për të cilën janë lënë rekomandime që nuk janë zbatuar.

4. Përfundimet e analizës së shkaqeve rrënjësore pasqyrohen në raportin e kontrollit dhe përbëjnë bazën për rekomandimet e dhëna. Rekomandimet duhet të adresojnë shkakun rrënjësor dhe jo vetëm manifestimin e tij.

5. Analiza e shkaqeve rrënjësore kryhet në mënyrë proporcionale me madhësinë dhe kompleksitetin e subjektit të kontrolluar. Për Kontabilistët e Miratuar që ushtrojnë veprimtari si persona fizikë, analiza mund të dokumentohet në mënyrë të përmblodhur, brenda vetë raportit të kontrollit.

Neni 14 **Vlerësimi**

Raportet dhe dokumentet e Ekspertëve Kontrollues shqyrtohen nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë. Mbi bazën e këtij vlerësimi, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë përgatit vlerësimin përfundimtar mbi Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë, për dosjen përkatëse.

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë bën përmblodhjen e kontrolleve të kryera, të përfundimeve dhe rekomandimeve të bëra në Raportin e Kontrollit dhe ia paraqet ato Këshillit të Drejtimit.

Vetëm Këshilli i Drejtimit ka të drejtë të zyrtarizojë përfundimet e kontrolleve dhe të kërkojë zbatimin e rekomandimeve. Ai, për shkelje që janë subjekt i masave disiplinore, rekomandon Komitetin e Investigimit të marrë në shqyrtim dosjen e të kontrolluarit, sipas procedurave të parashikuara në Statutin e IKM-së dhe në aktet rregullatore të IKM për investigimin dhe disiplinën.

Vlerësimi i Kontrollit mbështetet në tregues lehtësisht të kuptueshëm. Vlerësimi i Kontrollit do të jetë me 4 shkallë si më poshtë:

- Dobët – Shoqërohet me veprime disiplinore; problematikat e mangësive kërkojnë një proces disiplinor.
- Mjaftueshëm – Me mangësi të rëndësishme; Ekspertët Kontrollues kanë zbuluar disa mangësi të rëndësishme dhe do të rekomandojnë përmirësime thelbësore brenda një viti.
- Mirë – Me mangësi të vogla; Ekspertët Kontrollues do të rekomandojnë veprime korrigjuese për t'u kryer.
- Shumë mirë – Gjetjet nuk janë materiale.

Kriteret e hollësishme mbi bazën e të cilave përcaktohet secila prej shkallëve të mësipërme të vlerësimit, përfshirë pragjet dhe treguesit përkatës, hartohen nga Komiteti i Menaxhimit të



Cilësisë, miratohen nga Këshilli i Drejtimit dhe publikohen në faqen zyrtare të internetit të IKM. Kriteret rishikohen sa herë ndryshojnë standardet profesionale të zbatueshme ose në kuadër të rishikimit periodik të efektivitetit të sistemit sipas Nenit 21.

Procedurat e ndjekura gjatë kontrollit nga Ekspertët Kontrollues mbështeten në Manualin për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë.

Neni 15 **Rikontrolli**

Pas vlerësimit përfundimtar nga Këshilli i Drejtimit, ku një subjekt i kontrolluar ka marrë një vlerësim të ndryshëm nga “Shumë mirë”, një rikontroll mund të kryhet me kërkesë të vetë subjektit të kontrolluar, të paktën 6 muaj pas datës së vlerësimit përfundimtar. Gjatë procedurës së rikontrollit për këtë qëllim, do të kryhen kontrole dhe për shërbimet si dhe angazhimet që janë dhënë pas periudhës së kontrollit të mëparshëm.

Nëse një anëtar ose Shoqëri Kontabiliteti në përfundim të procesit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, ka marrë vlerësimin “Mjaftueshëm” apo “Dobët” dhe i janë lënë rekomandime për përmirësime në vlerësimin përfundimtar, një procedurë verifikimi do të kryhet në vitin pasardhës për të vlerësuar statusin dhe zbatimin e Planit të Veprimit nga ana e të kontrolluarit.

Gjatë kësaj procedure do të ketë dy vlerësime:

- a. Rekomandimet janë përmbushur.
- b. Rekomandimet nuk janë përmbushur.

Rikontrolli do të aplikohet së bashku me masa të tjera që Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë, Këshilli i Drejtimit ose Komiteti i Disiplinës vendos të marrë.

Neni 16 **Konfidencialiteti dhe Konflikti i Interesit**

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë dhe kryerja e shërbimeve të ndryshme kërkojnë respektimin rigoroz të sekretit profesional si nga ana e Ekspertit Kontrollues, ashtu edhe nga anëtari i kontrolluar.

Vënia në dispozicion e dokumentimit të angazhimit të Grupi i Kontrollit, për qëllime të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, mbështetet në detyrimin ose të drejtën profesionale të anëtarit për të zbuluar informacion me qëllim përmbushjen e rishikimit të cilësisë nga organizata profesionale, të njohur nga Kodi i Etikës, dhe kryhet në masën që nuk ndalohej nga



ligji. Kur detyrimi i konfidencialitetit ndaj klientit buron nga ligji ose nga marrëdhënia kontraktore dhe vënia në dispozicion kërkon autorizimin e klientit, subjekti i kontrolluar siguron paraprakisht autorizimin e vlefshëm të tij. Informacioni që i vihet në dispozicion Grupit të Kontrollit kufizohet në atë që është i nevojshëm për kryerjen e kontrollit dhe trajtohet në përputhje me legjislacionin për mbrojtjen e të dhënave personale. Kontrata e shërbimit e lidhur me klientin duhet të përmbajë një klauzolë që parashikon mundësinë e vënies në dispozicion të dosjes për qëllime të kontrollit të cilësisë nga IKM.

Detyrimi i konfidencialitetit profesional zbatohet për të gjithë personat që punojnë ose kanë punuar për IKM-në, për anëtarët e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë, për Ekspertët Kontrollues dhe për çdo person tjetër i cili, për shkak të detyrës, ka akses në informacionin e mbledhur gjatë kontrolleve. Ky detyrim vazhdon të prodhojë efekte edhe pas përfundimit të marrëdhënies së punës ose të mandatit.

Informimi i të tretëve, direkt ose indirekt, në lidhje me faktin se Kontabilisti i Miratuar dhe/ose Shoqëria e Kontabilitetit i është nënshtruar detyrimit të kontrollit, dhe/ose gjetjeve dhe rezultateve të Raportit të përgatitur e të përfunduar të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, përbën shkelje të rregullave të Etikës Profesionale dhe ndëshkohet nga procedurat disiplinore.

Në përputhje me Kodin e Etikës dhe Statutin e IKM-së, anëtarët e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë dhe anëtarët e Fondit të Ekspertëve Kontrollues duhet të nënshkruajnë një:

- a) Deklaratë Konfidencialiteti, për të siguruar ruajtjen e sekretit profesional për informacionet e marra gjatë ushtrimit të funksioneve të tyre.
- b) Deklaratë të Konfliktit të Interesit, për të siguruar se janë të pavarur dhe nuk kanë konflikt interesi, çka mund të jetë e papajtueshme me objektivitetin e tyre në ushtrimin e funksioneve të ngarkuara.

Të dy deklaratat do të nënshkruhen për çdo kontroll të kryer ose nëse do të ketë ndryshime të cilat kërkojnë një deklaratë të re, brenda 15 ditëve nga ndryshimi, nëse ka. Për të siguruar pavarësinë e plotë, çdo konflikt interesi duhet të identifikohet dhe të trajtohet menjëherë përpara se të fillojë procesi i kontrollit. Në rast të shkeljeve të rënda të konfidencialitetit, do të ndërmerren masa disiplinore.

Raportet e Kontrollit dhe çdo dokument tjetër që lidhet me kontrollet, janë dokumente të brendshme të Institutit të Kontabilistëve të Miratuar dhe përmbajtja e tyre nuk mund të përhapet tek të tretët, me përjashtim të aksesit për qëllime mbikëqyrjeje sipas Nenit 22 të kësaj

Rregulloreje. Rezultatet e përgjithshme të Sistemit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë publikohen çdo vit nga IKM, në mënyrë të përmbledhur dhe pa përmendur emra të veçantë.

Rekomandimet e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë duhet të ndiqen nga anëtarët për t'u zbatuar brenda një periudhe kohore të vendosur nga ky Komitet ose Këshilli i Drejtimit.

Neni 17 **Ankimimi**

Pas mbylljes së procesit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, brenda një periudhe 10 ditore, anëtarit ose Shoqërisë së Kontabilitetit të kontrolluar, i lind e drejta të ankimojë Raportin e Kontrollit pranë Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë.

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë, me kërkesë të ankimuesit, brenda 15 ditëve nga marrja e ankimimit, organizon një mbledhje ku janë të pranishëm anëtarët e Komitetit, subjekti i kontrolluar dhe Ekspertët Kontrollues. Pasi merren shpjegimet e nevojshme nga palët, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë paraqet brenda 5 ditëve, vendimin ndaj ankesës së bërë së bashku me propozime konkrete.

Njoftimi për mbledhjen e Komitetit të Menaxhimit të Cilësisë për palët, bëhet të paktën 10 ditë para datës së mbledhjes. Në rast mosparaqitje, shqyrtimi bëhet në bazë të dokumentacionit të dorëzuar.

Neni 18 **Përmirësimi i Vazhdueshëm**

Kontrolli i Menaxhimit të Cilësisë përfshin një proces të përmirësimit të vazhdueshëm, duke siguruar që cilësia e shërbimeve të kryera nga anëtarët e IKM-së të përmirësohet në mënyrë të qëndrueshme dhe të vazhdueshme. Ky proces synon:

a) **Identifikimin dhe zbatimin e përmirësimeve të procesit:** Bazuar në rezultatet e kontrolleve dhe rikontrolleve, Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë identifikon dhe propozon përmirësime specifike për proceset ekzistuese. Këto përmirësime implementohen në mënyrë të strukturuar për të siguruar që mangësitë e identifikuar janë adresuar dhe cilësia e shërbimeve është rritur. Çdo përmirësim dokumentohet dhe përfshihet në një plan veprimi të qartë.

b) **Trajnimin e vazhdueshëm dhe zhvillimin profesional të anëtarëve të IKM:** Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë siguron që të gjithë anëtarët e IKM-së të marrin trajnime të vazhdueshme dhe të përditësuara, duke përfshirë zhvillimin profesional në fusha kyçe të menaxhimit të cilësisë. Këto trajnime janë të strukturuar, për të siguruar që anëtarët janë të

njohur me praktikat më të mira dhe janë në gjendje të zbatojnë standardet më të larta të cilësisë në punën e tyre. Programet e trajnimit do të përfshijnë module për zhvillimet e reja rregullative dhe teknologjitë e reja që mund të përdoren për përmirësimin e cilësisë.

c) **Mbikëqyrjen dhe rishikimin e vazhdueshëm të performancës:** Procesi i përmirësimit të vazhdueshëm përfshin mbikëqyrjen dhe rishikimin e vazhdueshëm të performancës së anëtarëve, në zbatimin e standardeve të cilësisë. Kjo përfshin analizimin e të dhënave të performancës, feedback-un nga klientët dhe rezultatet e kontrolleve të mëparshme për të identifikuar zonat që kanë nevojë për përmirësim të mëtejshëm.

d) **Përdorimin e teknologjisë për përmirësimin e cilësisë:** Inkurajimi i përdorimit të teknologjive të avancuara dhe inovative për të përmirësuar proceset e menaxhimit të cilësisë. Kjo përfshin adoptimin e softuerëve të specializuar dhe platformave digjitale, që mund të ndihmojnë në automatizimin e proceseve dhe rritjen e efikasitetit.

Neni 19

Raportimi dhe Transparenca Publike

Në interes të transparencës dhe besueshmërisë publike, IKM ka detyrimin të publikojë një raport vjetor të përmbledhur të rezultateve të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë. Ky raport përfshin:

a) **Statistikat e përgjithshme të kontrolleve të kryera:** Një përmbledhje e numrit total të kontrolleve të menaxhimit të cilësisë të realizuara gjatë vitit, duke përfshirë edhe rikontrollet. Statistikat përfshijnë ndarjen sipas llojeve të kontrolleve dhe rezultateve të arritura.

b) **Zonat kryesore të përmirësimeve dhe rekomandimet:** Identifikimi i zonave kryesore ku janë realizuar përmirësime dhe rekomandimet e bëra nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë për përmirësime të mëtejshme. Raporti përfshin gjithashtu shembuj konkretë të përmirësimeve të suksesshme dhe ndikimin e tyre në cilësinë e shërbimeve.

c) **Përparimet e bëra në bazë të kontrolleve të mëparshme:** Një përshkrim i përparimeve të arritura në përputhje me rekomandimet dhe planet e veprimit të përcaktuara në kontrollet e mëparshme. Raporti përfshin edhe një analizë të trendeve dhe ndryshimeve në cilësinë e shërbimeve gjatë viteve.

d) **Kërkesat për të gjitha kontrollet që janë bërë:** Një përmbledhje e kërkesave dhe rezultatet e kontrolleve, duke siguruar që emrat e individëve dhe firmave të mos përmenden për të

mbrojtur konfidencialitetin. Raporti përfshin gjithashtu rekomandime për politikat dhe strategjitë që mund të adoptohen për të përmirësuar më tej sistemin e menaxhimit të cilësisë.

e) **Angazhimi për transparencë dhe llogaridhënie:** IKM siguron që raportet vjetore janë të disponueshme publikisht dhe lehtësisht të aksesueshme për të gjithë interesuarit, duke përfshirë profesionistët e fushës, rregullatorët dhe publikun e gjerë.

Raporti vjetor publik përgatitet dhe publikohet jo më vonë se data 30 qershor e vitit pasardhës. Një kopje e raportit i dërgohet Bordit të Mbikëqyrjes Publike, sipas kërkesës së tij.

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë mund të përgatisë gjithashtu një raport me qëllim mësimor për anëtarësinë, i cili paraqet gjetjet më të shpeshta, shkaqet rrënjësore të tyre dhe praktikën e rekomanduar, pa përmendur emra ose të dhëna identifikuese. Ky raport përdoret si material referimi në programin e Edukimit të Vijueshëm.

Neni 20

Menaxhimi i Rrezikut dhe Zhvillimi i Politikave

Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë zhvillon dhe zbaton politika të menaxhimit të rrezikut që përfshijnë:

a) **Identifikimin dhe vlerësimin e rreziqeve të cilësisë:** Komiteti kryen një proces të vazhdueshëm të identifikimit dhe vlerësimit të rreziqeve që mund të ndikojnë në cilësinë e shërbimeve të ofruara nga anëtarët e IKM-së. Ky proces përfshin një analizë të detajuar të mjedisit të punës, praktikave ekzistuese dhe ndryshimeve rregullative. Komiteti përdor mjete dhe teknika moderne për menaxhimin e rrezikut, duke përfshirë modelimin e rrezikut dhe skenarët e ndryshëm të analizës së rrezikut.

b) **Zhvillimin e strategjive për të zvogëluar dhe menaxhuar këto rreziqe:** Bazuar në identifikimin e rreziqeve, Komiteti zhvillon strategji dhe masa specifike për të zvogëluar dhe menaxhuar këto rreziqe. Këto strategji do të jenë të dokumentuara dhe të integruara në proceset ekzistuese të menaxhimit të cilësisë. Masat mund të përfshijnë trajnime të specializuara, azhurnime të rregulloreve të brendshme dhe adoptimin e teknologjive të reja për të adresuar rreziqet e identifikuara.

c) **Rishikimin dhe azhurnimin e politikave të menaxhimit të cilësisë:** Politikat dhe procedurat e menaxhimit të cilësisë rishikohen dhe azhurnohen rregullisht për të reflektuar ndryshimet në mjedisin e rrezikut dhe kërkesat rregullatore. Ky proces siguron që politikat e menaxhimit të cilësisë janë të përditësuara dhe në përputhje me standardet ndërkombëtare të

cilësisë. Komiteti kryen auditime të brendshme dhe rishikime të rregullta për të vlerësuar efektivitetin e politikave dhe për të identifikuar mundësitë për përmirësim.

d) Përfshirja e palëve të interesuara në menaxhimin e rrezikut: Komiteti angazhon aktivisht palët e interesuara, duke përfshirë klientët, rregullatorët dhe komunitetin e gjerë të kontabilistëve, në procesin e menaxhimit të rrezikut. Kjo përfshirje siguron që politikat e menaxhimit të rrezikut janë të përshtatura me nevojat dhe pritjet e palëve të interesuara, dhe që ekziston një komunikim i hapur dhe efektiv për çështjet e rrezikut dhe cilësisë.

Neni 21

Rishikimi i Zbatimit dhe i Efektivitetit të Sistemit

1. Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë kryen, të paktën një herë në dy vjet, një rishikim të zbatimit dhe të efektivitetit të sistemit të Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë, me qëllim të sigurohet se sistemi funksionon ashtu siç është parashikuar dhe në përputhje me:

- a) këtë Rregullore;
- b) SNMC 1 dhe standardet e tjera profesionale të zbatueshme;
- c) SMO 1 të IFAC-ut;
- ç) kërkesat ligjore dhe rregullatore në fuqi;
- d) zhvillimet specifike të tregut dhe të sektorit.

2. Rishikimi vlerëson, ndër të tjera:

- a) nëse cikli dhe metoda e përzgjedhjes së subjekteve po zbatohen sipas parashikimeve;
- b) nëse Ekspertët Kontrollues po zbatojnë në mënyrë koherente kriteret e vlerësimit;
- c) nëse rekomandimet e lëna janë ndjekur dhe kanë prodhuar përmirësime të matshme;
- ç) nëse burimet financiare dhe njerëzore të vëna në dispozicion janë të mjaftueshme;
- d) nëse lidhja ndërmjet rezultateve të pakënaqshme të kontrollit dhe procedurave disiplinore po funksionon.

3. Kur rishikimi nxjerr në pah probleme në funksionimin e duhur të sistemit, Këshilli i Drejtimit merr masa për t'i adresuar ato sa më shpejt të jetë praktikisht e mundur.

4. Për sistemin e sapo ndryshuar ose për periudhat në të cilat kanë ndodhur ndryshime të rëndësishme në standardet profesionale të zbatueshme, cikli i rishikimit mund të shkurtohet me vendim të Këshillit të Drejtimit.

5. Përfundimet e rishikimit dokumentohen dhe i paraqiten Asamblesë së Përgjithshme në mbledhjen e radhës.

Neni 22

Ruajtja e Dokumentacionit të Kontrollit

1. Grupi i Kontrollit dokumenton çështjet që:

- a) japin evidencë mbështetëse për raportin e kontrollit; dhe
- b) provojnë se kontrolli u krye në përputhje me këtë Rregullore dhe me Manualin për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë.

2. Dokumentacioni i kontrollit përfshin planifikimin e kontrollit, objektin e punës së kryer, gjetjet, analizën e shkaqeve rrënjësore, përfundimet e arritura, komunikimet me subjektin e kontrolluar dhe deklaratat e konfidencialitetit e të konfliktit të interesit.

3. Dokumentacioni i kontrollit ruhet për një periudhë prej jo më pak se 6 (gjashtë) vjetësh nga data e vlerësimit përfundimtar, në formë elektronike dhe, sipas rastit, fizike, në ambiente të sigurta.

4. Periudha e ruajtjes duhet të jetë e mjaftueshme për t'i mundësuar IKM-së dhe, sipas rastit, Bordit të Mbikëqyrjes Publike ose një organi tjetër mbikëqyrës, të ushtrojnë mbikëqyrjen e duhur mbi procesin e Kontrollit të Menaxhimit të Cilësisë.

Neni 23

Dispozita Kalimtare dhe Hyrja në Fuqi

1. Ndryshimet e miratuara me Vendimin Nr. 2 të Asamblesë së Përgjithshme, datë 03.10.2026 (në vijim "këto ndryshime"), hyjnë në fuqi menjëherë.

2. Manuali për Kontrollin e Menaxhimit të Cilësisë, listat e kontrollit dhe formatet e raportimit përditësohen nga Komiteti i Menaxhimit të Cilësisë dhe miratohen nga Këshilli i Drejtimit brenda 6 (gjashtë) muajve nga hyrja në fuqi e këtyre ndryshimeve.

3. Kriteret e vlerësimit sipas Nenit 14 dhe përshkrimi i objektit e i dizajnit të sistemit sipas Nenit 7, shkronja "p", hartohen dhe publikohen brenda 6 (gjashtë) muajve nga hyrja në fuqi e këtyre ndryshimeve.

4. Ekspertët Kontrollues ndjekin një trajnim plotësues mbi kërkesat e reja, në veçanti mbi vlerësimin e tetë komponentëve, mbi analizën e shkaqeve rrënjësore dhe mbi zbatimin e shkallëzuar, përpara datës së fillimit të zbatimit sipas pikës 5.



5. Pasi të jenë miratuar instrumentet sipas pikave 2 dhe 3 dhe të ketë përfunduar trajnimi sipas pikës 4, Këshilli i Drejtimit përcakton me vendim datën e fillimit të zbatimit të dispozitave të ndryshuara për kryerjen e kontrolleve dhe e publikon atë në faqen zyrtare të internetit të IKM. Kontrollat që nisin përpara kësaj date zhvillohen dhe përfundojnë sipas dispozitave të Rregullores së mëparshme dhe të Manualit në fuqi. Kontrollat që nisin pas kësaj date zhvillohen sipas Rregullores së ndryshuar.

6. Rishikimi i parë i zbatimit dhe i efektivitetit të sistemit sipas Nenit 21 kryhet brenda 18 (tetëmbëdhjetë) muajve nga data e fillimit të zbatimit sipas pikës 5.

7. Raporti i parë vjetor publik sipas Nenit 19, në formatin e ndryshuar, përgatitet për vitin 2026 dhe publikohet jo më vonë se data 30 qershor 2027.

8. Detyrimi për përfshirjen në kontratën e shërbimit të klauzolës sipas Nenit 16 zbatohet për kontratat që lidhen ose rinovohen pas hyrjes në fuqi të këtyre ndryshimeve. Për kontratat ekzistuese, deri në rinovimin e tyre, kur vënia në dispozicion e dokumentimit të angazhimit kërkon autorizimin e klientit, subjekti i kontrolluar e siguron atë paraprakisht dhe me shkrim.

Miratuar nga Asambleja e Përgjithshme e IKM

03 Tetor 2026