



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETSISË

DOKUMENTI STRATEGJIK DHE PLANI I VEPRIMIT PËR SHËNDE TIN SEKSUAL DHE RIPODHUES 2017-2021



REPUBLIKA E SHQIPËRIË
MINISTRIA E SHËNDETSISË

**DOKUMENTI STRATEGJIK
DHE PLANI I VEPRIMIT PËR
SHËNDETIN SEKSUAL DHE RIPRODHUES
2017-2021**

Shtypi: Shtypshkronja “Pegi”

ISBN: 978-9928-228-48-2

Miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr.529, datë 1.12.2016

Ky dokument strategjik dhe plani i tij i veprimit u përgatitën në emër të Qeverisë së Shqipërisë nga Ministria e Shëndetësisë dhe institucionet e varësisë, në konsultim me përfaqësues(e) të organizatave të shoqërisë civile dhe të organizatave kombëtare dhe ndërkombëtare që punojnë dhe mbështesin funksionimin e mekanizmave koordinuese ndërsektoriale për problemet madhore të shëndetit publik, në Shqipëri.

Falënderime

Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 është hartuar nga Ministria e Shëndetësisë me kontributin e Grupit të Punës, ngritur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr. 336, datë 4.08.2015.

Ky dokument strategjik u mbështet në të gjitha fazat përgatitore deri në finalizimin e saj, përfshirë planin e veprimit 2017-2021 dhe kostimin, nga partnerët ndërkombëtarë UNFPA, WHO, UNICEF, UNAIDS në kuadër të Programit të Bashkëpunimit midis Qeverisë Shqiptare dhe Kombeve të Bashkuara 2012 - 2016. Një falënderim i veçantë shkon për Qeverinë Zvicerane për mbështetjen financiare të ofruar në procesin e hartimit të këtij dokumenti strategjik.

Ministria e Shëndetësisë dëshiron të falenderojë grupin teknik të punës për përgatitjen e dokumentit strategjik dhe planit të veprimit 2017-2021: Znj. Milva Ekonomi, Dr. Gazmend Bejtja, Dr. Nedime Ceka, Dr. Gentiana Qirjako, Dr. Edi Tushe, Dr. Eliona Demaliaj, Dr. Lindita Myzyri, Dr. Nurie Çausi, Dr. Albana Adhami dhe Znj. Ana Lipe.

Falenderime të veçanta shkojnë për ekspertët dhe teknikët e fushës, në nivel qendror dhe lokal, të cilët dhanë kontribute të vyera në procesin e konsultimit.

Ministria e Shëndetësisë dëshiron të falenderojë mbështetjen e vazhdueshme teknike të zyrës së UNFPA në Tiranë përgjatë procesit të hartimit, diskutimit, rishikimit, editimit, printimit dhe shpërndarjes së këtij Dokumenti.

Falenderime për Fondacionin NESMARK për bashkërendimin në përgatitjen e këtij dokumenti strategjik.

Përmbajtja

I. Parathënie.....	7
II. Hyrja.....	13
1. Analiza e Situatës së Shëndetit Seksual dhe Riprodhues	21
1.1. Shëndeti amtar	21
1.2. Planifikimi familjar	25
1.3. Shëndeti i të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës.....	29
1.4. Shëndeti i adoleshentit	32
1.5. Tumoret e traktit riprodhues	34
1.6. Dhuna ndaj grave dhe fëmijëve	37
1.7. Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme, HIV dhe AIDS.....	40
1.8. Infertiliteti	43
1.9. E-shëndetësia.....	45
2. Vizioni, Prioritetet dhe Objektivat Strategjike	47
3. Analiza Financiare dhe Kostoja.....	72
4. Monitorimi, Vlerësimi (MV) dhe Zbatimi i Strategjisë.....	74
Aneksi 1: Plani i veprimit	79
Aneksi 2: Të dhëna demografike.....	137
Aneksi 3: Dokumente ndërkombëtare.....	159

I. Parathënie

Shëndeti seksual dhe riprodhues është konsideruar në nivel ndërkombëtar si një nga komponentët më me rëndësi për zhvillimin njerëzor. Ai përcakton shëndetin në përgjithësi të popullatës, mirëqenien dhe zhvillimin e gjithë vendit.

Përkufizimi i shëndetit riprodhues i adoptuar në Konferencën Ndërkombëtare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ICPD) përbën një hap përpara në konceptin e riprodhimit dhe seksualitetit. Ndërsa pikëpamjet e mëparshme lidheshin ngushtë vetëm me objektiva demografike, ICPD-ja vendosi nevojat e individëve në qendër të zhvillimit. Kjo jo vetëm zgjeroi komponentët e shëndetit riprodhues përtej viteve riprodhuese, por përfshiu një kontekst të gjerë social-kulturor lidhur me rolet gjinore, respektimin dhe mbrojtjen e të drejtave njerëzore për riprodhimin dhe seksualitetin.

Një sjellje e shëndetshme riprodhuese dhe seksuale ka ndikim pozitiv të drejtpërdrejtë mbi gjeneratat e ardhshme. Planifikimi familjar, kujdesi amtar, foshnjor dhe fëmijëror cilësor dhe eficient pakëson numrin e shtatzënive të padëshiruara, aborteve, parandalon vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë amtare, ul incidencën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme përfshirë edhe infektimin me HIV, si dhe mbron shëndetin e fëmijës dhe adoleshentit. Këto janë ndër mjetet më kosto-efikase për të përmirësuar shëndetin, mirëqenien e gruas, fëmijës, adoleshentit, familjes, komunitetit dhe shoqërisë.

Ministria e Shëndetësisë është e angazhuar të përmirësojë gjendjen e shëndetit riprodhues të individëve në Shqipëri, në veçanti grave, fëmijëve dhe të rinjve. Synimi i këtij dokumenti të dytë të strategjik për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 është të përmirësojë shëndetin seksual dhe riprodhues të popullatës së Shqipërisë, dhe t'i ofrojë qytetarëve mundësinë e barabartë për të ushtruar të drejtat e tyre riprodhuese dhe seksuale.

Dokument Strategjik dhe Plani i Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 është zhvilluar mbi bazën e politikave dhe programeve të qeverisë për një jetë më të mirë dhe të shëndetshme të popullatës në Shqipëri, duke ofruar një sistem kujdesi shëndetësor cilësor që ofron akses të plotë dhe garanton qëndrueshmëri financiare, me një qasje të integruar në kujdesin shëndetësor, duke e bashkërenduar me politikat e sportit, mbrojtjes sociale, sigurisë në punë, ruajtjes së mjedisit, planifikimit dhe rregullimit të territorit, përfshirë transportin dhe komunikacionin. Gjithashtu ky dokument strategjik reflekton programin e qeverisë për mbështetjen e funksionimit dhe mekanizmave koordinuese ndërsektoriale për problemet madhore të shëndetit publik.

Ky dokument strategjik është pjesë integrale e Strategjisë Sektoriale të Shëndetit 2016-2020, teknikisht të mbështetur nga OBSH, prioritetet strategjike të së cilës reflektohen në kuadrin zhvillimor multisektorial dhe ndërsektorial të Strategjisë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim 2015-2020.

Dokument Strategjik nga ana programatike reflekton angazhimin e vendit për të arritur *Objektivat Globale të Zhvillimit të Qëndrueshëm 2015-2030*, i përgjigjet realitetit socio-ekonomik dhe demografik të vendit, si dhe reflekton arritjet dhe nevojat e prioritetet e sektorit shëndetësor në të ardhmen.

Viti 2015 shënoi dy dekada angazhimi të vendit në qasjen e konceptit të integruar të shëndetit seksual dhe riprodhues miratuar në Konferencën Ndërkombëtare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ICPD, Kajro 2014). Ky vit ishte edhe kulmimi i përpjekjeve globale për plotësimin e synimeve të vendosura në *Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit (MDG)* dhe vendosjen e synimeve të reja për Zhvillimin e Qëndrueshëm 2015-2030.

Ministri i Shëndetësisë i Republikës së Shqipërisë, së bashku me Ministrat e Shëndetësisë dhe përfaqësues

të nivelit të lartë të vendeve të tjera anëtare të Rajonit të Europës të OBSH, shprehën vullnetin politik në Sesionin e 66-të të Komitetit Rajonal të OBSH për Europën, në Kopenhagen, 12-15 shtator 2016, përmes Rezolutës EUR/RC66/R7, për të zbatuar në kontekstin e cdo vendi, Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues: Drejt përmbyshjes së Axhendës për Zhvillim të Qëndrueshëm në Europë 2030 – Të mos mbetet asnjë prapa! Përmes kësaj Rezolute i bëhet thirrje të gjitha vendeve anëtare që të zbatojnë Planin Europian të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 dhe të reduktojnë barrën e shëndetit të dobët për popullatat e tyre, duke i kushtuar vëmendje të vecantë shtresave vulnerabël, të dizavantazuara dhe grupeve të popullatës që janë vështirësisht të arritshme. Ky Plan Veprimi synon të përshpejtojë progresin për realizimin e potencialit të plotë nga gjithsecili lidhur me mirëqenien dhe shëndetin seksual e riprodhues, në linje me Politikën Kuadër të OBSH për Europën për Shëndet dhe Mirëqenie 2020.

Objektivat e këtij dokumenti strategjik që synojnë të plotësojnë nevojat e shëndetit seksual dhe riprodhues të popullsisë kanë tre prioritet kryesore.

Së pari ato janë pjesë e objektivave për Zhvillim të Qëndrueshëm të OKB-së. Nga 17 objektivat madhore të kësaj strategjie, tre lidhen me shëndetin riprodhues: **përmirësimi i shëndetit amtar, promovimi i barazisë gjinore dhe lufta kundër HIV dhe AIDS**. Vendet anëtare të OKB kanë miratuar tashme synimin që në 2030 (OzhQ 5 – Targeti 5.6) të sigurojnë aksesin universal në shëndetin seksual dhe riprodhues dhe të drejtat riprodhuese sikurse është rënë dakord në perputhje me Programin e Veprimit të Konferencës Nderkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin dhe Platformën për Veprim të Beijing, si dhe dokumentat e konkluzioneve të Konferencave rishikuese perkatëse. Këto objektiva janë të pranishme edhe në këtë dokument strategjik, sepse ato përfshijnë nevojat aktuale të vendit për shëndetin seksual dhe riprodhues, të identifikuar gjatë procesit të hartimit të saj. Ato ofrojnë gjithashtu një pikë hyrje për të adresuar variabla dhe indikatorë që përfshijnë gjithë komponentët e çështjeve të ndërthurura të shëndetit riprodhues si: fertiliteti, gjinia, dhuna, edukimi seksual, dhe faktorë të tjerë me ndikime direkte për shëndetin e individit gjatë gjithë ciklit të jetës.

Së dyti, nevoja për t'iu përgjigjur realitetit socio-ekonomik, demografik dhe prioriteve aktuale të lidhura me shëndetin riprodhues të vendit. Përmbajtja e kësaj strategjie dhe plani 5-vjeçar i veprimit të saj nuk synon të plotësojë përfundimisht të gjitha aktivitetet që nevojiten për një shëndet optimal seksual dhe riprodhues, por është një udhërrëfyes me një pamje të qartë se ku kërkohet të arrihet, duke patur parasysh nevojat prioritare shëndetësore, socio-demografike, kulturore dhe politikat e strategjisë kombëtare të Shqipërisë për integrim dhe zhvillim, për të arritur një shëndet më të mirë seksual dhe riprodhues të të gjithë individëve në Shqipëri, me fokus në grupet më vulnerabël dhe të marginalizuara.

Së treti, të ecim përpara mbi arritjet që janë bërë në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues deri në momentin aktual. Ashtu si tregohet edhe analiza e situatës së shëndetit riprodhues e bërë gjatë përgatitjes së strategjisë, janë bërë arritje në tregues të shëndetit seksual dhe riprodhues si: ulja e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë amtare, feminare, përmirësimi i gjendjes së ushqyerjes, vaksinimit etj., por ende duhet punuar më shumë për përmirësimin e mëtejshëm të këtyre treguesve.

Dokumenti strategjik dhe plani i veprimit pritet të ofrojë kornizën kombëtare për promocionin dhe zbatimin e programeve të shëndetit riprodhues, si dhe ofrimin e shërbimeve të integruara të shëndetit seksual dhe riprodhues. Ministria e Shëndetësisë synon të ofrojë kujdes për shëndetin seksual dhe riprodhues të përballueshëm, të barabartë, të arritshëm dhe gjithëpërfshirës për çdo individ nëpërmjet paketës së integruar të shërbimeve shëndetësore, e cila përcakton shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues në të gjitha nivelet e ofrimit të kujdesit shëndetësor në vendin tonë.

Dokumenti strategjik jep drejtime si të zbatohen këto politika shëndetësore me ndërhyrjet e parashikuara. Ajo përcakton hapat si të shpejtohet progresi në arritjen e objektivave kombëtare dhe ndërkombëtare për integrim dhe zhvillim të qëndrueshëm, dhe fokusohet në pakësimin e pabarazive në shëndetin riprodhues, shëndetin e gruas, foshnjës, fëmijës dhe të rinjve.

Ministria e Shëndetësisë e ka të qartë se në mënyrë që të arrihet çdo individ, në veçanti çdo grua, fëmijë dhe i ri, duhet investuar në ndërhyrje thelbësore për shëndetin dhe jetesën e tyre, si dhe duhet punuar në bashkëpunim të ngushtë me gjithë partnerët tanë kombëtar dhe ndërkombëtar.

Për këtë duhet theksuar se dokumenti strategjik ka një plan veprimi 5-vjeçar me aktivitete të detajuara dhe të buxhetuara, që do të ndihmojnë të adresohen ndërhyrjet më prioritare dhe optimale të lidhura me shëndetin seksual dhe riprodhues për këto vite.

Plani i veprimit ka identifikuar 4 objektiva madhore strategjike që lidhen me shëndetin seksual dhe riprodhues të popullatës sipas fushave të mëposhtme: planifikimi familjar dhe shëndeti amtar; shëndeti i të porsalindurit, foshnjës, fëmijës dhe adoleshentit; sëmundshmëria e sistemit riprodhues (sëmundjet tumorale, infeksionet seksualisht të transmetueshme, HIV dhe AIDS dhe infertiliteti); E-shëndetësia (shëndetësia elektronike). Dokumenti strategjik ka për qëllim të përmirësojë shëndetin riprodhues nëpërmjet aktiviteteve që rrjedhin nga këto objektiva madhore strategjike:

1. Pakësimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare.
2. Pakësimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës dhe adoleshentit.
3. Nxitja dhe promovimi i një shëndeti të mirë riprodhues dhe seksual.
4. Rritja e prevalencës së metodave moderne të kontracepsionit nëpërmjet promocionit, rritjes së aksesit dhe cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar.
5. Ulja e incidencës së infeksioneve seksualisht të transmetueshme, HIV dhe AIDS.
6. Kapja e hershme, parandalimi dhe trajtimi i kancerëve të traktit riprodhues.
7. Zhvillimi dhe zbatimi i masave ndërsektoriale që të sigurohet aksesit dhe cilësia e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues.
8. Nxitja dhe promovimi i aktiviteteve në komunitet dhe familje, i praktikave dhe vlerave që përmirësojnë shëndetin riprodhues në të gjithë komponentët që ai përfshin dhe janë të ndërlidhur me njëri-tjetrin si p.sh.: shëndeti amtar, foshnjor e fëmijëror, planifikimi familjar dhe ulja e aborteve, shtatzënive të padëshiruara, shëndeti i adoleshentit etj. Prandaj këto ndërhyrje të parashikuara në strategji janë të integruara dhe gjithëpërfshirëse.

Për sa u tha më sipër, për këto synime madhore janë parashikuar objektiva specifike me aktivitete përkatëse në nivelin e sistemit shëndetësor, të familjes dhe komunitetit që përfshijnë edhe një kontekst të gjerë social-kulturor të secilës çështje shëndetësore të parashikuar për zgjidhje.

Ky dokument i dytë strategjik i shëndetit seksual dhe riprodhues 2017-2021 është produkt i një procesi të gjatë pune, konsultash me shumë aktorë në nivel kombëtar dhe rajonal. Dokumenti i përgatitur është përfundimi i një vizioni të arritur mbas një analize të thellë të situatës dhe nevojave për shëndetin riprodhues, i kryer nga Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me ekspertë dhe specialistë të fushës së shëndetit seksual dhe riprodhues në të gjitha nivelet e kujdesit, si dhe nga disa institucione shëndetësore.

Çështjet prioritare të strategjisë janë nxjerrë nga idetë dhe konceptet që kanë dalë nga takime me ekspertë të nivelit kombëtar dhe rajonal, personel shëndetësor, anëtarë të komunitetit, OJF-të dhe anëtarë të tjerë të përfshirë në ofrimin e shëndetit seksual dhe riprodhues në vend. Të gjitha të dhënat e paraqitura në këtë dokument janë nxjerrë nga dokumentet zyrtare statistikore, raporte, studime dhe dokumente të tjera zyrtare që japin të dhëna mbi situatën e shëndetit seksual dhe riprodhues në vendin tonë.

Synimi përfundimtar i dokumentit strategjik dhe planit të aktiviteteve për zbatimin e saj është të ofrojë drejtimet për fuqizimin e ndërhyrjeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, si dhe të lehtësojë arritjen e shëndetit të përmirësuar seksual dhe riprodhues, mirëqenien dhe cilësinë e jetës të të gjithë individëve në vend.

Plani strategjik, bashkëngjitur dokumentit, është gjithashtu në linjë me angazhimet kombëtare dhe zhvillimin e Strategjisë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim 2015-2020. Për këtë arsye aktivitetet janë orientuar në disa drejtime kryesore strategjike lidhur me sistemin shëndetësor:

- Përmirësimi i kornizës ligjore dhe rregulluese.
- Përmirësimi i informacionit dhe të dhënave për përcaktimin e prioriteteve dhe nevojave.
- Rritja e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
- Edukimi i profesionistëve për aftësi dhe kompetenca më të mira.
- Forcimi i promocionit shëndetësor.
- Forcimi i sistemit të monitorim-vlerësimit dhe përgjegjshmërisë.

Këto drejtime strategjike ndihmojnë që zbatimi i aktiviteteve të jetë i integruar dhe gjithëpërfshirës, dhe njëkohësisht ofrojnë pavarësi dhe autonomi për ndërhyrje specifike në çdo fushë të shëndetit riprodhues. Korniza strategjike dhe plani promovon gjithashtu pjesëmarrjen e komunitetit dhe nxit mbështetjen e sektorit privat.

Ministria e Shëndetësisë do të koordinojë zbatimin e këtij dokumenti strategjik dhe do të marrë përgjegjësinë

e saj në supervizimin dhe monitorimin e tij, në bashkëpunim me gjithë aktorët kyç dhe organizmat që punojnë në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues në vendin tonë. Ky proces do të bëhet i mundur edhe nga kostot e vlerësuara të aktiviteteve që do të alokohen për çdo vit. Çdo mundësi do të merret parasysh që të realizohet mobilizimi i burimeve të nevojshme për arritjen e objektivave në përfundim të strategjisë.

Dokumenti strategjik është përgatitur që të jetë sa më i qartë dhe i kuptueshëm. Ai nuk ofron një listë të shtrirë gjithëpërfshirëse të të gjitha çështjeve të shëndetit riprodhues që mund të hasen në Shqipëri, por synon të mbështetet në fushat kryesore prioritare (ku mund të marrim edhe përmirësime të rëndësishme në shëndetin e popullatës për 5 vitet e zbatimit të strategjisë) brenda një agjende për shëndetin seksual dhe riprodhues, si dhe të drejtojë ndërhyrjet dhe përpjekjet e të gjithë ofruesve të kujdesit për shëndetin seksual dhe riprodhues në 5 vitet e ardhshme.

Detyrat janë sfiduese dhe burimet të kufizuara, prandaj nevojiten të merren vendime të vështira. Por, ato janë të nevojshme sepse reflektojnë realitetin dhe janë marrë mbi bazën e situatës dhe eksperiencave të atyre që punojnë në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues në vendin tonë, si dhe evidencave bashkëkohore e rekomandimeve ndërkombëtare.

Shkurtime

ADSHSH	Anketa Demografike Shëndetësore Shqiptare (ADHS)
AIDS	Sindroma e Imunodeficiencës së Fituar
ART	Terapia Anti Retrovirale (Anti Retroviral Therapy)
BB (WB)	Banka Botërore
CRC	Konventa mbi të Drejtat e Fëmijës
CEDAW	Konventa mbi Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas
DALY	Vitet e Jetës të Axhustuara për Paaftësi
DRSHP	Drejtoria Rajonale e Shëndetit Publik
EJL	Europa Juglindore
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
GDP (PPB)	Produkti i Përgjithshëm Bruto
GV	Grupet Vullnetare
HIV	Virusi i Imunodeficiencës Humane
HPV	Human Papilloma Virus
ICPD	Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin
IEK	Informimi, Edukimi dhe Komunikimi
IRA	Infeksionet Akute Respiratore
IRT	Infeksionet e Traktit Riprodhues
ISF	Indeksi Sintetik i Fekonditetit
IST	Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
KB/ UN	Kombet e Bashkuara
KE	Kontracepsioni i Emergjencës
KOGJ	Klinika Obstetrike Gjinekologjike
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
KSHSR	Komiteti i Shëndetit Riprodhues
LEB	Lista Esenciale e Barnave
LMIS	Sistemi i Informacionit të Menaxhimit Logjistik
MAS	Ministria e Arsimit dhe Sportit
MB	Ministria e Bujqësisë
MTCT	Transmetimi Vertikal nga Nëna tek Fëmija
MF	Ministria e Financave
M&E- MV	Monitorimi dhe Vlerësimi
MF	Mjeku i Familjes
MDG	Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit (Milenium Developmen Goals)
MISF	Menaxhimi i Integruar i Sëmundjeve të Fëmijërisë
MMSR	Ministria e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë

MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh (WHO)	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OJF	Organizatat Jofitimprurëse
OZHQ	Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm
PF	Planifikimi Familjar
PPK	Protokollet e Praktikës Klinike
PTNF	Parandalimi i Transmetimit nga Nëna tek Fëmija
QSH	Qendra Shëndetësore
QKTGJ	Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut
RTD	Testi i Diagnozës së Shpejtë
RSL	Raporti i Sekseve në Lindje
SIML	Sistemi i Informacionit dhe Menaxhimit Logjistik
SJK	Sëmundje jo të Komunikueshme
SHSR	Shëndeti Seksual dhe Riprodhues
UNFPA	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullatë
UNHCR	Komisioni i Lartë i Kombeve të Bashkuara për Refugjatë
UNICEF	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët
USAID	Agjencia e Shteteve të Bashkuara të Amerikës për Zhvillimin Ndërkombëtar (United States Agency for International Development)
VCT	Këshillimi dhe Testimi Vullnetar për HIV dhe AIDS (Voluntary Counselling and Testing)

II. Hyrja

Arsyet përse duhej ky dokument

Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 është strategjia e dytë e përgatitur nga Ministria e Shëndetësisë, e cila ka për qëllim përmirësimin dhe arritjen e standardit më të lartë të shëndetit riprodhues për të gjithë individët e vendit me fokus të veçantë shëndetin e gruas, fëmijës dhe adoleshentit.

Shëndeti seksual dhe riprodhues shihet si një nga fushat me rëndësi të zhvillimit njerëzor, i cili përcakton jo vetëm shëndetin por edhe mirëqenien dhe zhvillimin e përgjithshëm të popullsisë.

Ministria e Shëndetësisë në programet e saj për përmirësimin e shëndetit të popullatës e konsideron prioritet përmirësimin e shëndetit riprodhues, në veçanti të gruas, fëmijës dhe të rinjve. Strategjia e dytë e shëndetit seksual dhe riprodhues dhe plani i saj i veprimit mbështetet mbi vizionin e qeverisë për shëndet cilësor dhe universal për të gjithë rezidentët shqiptarë.

Dokumenti strategjik paraqet qëllimin e ministrisë për përmirësimin e shëndetit seksual dhe riprodhues, duke studiuar dhe analizuar alternativat e mundshme, duke përcaktuar rrugët për arritjen e qëllimit dhe kontrollin për realizimin e tij.

Shqipëria mbështet dhe zbaton konceptin e një shëndeti riprodhues të integruar dhe gjithëpërfshirës të përkufizuar nga OBSH-ja dhe miratuar në Planin e Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ICDP), Kajro 1994:

“Shëndeti riprodhues është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore e lidhur me sistemin riprodhues, funksionet dhe proceset e tij. Ai nënkupton aftësinë e njerëzve për t’u riprodhuar dhe lirinë e tyre për të vendosur mbi mënyrën dhe kohën e riprodhimit.

Kujdesi për shëndetin është një grup metodash, teknikash dhe shërbimesh që kontribuojnë në shëndetin riprodhues dhe mirëqenien, duke parandaluar dhe zgjidhur problemet e shëndetit riprodhues. Ai gjithashtu përfshin shëndetin seksual, qëllimi i të cilit është përmirësimi i jetës dhe i marrëdhënieve personale, dhe jo vetëm këshillimi dhe kujdesi i lidhur me riprodhimin dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme”.

Ky dokument i dytë strategjik për shëndetin seksual dhe riprodhues është një rishikim dhe përditësim i Dokumentit të parë Strategjik të Shëndetit Riprodhues 2009-2015 që reflekton arritjet, problemet, sfidat që ka situata e shëndetit riprodhues dhe seksual, si dhe çështje të reja kritike që do të adresohen gjatë periudhës kohore që përfshin dokumenti strategjik i ri.

Nevoja për hartimin e këtij dokumenti strategjik është për të riparë arritjet në komponentët e shëndetit riprodhues të përfshira në strategjinë e parë, dhe përfshin disa problematika dhe sfida që kanë dalë edhe në kuadrin e rekomandimeve ndërkombëtare për shëndetin seksual dhe riprodhues.

Dokumenti strategjik ofron një kornizë ndërhyrjesh prioritare të integruara midis komponentëve të ndryshëm të shëndetit riprodhues. Ndërhyrjet dhe objektivat e strategjisë mbështeten mbi rekomandimet

ndërkombëtare të lidhura me *Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm, Shëndet për të Gjithë 2020 (OBSh), Planin Ndërkombëtar të Veprimit të Popullsisë dhe Zhvillimit ICPD + 20, Strategjinë e OBSh-së për Shëndetin e Nënës dhe Fëmijës për rajonin europian*, si dhe Planin e Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues të OBSh për Rajonin e Europës: Drejt përmbushjes së Axhendës për Zhvillim të Qëndrueshëm në Europë 2030 – Të mos mbetet asnjë prapa!

Në nivel ndërkombëtar, shëndeti seksual dhe riprodhues shikohet si një nga komponentët më të rëndësishëm për zhvillimin human. Ai përcakton shëndetin në përgjithësi të popullatës. Një sjellje e shëndetshme riprodhuese siguron një impakt pozitiv mbi gjeneratat e ardhshme. Një planifikim familjar eficient pakëson numrin e shtatzënive të padëshiruara dhe abortet, incidencën e IST-ve përfshirë HIV dhe AIDS, mbron shëndetin e nënës dhe fëmijës, të të rinjve dhe është një nga ndërhyrjet më kosto- efektive për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së grave, burrave, fëmijëve, të rinjve dhe gjithë komunitetit.

Dokumenti strategjik aktual është zhvilluar në përputhje të plotë me konceptet ekzistuese kombëtare, politikat, strategjitë, programet dhe projektet e shëndetit publik, asistencës sociale, arsimit, rinisë, të drejtave njerëzore, luftës kundër dhunës në familje dhe trafikimit të qenieve njerëzore.

Nga ana programatike ky dokument strategjik reflekton tre prioritete kryesore. 1-mbështet angazhimin e vendit për të arritur Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm, në harmoni me Strategjinë Kuadër të OBSh për Shëndetin në Europë 2020 dhe në vijim të politikës së qeverisë për mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të shqiptarëve; 2-i përgjigjet realitetit demografik dhe socio-ekonomik të shëndetit riprodhues dhe; 3-reflekton arritjet në sistemin shëndetësor për kujdesin në shëndetin seksual dhe riprodhues, dhe mangësive që kërkojnë vëmendje për t'u zgjidhur për të përmirësuar këtë situatë në 5 vitet e ardhshme.

Dokumenti është mbështetur mbi një analizë të arritjeve dhe problematikave që lidhen me kujdesin për shëndetin seksual dhe riprodhues, veçanërisht për ato kategori që kanë më shumë nevojë siç janë gratë, fëmijët dhe të rinjtë.

Procesi filloi me vlerësimin e gjendjes aktuale, me një analizë të thellë të arritjeve pozitive dhe problemeve në fushën e shëndetit riprodhues që përfshinte plani parë i veprimit të strategjisë së shëndetit seksual dhe riprodhues. Gjithashtu analiza e situatës u formulua edhe në bazë të drejtimeve strategjike të parashikuara për 5 vitet e ardhshme.

Gjatë 5 viteve të kaluara janë kryer një sërë ndërhyrjesh për të përmirësuar shëndetin seksual dhe riprodhues në vendin tonë. Është zhvilluar një bazë ligjore për komponentë të ndryshëm të shëndetit seksual dhe riprodhues, janë zbatuar disa programe kombëtare në partnership me shoqërinë civile, organizma kombëtare dhe ndërkombëtare, janë zbatuar ndërhyrje për informim, edukim dhe komunikim të kryera në nivel komuniteti dhe familjeje, për ndryshimin e sjelljeve për shëndetin riprodhues, seksual, planifikimin familjar, shëndetin amtar dhe të fëmijës, IST-të, HIV dhe AIDS, kanceret e traktit riprodhues, etj.

Me mbështetjen e asistencës ndërkombëtare, në bashkëpunim dhe partnership me shoqërinë civile, organizatat publike, organizatat e profesionistëve shëndetësorë, personeli që ofron kujdes shëndetësor për shëndetin riprodhues është trajnuar për komponentë të ndryshëm si planifikimi familjar, shëndeti amtar, kapja dhe parandalimi i IST-ve, HIV dhe AIDS, kancereve të traktit riprodhues, shëndeti foshnjor dhe i fëmijës.

Por, Shqipëria me gjithë ndryshimet pozitive që ka bërë këto 20 vitet e fundit në drejtim të përmirësimit të disa prej treguesve të shëndetit riprodhues, ende është nën nivelet e rajonit europian. Indikatorët e vdekshmërisë perinatale, amtare dhe feminare konsiderohen ndër më të lartët në rajon.

Aksesi dhe përdorimi nga popullsia e metodave moderne të planifikimit familjar ende është i ulët dhe aborti ende përdoret si metodë për planifikimin familjar. Incidenca e Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme është në rritje veçanërisht te moshat e reja. Po kështu edhe incidenca e kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës është në rritje.

Të drejtat e adoleshentëve për aftësi edukuese për stilin e jetës dhe shërbime të shëndetit riprodhues nuk ofrohen plotësisht. Pasojat e dhunës në familje dhe pabarazitë gjinore ndikojnë mbi shëndetin e grave dhe fëmijëve.

Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 synon të mbulojë fushat me rëndësi dhe prioritare për shëndetin seksual dhe riprodhues, me ndërhyrje në secilën prej tyre që është e integruar dhe gjithëpërfshirëse. Këto fusha janë:

- **Mëmësia e sigurt:** kujdesi para konceptimit, kujdesi prenatal, natal dhe postnatal, parandalimi i problemeve të të porsalindurit dhe anomalive kongenitale.
- **Planifikimi familjar:** e drejta për shëndetin riprodhues, opsionet për metodat kontraceptive.
- **Shëndeti i foshnjës dhe fëmijës:** përmirësimi i gjendjes nutricionalë, parandalimi i sëmundjeve të parandalueshme infektive, rritja dhe zhvillimi i shëndetshëm.
- **Shëndeti i adoleshentëve:** shëndeti seksual dhe riprodhues i adoleshentëve, edukimi për aftësitë për jetën, parandalimi dhe menaxhimi i Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme, HIV dhe AIDS.
- **Dhuna në familje:** kapja, parandalimi dhe menaxhimi i dhunës tek gratë dhe fëmijët nga personeli kujdesit shëndetësor.
- **Kanceret e traktit riprodhues:** parandalimi dhe menaxhimi i IST-ve, HIV dhe AIDS. Shërbimet diagnostikuese dhe trajtuese.
- **Infertiliteti:** parandalimi i infertilitit, diagnoza dhe shërbime trajtimi.
- **Shëndetësia elektronike**

Për secilën nga fushat prioritare janë vendosur objektiva specifike me indikatorë dhe targete. Mbi bazën e objektivave dhe targeteve të vendosura është përpunuar një plan veprimi i cili përfshin edhe koston e tyre financiare.

Dokumenti Strategjik i Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 ofron drejtime që zërthejnë angazhimet e MSH-së në plane strategjike për plotësimin e nevojave të shëndetit seksual dhe riprodhues të popullatës. Ajo synon të:

- Ofrojë objektiva dhe ndërhyrje specifike në fushat e ndërlidhura të shëndetit seksual dhe riprodhues që të përmirësohen nevojat dhe shëndeti i popullatës.
- Identifikojë burimet financiare për zhvillimin dhe menaxhimin e ndërhyrjeve.
- Ofrojë drejtime për përmirësimin e cilësisë dhe performancës së shërbimeve të ofruara të shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Ofrojë drejtime në IEK, ndryshimin në sjellje dhe mobilizimin e komunitetit.
- Ofrojë drejtime në mbledhjen e informacionit lidhur me SHSR, avokati dhe përgjegjshmëri lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues.

Dokumenti strategjik përmban 4 objektiva kryesore, ku për secilin janë përcaktuar objektivat specifike dhe aktivitetet me indikatorët përkatës. Bazuar në indikatorët dhe setin e objektivave specifike është hartuar plani i veprimit. Ai përshkruan aktivitetet korresponduese përkatëse të përshtatura ndaj disa drejtimeve strategjike si:

- Përmirësimi i aksesit dhe cilësisë së shërbimeve.
- Përmirësimi i kornizës rregulluese dhe legjislative.
- Përmirësimi i gjendjes shëndetësore mbi bazën e prioritetëve.
- Trajnimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor.
- Përmirësimi i informacionit mbi treguesit e SHSR-së.
- Forcimi dhe përmirësimi i monitorimit, vlerësimit dhe përgjegjshmërisë.

Në përgjithësi *Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021* inicion masa me një afat 5-vjeçar që janë hartuar për të përmirësuar shëndetin riprodhues në vend. Dokumenti synon të adresojë:

- Nivelet ende të larta të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë amtare, neonatale dhe foshnjore.
- Numrin ende të ulët të përdorimit të metodave moderne të kontracepsionit.
- Aftësitë jo të kënaqshme për jetën të adoleshentëve dhe aksesin e paktë të tyre për shërbime të shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Numrin në rritje të kancereve të traktit riprodhues dhe IST-ve.
- Shërbime të papërshtatshme për parandalimin dhe trajtimin e infertilitetit.
- Pasojat serioze të dhunës mbi shëndetin e gruas dhe fëmijës.

Plani i veprimit përmban edhe buxhetin e të gjitha aktiviteteve. Kostoja totale e përlogaritur për planin e veprimit 5-vjeçar është **17.281.516.000 lekë**. Ndarja buxhetore sipas objektivave strategjike është listuar në tabelën 1 më poshtë:

Tabela 1: Buxheti i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 sipas objektivave

Objektivat	A.Buxheti i nevojshëm (Lekë)	B.Buxheti i shtetit i planifikuar (Lekë)	C. Donatorë (Lekë)	D.Hendeku financiar (Lekë) D=A-(B+C)
1. Sigurimi i mbijetesës, ruajtja dhe përmirësimi i shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit	3.645.010.000	1.083.660.000	1.217.020.000	1.344.330.000
2. Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas	12.872.450.000	10.337.000.000	1.174.350.000	1.361.100.000
3. Infertiliteti	69.230.000	3.350.000	0	65.880.000
4. Planifikimi familjar	509.520.000	481.890.000	27.630.000	0
5. Kanceret e traktit riprodhues	175.106.000	10.276.000	15.730.000	149.100.000
6. HIV dhe AIDS	10.200.000	2.450.000	7.750.000	0
TOTAL	17.281.516.000	11.918.626.000	2.442.480.000	2.920.410.000

Dokumenti strategjik synon të arrijë zbatimin e një kujdesi cilësor për shëndetin riprodhues për gjithë popullatën duke targetuar grupet më vulnerabël si gratë, fëmijët, duke punuar efektivisht me sektorë të ndryshëm dhe partnerë, si dhe duke krijuar lidhje midis komponentëve të ndryshëm të shëndetit riprodhues në një paketë të integruar. Qëllimi është të mbështeten njerëzit në arritjen dhe mbajtjen e njohurive, aftësive dhe vlerave për një shëndet të mirë riprodhues, përmirësuar cilësinë, aksesin, integrimin e shërbimeve të shëndetit riprodhues, dhe duke ndikuar mbi determinantët kulturor dhe social për shëndetin riprodhues. Duhet theksuar se për arritjen e objektivave dhe targeteve të shëndetit seksual dhe riprodhues duhen përpjekje të përbashkëta jo vetëm nga sektori shëndetësor por edhe nga të gjithë aktorët e tjerë që janë të përfshirë në këtë fushë si komuniteti, shoqëria civile, sektori privat dhe partnerë të tjerë ndërkombëtar dhe kombëtar.

Dokumenti i ri strategjik do të ndihmojë të koordinojë dhe zbatojë ndërhyrje ndërsektorale në shkallë të gjerë si:

- Aktivitetet për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor për gratë e moshës riprodhuese, mëmësinë e sigurt, shëndetin e të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës, shëndetin e të rinjve, si dhe përmirësimin e situatës shëndetësore të popullatës lidhur me problemet e traktit riprodhues.
- Aktivitetet të lidhura me strategji të tjera ndërsektorale (p.sh. Plani Kombëtar i Veprimit për Rininë).
- Aktivitetet për komunikimin dhe këshillimin për ndryshimet në sjellje në familje dhe komunitet.

Dokumenti strategjik u zhvillua në përputhje me konceptet, strategjitë, programet dhe projektet mbi shëndetin publik, të drejtat njerëzore, përfshirjen dhe mbështetjen sociale për grupet më të marginalizuara dhe vulnerabël. Bazuar në këto prioritete, Ministri i Shëndetësisë me *Urdhër nr. 336, datë 4.6.2015* ngriti një grup-pune për hartimin e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues.

Ministria e Shëndetësisë është e angazhuar të implementojë një qasje të integruar dhe gjithëpërfshirëse të SHSR-së gjatë gjithë ciklit të jetës me gjithë sfidat financiare dhe institucionale. Megjithëse nevojat individuale ndryshojnë në stadi të ndryshme të jetës, ngjarjet në secilën fazë kanë implikime të rëndësishme për mirëqenien e ardhshme të individëve.

Arsyeja për integrim dhe gjithëpërfshirje është të rritet efektiviteti i sistemit të kujdesit shëndetësor që të plotësohen nevojat e njerëzve për kujdes universal, të aksesueshëm, të pranueshëm dhe përshtatshëm me qendër klientin. Kjo përfshin parandalimin e sëmundjes, ofrimin e informacionit dhe këshillimit, depistimit,

kujdesit diagnostikues dhe kurues, dhe referimin për probleme të ndryshme të shëndetit seksual dhe riprodhues.

Integrimi i shërbimeve duhet të fillohet nga pika e shërbimit të ofruar-qendra shëndetësore, në nivelet e sektorit shëndetësor dhe brenda proceve të planifikimit të sistemit shëndetësor. Në pikën e shërbimit shëndetësor, integrimi kërkon që personeli shëndetësor të ketë njohuritë dhe aftësitë për të ofruar shërbime të shëndetit seksual dhe riprodhues, dhe të referojnë pacientët për shërbimet e tjera të nevojshme që nuk ofrohen në këtë qendër.

Në përfundim mund të thuhet se zbatimi i Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues synon të realizojë:

- Krijimin e një mjedisi politik dhe shërbimesh të integruara që të mbështesin të drejtat riprodhuese dhe përmirësimin e shëndetit seksual dhe riprodhues për të gjithë individët.
- Garantimin e një mbulëse universale, të barabartë, të arritshme me shërbime të integruara dhe cilësore të shëndetit seksual dhe riprodhues, dhe informacionit lidhur me të.
- Motivimin dhe mbështetjen për çiftet dhe individët që të investojnë dhe mbrojnë shëndetin e tyre riprodhues dhe seksual gjatë gjithë fazave të jetës së tyre.

Konteksti shqiptar i strategjive dhe politikave lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues

Programi i qeverisë 2013-2017 synon: një qasje të integruar në kujdesin shëndetësor, rritjen e rolit të shëndetit publik dhe programeve të parandalimit e të promovimit shëndetësor.

Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues është në përputhje me Strategjinë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim 2015-2020. Vizioni i strategjisë synon “Kujdes shëndetësor universal cilësor dhe në kohë për gjithë personat që banojnë në Shqipëri”.

Objektivat strategjike në fushën e shëndetësisë janë të formuluar si më poshtë:

1. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor duke garantuar akses të plotë për të gjithë personat që jetojnë në Shqipëri, mbështetur në një sistem të qëndrueshëm financiar.
2. Rritja e numrit të viteve të shëndetshme të jetës së popullsisë shqiptare.
3. Modernizimi i infrastrukturës dhe rritja e sigurisë dhe cilësisë së kujdesit spitalor.
4. Rritja e cilësisë dhe sigurisë së barnave në përputhje me standardet europiane.
5. Zhvillimi i një qasjeje të integruar dhe më të mirëkoordinuar të kujdesit shëndetësor.
6. Rritja e transparencës dhe përgjegjshmërisë dhe rikthimi i besimit të publikut të gjerë në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Disa nga këto strategji dhe aktivitete të parashikuara për shëndetin në SKIZH II 2015-2020 mund të lidhen edhe me Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 si:

- 2.1 Nxitja e rolit të shëndetit publik dhe programeve parandaluese dhe promovimit shëndetësor.
- 2.2 Ulja e përqindjes së vdekshmërisë foshnjore.
- 2.3 Ulja e përqindjes së vdekshmërisë amtare.
- 2.4 Rritja e numrit të testeve dhe konsultimeve në Qendrat e Testimit dhe Këshillimit për HIV dhe AIDS.
- 3.4 Hartimi dhe zbatimi i saktë dhe shkencor i protokolleve dhe procedurave standarde.
- 5.1 Zhvillimi i mekanizmave të bashkërendimit ndërsektorial për çështjet madhore të shëndetësisë që kanë të bëjnë me përdorimin e drogave, abuzimin me alkoolin, duhanpirjen, sigurinë rrugore dhe kequshqyerjen, sëmundjet infektive, menaxhimin strategjik të kimikateve, mbrojtjen e fëmijëve, referimin e rasteve dhe problemet që lidhen me dhunën në familje; mbajtja e mbulesës vaksinale të fëmijët në 99 % në 2020.

Në hartimin e *Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021*, janë vlerësuar me kujdes objektivat dhe aktivitetet e përcaktuara në disa dokumente ekzistuese të politikës shëndetësore, politikave sociale, politikave të zhvillimit të rajoneve dhe planeve të integritit europian si *Strategjia Kombëtare Ndërsektorale për Decentralizimin dhe Qeverisjen Vendore 2015-2020*, *Programi Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2011-2020*, *Plani Kombëtar për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor 2013-2022*, *Plani Kombëtar i Veprimit për Rininë 2015-2020*, *Strategjia Kombëtare dhe Plani i Veprimit për HIV dhe AIDS 2015-2019*, *Strategjia Kombëtare për Mbrojtjen Sociale 2015-2020*, *Plani Kombëtar i Veprimit për Integrimin e Romëve dhe Egjiptianëve 2015-2020*, *Strategjia Kombëtare për Luftën ndaj Drogave të Paligjshme 2012-2016*, *Plani Kombëtar për Integrimin Europian 2015-2020*, *Plani i Racionalizimit të Spitaleve*, *Strategjia “Akhenda Dixhitale e Shqipërisë 2015-2020”*, *Plani Kombëtar për Zhvillimin e Sistemit të Urgjencave Mjekësore (2014-2019)*, *Strategjia Antikorrupsion dhe Plani i Veprimit 2015-2020*.

Ky dokument është i harmonizuar me Programin Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve jo të Transmetueshme 2016-2020, duke iu përgjigjur përparësive strategjike të përcaktuara në Strategjinë Sektoriale të Shëndetit 2017-2021.

Dokumenti i politikës shëndetësore për shëndetin seksual dhe riprodhues afirmon shëndetin si një e drejtë njerëzore, shëndetin si kontribues për zhvillim dhe integrim, dhe si një prioritet dhe interes i çdo qytetari.

Konteksti European dhe Ndërkombëtar për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues

1. Strategjia e OBSH-së për Europën, *Shëndeti 2020*

53 vendet e rajonit european, në seancën e Komitetit Rajonal të OBSH-së për Europën, në shtator 2012 kanë miratuar një kuadër të ri të politikave shëndetësore për rajonin të mbështetura në vlera dhe prova, *Shëndeti 2020*. Synimet e përbashkëta janë “*përmirësimi i konsiderueshëm i shëndetit dhe mirëqenies së popullsisë, reduktimi i pabarazive në gjendjen shëndetësore, forcimi i shëndetit publik dhe sigurimi i sistemeve shëndetësore të përqendruara te njerëzit, që janë universale, të drejta, të qëndrueshme dhe me cilësi të lartë*”.

2. Objektivat e Zhvillimit Global të Qëndrueshëm (OKB) 2015-2030

Samiti për Zhvillimin e Qëndrueshëm, shtator 2015, miratoi nga 193 shtetet anëtare të OKB-së, programin “*Ta transformojmë botën: Programi për zhvillim të qëndrueshëm, 2030*”.

OZHQ-të janë ambicioze në madhësinë dhe qëllimin e tyre dhe konsistojnë në 17 Objektiva për zhvillim të qëndrueshëm dhe 169 tregues të synuar që janë të aplikueshëm për çdo vend të pasur dhe të varfër, duke marrë parasysh sfidat ekonomike, sociale dhe ambientale në botë.

Ato ndryshojnë nga Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit që i paraprinin duke u fokusuar jo vetëm në plotësimin e nevojave të botës së varfër por edhe në zhvillimin e qëndrueshëm, që është zhvillimi që plotëson nevojat aktuale pa kompromentuar aftësinë e gjeneratave të ardhshme dhe plotësimin e nevojave të tyre .

Në fushën e shëndetit dhe të drejtave riprodhuese, OZHQ-të përfshijnë disa objektiva dhe targete me rëndësi si ato të lidhura me shëndetin, edukimin dhe barazinë gjinore (objektivat 3, 4, 5). Kjo kupton aksesin ndaj shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, edukimin gjithëpërfshirës për riprodhimin dhe seksualitetin, si dhe aftësimin që çdo njeri të marrë vendime për shëndetin e tij.

3. Investimi në fëmijët: Strategjia Europiane e Shëndetit të Fëmijës dhe Adoleshentit 2015–2020 Komiteti Rajonal për Europën WHO, Sesioni 64, Kopenhagen, Danimark, 15–18 shtator 2014

Synimet dhe objektivat e strategjisë janë:

- Të aftësojë fëmijët dhe adoleshentët në rajonin european të OBSH-së që të realizojnë potencialin e tyre të plotë për shëndet, zhvillim dhe mirëqenie.
- Të pakësojë peshën e sëmundjeve të parandalueshme dhe vdekshmërisë foshnjore dhe feminare.

4. Korniza për Veprime për Ndjekjen/Zbatimin e Programit të Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin përtej 2014 (Kombet e Bashkuara shkurt 2014)

Programi i ICPD-së, brenda këtyre 20 vjetëve adresoi një numër të gjerë çështjesh që ndikojnë në një zhvillim të qëndrueshëm. Ai përcaktoi në qendër të vëmendjes (dhe rekomandoi) shëndetin seksual dhe riprodhues dhe të drejtat riprodhuese, përfshirë midis të tjerash shëndetin amtar, shëndetin e adoleshentit, shëndetin seksual dhe riprodhues, parandalimin dhe kontrollin e IST-ve, HIV dhe AIDS, barazinë gjinore dhe fuqizimin e gruas. Në shtator 2014 Kombet e Bashkuara rishikuan arritjet e ICPD-së, Kajro, pas 20 vjetëve dhe riformuluan një Plan të Ri Veprimi përtej 2014 që synon të arrijë disa nga objektivat e zhvillimit të qëndrueshëm. Gjithashtu Programi i Veprimit i Rishikuar adresoi edhe çështje të tjera që tashmë janë një problem i shëndetit publik si rritja e sëmundjeve jo të komunikueshme dhe moshimi.

5. Strategjia Globale për Shëndetin e Grave, Fëmijëve dhe Adoleshentëve (2016-2030)

Strategjia “Çdo grua, çdo fëmijë” e lançuar nga Sekretari Përgjithshëm i OKB-Së Ban Ki-Moon është një

lëvizje globale që mobilizon dhe fuqizon veprimet ndërkombëtare dhe kombëtare nga qeveritë, organizmat multilateralë, sektorin privat dhe shoqërinë civile që të adresojë sfidat madhore shëndetësore me të cilat përballen gratë dhe fëmijët në botë.

Strategjia Globale për Shëndetin e Grave dhe Fëmijëve pas 2015 është një përditësim i strategjisë së mëparshme globale “Çdo grua, çdo fëmijë” të Kombeve të Bashkuara për arritjen e objektivave të mijëvjeçarit. Kjo strategji e përditësuar përfshin një hark kohor 15-vjeçar të mbështetur mbi Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm 2015-2030, dhe synon shpejtimin e përmirësimit të shëndetit të grave, fëmijëve dhe adoleshentëve.

6. Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021: Drejt permbushjes së Axhendes për Zhvillim të Qëndrueshëm në Europë 2030 - Te mos mbetet asnje prapa!

Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021: Drejt permbushjes së Axhendës për Zhvillim të Qëndrueshëm në Europë 2030, synon që në rajonin europian të OBSH-së deri në vitin 2021 të arrihet që, të gjithë njerëzit të jenë të aftësuar dhe të mbështeten në arritjen e potencialit të tyre të plotë për shëndet dhe mirëqenie seksuale dhe riprodhuese; Qëllimi dhe objektivat e planit të veprimit janë:

- I. 1- Mundësimi i të gjithë njerëzve për të marrë vendime të informuara rreth shëndetit të tyre seksual dhe riprodhues dhe sigurimi që të drejtat e njeriut të respektohen, mbrohen dhe plotësohen.
- 2- Sigurimi që të gjithë njerëzit të gëzojnë standardin më të lartë të arritshëm të mirëqenies dhe shëndetit seksual e riprodhues.
- 3- Garantimi i aksesit universal në shëndetin seksual dhe riprodhues dhe eliminimi i pabarazive.

Më shumë informacion mbi përmbajtjen e këtyre dokumenteve mund të gjendet në anekset e këtij dokumenti, ose në referencat që ka dokumenti.

1. Analiza e Situatës së Shëndetit Seksual dhe Riprodhues

1.1. Shëndeti amtar

Qëllimi i kujdesit për shëndetin amtar është që: Çdo grua të ketë një shtatzëni dhe lindje të sigurt, dhe çdo foshnjë të lindë e gjallë dhe e shëndetshme.

Kujdesi amtar cilësor dhe mëmësia e sigurt, kuptojnë se:

- Çdo shtatzëni duhet të jetë e dëshiruar.
- Çdo grua shtatzënë dhe foshnja e saj duhet të kenë akses për kujdes të aftë shëndetësor dhe, duhet të ketë mundësi të marrë kujdes për veten ose për foshnjën e saj kur ka komplikacione, probleme shëndetësore gjatë shtatzënisë, lindjes apo periudhës pas lindjes.

Vdekshmëria amtare reflekton pabarazitë në akses për kujdes për shëndetin riprodhues midis të pasurve dhe të varfërve, pabarazitë brenda vendit midis zonave rurale dhe urbane që mund të prekin më shumë popullatat vulnerabël dhe grupet minoritare/pakicat etnike.

Situata aktuale në rajon lidhur me shëndetin amtar

Sipas raportimit të OBSH-së për vitin 2015¹:

- Çdo ditë vdesin afërsisht 830 gra nga shkaqe të lidhura me shtatzëninë dhe lindjen.
- Vdekshmëria amtare është më e lartë në gratë që jetojnë në zonat rurale dhe në komunitetet më të varfëra.
- Norma mesatare e vdekshmërisë amtare për rajonin europian të OBSH-së, nga shifrat zyrtare të raportuara nga vendet, është pakësuar nga 35 vdekje për 100.000 lindje gjallë në vitin 1990, në 16 vdekje për 100.000 lindje gjallë në vitin 2008. Por brenda vendeve të këtij rajoni shihen luhatje të mëdha në shifra².
- Për vitin 2015 rajoni europian ka një vdekshmëri amtare 16/100.000 lindje të gjalla.³
- Midis viteve 2016 dhe 2030, si pjesë e Axfordës për Zhvillim të Qëndrueshëm, synimi është të pakësohet norma globale e vdekshmërisë amtare në më pak se 70 për 100.000 lindje të gjalla¹.
- Komplikacionet madhore që llogariten përafërsisht 75% të gjitha vdekjeve amtare janë³ :
 - ✓ hemorragjia e rëndë (hemorragjia gjatë dhe pas lindjes)
 - ✓ infeksionet (zakonisht pas lindjes)
 - ✓ presioni i lartë arterial gjatë shtatzënisë (pre-eclampsia dhe eclampsia)
 - ✓ komplikacionet pas lindjes
 - ✓ aborti i pasigurt

Situata e shëndetit amtar në Shqipëri

Sipas të dhënave operative të Ministrisë së Shëndetësisë, niveli i vdekshmërisë amtare (numri i vdekjeve amtare për 100.000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë dyfish në dekadën e fundit. Kështu, ajo u ul nga 22.7 (viti 1990) në 11.8 vdekje për 100.000 lindje gjallë (viti 2013)⁵.

Bazuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë, shkaqet kryesore të vdekshmërisë amtare janë gjakderdhja (hemorragjitë), infeksionet pas lindjes, pre-eclampsia dhe eklampsia gjatë shtatzënisë.

Sëmundjet amtare

Në të njëjtën linjë me përmirësimin e indikatorëve të shëndetit të fëmijëve, sëmundjet amtare kanë pësuar gjithashtu rënie në Shqipëri nga 87 në 18 DALY për 100.000 në vitin 1990 dhe 2010.

Në vitin 1990, barra e sëmundjeve amtare në Shqipëri ishte më e larta në rajonin e EJT-së (me rreth 85 DALY për 100.000), duke zënë 0.3% të barrës totale të sëmundjeve të femrat. Në vitin 2010, sëmundjet amtare në Shqipëri ishin më të ulëta se në Serbi, Maqedoni dhe Malin e Zi, por më të larta sesa në Kroaci dhe Bosnje-Hercegovinë⁵.

Kujdesi antenatal dhe postnatal

Pothuajse të gjitha lindjet (99%) në Shqipëri gjatë viteve 2006-2013 u asistuan nga punonjës shëndetësor të kualifikuar⁵. Sipas statistikave zyrtare, prevalenca e lindjeve cezariane ishte 19% gjatë periudhës kohore 2006-2012. Por gjasat janë që ky të jetë një nënvlerësim i prevalencës së vërtetë, duke marrë parasysh faktin se ka raste të lindjeve cezariane në spitalet private të cilat nuk raportohen në Ministrinë e Shëndetësisë. Gjatë kësaj periudhe, 83% e të porsalindurve në Shqipëri kanë kryer një vizitë postnatale brenda dy ditëve nga lindja⁵.

Indeksi i përqendrimit si matës i pabarazisë

Sipas raportimeve të ADHS-së 2008/09 (SDSHSH) dhe bazuar në llogaritjet e BB-së, kujdesi antenatal ishte në mënyrë domethënëse më i përqendruar te më të pasurit (indeksi i përqendrimit: 0.14, $P < 0.01$). Ndihma nga stafi i kualifikuar në lindje ishte më e përqendruar ndër të pasurit, ndonëse në një shkallë më të ulët (indeksi i përqendrimit 0.003, $P < 0.01$)⁵.

Lindshmëria

Sipas INSTAT, në vitin 2001, Indeksi Sintetik i Fekonditetit (ISF) ka qenë 2,3 fëmijë për grua. Në vitet në vazhdim shënohet një rënie e tij. Në vitin 2008, u vu re një rënie e ISF-së nën nivelin e zëvendësimit, si tregoi anketa e ADHS-së, përkatësisht 1,6 fëmijë për grua. Ky indeks vazhdon të mbetet nën 2,1 fëmijë për grua edhe gjatë viteve në vazhdim⁵.

Numri i lindjeve

Gratë në Shqipëri po lindin gjithmonë e më pak fëmijë duke ngadalësuar kështu shtesën natyrore të popullsisë 2014. Në vendin tonë norma bruto e lindjeve llogaritet mesatarisht 12 lindje për një mijë banorë gjatë vitit 2010⁶.

Lindjet sipas statistikave të INSTAT rezultojnë të jenë në rritje nga viti 2010 deri në 2014, duke shkuar nga 33.810 lindje në vit, në 35.760 lindje në vit⁶. Po të krahasojmë vitin 2010 me vitin 2014, norma bruto e lindjeve në shumicën e qarqeve ka pësuar rritje⁶.

Mosha mesatare në martesën e parë është 23 vjeç për gratë dhe 29 për burrat. Krahasimet me censusin e vitit 2011 sugjerojnë që mosha në martesën e parë është rritur lehtë si për gratë dhe për burrat⁹.

Pothuajse të gjitha lindjet në Shqipëri asistohen nga personeli shëndetësor i kualifikuar, dhe 99 % e tyre në vitin 2013 ishin në maternitete dhe shtëpi lindjeje⁶.

Patologjia e barrës

Numri i grave shtatzënë me probleme gjatë shtatzënisë ka pësuar rritje mbas vitit 2011-2014, nga 9.140 raste në 9.614 raste respektivisht. Në këto patologji vendin e parë e zënë anemitë që kanë pësuar një rritje, nga 2.605 raste në vitin 2010 në 2.807 raste në vitin 2014⁹.

Shërbimet e shëndetit amtar në Shqipëri

Shërbimet shëndetësore të kujdesit për gruan ofrohen në tre nivelet e kujdesit shëndetësor dhe janë të integruara në shërbimet tona shëndetësore si më poshtë:

1. Në Kujdesin Shëndetësor Parësor:

- Fshati:** - Ambulancat
- Qendrat shëndetësore
- Qyteti** - Konsultoret e gruas
- Qendrat e planifikimit familjar

Detyrat e Konsultoreve të Gruas në KSHP janë:

- Ndjekja antenatale e gruas shtatzënë
- Edukimi shëndetësor për shëndetin riprodhues, PF
- Parandalimi, zbulimi, trajtimi dhe ndjekja e patologjive në sistemin riprodhues
- Këshillimi dhe ofrimi i metodave kontraceptive

2. Në kujdesin spitalor

Në të gjitha spitalet e rrethit ekzistojnë repartet e maternitetit-neonatologjisë.

Spitalet Universitare Obsterik-Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldine” dhe “Koço Gliozheni” në Tiranë ofrojnë nivelin më të lartë të kujdesit obstetrik gjinekologjik në vend.

Përmirësimi i cilësisë së ofrimit të kujdesit shëndetësor për gruan, kujdesi për mëmësinë e sigurt:

Gjatë periudhës 2010-2015, shërbimet e kujdesit shëndetësor për gruan i janë nënshtruar një procesi reformimi dhe përmirësimi të cilësisë, ku ndër të tjerat mund të përmenden:

- a) Hartimi dhe miratimi i udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike kombëtare të ndjekjes së gruas shtatzënë edhe pas lindjes, ushqyerjes së gruas gjatë shtatzënisë dhe ushqyerjes me gji, dhe PPK-të përkatëse të miratuara nga Ministri i Shëndetësisë (*Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 62 datë 15.2.2014* “Për miratimin e standardeve të cilësisë dhe udhërrëfyesve e protokolleve të praktikës klinike të konsultores së gruas dhe fëmijës në kujdesin shëndetësor parësor; *Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë Nr. 157, datë 21.4.2014* për “Miratimin e protokolleve të praktikës klinike për konsultoret e gruas dhe fëmijës në kujdesin shëndetësor parësor- Ushqyerja e gruas shtatzënë, foshnjës dhe fëmijës së vogël”.
- b) Përfundimi i setit të indikatorëve të monitorimit dhe performancës për shërbimet e konsultores së gruas dhe fëmijës, miratuar me *Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr.470 datë 3.9.2013* “Për miratimin e indikatorëve për monitorimin e performancës së konsultoreve të nënës dhe fëmijës në kujdesin shëndetësor parësor”.

Përmirësimi i cilësisë së kujdesit perinatal për gruan në kujdesin shëndetësor spitalor

- a) Në bashkëpunim me OBSH/UNFPA-në është hartuar paketa e trajnimit “Kujdesi Efektiv Perinatal” për personelin e materniteteve të vendit. Kjo paketë e trajnimeve është pjesë e programit të edukimit në vazhdim për çertifikimin e personelit shëndetësor. Janë trajnuar personeli i disa materniteve rajonale në Shkodër, Vlorë, Korçë, Kukës, Durrës e Tiranë.
- b) Për kujdesin spitalor në maternitetet dhe repartet e pediatriisë së spitaleve janë përpiluar 15 protokolle klinike kombëtare për obstetrikën dhe neonatologjinë, si dhe 27 protokolle klinike për pediatriinë. Këto protokolle shërbejnë për rritjen e cilësisë së shërbimit, dhe përpilimi i tyre bëhet duke u mbështetur në evidenca mjekësore ndërkombëtare të bazuara shkencërisht dhe të përshtatura në kontekstin kombëtar. Këto protokolle janë përpiluar nga ekspertë shqiptarë të mbështetur nga ekspertë ndërkombëtarë, dhe janë të akredituara nga Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore.
- c) Në bashkëpunim me OBSH-në në vitin 2013 është adaptuar protokolle për vlerësimin e cilësisë së kujdesit për nënën dhe të porsalindurin në maternitete-kujdesi spitalor. Ky protokoll është një mjet i unifikuar për të vlerësuar cilësinë e shërbimeve të kujdesit për lindjen dhe foshnjën e porsalindur mbi bazën e standardeve ndërkombëtare.

Në vitin 2015 u bë *rishikimi paketës bazë të shërbimeve të KSHP-së*, lidhur me ndryshimet e mbështetura në udhërrëfyesit dhe PPK-të e reja. Pjesë e përditësimit dhe rishikimit ishte edhe shërbimi i kujdesit shëndetësor për gruan shtatzënë dhe shëndetin riprodhues që ofron paketa. Paketa u miratua me VKM nr. 285, datë 2.7.2015 “*Mbi miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor*”.

Abortet

INSTAT në botimin e saj *Femra dhe Meshkuj në Shqipëri 2015* raporton se numri i aborteve gjatë periudhës 2004-2013 pothuajse është përgjysmuar në vlerë absolute. Në vitin 2004 ky numër ishte afërsisht 10,5 mijë ndërkohë që në vitin 2013 ishte afërsisht 6,6 mijë. Gjatë kësaj periudhe kjo rënie ka qenë pothuajse lineare nga viti në vit. Gjithashtu kemi një rritje të raportit lindje/abort nga 3,9 në 2004 në 5,4 në vitin 2013⁷.

Nëse krahasojme dy llojet e aborteve ndër vite vihet re një rritje gjithmonë e më madhe e aborteve spontane kundrejt atyre me ndërprerje, i cili është një abort me kërkesën e gruas. Abortet spontane në vitin 2009 përbënin 48,1 % ndërsa në vitin 2013 ato shkojnë në 67,2 % të numrit total të aborteve. Pra ka një rritje me 1,4 herë për një periudhë 4-vjeçare⁶.

Sipas vendbanimit të gruas vihet re se përqindja më e lartë e aborteve kryhet nga gratë të cilat jetojnë në zonat urbane, konkretisht 61,1 % për vitin 2013⁶. Gjithashtu shihet një tendencë në rritje e aborteve në zonat rurale nga viti 2009-2013⁶.

Të dhënat e mbledhura mbi abortin për vitin 2014 sipas Institutit të Shëndetit Publik, i cili bën survejancën e abortit duke mbledhur të dhëna nga skedat personale të aborteve të kryera tregojnë se një përqindje e vogël (10 përqind) e aborteve në Shqipëri janë kryer në sektorin privat (spitalet private sepse në sektorin privat aborti lejohet të kryhet vetëm në spitale, jo në klinika private) (*Instituti i Shëndetit Publik 2014*).

Gjatë periudhës kohore 2014-2015 Ministria e Shëndetësisë ka përfunduar dhe miratuar nga Ministri i Shëndetësisë me *Urdhër nr. 491, datë 17.11.2015 "Udhërrëfyesin e praktikës klinike për abortin e sigurt"* dhe *Fletët informative për marrjen e pëlqimit të pacientit në spital për abortin kirurgjik, metodën e kyretazhit dhe abortin mjekësor*. Ky udhërrëfyes që bazohet mbi rekomandimet dhe evidencat bashkëkohore të metodave të abortit të sigurt, do të përdoret nga të gjitha shërbimet që ofrojnë abort në vendin tonë (duhet kujtuar se që nga viti 2015 në vendin tonë liçencohen për të kryer aborte vetëm niveli i kujdesit spitalor publik dhe privat, dhe jo më klinikat private).

Aborti selektiv, mungesa e ekuilibrit midis dy seksve në lindje në Shqipëri

Treguesit lidhur me raportin gjinor në lindje tregojnë numrin e djemve të lindur të gjallë për 100 vajza të lindura. Niveli natyror i raportit gjinor në lindje është rreth 105 dhe mjaft konsistent ndërmjet vendeve. Raporti gjinor në lindje në Europë është në nivelin natyror të 105 djemve për 100 vajza.

Në Shqipëri, raporti i lindjes së meshkujve shënon një mesatare prej 111.7 për 100 lindje vajzash, për periudhën 2008–2010. Ndërkaq, norma botërore është 105 lindje djemsh për 100 lindje vajzash, dhe studimi vërteton se ky ekuilibër në Shqipëri është prishur pikërisht për shkak të shtimit të rasteve të abortit selektiv¹¹.

Problematika lidhur me shëndetin e gruas

- Vdekshmëria amtare dhe foshnjore, tregues i vlerësimit të shëndetit të nënës dhe fëmijës, me gjithë përmirësimet që ka, mbetet e lartë krahasuar me vendet e tjera të rajonit europian.
- Vërehen dallime në vdekshmërinë amtare që lidhen me pabarazitë social-ekonomike dhe nivelin e varfërisë midis rajoneve të vendit. Këta tregues janë më të lartë në zonat verilindore të vendit, midis familjeve që janë më të varfëra dhe me nivel më të ulët arsimimi.

Po kështu problemet me këtë situatë lidhen me:

- Aftësitë dhe njohuritë jo të mira dhe në nivel bashkëkohor të personelit shëndetësor, për të kryer aktivitetet e kërkuara lidhur me kujdesin shëndetësor për nënën dhe fëmijën sipas standardeve ndërkombëtare.
- Mungesën në standarde, udhëzime, protokolle referimi e ndjekje të gruas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.
- Mungesën e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës, veçanërisht në disa zona të largëta rurale.
- Vëmendjen e pamjaftueshme ndaj popullatës së pashërbyer, grupeve vulnerabël, pakicave minoritare, etj.
- Njohuritë e mangëta në familje dhe komunitet lidhur me nevojat e veçanta të këtyre grupeve vulnerabël, faktorët e lidhur me pozitën, kulturën, statusin social dhe ekonomik të grave, si dhe moskontrollin e jetës së tyre për të marrë vendime lidhur me shëndetin e tyre.
- Nivelin jo të duhur të përfaqësimit të grave në procesin e vendimmarrjes për shëndetin e tyre, pabarazitë në respektimin e të drejtave të grave që thellohen edhe nga vëmendja e pamjaftueshme e shoqërisë, komunitetit në edukimin e meshkujve mbi norma dhe vlera që lidhen me çështje të pabarazisë gjinore si brenda familjes, ashtu edhe në jetën shoqërore.
- Numrin ende në shifra të larta të aborteve në Shqipëri dhe nënraportimi tyre.
- Rritjen e raportit të lindjes të meshkujve krahasuar me femrat që flet për mundësinë e abortit selektiv, çka kërkon marrjen e vendimeve dhe propozimin e ndërhyrjeve të duhura për të parandaluar këtë fenomen, që në të ardhmen mund të bëhet më i thelluar dhe të çojë në disbalanca demografike dhe gjinore.

Referencat

1. Maternal WHO: Fact sheet N°348, Updated November 2015
2. WHO Europe Maternal and newborn health Data and statistics
3. World Health Statistics, Cause-specific mortality and morbidity. Maternal mortality, Data by WHO region
4. Raporti Shëndetësor Kombëtar, Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF
5. INSTAT, Shqipëria në shifra 2014
6. INSTAT, Femra dhe meshkuj në Shqipëri 2015
7. INSTAT, Vjetari Statistikor Rajonal 2015
8. INSTAT, Perspektiva Gjinore në Shqipëri - Analiza Gjinore, Census 2011
9. MSH, Drejtoria e Përparimit Shëndetësor, Kontrollit të Cilësisë dhe Jetësisë të Prioriteteve, sektori i monitorimit dhe vlerësimit të treguesve shëndetësor
10. INSTAT, Popullsia dhe dinamikat e saj në Shqipëri, horizonte të reja demografike 2014
11. "Raporti i paekuilibruar në lindje midis dy seksve në Shqipëri", i prezantuar nga Ministria e Shëndetësisë, me mbështetjen e organizatave UNFPA dhe World Vision, 19 dhjetor 2012, Tiranë

1.2. Planifikimi familjar

E drejta për Planifikim Familjar (PF) është miratuar zyrtarisht në Konferencën e Kombeve të Bashkuara në vitin 1966, megjithatë niveli i shtatzënive të paplanifikuara ende mbetet një shqetësim madhor global, veçanërisht te moshat e reja. Planifikimi Familjar ka një ndikim të rëndësishëm në shëndetin riprodhues pasi ai vepron në tre komponentë që janë:

- Shëndeti i nënës duke distancuar lindjet; mënjanuar shtatzënitë e paplanifikuara nëpërmjet përdorimit të metodave kontraceptive.
- Shëndeti i fëmijës duke i krijuar mundësi reale nënës për përkujdesjen ndaj fëmijës.
- Mbrojtja nga sëmundjet seksualisht të transmetueshme, HIV dhe AIDS nëpërmjet edukimit shëndetësor dhe mjeteve kontraceptive që ndikojnë në parandalimin e tyre.

Për shumë gra, përfshirë edhe ato që dëshirojnë të kenë fëmijë, kontracesioni nuk është një zgjidhje; është një e drejtë dhe nevojë bazë shëndetësore. Sipas specialistëve të shëndetësisë, planifikimi familjar vullnetar duke përdorur metoda të sigurta dhe efektive kontraceptive, ofron përfitime të mëdha në aspektin shëndetësor ekonomik dhe social për familjet dhe komunitetin¹.

Në nivel botëror në vitin 2015, 64% e grave të martuara ose në bashkëjetesë përdornin një formë kontracesioni. Të paktën 1 në dhjetë gra të martuara në shumë rajone të botës kanë nevoja të paplotësuara për PF. Në gjithë botën në vitin 2015, 12% e grave të martuara ose në bashkëjetesë kanë nevoja të paplotësuara për PF⁶.

Prevalenca e metodave specifike ndryshon gjerësisht në botë. Të dhënat për vitin 2015 tregojnë se sterilizimi femëror dhe DIU-ja janë metodat më të shpeshta që përdorin gratë e martuara ose ato që bashkëjetojnë në botë. Në vitin 2015, 19% e grave të martuara ose atyre që bashkëjetojnë përdornin sterilizimin femëror dhe 14% DIU-në. Në vitin 2015 në nivel botëror, metodat afatshkurtra janë më pak të përdorura: 9% e grave përdornin pilulën, 8% kondomin mashkullor dhe shumë më pak kontracesionin injektabel. Në botë vetëm 6% e grave të martuara ose që bashkëjetojnë përdornin metodën e tërheqjes⁶.

Të dhëna për situatën e përdorimit të kontraceptivëve në Shqipëri

Aktualisht, niveli i përdorimit të metodave moderne kontraceptive është ende i ulët krahasuar me vende të tjera, dhe larg objektivave të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë. Sipas të dhënave të Studimit Demografik dhe Shëndetësor (ADHS, 2008/09) rezultoi se njohuritë mbi metodat e planifikimit familjar janë thuajse të plota në Shqipëri, ku rreth 99% e të intervistuarve të moshës 15-49 vjeç njohin të paktën një metodë të planifikimit familjar (moderne apo tradicionale). Në përgjithësi, femrat (sidomos ato të martuara) kanë më shumë njohuri dhe informacion se meshkujt për sa u përket këtyre metodave^{2,3}.

Sipas ADHS-së 2008-09 raportohet që vetëm 10.6% e grave të martuara kanë përdorur një metodë moderne kontraceptive, kundrejt 58.7% që kanë përdorur një metodë tradicionale. Kjo shifër nënkupton një rritje të vogël të shkallës mbizotëruese të kontraceptivëve modern me 8% në krahasim me vitin 2002^{2,3}. Mes grave të

reja të martuara të grup-moshës 15-29 vjeç, përqindja e atyre që përdorin kontraceptivët modern është disi më e lartë në vitin 2008-09 me 12.9%. Përdorimi aktual i kontraceptivëve modern nga gratë jo të martuara por seksualisht aktive ka qenë mjaft më i lartë në atë kohë me 28.7%^{2,3}. Për vitin 2014, Sistemi i Informacionit dhe Menaxhimit Logjistik (SIML) i Institutit të Shëndetit Publik raportoi që nga të katër metodat, DIU-ja ishte më e përdorura (34%), e ndjekur nga pilulat (25%), injeksionet dhe prezervativët që përdoren më rrallë (secila me rreth 20%)^{3,4}.

Sipas ISHP-së, përdorimi i metodave moderne të kontraceptivëve nuk është rritur këto 2-3 vitet e fundit⁴. Është vënë re përdorim i qëndrueshëm, por në disa raste është treguar rënie e përdorimit të tyre. Shkalla e Mbulimit me Kontraceptivë (CPR) është jo më shumë se 4-5% sipas raportimeve të SIML në ISHP^{4,5}.

Edhe pse lindshmëria dhe indeksi sintetik i fekonditetit ka pësuar rënie të vazhdueshme, lindshmëria në moshë specifike nën 20 vjeç është rritur nga 0.016 në vitin 1989 në 0.018 në vitin 2001 dhe 0.020 në vitin 2011. Nga ana tjetër, edhe pse numrat absolut të lindjeve nga adoleshentet janë relativisht të vegjël - 2.8 mijë në vitin 2011 dhe po bien për shkak të shifrave në rënie të grave të grup-moshës 15-19 vjeç, tendenca në rritje e lindshmërisë te adoleshentet është diçka që kërkon vëmendje nga politikëbërësit e fushës së shëndetësisë^{2,3}.

Aksesi i adoleshentëve në metoda moderne kontraceptive nga sektori publik paraqet vështirësi sepse ky grup nuk i frekuenton këto shërbime për arsye se ato ofrohen në klinika dhe maternitete dhe akoma më pak në qendrat shëndetësore në zonat rurale. Në treg funksionojnë dy operatorë të tjerë si: NESMARK, organizatë social-marketingu që ofron prezervativë, dhe sektori privat që ofron prezervativë, kontraceptivë oralë, kontraceptivë të emergjencës dhe DIU³.

Edhe nga këta dy sektorë raportohet përdorim i ulët i kontraceptivëve. Në disa raste të dhënat tregojnë që të rinjtë përdorin metodat kontraceptive të urgjencës në mënyrë të gabuar, por për këtë moshë nuk ka të dhëna për IST-të, abortin dhe shtatzëninë e padëshiruar⁴. Shpjegimi për rënien e lindshmërisë, ndërsa ka rënë përdorimi i kontraceptivëve, ndoshta kërkon studime specifike kërkimore për të gjetur arsyen e duhur³.

Nevojat e paplotësuara për Planifikim Familjar

Në rajonin europian, nevojat e paplotësuara për PF luhaten nga 5-23%⁶. Në Shqipëri, 13% e femrave të martuara kanë një nevojë të paplotësuar për planifikim familjar, 3% për distancim të lindjeve dhe 9% për kufizim të lindjeve. Nevoja e paplotësuar për planifikim familjar është më e lartë te femrat më të reja të grup-moshës 15-29 vjeç (17-18%)².

Sikurse u përmend, treguesit e planifikimit familjar të analizuar nga të dhënat e sistemit të informacionit LMIS, flasin gjithsesi për ulje të përdorimit të metodave moderne kontraceptive. Në analizën e tre viteve të fundit kjo rënie në përdorim shpjegohet me arsyet dhe problemet që ka vetë sistemi lidhur me: sasi të prokuruar, disponueshmërinë e fondeve të nevojshme, mungesën për një periudhë prej gati dy vjet të metodave të caktuara si rasti i Depo-proverës^{3,4}.

Mungesa në disa raste e kontraceptivëve në nivel qendror, si dhe problemet me ofrimin e shërbimit të PF-së nga personeli shëndetësor, janë disa nga shkaqet për një përdorim të ulët të metodave moderne kontraceptive. Nga ana tjetër, duhet të kemi parasysh edhe faktin që një pjesë e popullatës pajiset me metodën direkt në farmaci duke shmangur shërbimin publik falas, me mendimin se këto të fundit janë më pak cilësore.

Vlerësimi i performancës do të ishte një nxitje për ta rritur interesin për këtë shërbim. Monitorimi dhe vlerësimi i vazhdueshëm i hallkave të funksionimit të sistemit të menaxhimit të kontraceptiveve do të ndihmojë në përmirësimin e ofrimit të shërbimit të PF-së, dhe do të minimizojë mungesën e tyre në këtë nivel.

Shërbimet e Planifikimit Familjar

Shërbimet e Planifikimit Familjar kanë filluar aktivitetin me VKM. Nr. 226, datë 27.5.1992 ku u miratuan aktivitetet e PF-së dhe aborti u bë i ligjshëm.

Aktualisht shërbimet e PF-së në Shqipëri, që ofrohen në sistemin shëndetësor publik, janë të shpërndara në tre nivelet e kujdesit shëndetësor:

- Niveli i kujdesit shëndetësor parësor: në 426 qendra shëndetësore në qytet e fshat.
- Spitalet: qendrat e PF-së të përfshira në maternitetet e rretheve në sistemin shëndetësor publik.
- Qendrat e grave pranë spitaleve Universitare Obstetrik-Gjinekologjik në Tiranë (materniteti "Nëna Geraldinë" dhe ai "Koço Gliozheni").

Qendrat e Planifikimit Familjar që gjenden të integruara në qendrat shëndetësore në Kujdesin Shëndetësor Parësor janë të furnizuara me disa lloje kontraktivësh modern (pilula, injeksion, spirale dhe prezervativ) që ofrohen falas.

Sektorë të tjerë të rëndësishëm në ofrimin e metodave moderne kontraktive janë: sektori privat, ku metodat moderne ofrohen sipas çmimeve të tregut; sektori i marketingut social që ofron metoda moderne me çmime të subvencionuara, si dhe sektori i OJF-ve (ato OJF që punojnë në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues) që ofron metoda moderne kontraktive falas për grupet e marginalizuara dhe vulnerabël, përfshirë edhe të rinjtë.

Shërbimet e planifikimit familjar tashmë janë pjesë integruese e *Paketës Bazë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor* që u rishikua dhe u miratua me VKM Nr. 101, datë 4.2.2015.

Në paketë është përcaktuar qartë shërbimi i planifikimit familjar, ku përfshihen: këshillimi dhe shpërndarja e kontraktivëve modern, shërbimet që duhen ofruar në komunitet, standardet që duhet të ketë ky shërbim, pajisjet dhe metodat moderne kontraktive që duhet të ketë qendra dhe dokumentacioni mjekësor i unifikuar.

Nga viti 1996 në sektorin publik metodat kontraktive janë ofruar falas, nëpërmjet mbështetjes nga USAID dhe UNFPA. Në qershor të vitit 2003 u miratua Strategjia e parë Kombëtare e Sigurimit të Kontraktivëve që synoi arritjen e pavarësisë kontraktive dhe që nga viti 2010 e në vijim, qeveria shqiptare siguron 100% mbulesën kontraktive për sektorin publik pa qenë e varur nga ndihma e donatorëve të huaj.

Në janar 2016, Ministri i Shëndetësisë miratoi *Udhërrëfyesin dhe Protokollet e Planifikimit Familjar* me urdhër nr. 25, datë 22.1.2016 si standard kombëtar për ofrimin e shërbimeve të planifikimit familjar në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor. Udhërrëfyesi dhe Protokollet bazohen në praktikat e rekomandimet më të fundit të mbështetura në evidenca dhe të pranuar në nivel ndërkombëtar, si dhe të përshtatura nga një grup ekspertësh lokal sipas situatës në Shqipëri në fushën e planifikimit familjar. Ato do të shërbejnë si standard për shërbimet e PF-së në të gjithë sektoret e ofrimit të tyre, nga qendra shëndetësore deri në shërbimet referuese-maternitetet, pra, në çdo vend ku ofrohet shërbim i planifikimit familjar.

Masat dhe aktivitetet e zbatuara që nga viti 2012 në fushën e planifikimit familjar janë orientuar nga *Strategjia Kombëtare e Sigurisë së Kontraktivëve 2012 - 2016 (SKSK 2012-2016)*, e cila ka synuar të sigurojë që burrat dhe gratë shqiptare të mund të zgjedhin, të marrin dhe përdorin kontraktivë dhe shërbime të planifikimit familjar me cilësi të lartë, sa herë që të duan për planifikimin e familjeve të tyre.

Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraktivëve për periudhën 2017 – 2021 synon përmirësimin e aksesit, kërkesës dhe cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar, me qëllim uljen e numrit të aborteve dhe përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës.

Programi i qeverisë (2013-2017) për shëndetësinë synon ofrimin e një mbulimi universal për kujdesin shëndetësor për gjithë shqiptarët rezidentë, ku asnjë individ të mos mbetet pa kujdes shëndetësor për mungesë të mjeteve të nevojshme financiare, si dhe rritjen e rolit të shëndetit publik dhe programeve të parandalimit e të promovimit shëndetësor.

Urdhri nr. 510 datë 21.11.2014 i Ministrisë të Shëndetësisë ndryshoi parashikimin e fazës së dytë (2014-2016) të sigurimit të kontraktivëve të targetuar vetëm për grupet më të rrezikuara të popullatës për shërbimet shëndetësore publike, në zbatim të Dokumentit Strategjik Kombëtar *“Për sigurimin e kontraktivëve për periudhën 2012-2016”*. Urdhri përcakton se për periudhën e parashikuar të zbatimit të strategjisë (2015-2016) të gjithë kontraktivët e përdorur në sektorin publik do të sigurohen falas për gjithë popullsinë në nevojë, sikurse është vepruar për periudhën e fazës së parë.

Me mbështetjen e USAID-it dhe UNFPA-së, në Institutin e Shëndetit Publik është ngritur dhe funksionon *Sistemi i Informacionit dhe Menaxhimit Logjistik (SIML)* përmes të cilit grumbullohen statistika për shërbimet, si dhe informacion logjistik mbi metodat moderne kontraktive. Kjo i jep mundësi Ministrisë së Shëndetësisë të përllogarisë nevojat kombëtare për kontraksion modern, të parandalojë gjendjet e mungesave dhe stok-out për metodat moderne kontraktive, si dhe të monitorojë ecurinë, progresin dhe mbarëvajtjen e programit kombëtar të planifikimit familjar.

Detyrat me të cilat operon sistemi janë: parashikimi i nevojave për blerjet vjetore, prokurimi, regjistrimi dhe magazinimi i kontraktivëve, plan-shpërndarja sipas nevojave të rretheve dhe monitorimi i gjithë hallkave

të procesit. SIML është tashmë një sistem i konsoliduar. Ai është i kompjuterizuar në nivel rrethi (DSHP-je) dhe raportimi elektronik shkon nga 75-80% për 36 rrethet; pjesa tjetër për arsye objektive nuk është pjesë e sistemit elektronik.

Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e UNFPA-së po punon për të adoptuar konceptin e “*Total Market Approach*”/Qasja Tërësore e Tregut që merr në konsideratë rolin e sektorit publik, të sektorit privat dhe të organizatave joqeveritare në sigurimin e furnizimit të vazhdueshëm të popullatës me kontraceptivë. Në këtë mënyrë, krijohet mundësia që e gjithë popullata, përfshirë grupet e marginalizuara apo të nënshërbyera të popullatës, të kenë akses në shërbime cilësore të PF-së .

Problematika e PF-së në Shqipëri

- Fertiliteti dhe lindshmëria në Shqipëri kanë rënë dhe vazhdojnë të bien ndjeshëm.
- Madhësia ideale e familjes është duke u ulur.
- Të dhënat e fundit të INSTAT-it sugjerojnë se ka një rritje të lindshmërisë te grup-moshat e adoleshentëve.
- Përdorimi i metodave moderne kontraceptive mbetet ende në nivel të ulët.
- Nevojat e paplotësuara për kontracepsionin janë ende në përqindje të lartë te gratë e moshës riprodhuese.
- Aktiviteti seksual te të rinjtë është shtuar.
- Shërbimet e planifikimit familjar janë të shtrira deri në nivel qendre shëndetësore dhe jo në nivel ambulancash.
- Megjithëse akses i gjeografik është rritur ndjeshëm, ende ka nevojë të punohet për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve.
- Prej vitit 2009 nuk janë ndërmarrë programe trajnimi mbarëkombëtare në fushën e PF-së.
- Prej vitit 2011 nuk janë ndërmarrë fushata ndërgjegjësuere në fushën e PF-së.
- Ende ka mangësi në kapacitetet e specialistëve të SIML, si dhe ofruesve të shërbimeve të PF-së në fushën e raportimit dhe parashikimit të nevojave për kontracepsion.
- Mungon një strategji formale për ndarjen e tregut të kontraceptivëve në Shqipëri.
- Mungojnë të dhëna për shitjet e kontraceptivëve nga sektori privat.
- Mungojnë të dhëna nëse largimi nga tregu i disa produkteve kontraceptive të ofruara nga marketingu social NESMARK, është zëvendësuar nga sektori privat.

Referencat

1. Global perspectives on unplanned pregnancies a framework for action from the world contraception day (wcd) coalition
2. Studimi demografik dhe shëndetësor shqiptar 2008/09
3. INSTAT “Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë”, nëntor 2015
4. *Buletini i Shëndetit Nr. 1 2014*. Tiranë, Instituti i Shëndetit Publik
5. WHO Europe. Family planning
6. Trends in contraceptive use 2015 United Nations ST/ESA/SER.A/349

1.3. Shëndeti i të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës

1.3.1. Shëndeti i të porsalindurit

Treguesi i vdekshmërisë neonatale (TVN) i një vendi përdoret gjerësisht si një tregues i shëndetit publik, cilësisë së shërbimeve shëndetësore, shpërndarjes së pasurisë dhe standardit të përgjithshëm të jetesës¹.

Shëndeti i të porsalindurit në botë

Periudha neonatale/porsalindurit, 28 ditët e para të jetës, është koha më e brishtë për mbijetesën e një fëmije. Sipas të dhënave të OBSH-së, në vitin 2015 ndodhën 2.7 milionë vdekje, ose afërsisht 45% të të gjitha vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç, prej këtyre rreth 1 milion vdekje neonatale ndodhën në ditën e parë të lindjes dhe rreth 2 milionë në javën e parë të lindjes².

Zvogëlimi i vdekshmërisë neonatale është me rëndësi jo vetëm sepse pjesa e vdekjeve të fëmijëve deri 5 vjeç që ndodh në periudhën neonatale është në rritje si në botë dhe në vendin tonë, ndërsa pjesa tjetër e vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç është në ulje, por edhe sepse ndërhyrjet shëndetësore që adresojnë shkaqet madhore të vdekjeve neonatale në përgjithësi ndryshojnë nga ato që duhet të adresohen për vdekjet e tjera të fëmijëve deri 5 vjeç².

Më shumë se 80% e të gjitha vdekjeve të të porsalindurve vijnë nga tri gjendje të parandalueshme dhe të trajtueshme: *komplikacionet nga prematuriteti, vdekjet të lidhura me lindjen, (përfshirë asfiksionin në lindje) dhe infeksionet neonatale*. Komplikacionet e prematuritetit janë aktualisht shkak i dytë i vdekjeve nën 5 vjeç³.

Pjesa më e madhe e vdekjeve të të porsalindurve (73%) ndodhin brenda 7 ditëve të para të jetës, dhe kërkojnë të njëjtat investime në sistemin shëndetësor që nevojiten për të përmirësuar edhe shëndetin amtar. Për të parandaluar dhe trajtuar këto shkaqe ekzistojnë ndërhyrje kosto-efektive të vërtetuara nga evidencat shkencore. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit rreth kohës së lindjes shpëton shumë jetë, por kjo kërkon punonjës të trajnuar dhe të pajisur mirë, përfshirë aftësitë e mamive, si dhe ekzistencën e mjeteve e pajisjeve esenciale³.

Shëndeti i të porsalindurit në Shqipëri

Në Shqipëri, pavarësisht përmirësimit të dukshëm të treguesit të vdekshmërisë neonatale në vitet e fundit, ai mbetet relativisht i lartë dhe i pandryshueshëm (7 ‰)⁴. Përmirësimi i vdekshmërisë neonatale është i ngadaltë edhe pse lindjet në institucionet shëndetësore janë shumë të larta.

Megjithëse në vite është vërejtur një ulje e ndjeshme e vdekshmërisë foshnjore, pjesa që zë në të vdekshmëria neonatale bëhet çdo vit dhe më e lartë (aktualisht zë rreth 75% të vdekshmërisë foshnjore)⁵. Kjo sugjeron se ndërhyrjet në shëndetin e të porsalindurit duhet të jenë prioritare.

Sipas statistikave të Ministrisë së Shëndetësisë për vdekshmërinë neonatale, vdekjet e javës së parë pas lindjes (0-6 ditë) përbëjnë rreth 80 % të vdekjeve neonatale⁶. Por vdekshmëria neonatale ndryshon edhe sipas burimeve të raportimit të saj nga MSH-ja, OBSH-ja, ADHS, etj.

Sëmundjet neonatale

Sipas ISHP (2014), sëmundjet neonatale kanë pësuar rënie të konsiderueshme në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara⁷. Në total, në vitin 1990 këto sëmundje zinin 4.5% të barrës totale të sëmundjeve, ndërsa në vitin 2010 vetëm 2.0%⁴.

Barra e sëmundshmërisë neonatale ka rënë respektivisht për meshkujt dhe femrat nga 1.479 DALY në vitin 1990 në 616 në vitin 2010 (meshkujt) dhe nga 1.091 DALY në vitin 1990 në 481 në vitin 2010 (femrat). Megjithatë barra e sëmundjeve neonatale mbetet ndër më të lartat në rajon (Global Burden Disease GBD survey WHO 2010)⁴.

Shërbimet shëndetësore të kujdesit neonatal

Shërbimi neonatologjik në vendin tonë sipas niveleve të kujdesit shëndetësor ofrohet në:

- **KSHP-qendrat shëndetësore dhe ambulancat në fshat dhe konsultoret e fëmijës në qytet** që ndjekin kujdesin për mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës nga 0-6 vjeç.
- **Kujdesin spitalor neonatologjik** të ofruar brenda reparteve të materniteteve të spitaleve të rretheve.
- **Niveli më i lartë i kujdesi neonatal** ofrohet në Spitalet Obstetrik-Gjinekologjik: *“Mbretëresha Geraldine”* dhe *“Koço Gliozheni”* në Tiranë.

Gjatë viteve 2011-2014 një numër raportesh nga vlerësimi i drejtpërdrejtë i situatës, tregojnë se cilësia e shërbimeve të ofruara për kujdesin shëndetësor të të porsalindurit është e pamjaftueshme⁷. Në këto vlerësime përshkruhet cilësia e shërbimeve si nën standarde, ku:

- a) trajtimi i rasteve të zakonshme dhe ndërlikimeve shpesh është në mospërputhje me standardet ndërkombëtare dhe praktikrat e vërtetuara të sigurta (jo kritere diagnostike, mbitrajtim, shtrime të panevojshme në repartin e kujdesit të veçantë, përdorim barnash me efektivitet të paprovuar);
- b) mungon integrimi dhe vazhdimësia e kujdesit midis profesionistëve dhe shërbimeve, dhe ka sistem referimi të parregulluar mirë (nuk ka një përcaktim të qartë të rolit dhe përgjegjësisë në shërbimin shëndetësor dhe profesionistëve të shëndetit në varësi të nivelit të shërbimeve, dallim të qartë midis institucioneve publike dhe atyre private);
- c) infrastruktura, furnizimet, pajisjet (dallime të rëndësishme në pajisjen e spitaleve me mjete bazë, ku mirëmbajtja e tyre është problem, furnizime jo të plota, veçanërisht laboratorike) dhe facilitetet higjienike janë shpesh herë të mangëta, çka krijon situata që nuk lejojnë respektimin e zinxhirëve të kujdesit;
- d) profesionistët paraqesin në shumë raste dije dhe aftësi të cinguara dhe jo të përditësuara, keqpërdorin/abuzojnë me teknologjinë që zotërojnë, nuk respektojnë zinxhirët e kujdesit, janë të pamotivuar dhe të painteresuar për karrierë, stafi shpesh i mangët dhe shpërndarja e tij jo e përpjestuar, etj⁷.

Këto rrethana e rrezikojnë shëndetin e të porsalindurit, shkaktojnë përdorim joeficient të burimeve dhe shpenzime të panevojshme nga pacientët, që rezultojnë me zgjidhje të papërshtatshme dhe jo të menjëhershme të situatave urgjente shëndetësore vërtet reale⁷.

E gjithë kjo do të thotë mundësi të humbura për 1) reduktimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë afatgjatë 2) përvojë të kënaqshme me lindjen 3) kosto-efektivitet 4) nxitje të profesionalizmit, etj.

Një situatë e tillë është rrjedhojë e ndërthurjes së shumë faktorëve që lidhen me 1) sistemin shëndetësor, 2) administrimin lokal dhe 3) qëndrimin e mbajtur nga vetë profesionistët.

Gjithsesi, përjashtuar dobësitë që paraqet sistemi shëndetësor në vend dhe burimeve të kufizuara, është e mundur që të arrihet një përmirësim 30–50% i vdekshmërisë neonatale përmes një organizimi më të mirë, përdorimit të udhëzuesëve klinik dhe pjesëmarrjes aktive të personelit⁸.

Studimet tregojnë se shumë vdekje neonatale janë potencialisht të parandalueshme ose të shmangshme, dhe në disa vende të botës është ulur vdekshmëria neonatale jo detyrimisht prej teknologjisë së sofistikuar dhe investimeve financiare, por përdorimit më të mirë burimeve ekzistuese^{1,9}.

Për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të neonatologjisë dhe rritjen e aftësive dhe njohurive të personelit shëndetësor, MSH-ja në bashkëpunim me OBSH/UNFPA/USAID ka përgatitur 2 dokumente: *“Kujdesi efektiv perinatal” (OBSH)* dhe *“Reanimacioni i të porsalindurit”*, të cilat mund të shërbejnë për përmirësimin e praktikave. Ato duhet të përfshihen si mjete të edukimit të vazhdueshëm të personelit, dhe të bëhen të detyrueshme për të gjithë personelin e çdo institucioni shëndetësor që kujdeset për nënën dhe të porsalindurin. Trajnimi duhet të jetë gjithëpërfshirës në qoftë se dëshirojmë të ndryshojmë këto praktika. P.sh. në trajnimin për reanimacionin e të porsalindurit të kryer në maternitetin e Tiranës në vitin 2011 mori pjesë vetëm 66.8% e stafit, (nga të cilët 100% prej Neonatologjisë; 40.1% e stafit të Obstetrikës, prej të cilëve vetëm 16.7% e primarëve; 63.7% e mamive, por vetëm 25% e krye/mamive; - çka nuk u shoqërua me përmirësim të menjëhershëm të praktikave siç edhe pritej^{8,9,10}.

Problemet me shëndetin e të porsalindurit

- Indikatorët e shëndetit të të porsalindurit në vend nuk duket se japin një tablo të besueshme të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë neonatale, për të parashikuar ndërhyrjet e mundshme hap pas hapi.
- Ka probleme me organizimin, shpërndarjen dhe rajonalizimin e burimeve (njerëzore dhe teknologjike).
- Stafi neonatal është i pakët, relativisht i vjetër në moshë dhe profesioni përgjithësisht i padëshiruar.
- Njohuritë dhe aftësitë e personelit që kujdeset për shëndetin e të porsalindurit kanë mangësi. Mund të kryhen trajnime të shpeshta dhe të përsëritura të personelit, por pa reflektim në praktikat e përditshme në kujdesin e të porsalindurit. Për këtë nevojitet përmirësimi i kurrikula-ve dhe nxitja e pjesëmarrjes aktive të personelit. Trajnimi duhet të jetë gjithëpërfshirës (njohuri dhe përgjegjshmëri), i vazhdueshëm (mundësisht i detyrueshëm) dhe i matshëm (indikatorët e cilësisë, performancës së punës së personelit).
- Sistemi i referimit është i shkëputur, nuk përcjell informacion të rëndësishëm dhe shpesh i improvizuar dhe i përcaktuar nga dëshira dhe presioni i pacientit, duke shkaktuar mbingarkesë të padobishme të spitaleve qendrore (universitare kryesisht) dhe mospërdorim efikas të burimeve të qendrave dhe spitaleve të rrethit.
- Mungojnë mekanizmat rregullues për zbatimin e protokolleve të trajtimit dhe referimit, auditimin dhe vlerësimin e indikatorëve të cilësisë të aprovuar nga MSH-ja, që shoqërohen me incentivat/penalizimet qoftë individuale apo kolektive.
- Nuk janë të qarta ndarjet e detyrave dhe kompetencat për ofrimin e kujdesit sipas çdo niveli shërbimi, veçanërisht në planifikimin e teknologjisë së përshtatshme për funksionin e çdo niveli.
- Mungojnë struktura të përshtatshme për një kujdes holistik, multiprofesional për problemet e mundshme afatgjata të fëmijëve me rrezik të lartë. Megjithëse raportimet se fëmijët e lindur me peshë të vogël tregojnë një numër relativisht të ulët, një grup i tillë fëmijësh, rreth 20% e tyre, rrezikojnë probleme të zhvillimit psiko-motor, probleme të mushkërive, sëmundshmëri të lartë në moshën e të rriturit, etj.
- Mungon depistimi për të paktën disa sëmundje që konsiderohen më të shpeshta në vendin tonë si hipotiroidizmi, mungesa e G-6PhD, fibroza cistike, dëgjimi, etj. Kjo do të kishte një vlerë parandaluese të konsiderueshme dhe shpenzime shumë më efektive në sistemin tonë shëndetësor.

Referencat

1. Lawn, J, Cousens, S, Bhutta, Z, Darmstadt, G, Martines, J, and Paul, V. Why are 4 million newborn babies dying each year?. *Lancet*. 2004; 364: 399–401
2. WHO, neonatal health Global Health Observatory (GHO) data
3. World Health Organization Every Newborn: an action plan to end preventable deaths Every Newborn Action Plan - World Health Organization *WHO Health in 2015: from MDGs to SDGs*, December 2015
4. Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF
5. Mortality rate - infant (per 1;000 live births) in Albania [www.tradingeconomics.com /albania/mortality-rate-infant-per-1-000-live...albania](http://www.tradingeconomics.com/albania/mortality-rate-infant-per-1-000-live...albania) mortality rate infant per 1 000 live births wb data World Bank Indicators - Albania – Mortality
6. MSH, Drejtoria e Përparimit Shëndetësor, Kontrollit të Cilësisë dhe Jetësimit të Prioriteteve, sektori monitorimi vlerësimit të treguesve shëndetësor
7. Adoption of the WHO assessment tool on the quality of hospital care for mothers and newborns in Albania. (Mersini E, Novi S, Tushe E, Gjoni M, Burazeri G. *Acta Inform Med*. 2012; 20:226-34. Albania Success story, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011, available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/154141/e95980.pdf Maternal, Newborn and Child Health Care Reform, Albania final project technical Report, October 2007 to July 2012.)
8. Fauveau V, et al. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 94 (2):179–84; Althabe F, et al. *Paed. Perinat. Epidem.* 2008; 22(Suppl 1):42–60)
9. Tushe E et al. 8th WCPM, 2007; Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO, 2005.; Bullough C, et al *BJOG* 2005;112:1180–8)
10. E.Tushe, et al ; NRP: Results of a program” 7. National Conference of AAP)

1.4. Shëndeti i adoleshentit

Situata e shëndetit të adoleshentëve në botë

Fokusimi mbi shëndetin e adoleshentit është thelbësor për të patur një themel të fortë për arritjen e objektivave të zhvillimit të qëndrueshëm të vendit. Adoleshentët janë të ekspozuar ndaj një sërë rreziqesh dhe vuajnë nga sëmundje dhe çrregullime të ndryshme që janë në rritje si p.sh. sëmundjet mendore, dëmtimet nga aksidentet rrugore, anemia nga pamjaftueshmëria e hekurit, HIV dhe AIDS, përdorimi i duhanit, alkoolit dhe drogave.

Megjithëse shifrat e vdekshmërisë tek adoleshentët janë më të ulëta krahasuar me ato të grup- moshave të tjera, shumë prej shkaqeve të vdekjeve të tyre janë të parandalueshme. Shumë sjellje të shëndetshme që mësohen në adoleshencë kanë impakt afatgjatë gjithë jetën¹.

Në botë shifrat e vdekshmërisë së adoleshentëve janë ulur midis viteve 2000 dhe 2012, me një numër global vdekjesh që u ulën nga 1.5 milionë -1.3 milionë. OBSH-ja deklaron se shkaqet madhore të vdekjeve dhe sëmundjeve në adoleshentët si shëndeti mendor, përdorimi i substancave dhe problemet lidhur me ushqyerjen, nuk kanë marrë vëmendjen e duhur në politikat kombëtare të vendeve¹.

Shëndeti i adoleshentëve në Shqipëri

Shqipëria konsiderohet si një vend i rajonit europian me popullatë të re. Lidhur me shëndetin e adoleshentëve ka pak të dhëna të viteve të fundit.

Studimi i kryer nga INSTAT me mbështetjen e UNFPA-së *“Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë”*, (2015), paraqiti të dhëna lidhur me të rinjtë në Shqipëri, problematika të tyre lidhur me shëndetin, kushtet e jetesës, arsimin, punësimin etj².

Numri i të rinjve të grup-moshës 15-29 vjeç nga Censusi i Popullsisë dhe Banesave i vitit 2011 u llogarit në 704 mijë, duke përfaqësuar vetëm një të katërtën (25, 2%) e të gjithë popullsisë. Me rreth 363 mijë meshkuj dhe djem të grup-moshës 15-29 vjeç kundrejt rreth 342 mijë femrave dhe vajzave të kësaj grup-moshe, meshkujt me 51,5% janë vetëm pak më shumë të përfaqësuar mes të rinjve krahasuar me të gjithë popullsinë. Mbipërfaqësimi më i madh i meshkujve është në grup-moshën 20-24 vjeç (52,6% kundrejt 47, 4% femra)².

Shkaqet e vdekjes

Nga viti 2001 deri në vitin 2011, statistikat jetësore tregojnë numrin e vdekjeve të të rinjve që luhet në rreth 800 në vit. Që atëherë, numri duket se ka rënë. Ndërkohë që shkaqet kryesore të vdekjeve për personat mbi 50 vjeç janë sëmundjet e qarkullimit të gjakut dhe kanceri, të rinjtë përgjithësisht bëhen viktimat ndaj faktorëve të jashtëm. Në vitin 2010, shkaqet e jashtme llogaritin 55.8 % të vdekjeve të të rinjve të moshës 15 deri në 29 vjeç. Dëmtimet e jashtme, helmimet dhe aksidentet janë shkaqet kryesore të vdekjes së të rinjve².

Një grup faktorësh të parandalueshëm të rrezikut si: duhanpirja, abuzimi me alkool, dieta e pashëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik, kanë ndikim të madh në rritjen e vërejtur të barrës totale të sëmundjeve jo të transmetueshme si kanceri, sëmundjet e zemrës, mëlçisë dhe mushkërive. Parandalimi i sjelljeve të tilla si duhanpirja, abuzimi me alkoolin, dieta e pashëndetshme dhe promovimi i aktivitetit fizik te të rinjtë shqiptarë mbeten sfidat kryesore².

Studimi i fundit mbi *Sjelljet e shëndetshme te fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç*, i kryer në të gjitha vendet e Europës, synon të japë një panoramë mbi sjelljet e adoleshentëve, shëndetin dhe stilin e jetesës në kontekstin e tyre social. Gjithashtu, studimi synon rritjen e të kuptuarit sesi vetë të rinjtë e perceptojnë shëndetin e tyre³.

- Problemet e lidhura me ushqyerjen, shëndetin oral, inaktivitetin fizik, shëndetin seksual, grindjet janë disa nga gjetjet e studimit për Shqipërinë. Me rritjen e moshës, ulet konsumi i mëngjesit nga 64% (për 11-vjeçarët) në 34% për adoleshentët 15-vjeçar. Gjithashtu, mbipesha dhe obeziteti ulen me rritjen e moshës. Ajo shkon nga 30% në 15% te djemtë 11-vjeçarë.
- Lidhur me shëndetin oral, Shqipëria konsiderohet një vend me prevalencë të ulët të larjes së dhëmbëve më shumë se një herë në ditë. Kështu, niveli i larjes së dhëmbëve më shumë se një herë në ditë vajza/djem varion nga 61/47% te 11-vjeçarët, në 67/45% te 15-vjeçarët.
- Lidhur me jetën sedentare, 15-vjeçarët shqiptarë renditen të dytët në Europë, pas Moldavisë. Kështu

75% e vajzave dhe 73% e djemve 15 vjeç shohin televizor më shumë se dy orë në ditë gjatë ditëve të javës.

- Për sa i përket shëndetit seksual, në Shqipëri konstatohet një disbalancë shumë e ndjeshme në raportin djem/vajza lidhur me kryerjen e marrëdhënieve seksuale. Kështu, 39% e djemve 15-vjeçarë raportojnë se kanë kryer marrëdhënie seksuale kundrejt 2% të vajzave të të njëjtës moshë. Nga ana tjetër, 63% e djemve 15-vjeçarë raportuan se kishin përdorur kondom gjatë marrëdhënies së fundit seksuale kundrejt 35% të vajzave të kësaj moshe.
- Gjithashtu, 24% e djemve 15-vjeçarë në Shqipëri janë përfshirë në grindje gjatë vitit të fundit, duke u renditur në vendin e dytë në Europë pas të rinjve armenë³.

Shërbimet për adoleshentët në Shqipëri

Aktualisht në Shqipëri shërbimet shëndetësore specifike për adoleshentët janë të pjesshme. Ministria e Shëndetësisë, mbështetur nga UNICEF-i, mundësoi ngritjen e shërbimeve miqësore për të rinjtë në disa zona të vendit në periudhën 2000-2008. Më pas, qendrat e këshillimit dhe testimit konfidencial për HIV DHE AIDS dhe IST, të ngritura brenda strukturave të Drejtorive të Shëndetit Publik, inkorporuan funksione të shërbimeve miqësore për të rinjtë. Disa OJF janë mështetur nga MSh-ja për ofrimin e shërbimeve për të rinjtë, veçanërisht për toksiko-dependentët, shëndetin mendor dhe planifikimin familjar.

Shërbimi shëndetësor në shkolla është një shërbim i financuar nga Ministria e Shëndetësisë, me objekt promovimin e shëndetit. Shërbimi shëndetësor në shkolla përfshin edhe kujdesin për shëndetin oral. Ekzistojnë diferenca në burime njerëzore, dhe rrjedhimisht edhe në cilësinë e shërbimit mes Tiranës dhe rajoneve të tjera të Shqipërisë, ashtu sikurse edhe midis zonave urbane dhe zonave rurale.

Në Paketën e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor, janë të pershkruara disa përgjegjësi të mjekut të familjes dhe personelit të infermierëve në raport me shëndetin e adoleshentëve.

Problemet me situatën e adoleshentëve

- Adoleshentët kanë probleme shëndetësore që lidhen me stilin e jetës si probleme me të ushqyerin, shëndetin oral, sjellje të rrezikshme seksuale dhe përfshirjen në grindje fizike.
- Mungojnë të dhëna periodike dhe studime në vazhdimësi mbi shëndetin e adoleshentëve.
- Shërbimet shëndetësore për të rinjtë janë të pjesshme dhe të papërcaktuara qartë për shëndetin e adoleshentëve.
- Ka mungesë udhëzimesh, protokolleh dhe standardesh për këto shërbime.
- Personeli shëndetësor është i patrajnuar mjaftueshëm për ofrimin e shërbimeve të adoleshentëve.

Referencat

1. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals.1.Global Health. 2. Health Priorities.3.Conservation of Natural Resources. 4.Organizational Objectives. I.World Health Organization.ISBN 978 92 4 156511 0 (NLM classification: WA 530)© World Health Organization 2015
2. Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë. INSTAT nëntor 2015
3. J. Inchley, D. Currie, T. Young, O.Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber, V. Barnekow. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (hbosc) study: International report from the 2013/2014 survey. WHO Regional Office for Europe; 2016.

1.5. Tumoret e traktit riprodhues

Në shkallë botërore, kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës janë ndër kanceret më të shpeshtë të gratë, dhe një nga shkaqet kryesore të vdekjeve të shkaktuara nga kanceri në përgjithësi.

Kanceri i gjirit është kanceri i dytë më i shpeshtë në botë, dhe kanceri më i shpeshtë të gratë me rreth 1.67 milionë raste të reja të diagnostikuara në vitin 2012 (25% të të gjitha kancereve)⁹. Është kanceri më i shpeshtë si në vendet e zhvilluara dhe ato më pak të zhvilluara.

Edhe pse disa faktorë rreziku për kanceret e gjirit janë të mirë dokumentuara, përsëri, te pjesa më e madhe e grave që paraqiten me kancer të gjirit nuk mund të identifikohen faktorët specifik të rrezikut¹⁰. Rreth 21% e të gjitha vdekjeve nga kanceri gjirit në botë lidhen me faktorë të stilit të jetesës të tillë si: përdorimi i alkoolit, mbipeshja dhe obeziteti, si dhe mungesa e aktivitetit fizik.

OBSH-ja promovon kontrollin e kancerit të gjirit brenda kontekstit të një programi kontrolli të kancereve, dhe të integruar në parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jo të komunikueshme².

Kanceri i qafës së mitrës është sëmundje e parandalueshme, por në botë është një nga shkaqet kryesore të vdekjeve të gratë, duke qenë përgjegjës për më shumë se 270.000 vdekje në vit, 85% e të cilave ndodhin në vendet në zhvillim. Projektionet tregojnë se në 10 vitet e ardhshme kanceri cervical do të rritet me pothuajse 25 %¹¹. Shkaku kryesor për kancerin e qafës së mitrës është një infeksion kronik ose persistent me një ose më shumë tipa “me rrezik të lartë” (ose onkogjenik) të human papilloma virus (HPV).

Asambleja Botërore e Shëndetësisë në vitin 2013 e identifikoi kancerin cervical midis ndërhyrjeve prioritare, në planin e veprimit për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jo të komunikueshme në planet shëndetësore të vendeve.

Aftësia në rritje e mundësive dhe alternativave të teknologjive depistuese si inspeksioni pamor me acid acetic (VIA) dhe testimi për HPV, si dhe vaksinat e reja kundër human papilloma virus (HPV) mund të ndihmojnë të rritet ndjeshëm parandalimi i këtij kanceri³.

Situata e kancereve të traktit riprodhues në Shqipëri

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë mes femrave në Shqipëri. Të dhënat bazuar në shërbimet shëndetësore dhe të dhënat e vdekshmërisë dëshmojnë një rritje të qëndrueshme të këtij kanceri në Shqipëri gjatë viteve të fundit. Ky është një fenomen që vërehet edhe në shumicën e vendeve në zhvillim. Veç rritjes së moshës mesatare të popullsisë, kjo prirje shpjegohet edhe me faktorë të tjerë të lidhur me urbanizimin, si ndryshimi i sjelljes riprodhuese dhe ushqyerja¹².

Kanceri i qafës së mitrës mbetet kanceri i dytë më i shpeshtë të femrat e reja të moshës riprodhuese (15-44 vjeç) dhe në mënyrë të tërthortë mund të demonstron një rritje e rrezikut për prekjen nga ky kancer si pasojë e prirjeve në rritje për t'u ekspozuar ndaj shkaktarit të tij, virusit të papilomës humane (HPV).

Incidenca e standardizuar sipas moshës (45/100.000) për kancerin e gjirit është më ulët se në vendet mesdhetare të Bashkimit Europian, por mjaft më e lartë se vendet e Mesdheut Lindor (të tilla si Turqia, Egjipti apo Tunizia). Kjo incidencë për kancerin e qafës së mitrës (7/100.000) është e ngjashme me vendet e Bashkimit Europian dhe sërish më e lartë se vendet e Mesdheut Lindor¹³.

Raporti vdekshmëri/incidencë që pasqyron kapacitetet për kapje të hershme dhe trajtim për kancerin e gjirit, vlerësohet të jetë 0.35 për kancerin e gjirit dhe 0.4 për kancerin e qafës së mitrës. Këta tregues, megjithëse në shumë raste më të lartë se vendet e Mesdheut Lindor, janë më të ulët se në vendet mesdhetare të BE-së (përkatësisht 0.19 dhe 0.25)⁵.

Diametri i kancerit të gjirit në momentin e diagnozës është një tregues i rëndësishëm i lidhur me kapjen herët të këtij kanceri. Megjithëse ende në vendin tonë ky kancer kapet shpesh në stadi të avancuar, analiza e të dhënave për periudhën 2006-2013 dëshmon se ndërsa proporcioni i kancerit të kapur me diametër deri 2 cm ka mbetur i njëjtë, është pakësuar në minimum (nga 14% në vitet 2006-2010 në 3% në vitet 2011-2013) proporcioni i kancerit të gjirit të identifikuar në diametër mbi 5 cm.

Treguesit epidemiologjik për kancerin e qafës së mitrës janë me të ulët sesa ato të kancerit të gjirit, por ka dy elemente që e bëjnë kancerin e qafës së mitrës një prioritet: a) moshja e re e shfaqjes së sëmundjes krahasuar me kanceret e tjerë, dhe humbjet shumë të mëdha në terma të viteve të humbura të jetës, dhe b) kosto-efektiviteti i kapjes së hershme (depistimit) është shumë i favorshëm - më i favorshmi mes gjithë kancereve.

Evidencat shkencore për kancerin e qafës së mitrës dëshmojnë efektivitetin më të lartë mes gjithë programeve të njohura të depistimit në uljen e vdekshmërisë. Mbulesa me shërbime depistimi mbi qafën e mitrës është indikator i vetëm nga programet e depistimit, i përfshirë në indikatorët bazë të kontrollit të sëmundjeve kronike të OBSH-së.

Një princip i përgjithshëm i prioritizimit mes dy depistimeve do të ishte: përfitimet nga programi i depistimit për kancerin e gjirit dhe nga ai i qafës së mitrës do të ishin të barabarta nëse vdekshmëria nga kanceri i gjirit do të ishte rreth 3 herë më e lartë se ajo nga kanceri i qafës së mitrës në të njëjtat grup-mosha. Situata në Shqipëri përputhet me këtë princip.

Shërbimet e kapjes, parandalimit dhe trajtimit të kancereve të traktit riprodhues

Përmirësimi i shërbimeve dhe ngritja e programeve të depistimit për kancerin e qafës së mitrës dhe kancerin e gjirit janë konsideruar prioritete në Programin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit, 2011-2020.

Megjithëse ende Shqipëria nuk ka programe të organizuara të depistimit si për kancerin e gjirit ashtu edhe për kancerin e qafës së mitrës, përpjekjet e kryera gjatë 5 viteve të fundit kanë sjellë disa përparime lidhur me kapacitetet në nivele të ndryshme të sistemit shëndetësor.

Diagnoza dhe trajtimi i kancerit ofrohen në princip pa pagesë, por shumica e shërbimeve (përfshi, leximin e mamografive, PAP-testin, kolposkopinë dhe biopsinë) janë të përqendruara në Spitalet Universitare në Tiranë. Kështu, një vlerësim i kryer në vitin 2013 me mbështetjen e UNFPA-së në sistemin shëndetësor lidhur me kancerin e qafës së mitrës, dëshmoi se kapacitetet depistuese dhe diagnostikuese rezultuan të munguara në shumicën dërmuese të rajoneve të vendit dhe të mangëta në nivel vendi¹⁴.

Edhe pse gjatë 5 viteve të fundit janë bërë përpjekje për të forcuar kapacitetet e menaxhimit multidisiplinar të rasteve me kancer gjiri, nevojat mbeten ende shumë të larta. Kështu, rreth 20 radiologë, teknikë mamografie, patologë, kirurgë, psikologë dhe infermierë janë trajnuar jashtë vendit.

Rritja e barrës së kancereve në sistemin shëndetësor, si edhe rritja e kapaciteteve demonstron në një analizë të vullmit të shërbimeve pranë shërbimit Onkologjik në QSUT. Kështu në vitin 2014 krahasuar me 2013 janë regjistruar 26.6% më shumë pacientë të shtruar, 42.8% më shumë konsulta ambulatorë, 7.3% më shumë pacientë të trajtuar me radioterapi, 22.1% më shumë ekzaminime biopsi dhe citologji, 7% më shumë ekzaminime radiologjike dhe endoskopike, 55% më shumë ekzaminime imuno-histokimike për pacientët e shtruar.

Depistimi oportunist i kancerit të qafës së mitrës që ekziston në Shqipëri, është i varur nga fushatat josistematike të informimit publik dhe në interesin sporadik të individëve. Ende nuk ka sisteme mbikqyrjeje apo të sigurimit të cilësisë në këtë fushë. Megjithatë, në nëntor të vitit 2014 është ofruar një kurs trajnimi i akredituar mbi teknikat e organizimit dhe menaxhimit të programeve të depistimit për 40 përfaqësues të strukturave të shëndetit publik nga të gjitha rrethet e vendit.

Çdo vit kryhen 5.000-10.000 PAP-teste (pa kontroll të cilësisë), ndërkohë që nevojat janë për disa herë më tepër. Leximi i PAP-testeve kryhet vetëm në Tiranë. Megjithëse leximi është i centralizuar, sërish numri i PAP-testeve është i ulët për të siguruar një nivel të pranueshëm të cilësisë profesionale⁶.

Kolposkopia (një ekzaminim relativisht i thjeshtë dhe i nevojshëm për diagnozën pas një Pap-testi primar pozitiv) kryhet pothuaj vetëm në Tiranë. Gjithashtu, edhe trajtimi i lezioneve cervikale prekanceroze (me LEEP-një procedurë e thjeshtë, e lirë dhe që mund të kryhet në kushte ambulatorë) kryhet vetëm në Tiranë. Në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, prej vitit 2012 ka filluar të aplikohet në masë të gjerë procedura e ekzaminimit klinik të gjirit si një teknikë e kapjes së hershme të kancerit të gjirit. Janë rritur kapacitetet në qendrat shëndetësore pas trajnimit të rreth 800 mjekëve dhe infermierëve.

Ndërkohë që bëhet pak ose aspak lidhur me depistimin e kancerit të qafës së mitrës. Personeli që punon në këto shërbime nuk është i trajnuar në këtë fushë.

Është pranuar përgjithësisht në takimet e specialistëve dhe në udhëzuesit klinik se, nga njëra anë duhen centralizuar në Tiranë shërbimet e diagnozës përfundimtare dhe të trajtimit përfundimtar të kancerit (me qëllim rritjen e standardeve të cilësisë), dhe nga ana tjetër duhen bërë përpjekje për të shpërndarë gjeografikisht shërbimet e ekzaminimeve të thjeshta si ekzaminimi klinik i gjirit për kancerin e gjirit, apo marrja e mostrave laboratorike vaginale për kancerin e qafës së mitrës, pranë qendrave të gruas apo në qendrat shëndetësore. Ndërkohë edhe shërbime të tilla si mamografia për kancerin e gjirit apo kolposkopia dhe trajtimi i lezioneve prekanceroze mund të ofrohen në nivel spitali rajonal, me qëllim aksesin e lehtë nga ana e grave.

Dy njësi të lëvizshme të mamografisë kanë filluar të ofrojnë shërbimet e tyre falas gjatë vitit 2015 për zonat ku nuk ka mamografi stacionare, duke përmirësuar aksesin (me rreth 4.000 ekzaminime në vit) për gratë e qyteteve të vogla dhe fshatrave në këtë shërbim të kapjes së hershme të kancerit të gjirit. Volumi i ekzaminimeve në mamografite stacionare në vend vijon të ngelet i ulët me rreth 2-4 ekzaminime në ditë, ndërkohë që si mundësitë ashtu edhe nevojat janë për shumë më tepër.

Njohuritë në popullatën e grave në moshë riprodhuese mbi kapjen e hershme të kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës kanë ardhur në rritje, ndërkohë që aktivitetet e informimit publik dhe ato të avokatisë përmes përfshirjes së gjithë aktorëve të rëndësishëm në proces janë duke u intensifikuar. Vlen të përmendet firmosja e “Deklaratës së Urtësisë” nga një numër i madh personash publik, përfshirë ministra dhe deputetë, kryesisht gra.

Në vitin 2014 u rishikua dhe aprovua paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor (VKM nr. 101, datë 4.2.2015) duke përfshirë tashmë edhe aktivitete të lidhura me kapjen e hershme të kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës. Është hartuar dhe miratuar udhëzuesi mbi depistimin dhe kapjen e hershme të kancerit të gjirit në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor Urdhër Ministri Nr. 284, datë 2.7.2015. Në vijim, sapo ka përfunduar përpilimi i udhëzuesve dhe protokolleve të kapjes së hershme të kancerit të qafës së mitrës, dhe është në proces miratimi i këtyre dokumenteve nga Ministria e Shëndetësisë. Është pranuar se testet e reja të depistimit, të bazuara në identifikimin e HPV-së, mund të fillojnë të përdoren masivisht edhe në Shqipëri.

Problematikat

- Për kanceret e traktit riprodhues janë reduktuar barrierat financiare, burokratike dhe gjeografike lidhur me aksesin në shërbimet e kapjes së hershme.
- Është mundësuar ofrimi falas i testeve apo ekzaminimeve të kapjes së hershme, ndërkohë që më shumë përpjekje nevojiten për menaxhimin e integruar të rasteve.
- Infomacioni për evidentimin e rasteve të vdekjeve nga kanceret e traktit riprodhues, nevojitet të plotësohet dhe standardizohet bazuar në ICD10 dhe në regjistrin kombëtar të kancerit. Fushatat sensibilizuese janë akoma jo të shënjestruara siç duhet.
- Nevojitet përmirësimi i aftësive të punonjësve të shëndetësisë në të gjithë zinxhirin e kujdesit, përfshirë parandalimin.
- Vijon mungesa e programeve të kontrollit të cilësisë së shërbimeve ekzistuese të depistimit dhe kapjes së hershme.

Referencat

1. GLOBOCAN 2012. Breast cancer
2. WHO | Breast cancer: prevention and control www.who.int/cancer/detection/.../index2.html
3. WHO. Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice - Second **Publication date:** December 2014, **ISBN:** 978 92 4 154895
4. Kanceri i gjirit. Kapja e hershme dhe ndjekja e gruas pas diagnozës. 2013. A. Ylli K. Filipi, J. Lakrori ISBN 978-9928-4195-8-3
5. The EUROMED CANCER network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries. Giordano L, Bisanti L, Salamina G, Ancelle Park R, Sancho-Garnier H, Espinas J, Berling C, Rennert G, Castagno R, Dotti M, Jaramillo L, Segnan N; Euromed Cancer working group (Members listed at the end of the paper). Eur J Public Health. 2016 Feb;26(1):83-9. doi: 10.1093/eurpub/ckv107. Epub 2015 Jun 13
6. Raport mbi vlerësimin e kapaciteteve të shërbimeve të anatomisë patologjike dhe gjinekologjisë me qëllim depistimin e kancerit të qafës së mitrës në spitalet rajonale në 12 qarqet e Shqipërisë, nëntor 2013

1.6. Dhuna ndaj grave dhe fëmijëve

Dhuna ndaj grave dhe fëmijëve në botë

Në nivel botëror, dhuna vazhdon të jetë një nga shkaqet kryesore të vdekjeve për grup-moshat 15-44 vjeç. Fëmijët dhe gratë konsiderohen si grupet me rrezik më të madh për t'u dhunuar, si brenda familjes ashtu edhe në mjedise të tjera. Shifrat aktuale të ofruara nga OBSH-ja tregojnë se 1 në 3 (35%) gra në botë kanë provuar një lloj dhune fizike dhe/ose seksuale nga partneri intim, apo nga një partner joseksual gjatë jetës së tyre. Në gjithë botën pothuajse 1/3 (30%) e grave që kanë patur një marrëdhënie intime raportojnë se kanë provuar një formë të dhunës fizike dhe/ose seksuale nga partneri i tyre intim¹⁵.

Faktorët e shoqëruar me rrezik të rritur të ushtrimit të dhunës përfshijnë arsimimin e ulët, keqtrajtimin e fëmijës ose ekspozimin ndaj dhunës në familje, përdorimin e alkoolit, qëndrimet që e pranojnë dhe i nënshtrohen dhunës dhe pabarazisë gjinore¹.

Pasojat e dhunës ndaj gruas mund të çojnë në pasoja të rënda shëndetësore si dëmtime, trauma (42% e grave që kanë provuar dhunë nga partneri intim raportojnë një dëmtim si pasojë e dhunës) shtatzëni të padëshiruara, aborte, lindje me peshë të ulët, lindje preterm, IST, HIV dhe AIDS. Gjithashtu, format e dhunës çojnë në depresion, çrregullime të stresit, gjumit, të të ngrënit, dhimbje koke, barku, çrregullime gastrointestinale, etj. dhe deri në vetëvrasje¹.

Fëmijët që rriten në familje ku ka dhunë mund të kenë një sërë problemesh të sjelljes dhe emocionale si dhe probleme të rritjes. Dhuna nga partneri intim shoqërohet edhe me rritje të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë foshnjore dhe fëmimore (p.sh. kequshqyerja, sëmundje diarreike, etj.)¹.

Sipas evidencave të OBSH-së për vitin 2014, një e katërta e të gjithë të rriturve raportuan se ishin abuzuar kur ishin fëmijë, 1 në 5 gra dhe 1 në 13 burra raportuan se ishin abuzuar seksualisht kur ishin fëmijë¹⁶. Pasojat e keqtrajtimin të fëmijës përfshijnë shëndetin fizik dhe mendor gjatë gjithë jetës, dhe ngadalësojnë zhvillimin ekonomik dhe social të vendit. Parandalimi i keqtrajtimin të fëmijës kërkon një qasje multisektoriale. Programet efektive të parandalimit mbështesin prindërit dhe mësojnë aftësitë e prindërimit pozitiv.

Dhuna ndaj grave dhe fëmijëve në Shqipëri

Në Shqipëri, dhuna ndaj fëmijëve dhe grave konsiderohet si një çështje prioritare për t'u adresuar. Gjetjet e disa studimeve në Shqipëri kanë treguar një prevalencë të lartë të keqtrajtimin të fëmijëve. Studimi i ACE-së¹⁷, tregoi se format më të shpeshta të abuzimit gjatë fëmijërisë ishin ato fizike (40%), psikologjike (50%), seksuale (6%), dhe të qenurit dëshmitarë të keqtrajtimin të nënës (rreth 30%), duke paraqitur nivelin më të lartë të keqtrajtimin në këtë popullsi krahasuar me 9 vendet e tjera që kanë kryer studimin ACE. Nivele edhe më të larta të abuzimit të fëmijëve paraqiten në studimin BECAN në Shqipëri (Studim Epidemiologjik Ballkanik mbi Abuzimin dhe Neglizhencën e Fëmijëve)¹⁸.

Prevalenca e abuzimit fizik ishte 59%, prevalenca e abuzimit psikologjik ishte edhe më e lartë - 69%, ndërsa prevalenca e ngacmimit seksual dhe abuzimit seksual ishte 11% dhe 4.9% respektivisht. Nga ana tjetër, raportimi i neglizhimit ishte 26%.

Sipas rezultateve të marra nga studimet në lidhje me qëndrimet ndaj disiplinimit të fëmijëve, është gjetur se 28.6% e pjesëmarrësve mendonin se fëmijët duhet të qëllohen për gabimet që ata bëjnë, ndërsa 7.7% e tyre u shprehën se ata i godasin fëmijët e tyre me rrip ose objekte të rënda¹⁹.

Një tjetër studim i kryer nga Terre des hommes (2015)²⁰ për dhunën seksuale te fëmijët brenda rrethit të besimit, vuri në dukje nevojën e ndërjegjësimin të fëmijëve dhe mbarë komunitetit për këtë dukuri. Nga ana tjetër, studimi theksoi nevojën për përmirësime të mëtejshme të sistemit të mbrojtjes së fëmijëve nga abuzimi seksual.

Sipas studimit të kryer nga INSTAT (2013)²¹ për dhunën ndaj grave, në të cilin janë intervistuar gra të moshës 18-55 vjeç, 58.2% e tyre raportuan se kishin përjetuar "ever - një herë" dhunë psikologjike gjatë martesës/lidhjes së tyre, 23.7% dhunë fizike dhe 7.9% dhunë seksuale. Nga ana tjetër, aktualisht (gjatë 12 muajve të fundit), 52.8% e tyre përjetonin dhunë psikologjike, 14.7% dhunë fizike dhe 5% dhunë seksuale.

Shërbimet shëndetësore që ofrojnë këshillim, parandalim e trajtim për dhunën

Në zbatim të *Ligjit Nr 9669, datë 18.12.2006 "Për Dhunën në Familje"* neni 7, çdo qendër shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor, shërbimet e urgjencave të spitaleve dhe maternitetet e spitaleve të rretheve duhet të:

- Depistojnë dhe këshillojnë për dhunë dhe abuzim; ofrojnë në çdo kohë ndihmë mjekësore dhe psikologjike për viktimat e dhunës në familje; bëjnë në çdo kohë ekzaminimet e nevojshme.
- Evidentojnë rastet e dhunës në familje në dokumentacionin përkatës mjekësor të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë.
- Pajisin viktimën me raportin mjekësor përkatës, si dhe ta referojnë dhe orientojnë atë pranë shërbimeve të tjera të mbështetjes dhe mbrojtjes nga dhuna në familje.

Në kuadër të legjislacionit mbi dhunën në familje/dhunën ndaj fëmijës, Ministria e Shëndetësisë zbaton disa urdhra Ministri dhe vendime si më poshtë:

- *Urdhër Nr. 13 Datë 23.1.2008 i Ministrit të Shëndetësisë për "Pajisjen e personave të dhunuar në marrëdhëniet familjare me raportin përkatës"* .
- *Urdhër Nr. 14 datë 23.1.2008 i Ministrit të Shëndetësisë për "Evidentimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare, në regjistrin dhe kartelën individuale për viktimat e dhunës"*.
- *Urdhër Nr.15 datë 24.1.2008 i Ministrit të Shëndetësisë për "Trajtimin mjekësor në institucionet shëndetësore publike të personave të dhunuar në marrëdhëniet familjare"*.
- *Urdhër Nr.410 datë 12.7.2010 i Ministrit të Shëndetësisë për "Riorganizimin e shërbimit shëndetësor dhe psiko-social për personat e dhunuar në marrëdhëniet familjare, të paraqitur në institucionet shëndetësore"* urdhëron personelin shëndetësor të ofrojë në çdo kohë ndihmë mjekësore dhe psiko-sociale për personat e dhunuar, të zbatojnë protokollin e miratuar nga Ministria e Shëndetësisë për parandalimin, trajtimin dhe referimin e të gjitha rasteve të dhunës të paraqitura në institucionet shëndetësore.
- Në zbatim të të gjitha këtyre akteve ligjore, personeli shëndetësor ofron kujdes shëndetësor të veçantë parandalues dhe trajtim për personat e dhunuar, dhe në veçanti për gratë dhe fëmijët.

Çështjet e dhunës ndaj gruas dhe fëmijës janë pjesë e *Paketës Bazë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor* e cila ofrohet nga shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor në fshat dhe qytet. Gjithashtu janë pjesë e integruar e shërbimeve të shëndetit riprodhues që ofrohen në këtë paketë, që u rishikua dhe u miratua me *VKM nr. 101, datë 4.2.2015*.

Për përmirësimin e kapaciteteve të punonjësve të kujdesit shëndetësor dhe personelit mbështetës që punon në shërbimet e kujdesit shëndetësor lidhur me parandalimin dhe trajtimin e dhunës në familje, dhunës ndaj fëmijës, dallimet gjinore dhe mosdiskriminimin, deri në shkurt 2014 janë trajnuar 4.400 punonjës të shëndetësisë.

Në vitin 2011 u përfundua *Udhërrëfytyesi për parandalimin e dhunës me bazë gjinore*. Ky është një protokoll i unifikuar për kapjen, parandalimin, trajtimin dhe referimin e viktimave të dhunës me bazë gjinore nga personeli i kujdesit shëndetësor. Një kapitull i këtij udhërrëfytyesi trajton çështjet e kapjes, parandalimit dhe trajtimit të dhunës ndaj fëmijës. Udhërrëfytyesi zbatohet nga i gjithë sistemi shëndetësor në trajtimin e dhunës në shërbimet që ofrojnë.

Në vitin 2011, në kuadrin e riorganizimit të shërbimit shëndetësor në shkolla, u përfundua dhe paketa e trajnimit për personelin shëndetësor në shkolla e cila përmbante edhe modulën lidhur me kapjen, parandalimin dhe trajtimin e dhunës ndaj fëmijës.

Pas miratimit të Vendimit nr. 327, datë 25.5.2014 të Këshillit të Ministrave për *"Përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat, që mundëson standardizimin e informacionit shëndetësor i cili do të raportohet nga të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor, publik dhe privat, që ushtrojnë veprimtarinë në Republikën e Shqipërisë"*. Një pjesë e informacionit shëndetësor që u përfshi në këtë VKM është edhe informacioni mbi rastet e dhunës që duhet të raportohen nga institucionet tona shëndetësore pika 2.31.

Në të gjitha Drejtoritë e Shëndetit Publik të rretheve janë rivendosur persona përgjegjës për dhunën dhe barazinë gjinore. Duke filluar nga viti 2012 është vendosur edhe raportimi nga Drejtoritë e Shëndetit Publik të rretheve lidhur me rastet e dhunës të paraqitura në shërbimet shëndetësore.

Në të gjitha rrethet është rivendosur sistemi i raportimit të rasteve të dhunës nga DSHP-të e rretheve, për vitin 2013 janë raportuar 440 raste dhune të trajtuara nga personeli shëndetësor dhe për periudhën janar-shtator 2014 janë 198 raste të raportuara. Ndërsa për vitin 2015 shikohet një rënie e ndjeshme e raportimit të rasteve të dhunës me rreth 36 raste, të cilat janë raste që u paraqitën vetë si viktimë të dhunës dhe jo të depistuar apo kapura nga personeli shëndetësor.

Problematikat lidhur me dhunën

- Megjithëse ekziston baza ligjore që e detyron personelin shëndetësor që të këshillojë, depistojë dhe raportojë dhunën, numri i rasteve të raportimit nga personeli shëndetësor ka ardhur duke u ulur.
- Personeli kryesisht trajton vetëm rastet kur viktimë paraqitet me dëshirën e saj dhe kërkon ndihmë shëndetësore.
- Çështjet e dhunës seksuale nuk trajtohen nga personeli i KSHP-së, sepse ato janë në kompetenca të mjekut ligjor që ka varësi nga Ministria e Drejtësisë.
- Aktualisht ky sistem nuk ofron udhëzime të qarta për menaxhimin e rasteve të fëmijëve të dhunuar.
- Personeli i qendrës shëndetësore dhe i kujdesit spitalor nuk ka udhëzime, protokolle, rregullore të shkruara që të asistojnë në identifikimin dhe klasifikimin e çështjeve për mbrojtjen e fëmijës nga keqtrajtimi, dhuna, abuzimi dhe neglizhenca.
- Nuk ka një koordinim të mirëvendosur midis institucioneve që trajtojnë çështjet e dhunës ndaj fëmijëve dhe grave.
- Ka nevojë për kualifikime shpesh të personelit shëndetësor për identifikimin, kapjen e hershme dhe trajtimin e personave të dhunuar.
- Sistemi i informacionit shëndetësor kombëtar që përfshin regjistrimin, dokumentimin, mbledhjen dhe përpunimin e të dhënave mbi rastet e dhunës, nuk është i plotë.
- Mungojnë programe specifike të edukimit dhe promovimit shëndetësor për rritjen e ndërgjegjësimit të komunitetit për të sfiduar tabutë, për të denoncuar dhunën në familje tek organet e policisë dhe strukturat e kujdesit shëndetësor dhe social.

Referencat

1. WHO: Violence against Women, intimate partner and sexual violence against women, Fact sheet N°239, Updated January 2016
2. WHO: Child maltreatment, Fact sheet N°150, Updated December 2014
3. Qirjako G., Burazeri G., Sethi D., Miho V. Prevalenca e Përvojave Negative gjatë Fëmijërisë së të Rinjve Shqiptar. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH); 2012.
4. Hazizaj A, Çoku B, Cenka E, Haxhiymeri E. Case-based surveillance study (CBSS) on violence against children in Albania. Tirana: Children's Human Rights Centre of Albania (CRCA); 2013
5. Luarasi I, Fuga A, Pilika A, Gadeshi E. [Study about victims of domestic violence and sexual assault in Albania.] Tirana: Eldora; 2013
6. Burazeri G., Qirjako G., Tahsini I. Child sexual abuse in the circle of trust. Terre des Hommes, 2015
7. N. Haarr R. Domestic Violence in Albania National population-based Survey. National Institute of Statistics of Albania (INSTAT); 2013

1.7. Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme, HIV dhe AIDS

Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme (IST) janë ndër shkaktarët kryesorë të semundjeve akute apo kronike me rrjedhje infertilitetin, paaftësinë afatgjatë dhe vdekjen në femrat e moshës riprodhuese.

IST-të në botë

Çdo vit ka rreth 357 milionë infeksione të reja me 1 prej 4 llojeve të IST-ve: chlamydia, gonorrhoea, syphilis dhe trichomoniasis. Pjesa më e madhe e rasteve të IST-ve nuk ka simptoma ose ka vetëm simptoma të lehta dhe mund të mos dallohet si IST. Shenjat më të shpeshta të IST-ve përfshijnë: sekrecionet vaginale te femra, sekrecionet uretrale ose djegiet te burrat, ulcera genitale dhe dhimbje barku. Në disa raste IST-të mund të kenë pasoja të rënda të shëndetit riprodhues përtej impaktit të menjëhershëm që kanë (p.sh. infertiliteti, transmetimi nënë-fëmijë). Rezistenca ndaj barnave, veçanërisht për gonorrenë, është një kërcënim madhor në përpjekjet globale për të pakësuar impaktin e IST-ve në botë.

OBSH-ja ka zhvilluar norma dhe standarde globale për parandalimin dhe trajtimin e IST-ve, forcimin e sistemeve të survejancës dhe monitorimit, dhe drejton kërkimet globale për IST. OBSH-ja rekomandon që çdo vend:

- **Të përshkallëzojë shërbimet efektive të IST-ve, duke përfshirë:** menaxhimin dhe këshillimin e rastit të IST-së; testimin për sifiliz dhe trajtim, në veçanti te gratë shtatzënë; vaksinimin për hepatit B dhe HPV.
- **Të promovojë strategji që forcojnë impaktin e parandalimit të IST-ve, duke përfshirë:** integrimin e shërbimeve të IST-ve në sistemet ekzistuese shëndetësore; promovimin e shëndetit seksual; vlerësimin e barrës së IST-ve; monitorimin dhe përgjigjen ndaj rezistencës mikrobike.
- **Të mbështesë dhe zhvillojë teknologjitë e reja për parandalimin e IST-ve.**

Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme në Shqipëri

Bazuar në të dhënat e Survejancës Sindromike të vendosur me mbështetjen e UNFPA-së, për periudhën 2010-2014 raportohet një rritje e numrit të IST-ve që varion nga 12 - 40%¹.

Kjo survejancë përfshin raportimin e sindromave kryesore të lidhura me infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe raportohet kryesisht për femrat. Ndërsa në lidhje me meshkujt, ka mangësi dhe nënraportim, pavarësisht se burimi i informacionit përfshin shërbimet e Obstetrik-Gjinekologjisë, Urologjisë, Infektivit dhe Dermatologjisë.

Sipas survejancës laboratorike, konstatohet se shkaktari më i shpeshtë është *Gardnerella Vaginalis* (14.52% të rasteve) e ndjekur nga *Ureaplasma Urealyticum* (8.51% të rasteve), *Trichomonas Vaginalis* (4.15%), *Herpes Simplex* (1.07%) etj. Gjithsesi, këto të dhëna nuk tregojnë qartë shkaktarët kryesor, për shkak se kapacitetet diagnostikuese për *Chlamydia Trachomatis* dhe *Neisseria Gonorrhoea* janë tepër të ulëta¹. Studime të veçanta në femrat e moshës riprodhuese lidhur me këta shkaktarë të veçantë siç janë *Chlamydia trachomatis* kanë treuar një prevalencë prej 7.5%. Ndërsa në studimin për *Neisseria gonorrhoea* dhe *Chlamydia trachomatis* te studentet femra, prevalenca ishte respektivisht 7.1% dhe 3.3%¹.

Sifilizi

Pas një periudhë të gjatë të zhdukjes së sifilizit në Shqipëri, ai u rishfaq në fillim të viteve 90. Më pas numri i rasteve ka ardhur duke u rritur, duke arritur kulmin në vitin 2014 kur shifra arriti në 124 raste ose e shprehur në formë incidence, ishte 3.04 për 100.000 banorë. Kjo shifër tregon një rritje dramatike të kësaj sëmundjeje po të krahasohet me incidencën 0.85 për 100.000 banorë në vitin 2010. Për sa i përket shpërndarjes së rasteve me sifiliz sipas gjinisë, 72% e tyre janë meshkuj dhe 28% janë femra. Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar tek fëmija është shfaqur për herë të parë në vitin 2013, me dy rastet e para me sifiliz kongenital te dy bebe të porsalindura nga nëna me sifiliz¹. Sipas grup-moshave, sifilizi haset në 2% të rasteve në grup-moshën 0-14 vjeç, në 9% të rasteve në grup-moshën 15-24 vjeç, në 68% të rasteve në grup-moshën 25-49 vjeç dhe në 14% të rasteve në moshën mbi 50 vjeç¹.

Hepatiti viral B dhe C

Shqipëria mbetet ende një vend me prevalencë të ndërmjetme deri në të lartë të hepatitit viral B (HBV) në popullatën e përgjithshme, pavarësisht uljeve që kanë ndodhur vitet e fundit. Kjo prevalencë llogaritet të jetë 7-9%, ndërsa prevalenca e hepatitit C (HCV) është në shifrat 1-1.5%². Grup-mosha më e prekur rezulton të jetë ajo 25-44 vjeç për të dy tipat e Hepatitit, ndërkohë që konstatohet që po shkojnë drejt zeros rastet me hepatit në grup-moshën 0-18 vjeç, fakt ky që i detyrohet mbulesës së lartë vaksinale në vend ndaj HBV-së (>

95%) dhe programeve shtesë të vaksinimit për këtë grup-moshë^{1,3}.

Meshkujt janë më të prekur se femrat për të dy tipat e hepatiteve virale B dhe C. Kështu për periudhën 5 vjeçare, 2010-2014 janë raportuar 676 raste me HBV, nga të cilat 231 (34.2%) janë femra dhe 445 (65.8%) janë meshkuj, dhe për HCV-në janë raportuar 203 raste, nga të cilat 128 (63%) janë meshkuj dhe 75 ose 37% janë femra¹.

Rrethet me incidencën më të lartë janë Berati, Durrësi, Shkodra, Tirana, Vlora, rrethe këto që kanë edhe popullsinë më të madhe. Pjesa më e madhe e rasteve jetojnë në zonat urbane krahasuar me ato rurale. Grupet më të rrezikuara janë personat që kanë kontakt me personat e prekur me këto sëmundje, personeli shëndetësor, personat që marrin transfuzione të shumta të gjakut, përdoruesit e drogave, MSM, gratë shtatzënë, popullata rome^{1,4,5}.

Sistemi i survejancës bazuar në rastin është vendosur fillimisht vetëm në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në vitin 2003 dhe më pas në Spitalin e Durrësit. Në vitin 2010 ky sistem është vendosur në të gjithë vendin bazuar edhe në rritjen e kapaciteteve diagnostike laboratorike.

Në vendin tonë testimi për hepatitin B dhe C mund të kryhet në çdo laborator mikrobiologjik/imunologjik në sektorin publik, siç janë laboratorët mikrobiologjike pranë Drejtorive të Shëndetit Publik në rrethe, spitale, qendra të këshillimit e testimit vullnetar për HIV dhe IST, si dhe në laboratore apo klinika private. Çdo person që rezulton pozitiv, edhe nëse s’ka shenja klinike, udhëzohet të ndiqet nga mjeku specialist përkatës, i cili sugjeron kryerjen e testeve të mëtejshme. Por përsëri ka mangësi në ofrimin e testimit dhe ndjekjes së rastit në të gjithë vendin, pavarësisht zgjerimit të listës së barnave të rimbursueshme me barna për trajtimin e hepatitit kronik, miratimit të protokolleve përkatëse dhe zgjerimit të shërbimeve.

“Udhëzuesi për testimin e gruas shtatzënë për disa agjentë infektiv: HIV, Sifiliz, Hepatit B dhe Rubeola”, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë me Urdhër nr. 305, datë 15.7.2015 i krijon mundësinë çdo gruaje shtatzënë të mund të depistohet falas në të gjithë vendin për HBV, HIV, Sifiliz dhe Rubeolë. Ky hap duhet të çojë në parandalimin efikas të transmetimit të këtyre sëmundjeve nga nëna tek fëmija.

Programi i vaksinimit ndaj Hepatitit B i futur në vendin tonë në vitin 1993, dhe më pas i përforcuar në vitin 2000 për fëmijët e porsalindur në 24 orët e para të jetës, vazhdon të ruajë një mbulesë të lartë mbi 95%. Programi i vaksinimit të adoleshentëve në vitet e mëtejshme ka bërë që prevalenca e sëmundjes të jetë drejt zeros në moshën 0-18 vjeç³.

Gjatë viteve të fundit janë ofruar edhe programe vaksinimi për punonjësit e shëndetësisë, studentët e Fakultetit të Mjekësisë dhe grupe të tjera si përdoruesit e drogave, personat të cilët kryejnë dializë apo transplante, si dhe transfuzione të përsëritura të gjakut.

Aktualisht po punohet për përfundimin e planit strategjik të veprimit për kontrollin e hepatitit viral B dhe C, i cili përfshin aspekte të parandalimit, kontrollit dhe diagnozës së hershme dhe trajtimit.

HIV dhe AIDS

HIV dhe AIDS vazhdon të mbetet një nga sfidat e rëndësishme të shëndetit publik. Sipas të dhënave të ISHP-së, deri në nëntor 2015 janë regjistruar 870 raste të raportuara me HIV dhe AIDS në Shqipëri. Të dhënat ekzistuese dëshmojnë se në Shqipëri nuk ka epidemi të gjeneralizuar apo të përqendruar të infeksionit HIV. Bazuar në të dhënat aktuale, Shqipëria vijon të mbetet një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV. Nga përlllogaritjet rezulton se prevalenca e HIV-it në vendin tonë është 0.03 % dhe incidenca është 0.003%. Ndonëse prevalenca e infeksionit HIV është e ulët, vihet re një tendencë në rritje e numrit të rasteve të reja në vitet e fundit. Numri i personave që kanë rezultuar HIV pozitiv për vitin 2015 (nëntor 2015) është 87 persona, ku midis tyre raportohet edhe një fëmijë, ndërsa numri total i fëmijëve të infektuar shkon në 40. Në Shqipëri, rreth 50% e rasteve janë diagnostikuar në stadin AIDS⁶.

Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me ISHP-në dhe UNFPA-në po ndërton Programin e Parandalimit të Transmetimit të HIV-it nga Nëna tek Fëmija. Si hap i parë i këtij programi u hartua *“Udhëzuesi për testimin e gruas shtatzënë për disa agjentë infektiv: HIV, Sifiliz, Hepatit B dhe Rubeola”, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë me Urdhër nr. 305, datë 15.7.2015, dhe është pjesë e paketës së kujdesit shëndetësor për mjekun e familjes të rishikuar dhe miratuar në vitin 2015.*

Kujdesi dhe mbështetja ndaj personave që jetojnë me HIV dhe AIDS

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV dhe AIDS ofrohet vetëm në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, kryesisht në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive dhe Shërbimin e Pediatriisë, si dy shërbime ku ofrohet kujdes i drejtpërdrejtë, si dhe në shërbime të tjera ndihmëse, si ai i Imazherisë, Shërbimit të Laboratorëve Klinik dhe Shërbimit të Mikrobiologjisë, Shërbimit të Imunologjisë dhe të Farmacisë.

Preparatet antiretrovirale të linjës së parë të mjekimit sigurohen falas nga një fond i posaçëm i Ministrisë së Shëndetësisë dhe prokurohen përmes UNICEF-it. UNICEF është përgjegjës për prokurimin e gjithë sasisë së barnave ARV, mbështetur në listë-kërkesat e përpiluara nga QSUT-ja çdo vit.

Që prej vitit 2008, projekti i Fondit Global ka siguruar blerjen e preparateve ARV të linjës së dytë. Mjekimi me ARV u ofrohet falas personave që jetojnë me HIV dhe AIDS në Shqipëri që prej vitit 2004, dhe deri në nëntor 2015, numri i personave të trajtuar me këtë terapi është 408 (392 të rritur dhe 16 fëmijë).

Këshillimi dhe Testimi Vullnetar dhe Konfidencial

Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar për HIV janë shërbime që ofrohen për të gjithë personat që duan të njohin statusin e tyre për HIV, shoqëruar me një këshillim profesional për të ndihmuar klientët të përshtaten me rezultatin e testimit. Aktualisht, në të gjithë vendin funksionojnë 14 qendra të testimit dhe këshillimit vullnetar për HIV. Me gjithë përpjekjet për rritjen e numrit të testeve vullnetare, ende niveli i tyre mbetet mjaft i ulët dhe kërkon mbështetjen e këtyre qendrave, si dhe ndërtimin e qendrave të tjera në çdo rreth të vendit apo pranë shërbimeve të tjera shëndetësore për të përmirësuar aksesin ndaj testimit.

Ndryshimet e epidemisë së HIV dhe AIDS në vendin tonë çuan në një seri ndërhyrjesh:

1. Rishikimi i Ligjit Nr.9952, datë 14.7.2008 për “Parandalimin dhe kontrollin e HIV dhe AIDS”, i ndryshuar, dhe përgatitja e udhëzuesve përkatës të parandalimit në institucione të mbyllura, arsimore dhe ato të kujdesit shëndetësor”.
2. Aprovimi i strategjisë për “Parandalimin dhe kontrollin e HIV dhe AIDS në Shqipëri 2015-2019” së bashku me planin e veprimit të buxhetuar.
3. Fuqizimi i Qendrave të Këshillimit dhe Testimit Vullnetar në të gjitha prefekturat e vendit (2008 e në vazhdim) duke mundësuar më shumë akses për testim dhe këshillim për HIV, hepatit dhe IST të tjera.
4. Kryerja e studimeve biologjike dhe të sjelljes në grupe të ndryshme të rrezikut si PDI, MSM etj.
5. Hartimi dhe miratimi i udhëzuesit kombëtar për parandalimin e agjentëve infektiv HIV, Hepatit, Sifiliz dhe Rubeola te gratë shtatzënë .
6. Krahas testimit vullnetar po punohet edhe në drejtim të rritjes së testimit të iniciuar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor.
7. Bashkëpunimi më i mirë me strukturat e shërbimit social, shoqërinë civile, strukturat arsimore dhe ato të pushtetit lokal në lidhje me fëmijët që jetojnë me HIV.

Problemet lidhur me IST-të, HIV dhe AIDS në Shqipëri

- Mungesa e një përqasjeje të integruar e IST-ve, HIV dhe AIDS me shërbimet e shëndetit riprodhues.
- Numri i ulët i testeve vullnetare dhe të rekomanduara nga shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor.
- Përdorimi i ulët i prezervativit.
- Informacioni i cunguar i shëndetit riprodhues dhe seksual në të gjitha hallkat e edukimit
- Stigma për HIV dhe AIDS pengon testimin vullnetar, dhe në veçanti fëmijët me HIV dhe AIDS stigmatizohen në institucionet e kujdesit dhe ato arsimore.

Referencat

1. Sistemi Madhor Bazuar në Sëmundje (14-Sh) sistemi iurvejancës së sëmundjeve infektive, ISHP
2. Epidemiology of hepatitis B virus infection in Albania. Resuli B, Prifti S, Kraja B, Nurka T, Basho M, Sadiku E. World J Gastroenterol. 2009 Feb 21;15(7):849-52
3. Programi Kombëtar i Imunizimit, ISHP
4. Hepatitis B virus infection in health care workers in Albania: a country still highly endemic for HBV infection. Kondili LA, Ulqinaku D, Hajdini M, Basho M, Chionne P, Madonna E, Taliani G, Candido A, Dentico P, Bino S, Rapicetta M. Infection. 2007 Apr;35(2):94-7
5. Albania BioBSS report, 2005, 2008, 2011
6. Raporti i Programit Kombëtar të HIV/AIDS, 1 dhjetor 2015

1.8. Infertiliteti

Infertiliteti është paaftësia e arritjes së një shtatzënie klinike pas kryerjes së marrëdhënieve seksuale të rregullta, të pambrojtura në një çift seksualisht aktiv për më shumë se 12 muaj (kur nuk ka arsye të tjera si ushqyerja me gji ose amenorrhea pas lindjes).

Trajtimi i infertilitetit është i gjatë, i kushtueshëm dhe arritja e rezultateve kërkon kohë dhe aftësi profesionale. Kërkesa për shërbime që trajtojnë infertilitetin është në rritje për shkak të rritjes së incidencës së infertilitetit primar dhe sekondar në popullatë. Infertiliteti bashkëshortor shkakton shumë pasoja psikologjike dhe sociale, dhe megjithëse nuk ndikon drejtpërdrejt në shëndetin fizik të individit, impakti në shoqëri është i gjerë.

Prevalenca e infertilitetit bashkëshortor

Vihet re rritje e prevalencës së infertilitetit primar dhe sekondar, jo vetëm në vendin tonë por dhe në nivel global. Kjo prevalencë vjen në rritje dhe mendohet se do të vazhdojë të ketë një trend të tillë rritjeje për shkak të shtimit të faktorëve që veprojnë mbi të. Infertiliteti është i lidhur edhe me faktorë të stilit të jetesës si pësja trupore, duhanpirja dhe stresi.

Në Shqipëri, për shkak të mungesës së një database të sëmundshmërisë, kemi vështirësi për përcaktimin e qartë të prevalencës së infertilitetit. Duke studiuar vendet e rajonit, shohim që incidenca e infertilitetit primar është 2-5%, kurse e atij sekondar është 18%. Në vendet me zhvillim të ulët ekonomik-social, apo në ato raste kur faktorët etiologjik apo ato predispozues veprojnë në mënyrë të gjerë, incidenca e infertilitetit mund të shkojë deri në 25%.

OBSH-ja raporton 168 milionë çifte në periudhën e riprodhimit me probleme të infertilitetit primar dhe / ose sekondar, kryesisht në vendet në zhvillim³. OBSH-ja thekson se impakti psiko-social dhe socio-ekonomik i mospasjes së një fëmije është më i madh tek individët, çiftet dhe komunitetet, ku është më e vështirë diagnoza dhe trajtimi për shkaqe ekonomike.

Terapia konservative e trajtimit të infertilitetit bashkëshortor është një terapi e zgjatur dhe e kushtueshme. Njohja e protokolleve të përdorimit të medikamenteve, llojet e medikamenteve dhe doza e tyre nga personeli mjekësor është domosdoshmëri dhe nevojë urgjente, por shpeshherë kostoja është e papërballueshme nga të gjitha çiftet. Në botë, pas një periudhe aplikimi prej 30 vitesh të IVF-së dhe 15 vitesh të ICSI-së (injektimi intracitoplazmik i spermës), duhet të pranojmë që vetëm një pjesë e vogël e popullsisë botërore, ashtu edhe asaj në vendin tonë, përfiton nga teknologjitë e reja të riprodhimit. Kostoja e menaxhimit të infertilitetit përcaktohet nga përçindja e pacientëve që kërkojnë trajtim për infertilitet (në vend dhe jashtë), impakti i tij në popullatë dhe cilësia e trajtimit (kostoja totale e shoqërisë, shtatzënitë multiple, efektet anësore dhe shëndeti i fëmijës).

IST-të dhe infeksionet e traktit të riprodhimit janë një nga shkaqet kryesore të shkaktimit të infertilitetit bashkëshortor primar apo sekondar, prandaj lind nevoja e parandalimit dhe trajtimit të tyre.

Kryerja jo e sigurt e lindjeve apo e ndërprerjeve vullnetare të shtatzënisë për sa i përket kushteve të asepsisë, është një hallkë e rëndësishme problematike e infertilitetit bashkëshortor. Nuk kemi raste të raportuara të ndonjë rasti të tillë që është komplikuar me infertilitetin primar apo sekondar së fundmi, megjithatë nevojitet kontrolli i rreptë mbi këto procedura, rritje e nivelit të kontrollit apo investimeve mbi sterilitetin e instrumenteve dhe ambienteve ku kryhen këto procedura.

Problemet lidhur me infertilitetin

- Aktualisht mungojnë të dhënat dhe shërbimet e standardizuara për infertilitetin. Rekomandimet e OBSH-së theksojnë identifikimin e veçantë të nevojës për akses universal të trajtimeve që mjekojnë infertilitetin në vendet në zhvillim, si dhe rëndësinë e një baze të dhënash të rasteve mjekësore të çifteve të trajtuara në mënyrë konservative, apo me anë të teknikave të riprodhimit të asistuar për mjekimin e infertilitetit.
- Mungojnë ndërhyrje parandaluese lidhur me infertilitetin. Infertiliteti bashkëshortor është një bashkim sëmundjesh dhe si i tillë mjekimi është i kushtueshëm, prandaj lind nevoja e vendosjes së theksit

mbi parandalimin. Parandalimi është çelësi i suksesit, si në të gjitha sëmundjet mjekësore, edhe në rastin e infertilitetit bashkëshortor. Këshillimi i adoleshentëve, njohja me problemet e infertilitetit në moshë të hershme, njohja e të rinjve me traktin e tyre genital-riprodhues, IST-të, mbrojtja dhe edukimi, janë një hap i rëndësishëm për parandalimin e infertilitetit. Edukimi i çifteve për të njohur infertilitetin primar dhe sekondar, drejtimi i tyre drejt mjekut, heqja e frikës për diagnozën apo stigmën, janë disa nga hapat e parandalimit dhe trajtimit të tij.

- Ende personeli i kujdesit shëndetësor, duke filluar nga KSHP-ja, nuk ka njohuri të plota dhe aftësi për këshillimin lidhur me infertilitetin, shkaqet dhe parandalimin e tij, veçanërisht për moshat e reja.
- Mungon njohja e mirë e problematikave të infertilitetit bashkëshortor nga ana e personelit mjekësor, si dhe mosnjohja e terapive të fundit apo teknikave të riprodhimit të asistuar nga ana e tyre.
- Ka mangësi në trajnime dhe certifikim të personelit mjekësor të përfshira në edukimin në vazhdim.
- Sistemi i referimit lidhur me trajtimin e infertilitetit nuk është evidentuar qartë.
- Mungon një database mbi sëmundshmërinë në Shqipëri në përgjithësi, si dhe i rasteve me infertilitet bashkëshortor primar apo sekondar, që bën që rastet të mos raportohen dhe terapia e marrë të mos evidentohet.
- Nuk evidentohen rastet që i janë nënshtruar teknikave të riprodhimit të asistuar.
- Mungojnë vlerësime, studime mbi pengesat në aksesimin e kujdesit dhe trajtimeve të infertilitetit, si dhe raportimi i komplikacioneve të hasura në këtë rrugë.
- Të gjitha qendrat e trajtimit të infertilitetit nuk janë të certifikuara sipas standardeve ndërkombëtare, gjë që sjell pasiguri për cilësinë e trajtimit të çifteve në këto qendra, si dhe mungesë kontrolli të aftësive dhe performancës së tyre.
- Nuk ka protokolle të unifikuara për të gjitha klinikat për trajtimin konservativ të infertilitetit bashkëshortor, si dhe nuk ka kritere të qarta për rastet e çifteve që u duhen nënshtruar teknikave të riprodhimit të asistuar. OBSH-ja ka filluar procesin e përditësimit të *Udhëzuesit Global për diagnozën, menaxhimin dhe ndërhyrjet për trajtimin e infertilitetit*. Ky Udhëzues duhet të implementohet edhe në sistemin tonë shëndetësor publik, në mënyrë që të unifikohet trajtimi i infertilitetit nga të gjitha klinikat në vend, të mirëmenaxhohet procesi, të mirëdiagnostikohet problemi dhe të kemi raportim të saktë të rasteve që kanë kërkuar trajtim konservativ apo instrumental.
- Çertifikimi i laboratorëve, kryerja e plotë e të gjitha ekzaminimeve laboratorike hormonale apo gjenetike, si dhe monitorimi i cilësisë së punës së tyre nuk bëhet në të gjithë vendin. Shpeshherë, puna për të patur rezultate të mjekimit të infertilitetit pengohet nga mungesa e rezultateve të sakta laboratorike, apo kostos së lartë që kërkon. Investimet në kërkimet shkencore, laboratorët, shërbimet, trajtimin për infertilitetin bashkëshortor, janë përfitim për individin dhe gjithë shoqërinë.
- Mungon një qendër terciare publike për infertilitetin bashkëshortor që kryen mjekim konservativ, apo trajtim me metodat e riprodhimit të asistuar.
- Ka mangësi në ligjshmërinë tonë për shëndetin seksual dhe riprodhues, teknikat e riprodhimit të asistuar, etj. Nevojitet rishikimi i legjislacionit tonë dhe ballafaqimi me legjislacionin evropian.
- Moshë në rritje e shtatzënisë së parë të individëve ka bërë që incidenca e infertilitetit të rritet. Shpeshherë kjo detyrohet nga ana ekonomike, prandaj kërkohen edhe politika socio-ekonomike që lehtësojnë mirërritjen e fëmijëve, të cilat do të çojnë në parandalimin e infertilitetit.

Referencat

1. WHO sexual and reproductive health, Infertility is a global public health issue
2. DHS Comparative Reports No. 9, Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries Shea O. Rutstein, ORC Macro Calverton, Maryland, USA, Iqbal H. Shah, World Health Organization Geneva, Switzerland September 2004
3. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012) PLoS Med 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356
4. ART fact sheet (July 2014) ART fact sheet - European Society of Human Reproduction ... <https://www.eSHSRe...> European Society of Human Reproduction and Embr...

1.9. E-shëndetësia

Strategjia ndërsektoriale “Akhenda dixhitale e Shqipërisë 2015-2020” përcakton si drejtime themelore të zhvillimit të teknologjive të informacionit dhe komunikimit:

- Shtimin dhe promovimin e shërbimeve elektronike për qytetarët dhe administratën.
- Përdorimin në edukim për të kapërcyer hendekun dixhital dhe për të aftësuar rininë; përmirësimin dhe zgjerimin e kapaciteteve njerëzore, në mënyrë që të rritet numri i përdoruesve dhe të promovohet zhvillimi i ofruesve të e-shërbimeve.
- Konsolidimin e infrastrukturës dixhitale në të gjithë territorin e Republikës së Shqipërisë.

Deri në vitin 2014 janë zbatuar disa projekte në fushën e teknologjisë së informacionit e të komunikimit, si: projekti i telemjekësisë së Shqipërisë, i zbatuar që nga viti 2012; sistemi informativ për vaksinimin i pilotuar në qarkun e Shkodrës, si dhe disa përpjekje në funksion të mirë-administrimit të skemës së sigurimeve shëndetësore.

Duke nisur nga viti 2014, nisi zbatimi i një serie masash nën programin e-shëndetësisë

Shëndeti elektronik në Shqipëri – Regjistrat kombëtar elektronik të shëndetit, një projekt i financuar përmes kredisë austriake, sanksionuar me Ligjin nr. 69/2014, datë 7.3.2014 “Mbi ratifikimin e marrëveshjes së eksportit të kredisë së butë mes Qeverisë së Republikës së Shqipërisë, duke vepruar Ministria e Financave në emër të Republikës së Shqipërisë dhe UniCredit Bank Austria AG, për financimin e projektit “Shëndeti elektronik në Shqipëri – Regjistrat kombëtar elektronik të shëndetit”. Ligji është botuar në Fletoren Zyrtare Nr.115, datë 25 korrik 2014.

Është krijuar njësi e zbatimit të projektit “Shëndeti elektronik në Shqipëri – Regjistrat kombëtar elektronik të shëndetit”, sipas Urdhrit të Ministrit të Shëndetësisë nr.458 datë 24.10.2014. Objektivi kryesor i projektit është zhvillimi i një sistemi të integruar të rekordeve elektronike të shëndetit në të gjithë vendin, i cili duhet të plotësojë nevojat e 79 institucioneve shëndetësore publike në të gjithë vendin, më konkretisht të 4 spitaleve universitare në Tiranë, 11 spitaleve rajonale, 25 spitaleve bashkiake, 39 poliklinikave dhe 3 institucioneve të Ministrisë së Shëndetësisë.

Produktet e pritshme:

- Rekorde elektronike shëndetësore të krijuara në të gjithë vendin.
- Informacion mjekësor i integruar nga të gjithë ofruesit e shërbimeve.
- Histori mjekësore për çdo pacient.

Projekti është i ndarë në 2 faza: Faza e parë e projektit ka përfunduar në maj 2015. Në fund të fazës së parë, u zbatua projekti në 8 qendrat e para shëndetësore sipas përcaktimeve kontraktuale dhe u ngrit Qendra e të Dhënave në Agjencinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit.

Faza e dytë nisi zbatimin në shtator 2015 dhe vazhdon deri në fund të vitit 2016. Në fund të kësaj faze, projekti do të shtrihet në 71 institucionet shëndetësore të mbetura.

Sistemi i menaxhimit të informacionit spitalor

Ministria e Shëndetësisë ka firmosur një marrëveshje huaje me Bankën Botërore. Realizimi i sistemit të menaxhimit të informacionit spitalor është një nga 4 komponentët e marrëveshjes. Disa nga aktivitetet kryesore të zhvillimit të këtij komponenti janë:

- Ngritja e Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetësor.
- Përmirësimi i sistemeve të informacionit shëndetësor në spitalet rajonale.
- Vendosja e metodave të reja të pagesave në spitale.
- Përmirësimi i sistemit të informacionit në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, në drejtim të automatizimit të pagesave.
- Vendosja e interoperabilitetit mes sistemeve të informacionit brenda sistemit shëndetësor dhe sistemeve të informacionit jashtë sistemit shëndetësor.

Një pjesë e rëndësishme e këtij projekti është zhvillimi i një master plani për e-shëndetësinë 2015-2019. Projekti do të shtrihet në periudhën 2015-2021.

Receta elektronike

Faza pilot e projektit të “Recetës elektronike” u përmyll në Durrës në nëntor 2015. Projekti u shtri në 74 farmaci dhe 18 qendra shëndetësore në qarkun Durrës (ish-rrethi Durrës). Shtrirja në të gjithë vendin do të realizohet në periudhën 2016-2019. Qëllimi është zëvendësimi i përshkrimit të recetës përmes letrës me përshkrimin përmes recetës elektronike, duke mundësuar aksesin në rrjet nga të gjithë palët e përfshira: mjekët, pacientët dhe farmacistët.

Firma eletronike

Ministria e Shëndetësisë ka nisur zbatimin e projektit “Vendosja e firmës elektronike nga qytetarët dhe profesionistët e shëndetësisë gjatë përdorimit të shërbimeve elektronike të shëndetit”, financuar nga Fondi për Zhvillimin e Rajoneve. Projekti do të shërbejë për firmosjen elektronike të dokumenteve mjekësore, si p.sh. recetën elektronike, etj. Projekti është parashikuar të realizohet në periudhën 2015-2016.

Sistemi i informacionit i Programit të Kontrollit Mjekësor Bazë për shtetasit shqiptar të grup-moshës 40-65 vjeç

Në vitin 2015 nisi zbatimin Programi Kombëtar i Kontrollit Mjekësor Bazë për shtetasit shqiptar të grup-moshës 40-65 vjeç. Në bazë të të dhënave të popullsisë nga INSTAT, popullata target arrin në rreth 940.000 qytetarë. Aktiviteti mjekësor mbështetet nga aplikimi i shërbimit të e-shëndetësisë që konsiston në krijimin e rekordeve të shëndetit për çdo qytetar të grup-moshës 40-65 vjeç, ruajtjen e tyre, si dhe monitorimin dhe vlerësimin e vazhdueshëm të procesit të kontrollit mjekësor bazë. Rekordet elektronike në format IHE përfshijnë: rezultatet e kontrollit mjekësor, analizat klinike-biokimike, EKG-në. Rekordet identifikohen nga numri unik i identifikimit të shtetasve shqiptar.

Problematikat

- Sisteme informacioni ekzistuese të paintegruara.
- Probleme me klasifikimin/kodimin e sëmundjeve dhe shkaqeve të vdekjeve. Përdorimi i sistemeve të vjetra të klasifikimit (ICD9), trajnimi i mangët i personelit shëndetësor lidhur me kodifikimin; mungesë e auditimit të kodifikimit.
- Sfida në harmonizimin e projekteve të financuara nga donatorë me njëri-tjetrin dhe me projekte të financuata nga buxheti i shtetit.
- Sfida në harmonizimin e mendimit të specialistëve të teknologjive të informacionit dhe komunikimit me mendimin e specialistëve të shëndetit publik dhe mjekësisë klinike.
- Mungesë e kulturës së politikëbërjes bazuar në evidencë.
- Mangësi në llogaridhënie dhe përgjegjshmëri.
- Mbizotërim i zgjidhjeve afatshkurtra ndaj zgjidhjeve afatgjata.

2. Vizioni, Prioritetet dhe Objektivat Strategjike

VIZIONI

Të mundësohen dhe mbështeten individët në arritjen e potencialit të plotë për shëndetin dhe mirëqenien seksuale dhe riprodhuese; të respektohen, mbrohen dhe plotësohen të drejtat e tyre seksuale dhe riprodhuese; si dhe të reduktohen pabarazitë në shëndetin dhe të drejtat e tyre seksuale dhe riprodhuese.

Qëllimi

- Përmirësimi i statusit të shëndetit seksual dhe riprodhues i të gjithë popullatës duke rritur aksesin e barabartë për shërbime universale të shëndetit riprodhues, përmirësuar cilësinë, efikasitetin, efektivitetin e shërbimeve dhe përmirësuar përgjigjen e tyre ndaj nevojave të popullatës.
- Përmirësimi i gjendjes dhe zvogëlimi i pabarazive të shëndetit seksual dhe riprodhues për të gjithë individët në Shqipëri.
- Ofrimi i shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues universal, të integruara, cilësore që janë të aksesueshme, efektive, të pranueshme dhe të sigurta për individët, familjet dhe komunitetet.

Ndërhyrjet e planifikuara në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 synojnë të:

- Mbështesin individët dhe çiftet në arritjen e objektivave të tyre për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Parandalojnë shtatzënitë e padëshiruara dhe me rrezik të lartë.
- Ofrjnë akses për shërbime të abortit të sigurta.
- Pakësojnë vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë amtare, perinatale e foshnjore dhe feminare.
- Parandalojnë IST-të, HIV dhe AIDS.
- Përmirësojnë shëndetin seksual dhe riprodhues të të rinjve.
- Nxisin pjesëmarrjen aktive të burrave në planifikimin familjar dhe mbrojtjen e shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Parandalojnë dhe menaxhojnë me efikasitet infertilitetin.
- Ofrjnë mbrojtje nga dhuna dhe praktika të tjera të dëmshme të lidhura me shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Ofrjnë për çdo individ akses për shërbime cilësore, të arritshme, të pranishme dhe të përshtatshme për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Përmirësojnë cilësinë e informimit, edukimit, këshillimit dhe komunikimit mbi shëndetin seksual dhe riprodhues.

Parimet e Dokumentit Strategjik

Parimet e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 mbështeten mbi prioritetet dhe problematikat e vendit, si dhe në vizionin, politikat dhe prioritetet e "Shëndet për të gjithë 2020", në linjë me synimet dhe objektivat kombëtare të Strategjisë II Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim 2015-2020 dhe atyre ndërkombëtare të parashikuara në dokumentet e mëposhtme:

- Axhendën për Zhvillimin e Qëndrueshëm deri në vitin 2030.
- Strategjinë globale për shëndetin e grave, fëmijëve dhe adoleshentëve (2016-2030).

- Strategjinë europiane për shëndetin seksual dhe riprodhues 2017-2021.
- Strategjinë europiane për shëndetin e fëmijës dhe adoleshentit (2016-2020).
- Planin aktual të OBSH-së për Europën për shëndetin seksual dhe riprodhues 2017-2021.

Më poshtë prezantohen parimet kryesore të strategjisë:

- **Shëndeti një e drejtë njerëzore.** Gjithkush ka të drejtën të arrijë standardin më të lartë të shëndetit seksual dhe riprodhues; sa më mirë respektohen të drejtat njerëzore, aq më efektive dhe ndihmëse ato janë për forcimin e sistemeve shëndetësore, shpërndarjen e kujdesit shëndetësor dhe përmirësimin e shëndetit. Shëndeti është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo vetëm mungesë e sëmundjes ose paaftësisë .
- **Qasja e ciklit të jetës.** Shëndeti dhe sëmundjet e të rriturit i kanë rrënjët në shëndetin dhe eksperiencat në stadiet e mëparshme të jetës, dhe në mënyrë sistematike reflektojnë faktorët ekonomik, social, ambiental, biomjekësor, si dhe faktorët e tjerë me rëndësi që kanë ndikim mbi shëndetin.
- **Barazia dhe aksesueshmëria.** Ndërhyrjet e përcaktuara nxisin aksesin e barabartë për shërbime cilësore të shëndetit riprodhues me vëmendje të veçantë ndaj të rinjve, të varfërve, grupeve të grave, fëmijëve vulnerabël, në veçanti në zonat rurale dhe më pak të shërbyera.
- **Barazia gjinore** në aksesin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues.
- **Qasja bazuar në evidenca shkencore.** Të gjitha ndërhyrjet për shëndetin riprodhues duhet të ofrohen me standardin më të lartë të cilësisë dhe sigurisë, dhe shërbimet të ofrohen mbi praktikën më të mira të evidencave shkencore.
- **Vazhdimësia e kujdesit.** Ofrimi i vazhdimësisë së kujdesit të ofruar që përfshin ciklin e jetës nga adoleshenca, kujdesin para konceptimit, shtatzënisë, lindjes, pas lindjes, periudhën neonatale, foshnjore dhe nëpërmjet të gjitha niveleve të shërbimit.
- **Integrimi.** Integrimi i shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, sa më shumë të aksesueshme nga popullata. Ndërhyrjet e prioritetuara kanë një qasje të integruar për arsye të lidhjeve të ndryshme midis aspekteve të ndryshme të SHSR-së, ndërhyrjet në një fushë do të kenë impakt pozitiv të tjerët. Shërbimet e shëndetit riprodhues, planifikimit familjar, kujdesit amtar, foshnjor, fëmijëror dhe adoleshentit, janë pjesë e shërbimeve shëndetësore të ofruara duke filluar nga KSHP-ja.
- **Partnershipi dhe bashkëpunimi ndërsektorial.** Promovimi i partnershipit, koordimi dhe programet e përbashkëta midis aktorëve të ndryshëm, financat, bujqësia, mjedisi, arsimit mirëqenia sociale.
- **Përfshirja dhe pjesëmarrja komunitare** që të arrihet mbështetja në maksimum, promovimi dhe mbështetja e iniciativave të individëve, komuniteteve dhe OJF-ve, në mbrojtjen dhe mbajtjen e standardeve më të larta të SHSR-së.

Objektivat Strategjike:

1. Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas.
2. Sigurimi i mbijetesës, ruajtja dhe përmirësimi i shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit.
3. Parandalimi, kapja dhe trajtimi i kancerëve të traktit riprodhues, IST-ve, HIV dhe AIDS.
4. Menaxhimi, monitorimi dhe vlerësimi efektiv i shërbimeve shëndetësore përmes Shëndetësisë elektronike (E-health).

Për arritjen e këtyre objektivave strategjike janë vendosur objektiva specifike që synojnë:

- Fuqizimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, me një qasje gjatë gjithë ciklit të jetës, bazuar në evidenca dhe me vizion drejt mbulimit universal.
- Përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të kujdesit amtar, të të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës në të gjitha nivelet e kujdesit.
- Integrimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Përcaktimin dhe zbatimin e paketave kryesore të shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, të bazuara në evidenca, në veçanti për kujdesin amtar, neonatal, fëmijëror, kujdesin ndaj adoleshentit, planifikimin familjar, IST-të, HIV dhe AIDS, kanceret e traktit riprodhues, dhuna me bazë gjinore, infertiliteti, etj.
- Zbatimin e programeve për ndryshimin në sjellje në nivelin individual, familje dhe komunitet, edukimin e aftësive për jetën lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Fuqizimin e bashkëpunimit ndërsektorial dhe partneriteteve për të siguruar shërbime cilësore të shëndetit seksual dhe riprodhues, përfshirë këtu edhe ato çështje/fusha të cilat adresohen nga sektorë të tjerë përveç shëndetësisë si: dhuna me bazë gjinore, mbrojtja e fëmijës, edukimi i të rinjve, etj.
- Përmirësimin e sistemit të informacionit, mbledhjes, analizës së të dhënave dhe procesit të

- monitorimit të situatës së shëndetit seksual dhe riprodhues, disagregimin e indikatorëve sipas gjinisë, moshës, vendbanimit, statusit social-ekonomik, ose përkatësisë etnike.
- Zgjerimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues për personat me nevoja të veçanta, grupet vulnerabël dhe të marginalizuara, për të pakësuar pabarazitë në marrjen e shërbimeve shëndetësore në çdo nivel.

OBJEKTIVI STRATEGJIK 1: PËRMIRËSIMI I SHËNDETIT DHE SIGURIMI I MIRËQENIES SË GRUAS

A) SHËNDETI AMTAR

SYNIMET DERI NË VITIN 2021

- Reduktimi i vdekshmërisë amtare me 0.4 % më pak se niveli i vitit 2015.
- Përqindja e grave që marrin kujdes prenatal >98%.
- Përqindja e lindjeve të asistuara nga personel i kualifikuar shëndetësor >99%.
- Përqindja e grave shtatzënë që kryejnë 7 vizita bazë të kujdesit antenatal >95%.
- Përqindja e nënave që kryejnë të paktën një kontroll pas lindjes > 95%.
- Përqindja e lindjeve të asistuara nga një personel i kualifikuar shëndetësor > 98%.
- Pakësimi i përqindjes së komplikacioneve obstetrike me 40% nga niveli aktual.
- Pakësimi i përqindjes së lindjeve me seksio - cezaria me 5% nga niveli aktual.
- Pakësimi i përqindjes së aborteve të induktuara me 30% nga niveli aktual.
- Të paktën 90% e familjeve dhe komuniteteve njohin të paktën 3 shenja rreziku për komplikacionet lidhur me shtatzëninë, lindjen dhe periudhën pas lindjes.

Drejtimit strategjike për arritjen e objektivave

- Adresimi i pabarazive në akses dhe cilësi të kujdesit shëndetësor amtar.
- Sigurimi i mbulesës universale për shërbime të kujdesit amtar të integruara në shëndetin riprodhues, shëndetin e të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës.
- Adresimi i të gjitha shkaqeve të vdekshmërisë, sëmundshmërisë amtare dhe paaftësive të lidhura me to.
- Fuqizimi i sistemit shëndetësor për t'iu përgjigjur nevojave dhe prioriteteve të grave dhe vajzave.

Objektivi specifik 1: Rritja e aksesit dhe përmirësimi i cilësisë për shërbime dhe kujdes amtar të barabartë për çdo grua, të integruara në shërbimet e shëndetit riprodhues (kujdesin para konceptimit, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes) duke filluar nga KSHP-ja (mbulimi universal).

Aktivitetet:

1. Integrimi i shërbimeve për të gjitha gratë gjatë periudhës prenatale, të shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes me shëndetin e të porsalindurit, PF-në, ushqyerjen, sëmundjet infektive, shëndetin seksual dhe riprodhues për të ofruar shërbime kosto-efektive, miqësore për gratë, të ndjeshme ndaj barazisë gjinore.
2. Përcaktimi dhe zbatimi i planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore, pajisjet mjekësore, transportin dhe komunikacionin.
3. Zbatimi i paketës së shërbimeve të kujdesit antenatal, natal dhe postnatal sipas karakteristikave dhe nevojave social-ekonomike të zonave të ndryshme me prioritet zonat verilindore dhe zonat rurale.
4. Ofrimi i shërbimeve amtare të integruara në shërbimet e shëndetit riprodhues për të mbuluar popullatën e vështirë për t'u arritur, si dhe komunitetet rome dhe egjiptiane.
5. Përmirësimi dhe përforcimi i kornizës ligjore dhe rregullatore për shërbimet e kujdesit amtar. Ofrimi i kujdesit shëndetësor amtar (paralindja, lindja dhe paslindja) pa pagesë për çdo grua në çdo nivel të kujdesit.
6. Zhvillimi i legjislacionit, rregulloreve për shërbimet private që ofrojnë kujdes amtar (licencimi dhe rilicencimi, monitorimi i performancës së tyre). Përgatitja e standardeve, rregulloreve dhe udhëzimeve të unifikuara me ato të përcaktuara nga MSH-ja, me synimin e partneritetit publik - privat në ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore.
7. Rifreskimi dhe zhvillimi i dokumentacionit të unifikuar për përdorim në shërbimet e kujdesit amtar publik dhe privat (kartela, regjistra, fletore, etj.).
8. Zhvillimi i një sistemi shpërblimi dhe motivimi bazuar në performancën e personelit shëndetësor që ofron shërbime për kujdesin amtar, veçanërisht në zonat rurale.
9. Përditësimi dhe zbatimi i udhërrëfyeseve dhe protokolleve të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë

për kujdesin para konceptimit, kujdesin antenatal, perinatal, kujdesin pas lindjes për punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor.

10. Përmirësimi i kujdesit intrapartum të ofruar nga shërbimet e materniteteve publike (me fokus të veçantë në përdorimin korrekt të partogramës dhe protokollet standarde për menaxhimin e komplikacioneve sipas udhëzimeve të OBSH-së).
11. Hartimi i protokolleve për shëndetin amtar në emergjencat civile.
12. Ngritja e kapaciteteve dhe aftësive profesionale e të gjithë stafit shëndetësor të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor për shëndetin dhe kujdesin amtar në emergjencat civile.
13. Zbatimi i protokolleve të depistimit rutinë, analizës dhe diagnozës së anomalive gjenetike, problemeve të lidhura me shtatzëninë, HIV dhe AIDS, IST-të gjatë shtatzënisë.
14. Zhvillimi i një strategjie efektive për burimet njerëzore të nevojshme për shëndetin amtar dhe perinatal (përcaktimi i kategorive të stafit për kujdesin amtar dhe perinatal) duke përfshirë në veçanti zonat rurale dhe ato ku ka mungesa në personel shëndetësor.
15. Përcaktimi i protokolleve prenatale për këshillimin dhe ekzaminimin gjenetik dhe menaxhimin e sëmundjeve kryesore gjenetike.
16. Vendosja e sistemit të referimit në gjithë vendin për kapjen, menaxhimin dhe/ose referimin e rasteve me rrezik të lartë dhe komplikacioneve gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, nga komuniteti tek qendra shëndetësore në KSHP, spitalet e qarkut; ndarja e përgjegjësive të stafit midis niveleve të referimit.
17. Trajnimi (edukimi i vazhdueshëm) i personelit shëndetësor mjek dhe mami lidhur me kujdesin preconceptional, prenatal dhe postnatal.
18. Përcaktimi i standardeve dhe përmirësimi i organizimit (përfshirë këtu numrin e punonjësve të shëndetësisë) të shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar në çdo nivel.
19. Përditësimi dhe përmirësimi i cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar.
20. Vendosja e sistemit kombëtar të auditimit të vdekjeve amtare (sipas modelit të OBSH-së) për të analizuar me urgjencë çdo vdekje amtare të ndodhur, si dhe sëmundshmërinë e rëndë amtare ("near-miss" events).

Objektivi specifik 2: Përmirësimi i gjendjes nutricionalë të gruas para, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.

Aktivitetet:

1. Ofrimi i shërbimeve dhe këshillimit lidhur me nutricionin për gruan në moshën riprodhuese, gjatë shtatzënisë, pas lindjes në laktacion, të integruara në paketën bazë të KSHP-së.
2. Zbatimi i normave, udhërrëfyesve dhe protokolleve të ushqyerjes së gruas para konceptimit, në shtatzëni dhe pas lindjes të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.
3. Zbatimi i protokolleve për kapjen, parandalimin dhe trajtimin e mangësive nutricionalë gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes.
4. Ofrimi falas/i rimbursueshëm i hekurit dhe acidit folik për gratë me anemi gjatë periudhës së shtatzënisë dhe pas lindjes, si dhe i jodit për çdo grua shtatzënë për pakësimin e mangësive nga mikronutrientët .
5. Përfshirja e edukimit për ushqyerjen e vajzave dhe grave në kurrikulat shkollore.
6. Vendosja e një seti indikatorësh kombëtar për monitorimin e gjendjes nutricionalë të gruas gjatë dhe pas shtatzënisë (anemia, mbipesha, nënpesha, mungesa e jodit, hekurit, etj.).
7. Promovimi i programeve për ndryshimin në sjellje lidhur me ushqyerjen e gruas para konceptimit, në periudhën para lindjes, gjatë lindjes dhe pas lindjes në laktacion.
8. Trajnimi i punonjësve të KSHP-së lidhur me informimin dhe edukimin e gruas dhe familjes për ushqyerjen, veçanërisht në periudhën prenatale dhe postnatale, si dhe ushqyerjen e fëmijës me gji.

Objektivi specifik 3: A) Pakësimi i përdorimit të abortit si metodë për kontrollin e shtatzënisë B) Ofrimi i kujdesit cilësor për abortin e sigurt; C) Parandalimi i abortit selektiv.

Aktivitetet:

1. Përcaktimi i protokolleve të unifikuara për abortin e sigurt në shërbimet shëndetësore publike dhe private.

2. Kryerja e studimit për vlerësimin e cilësisë dhe zbatimin e kritereve të kryerjes së aborteve në institucionet shëndetësore publike dhe private.
3. Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të abortit me pajisje/mjete dhe barna. Futja e teknikave bashkëkohore dhe zbatimi i rekomandimeve të OBSH-së për abortin e sigurt dhe kujdesin pas abortit në shërbimet shëndetësore publike dhe private.
4. Përfshirja në kurrikulat e Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë e moduleve të trajnimit mbi abortin e sigurt.
5. Zhvillimi i fushatave informuese me synim rritjen e ndërgjegjësimit publik mbi abortin selektiv.
6. Ngritja dhe trajnimi i grupeve vullnetare (GV) në komunitet për të dialoguar dhe për të krijuar një mjedis të përshtatshëm për ndryshimin e qëndrimeve lidhur me abortin selektiv.

Objektivi specifik 4: Edukimi dhe informimi i gruas, familjes dhe komunitetit për rëndësinë e kujdesit shëndetësor para konceptimit, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.

Aktivitetet:

1. Forcimi i partneritetit midis shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar dhe komunitetit.
2. Informimi dhe zhvillimi i kapaciteteve të grave, burrave, familjeve dhe komuniteteve për të njohur rreziqet dhe nevojat për kujdesin amtar.
3. Ngritja e komiteteve të shëndetit në nivel lokal (bashki) për përcaktimin e procedurave për mbështetjen e gruas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.
4. Hartimi i programeve komunitare IEK për përfshirjen e gruas dhe komunitetit në ndjekjen dhe kujdesin e duhur amtar.
5. Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor në komunitet (mjekë, mami, infermiere) dhe grupe të tjera mbështetëse (arsimtarët, OJF lokale, etj.) për kujdesin shëndetësor gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.
6. Hartimi i strategjisë së komunikimit për mëmësinë e sigurt.
7. Zhvillimi i paketës së unifikuar të materialeve informuese për popullatën lidhur me kujdesin për shëndetin amtar.
8. Kryerja e studimeve cilësore për hartimin e strategjive për ndryshimin e sjelljeve që iu adresohen pengesave, praktikave pozitive dhe negative lidhur me shëndetin amtar.
9. Trajnimi i punonjësve të promocionit shëndetësor lidhur me mesazhet për mëmësinë e sigurt, kujdesin amtar dhe komunikimin ndërpersonal duke synuar barazinë gjinore.

Objektivi specifik 5: Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe analizës së informacionit, me synim monitorimin e cilësisë së shërbimeve për shëndetin amtar.

Aktivitetet:

1. Përcaktimi dhe përditësimi i indikatorëve të shëndetit amtar, bazuar në indikatorët e OBSH-së dhe EUROSTAT.
2. Ngritja e një sistemi kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara.
3. Krijimi i regjistrit kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss cases reporting approach).
4. Zbatimi i mjetit për vlerësimin/auditimin e cilësisë së kujdesit amtar të adoptuar sipas rekomandimeve të OBSH-së në të gjitha maternitetet e vendit.
5. Trajnimi i punonjësve të shërbimeve të sistemit të informacionit shëndetësor dhe shërbimeve të kujdesit amtar për treguesit e shëndetit amtar.
6. Forcimi dhe përdorimi i shërbimeve të telemedicinës nga maternitetet për përmirësimin e cilësisë së shëndetit amtar dhe neonatal.
7. Forcimi në nivel qendror (QKCSA-ISH) dhe lokal (pranë DSHP-ve, sektori i monitorim-vlerësimit) i sistemit të supervizionit dhe monitorimit të shërbimeve të kujdesit gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes. Vendosija e listave të kontrollit për monitorimin e cilësisë së shërbimeve amtare.
8. Rishikimi dhe zbatimi i sistemit të unifikuar të indikatorëve për vlerësimin e performancës së shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar që ofrohen në KSHP, të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.

B) PLANIFIKIMI FAMILJAR

SYNIMET DERI NË VITIN 2021

- Prevalenca e përdorimit të metodave moderne të kontracepsionit të rritet me 30% nga niveli Aktual.
- Përqindja e shërbimeve shëndetësore në KSHP që ofrojnë këshillim dhe metoda moderne kontracepsioni në gjithë vendin të arrijë 95% .
- Përqindja e personelit të KSHP-së (mami, mjek familjeje) të trajnuar në edukimin në vazhdim në dhënien e metodave kontraceptive dhe këshillimin >80%.

Qëllimi i ndërhyrjeve të PF-së: të përmirësohet shëndeti i popullsisë, në veçanti shëndeti i gruas, duke ulur nevojat e paplotësuara për planifikimin familjar dhe duke rritur aksesin e cilësinë e shërbimeve në të gjitha nivelet në mënyrë që të:

- Arrihet një shëndet i mirë riprodhues për çdo individ, për të përmirësuar cilësinë e jetës dhe pakësuar varfërinë.
- Mbështeten individët dhe çiftet të vendosin lirshëm dhe me përgjegjësi mbi numrin dhe hapësirën për të patur fëmijë, si dhe të kenë akses për informim, shërbime dhe mjete për ta siguruar këtë.
- Reduktohet vdekshmëria dhe sëmundshmëria amtare, foshnjore dhe feminare.
- Reduktohen shtatzënitë e padëshiruara, të paplanifikuara dhe të ulet përdorimi aborteve si mjet për PF.
- Parandalohen IST-të, HIV dhe AIDS.
- Promovohet barazia gjinore dhe të drejtat riprodhuese dhe seksuale.

Drejtimit strategjike për arritjen e objektivave specifike për PF

- Sigurimi i kushteve optimale për çiftet dhe individët që të arrijnë funksionet e tyre riprodhuese dhe seksuale.
- Rritja e aksesit dhe përdorimit të shërbimeve të përballueshme dhe cilësore të PF-së në nivel të çdo njësie administrative, të integruara në shërbimet e tjera të SHSR-së.
- Fuqizimi dhe rritja e aftësive dhe njohurive të ofruesve të shërbimeve shëndetësore për të ofruar shërbime cilësore të PF-së.
- Sigurimi i vazhdueshëm i metodave kontraceptive për shërbimet shëndetësore.
- Rritja e nivelit të njohurive të popullatës mbi përfitimet dhe përparësitë e PF-së; fuqizimi, ndërgjegjësimi dhe rritja e pjesëmarrjes së burrave, grave dhe të rinjve në marrjen e vendimeve për shëndetin e tyre seksual dhe riprodhues.
- Përmirësimi/forcimi i sistemit të informacionit dhe i mekanizmave të monitorimit, vlerësimit dhe raportimit për të siguruar vendimmarrje të bazuar në të dhëna dhe shpërndarje më të mirë të shërbimeve të PF-së.

Objektivi specifik 1: Rritja e aksesit për shërbime të përballueshme dhe cilësore të PF-së, duke ofruar llojshmëri të metodave moderne të kontracepsionit për çdo individ që dëshiron t'i përdorë ato, duke marrë në konsideratë përcaktuesit social të shëndetit, dhe duke u fokusuar veçanërisht te metodat që preferohen dhe përdoren më shumë nga popullata e zonave rurale, ajo vulnerabël dhe grupet më pak të shërbyera.

Aktivitetet

1. Zhvillimi dhe adaptimi i standardeve të shërbimeve të PF-së bazuar mbi evidencat dhe rekomandimet e OBSH-së, UNFPA-së për ofrimin e shërbimeve të PF-së, përfshirë përcaktimin e shërbimeve të referimit.
2. Zgjerimi i shërbimeve të PF-së dhe ofrimi i një game metodash kontraceptive, përfshirë kontracepsionin e emergjencës deri në nivelin më të ulët të mundshëm të ofrimit të shërbimit shëndetësor për çdo individ që ka nevojë, në veçanti në zonat rurale dhe të largëta, si dhe te popullatat më pak të shërbyera p.sh. romët, egjiptianët etj.
3. Integrimi i shërbimeve të PF-së me shërbimet e SHSR-së në të gjitha nivelet.
4. Përcaktimi i paketës së shërbimeve të PF-së për çdo nivel shërbimi sipas ndarjes së re administrative territoriale.

5. Certifikimi periodik për cilësinë e QSH-ve që ofrojnë planifikim familjar dhe personel të trajnuar në këto qendra.
6. Sigurimi i furnizimit të mjaftueshëm, të vazhdueshëm dhe ofrimi i zgjedhjes për disa metoda moderne mikse të PF-së nga shërbimet shëndetësore publike.
7. Zbatimi i udhërrëfyesit dhe protokolleve të standardizuara të praktikës klinike për PF, të miratuara nga MSH-ja për të siguruar ofrimin e shërbimeve cilësore në sektorin publik, të përshtatshme me nevojat e kategorive të ndryshme të popullatës.
8. Trajnimi i personelit shëndetësor për zbatimin e udhërrëfyesit dhe protokolleve të standardizuara të praktikës klinike për PF.
9. Hartimi i listave të standardizuara të pajisjeve, mjeteve të nevojshme për ofrimin e PF-së sipas niveleve të shërbimit.

Objektivi specifik 2: Krijimi i një mjedisi mbështetës dhe nxitës për përdorimin e shërbimeve të PF-së nga të gjithë ata që kanë nevojë.

Aktivitetet

1. Vendosja e një minimumi metodash mikse të kontraktivëve në çdo nivel të shërbimit shëndetësor publik të PF-së, duke synuar rritjen e përdorimit të kontraktivëve modern afatgjatë (p.sh., kontracesioni post-abort, kontracesioni post-partum, DIU-ja, kontracesioni i urgjencës).
2. Sigurimi në vazhdimësi i fondeve nga buxheti i MSH-së për blerjen çdo vit të kontraktivëve të nevojshëm për shërbimet e PF-së në sektorin publik.
3. Forcimi i Programit Kombëtar të Planifikimit Familjar (kontraktivë dhe shërbime falas për çdo shtetas në nevojë, në të gjithë territorin).

Objektivi specifik 3: Fuqizimi i partneritetit privat-publik në furnizimin dhe ofrimin e produkteve dhe shërbimeve të PF-së.

Aktivitetet

1. Zhvillimi i një plani bashkëpunimi me sektorin privat, në furnizimin dhe ofrimin e produkteve dhe shërbimeve të PF-së për pakësimin e nevojave të paplotësuara për planifikim familjar.
2. Ofrimi i aksesit të OJF-ve për kontraktivët e prokuruar në sektorin publik, duke eliminuar barrierat e panevojshme në vendosjen në treg të produkteve kontraktive.

Objektivi specifik 4: Nxitja dhe mbështetja e aktiviteteve për komunikimin, për ndryshimin në sjellje, për rritjen e njohurive, ndërgjegjësimin për përdorimin e metodave të PF-së nga individët, familjet, komunitetet.

Aktivitetet

1. Hartimi i strategjive të komunikimit për të rritur ndërgjegjësimin e publikut për të drejtat lidhur me zgjedhjen dhe marrjen e vendimeve për planifikimin familjar, kontracesionin, shëndetin seksual dhe riprodhues.
2. Kryerja e fushatave kombëtare të përvitshme për planifikimin familjar me mesazhe të targetuara specifike.
3. Trajnimi i gazetarëve dhe zhvillimi i fushatave në media që targetojnë komunitetet rurale dhe të marginalizuara.
4. Përmirësimi i njohurive dhe ndryshimi i sjelljeve mbi kontracesionin modern në veçanti midis të rinjve, dhe forcimi i rolit të burrave në shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar.
5. Kryerja e aktiviteteve të avokatisë (duke targetuar politikanë, lider të komunitetit dhe anëtarë të këshillave bashkiake) lidhur me PF-në dhe përfitimet e tij për shëndetin e çdo individit.
6. Përfshirja e edukimit për PF-në në kurrikulat shkollore, duke e lidhur me të drejtat seksuale dhe riprodhuese të ndjeshme nga ana gjinore.
7. Trajnimi i mësuesve mbi metodat e mësimdhënies për çështje të planifikimit familjar.
8. Trajnimi i personelit shëndetësor në të gjitha nivelet e shërbimit, për këshillimin, komunikimin, promocionin shëndetësor, edukimin e komunitetit lidhur me PF-në.
9. Kryerja e vlerësimeve të rregullta për të monitoruar programet e IEK-së dhe ato për ndryshimin e sjelljeve lidhur me PF-në.

Objektivi specifik 5: Përmirësimi i njohurive, qëndrimeve dhe aftësive të personelit të kujdesit shëndetësor që të ofrojnë shërbime cilësore për PF dhe kontracepsionin sipas nivelit të kujdesit dhe shërbimeve që ata punojnë.

Aktivitetet

1. Përgatitja e paketës/moduleve për edukimin në vazhdim lidhur me PF-në, për personelin shëndetësor sipas niveleve të shërbimeve të PF-së që ofrohen.
2. Rishikimi dhe përditësimi i kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe Fakultetit të Shkencave Teknike Mjekësore lidhur me PF-në.
3. Standardizimi i roleve, përgjegjësi, kualifikimit të personelit që ofron shërbim të PF-së sipas nivelit të shërbimit në mënyrë që të vlerësohet performanca dhe eficienta e personelit shëndetësor në ofrimin e shërbimeve të PF-së.

Objektivi specifik 6: Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe përpunimit të informacionit, monitorimit, vlerësimit dhe raportimit për PF.

Aktivitetet

1. Rishikimi dhe përmirësimi i sistemit statistikor efektiv në të gjitha institucionet shëndetësore që ofrojnë PF (treguesit, logjistika, kartelat dhe regjistrat për dokumentim, etj.). Përzgjedhja dhe përfshirja e indikatorëve të PF-së për monitorimin e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve të PF-së.
2. Trajnimi i stafit shëndetësor për analizën dhe interpretimin e të dhënave (trajnim i personelit të logjistikës, mbledhjes e përpunimit të statistikave, sistemit të LMIS për kontraceptivët lidhur me PF-në).
3. Zhvillimi i listave të kontrollit dhe kornizës për supervizionin e personelit që ofron shërbime të PF-së. Zhvillimi i mjetit për supervizionim për çdo nivel shërbimi. Përcaktimi i roleve për menaxhimin, koordinimin, supervizionin dhe trajnimin e supervisorëve.
4. Përcaktimi dhe përditësimi rregullisht i infrastrukturës për monitorimin dhe vlerësimin e shërbimit të PF-së në të gjitha nivelet e ofruara. Zhvillimi, zbatimi dhe përditësimi rregullisht i planeve për monitorimin dhe vlerësimin në nivel qendror dhe në shërbimet shëndetësore publike në rrethe.
5. Përmirësimi dhe fuqizimi i sistemit të informacionit për menaxhimin logjistik (LMIS) të kontraceptivëve. Rishikimi dhe përditësimi i moduleve për procedurat e standardizuara dhe udhëzimet mbi logjistikën, ruajtjen, transportin, mirëmbajtjen, prokurimin dhe shpërndarjen, inventarizimin, si dhe kontrollin dhe mbajtjen e niveleve të stokut për çdo metodë kontraceptive të ofruar nga shërbimet shëndetësore publike në të gjitha nivelet. Trajnimi periodik i personelit që punon në sistemin e LMIS në nivel qendror dhe lokal.
6. Përmirësimi i aksesit ndaj të dhënave të PF-së. Prodhimi i raporteve periodike mbi monitorimin, vlerësimin dhe shpërndarjen e tyre.
7. Kryerja e studimeve shkencore mbi prevalencën e përdorimit të kontraceptivëve dhe identifikimin e barrierave të mospërdorimit të metodave të PF-së.

OBJEKTIVI STRATEGJIK 2: SIGURIMI I MBIJETESËS, RUAJTJA DHE PËRMIRËSIMI I SHËNDETIT DHE MIRËQENIES TË TË PORSALINDURIT, FOSHNJËS, FËMIJËS SË VOGËL DHE ADOLESHENTIT

Strategjia për përmirësimin e shëndetit të të porsalindurit, fëmijës dhe adoleshentit synon fuqizimin e kujdesit me një qasje sipas ciklit të jetës, me ndërhyrje për:

- Fuqizimin dhe përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
- Redukimin e pabarazive dhe arritjen me shërbime të çdo të porsalinduri, fëmije, adoleshenti.
- Përmirësimin e informacionit, të dhënave dhe treguesve për shëndetin dhe zhvillimin e foshnjës, fëmijës dhe adoleshentit për të forcuar vendimmarrjen dhe rritur përgjegjshmërinë.

Gjithashtu, ndërhyrjet e përshkruara për shëndetin e foshnjës, fëmijës dhe adoleshentit kanë marrë parasysh edhe rekomandimet/prioritetet në nivel global, si kujdesi për të porsalindurin, anomalitë kongjenitale, sëmundjet jo të komunikueshme (sëmundjet kronike respiratore-astma, sëmundjet e fituara të zemrës, diabeti, obeziteti) traumat dhe lëndimet.

Drejtimit strategjike që mbështesin përmirësimin e shëndetit dhe zhvillimin e fëmijëve dhe adoleshentëve synojnë:

- Zhvillimin e politikave dhe programeve të harmonizuara ndërsektoriale, si dhe rregullimet ligjore që forcojnë shëndetin dhe zhvillimin e fëmijës.
- Hartimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve sektoriale dhe ndërsektoriale të fokusuar mbi parandalimin, si dhe ndërhyrjet e hershme (qasja e ciklit të jetës).
- Ofrimin e shërbimeve efektive, eficiente dhe të integruara të kujdesit shëndetësor që të plotësohen nevojat e fëmijëve dhe adoleshentëve në mënyrë holistike. Integrimi duhet të adresojë jo vetëm nivelet e kujdesit (parësor, spitalor) por edhe ciklin e jetës (shtatzënia, lindja, paslindja, fëmijëria, adoleshenca.), që të ofrohen ndërhyrjet e duhura në një “one stop shop”.
- Fuqizimin e sistemeve dhe shërbimeve të integruara, si dhe ndërhyrjeve komunitare për arritjen e mbulimit universal nëpërmjet gjetjes së alternativave për ofrimin e shërbimeve në veçanti për komunitetet e marginalizuara.
- Rritjen e kompetencave të personelit shëndetësor për ofrimin e kujdesit cilësor të barabartë për fëmijët dhe adoleshentët, respektimin e të drejtave të tyre dhe garantimin e barazisë gjinore.
- Promovimin e pjesëmarrjes komunitare për zbatimin dhe zgjerimin e ndërhyrjeve për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies të fëmijës dhe adoleshentit. Përfshirjen e fëmijëve dhe të rinjve me nevoja të veçanta dhe atyre që jetojnë në rrethana të ndryshme kulturore, etnike, rajonale, social-ekonomike.
- Fuqizimin e sistemit të informacionit dhe përmirësimin e sistemit të monitorimit, të shëndetit të fëmijës dhe adoleshentit.
- Mobilizimin e burimeve dhe forcimin e aleancave strategjike dhe partneriteteve për arritjen e ndërhyrjeve sa më efektive, lidhur me shëndetin e fëmijës dhe adoleshentit.

SYNIMET DERI NË VITIN 2021

- Ulja e vdekshmërisë foshnjore me 0.4% më pak nga niveli i vitit 2015 (6.3/1000 LGJ burimi MSH).
- Ulja e vdekshmërisë femërore deri 5 vjeç me 0.4% më pak nga niveli i vitit 2015 (7.1/1000 LGJ, burimi MSH).
- Ulja e vdekshmërisë të të porsalindurit < 4 për 1000 lindje gjallë viti 2015 (5 /1000 LGJ, burimi MSH).
- Ulja e vdekshmërisë perinatale me 0.4% më pak se niveli i vitit 2015 (7.4/1000 LGJ, burimi MSH).
- Përqindja e lindjeve të feto-morto <10 % (target global).
- Të paktën 1/2 e bebeve që nuk marrin frymë spontanisht në lindje të jenë të reanimuara me maskë dhe me ventilim.
- Të paktën gjysma e të porsalindurve stabël preterm, ose bebe që peshojnë më pak se 2.000 gr, të marrin kujdesin “nëna kangur” dhe kujdes tjetër mbështetës.
- Të paktën gjysma e të porsalindurve me infeksione të mundshme bakteriale të marrin terapi me antibiotikë.
- Përqindja e fëmijëve të ushqyer eskuzivisht vetëm me gji, 6 muajt e parë të jetës të jetë > 70% (niveli aktual 39%).

- Përqindja e fëmijëve 6-muajsh që fillojnë në kohë ushqyerjen komplementare 80% (niveli aktual 65%).
- Përqindja e fëmijëve që vazhdojnë ushqyerjen me gji në vitin e dytë të jetës të jetë 70% (niveli aktual 60%).
- Reduktimi i sëmundjeve akute respiratore me 30% të nivelit aktual të fëmijët deri në 5 vjeç.
- Reduktimi i sëmundjeve diarreike me 30% të nivelit aktual të fëmijët 0-5 vjeç.
- Përqindja e fëmijëve të vaksinuar me vaksinat e kalendarit kombëtar > 98%.
- Përqindja e të porsalindurve që vizitohen në shtëpi brenda 48 orëve pas daljes nga materniteti >80%.
- Përqindja e fëmijëve 0-6 vjeç, që kryejnë vizitat e monitorimit dhe vlerësimit të rritjes sipas paketës së shërbimeve të KSHP-së >80%.
- Përqindja e adoleshentëve të moshave 11-18 vjeç, që kanë kryer vizitat e monitorimit dhe vlerësimit të rritjes dhe zhvillimit sipas udhërrëfyesve dhe PPK-ve për KSHP-në >80 %.

A) SHËNDETI I TË PORSALINDURIT

Objektivi specifik 1: Sigurimi i kujdesit efektiv fillestar për të porsalindurin. Sigurimi i kujdesit cilësor esencial për çdo grua dhe bebe gjatë kësaj periudhe kritike duke filluar menjëherë pas lindjes, gjatë ditës së parë dhe duke vazhduar në intervalet kritike në javën e parë të jetës deri në 28 ditë e më tej.

Aktivitetet

1. Përgatitja e paketave të ndërhyrjeve për ofrimin e kujdesit bazë dhe shtesë për gratë dhe të porsalindurit për parandalimin ose trajtimin e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë, të provuara dhe rekomanduara nga evidencat ndërkombëtare dhe OBSH, të përshtatura me situatën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale të vendit. Paketat gjithëpërfshirëse për kujdesin për shëndetin amtar dhe neonatal të jenë pjesë e sistemit universal të kujdesit të ofruar për çdo individ.
2. Zhvillimi dhe zbatimi i një pakete për kujdesin emergjent për të porsalindurin për çdo nivel shërbimi. Kostoja e paketës së ndërhyrjeve për kujdesin neonatal dhe alokimi i fondeve nga buxheti i MSH/ FSDKSH-së të përfshira në financimet për shëndetin e grave dhe fëmijëve.
3. Sigurimi i mjeteve, pajisjeve dhe barnave të duhura për ofrimin e kujdesit shtesë për foshnjat me nevoja të veçanta, të sëmura (ose të vogla për moshën gestacionale dhe/ose preterm).
4. Trajnimi i personelit shëndetësor për kompetenca dhe aftësi, si dhe pajisja me mjetet e nevojshme për ofrimin e kujdesit për foshnjën e porsalindur të shëndoshë, si dhe të të porsalindurve me nevoja të veçanta, sipas nivelit të shërbimit ku ato punojnë.
5. Rritja e ndërgjegjësimit në komunitet dhe familje për të kuptuar se koha rreth lindjes së fëmijës dhe java e parë e jetës është thelbësore për të shpëtuar jetën e nënës dhe të të porsalindurit, dhe ndërgjegjësimi për përgjegjshmërinë për krijimin e kushteve që çdo grua dhe i porsalindur të mund të marrin të drejtën e tyre për kujdes dhe shëndet.

Objektivi specifik 2: Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar për të porsalindurin. Arritja e çdo gruaje dhe të porsalinduri për të pakësuar pabarazitë në kujdesin e ofruar.

Aktivitetet

1. Përcaktimi i nevojave për mbulimin universal me shërbime shëndetësore për çdo nënë dhe foshnjë të porsalindur.
2. Zhvillimi dhe përditësimi i politikave, udhëzimeve dhe standardeve për komponentët e paketës së ndërhyrjeve të përgatitura për kujdesin për të porsalindurin, si dhe mjeteve supervizionuese për kujdesin për të porsalindurin. Të gjitha politikat, udhëzuesit, për komponentët e paketës së ndërhyrjeve të përgatitura, protokollet, mjetet dhe manualët e trajnimit për kujdesin për të porsalindurin duhet të përditësohen, ose kur nevojitet të përgatiten të reja.
3. Përditësimi rregullisht (çdo 2 vjet) i politikave dhe udhëzimeve kombëtare për ndërhyrjet rreth kujdesit të vazhdueshëm për gratë dhe fëmijët, mbi bazën e evidencave globale dhe nevojave të vendit në bashkëpunim me shoqatat e profesionistëve, Fakultetin e Mjekësisë, Infermierisë, institucionet

- trajnuese dhe aktorë të tjerë.
4. Rishikimi i udhëzimeve ekzistuese për vizitat e kujdesit postnatal sipas rekomandimeve të reja të OBSH-së dhe UNICEF-it (sistemi i vizitave në shtëpi).
 5. Përcaktimi i sistemit të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë dhe adoptimi e përforsimi i zbatimit të normave dhe standardeve për kujdes me cilësi të lartë, të respektueshëm për nënën dhe të porsalindurin. Zhvillimi/përditësimi i mjeteve supervizore të cilësisë së ofruar për kujdesin neonatal sipas nivelit të shërbimit, përfshirë listat e kontrollit.
 6. Përfshirja në listën esenciale të barnave për vendin e barnave të nevojshme esenciale (përfshirë edhe teknologjitë esenciale) për shëndetin e grave dhe të porsalindurit, dhe sigurimi zinxhir i pandërprerë i furnizimit për të gjitha institucionet që ofrojnë kujdes shëndetësor për të porsalindurin.
 7. Sigurimi, shpërndarja e barabartë dhe mirëmbajtja e barnave esenciale, mjeteve, pajisjeve për kujdesin për neonatin. Rishikimi dhe përditësimi i listës/dokumenteve për barnat kryesore, pajisjeve dhe mjeteve të nevojshme për paketën e kujdesit për të porsalindurin, sipas niveleve të kujdesit. Trajnimi i personelit shëndetësor për përdorimin e tyre.
 8. Pasja e ekipeve multidisiplinare në institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor për të porsalindurit, dhe sigurimi për të qenë të aftë të menaxhojnë komplikacionet amtare dhe neonatale, si dhe pasja e infrastrukturës bazë optimale. Vlerësimi i nevojave për specialist si neonatolog, anesteziist, infermierë dhe neonatologë etj., në shërbimet e kujdesit spitalor për të porsalindurit dhe plotësimi tyre.
 9. Hartimi i kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.
 10. Përgatitja dhe zbatimi i planit të zhvillimit për burimet njerëzore që mbulon edukimin/trajnimin, akreditimin, normat, shpërndarjen, kompetencat, aftësitë, komunikimin dhe qëndrimin për gruan dhe të porsalindurin, si dhe krijimin e kushteve të punës, për një ambient të sigurt dhe të respektueshëm.
 11. Optimizimi i performancës së stafit ofron shërbim për kujdesin amtar, foshnjën e porsalindur duke deleguar detyrat të personeli i kujdesit infermieror/mami, me trajnimin dhe mbështetjen e duhur të rolit të personelit shëndetësor që punon në komunitet.
 12. Përmirësimi i kurrikulave universitare për mamitë, infermieret, mjekët e familjes për kujdesin për të porsalindurin. Përmirësimi i kujdesit esencial për të porsalindurin duhet të përfshijë: kujdesin bazë esencial për të porsalindurin, reanimacionin neonatal, identifikimin e neonatit të sëmurë dhe referimin.
 13. Zhvillimi dhe përditësimi i politikave standarde dhe mekanizmave koordinues për të mbështetur aktivitetet e kujdesit për të porsalindurin. Fuqizimi i mekanizmave koordinues dhe monitorues për kujdesin për të porsalindurin.
 14. Hartimi i bazës ligjore, rregulloreve për sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal, si në sektorët publik dhe ato privat. Rregullimet duhet të përfshijnë sigurimin e aksesit universal për shërbime shëndetësore për gratë dhe fëmijët pa pengesa financiare, informimin urgjent mbi vdekjet amtare dhe perinatale, qasjen specifike për infeksionin HIV dhe ushqyerjen e foshnjës, zbatimin e lejes për mëmësinë e sigurt, mbrojtjen e grave shtatzënë dhe atyre që ushqejnë me gji në vendet ku punojnë, si dhe zbatimin e kodit ndërkombëtar dhe ligjit për mbrojtjen dhe ushqyerjen me gji.
 15. Identifikimi i partnershipeve publike dhe private, me institucione private dhe organizata për ofrimin e paketës së ndërhyrjeve për kujdesin neonatal sipas standardeve dhe rregulloreve të miratuara. Ndërtimi i kapaciteteve të duhura për ofruesit e institucioneve private nëpërmjet ofrimit të standardeve, udhëzimeve, protokolleve, mjeteve, dokumentacioneve të miratuara nga MSH-ja.
 16. Kryerja rregullisht nga personeli i KSHP-së e vizitës së kontrollit pas lindjes, brenda 48 orëve të para në javën e parë, si dhe ofrimi i kujdesit të veçantë për neonatët preterm, prematur, me peshë të ulët lindjeje dhe të sëmurë. Rishikimi dhe përditësimi i detyrave dhe përbërjes së personelit për kujdesin shëndetësor për të porsalindurin, për çdo nivel kujdesi dhe institucioni të ofruar, duke filluar nga KSHP-ja dhe planifikimi tyre, në mënyrë që të ofrohen në vazhdimësi 24 orë në ditë dhe 7 ditë në javë. Përcaktimi i sistemit të vizitave në shtëpi për të porsalindurin. Përcaktimi i dokumentacionit, mjeteve dhe formularëve të raportimit mbi monitorim dhe vlerësimin lidhur me vizitat në shtëpi.
 17. Monitorimi dhe përmirësimi i cilësisë së kujdesit të ofruar nga të gjitha institucionet publike dhe private (maternitetet), nëpërmjet survejancës së vdekjeve amtare, perinatale, neonatale, raportimi i vdekjeve të ndodhura (përfshirë vdekjet fetale, feto morto) dhe supervizionimi periodik i këtyre institucioneve. Institucionalizimi i survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale në përgjigje, përfshirë lajmërimin urgjent brenda 24 orëve të vdekjeve amtare dhe neonatale. Përdorimi i teknologjisë së informacionit mund të ndihmojë në monitorimin e vdekjeve në kohë reale, si p.sh. telefonat celular.
 18. Vlerësimi i cilësisë së materniteve publike dhe private të vendit mbi bazën e mjetit të adoptuar nga

OBSH-ja për auditimin klinik. Përmirësimi i cilësisë së materniteteve të spitaleve të rretheve, me infrastrukturën dhe pajisjet e nevojshme që të ofrojnë kujdesin e duhur për nënat dhe foshnjat.

19. Motivimi i stafit që ofron shërbimin e kujdesit amtar dhe neonatal. Gjetja e qasjeve inovative si trajnime akreditimi, edukimi në vazhdim për përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së kujdesit, përdorimi i incentivave si pagesa financiare, bonuse, etj.
20. Zhvillimi i strategjive për përfshirjen e sektorit privat në rritjen e avokatisë për vdekjet amtare dhe nonatale, si dhe zhvillimi i teknologjive (ofrimi i barnave, pajisjeve mjekësore, ofrimi i shërbimeve nga specialistë privat, etj.) të reja për të përmirësuar rezultatet e shëndetit amtar dhe neonatal.
21. Rritja e financimit për kujdesin shëndetësor për të porsalindurin. Përcaktimi i kostos financiare për shpenzimet për kujdesin amtar dhe neonatal. Kryerja e aktiviteteve të avokatisë për rritjen e fondeve për kujdesin neonatal nga MSH-ja dhe gjithë partnerët dhe organizmat.
22. Kryerja çdo 2 vjet e analizave për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulesës së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimi i ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.

Objektivi specifik 3: Fuqizimi i rolit të prindërve, familjeve dhe komuniteteve për të kërkuar akses dhe kujdes cilësor, dhe përmirësimi i praktikave të kujdesit në shtëpi për të porsalindurin. Rritja e fuqisë, ndërgjegjësimi i prindërve, shoqërisë civile, komunitetit dhe mediave për të ofruar informacion dhe për të ndryshuar normat lidhur me kujdesin për të porsalindurin nëpërmjet ndërhyrjeve me bazë komunitare.

Aktivitetet

1. Hartimi i programeve IEK dhe ndërhyrjeve komunitare për të përmirësuar kërkesën për shërbime, përgatitjen për lindje dhe praktikave esenciale për kujdesin neonatal, përfshirë vizitat në shtëpi dhe grupet e mbështetjes së nënave.
2. Hartimi i strategjive të komunikimit në nivel institucioni shëndetësor në KSHP dhe në komunitet për vizitat në shtëpi, komunikimi ndërpersonal për promovimin e ndërhyrjeve lidhur me kujdesin neonatal për të mobilizuar anëtarët e komunitetit të adoptojnë praktika të shëndetshme shëndetësore, ndryshimi i normave sociale në familje, mbështetja sociale dhe adresimi i pengesave për akses. Aktivitete të orientuara ndaj komunitetit të kategorizuara në katër fusha.
3. Rritja e ndërgjegjësimit për të drejtat, nevojat, përgjegjësitë dhe problemet e mundshme lidhur me shëndetin nënë - i porsalindur.
4. Zhvillimi i kapaciteteve për të qenë të shëndetshëm, për të marrë vendime të shëndetshme dhe për t'ju përgjigjur urgjencave amtare dhe nonatale.
5. Fuqizimi i mbështetjes sociale midis grave, familjeve dhe komuniteteve, si dhe lidhjeve me shërbimin shëndetësor.
6. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit duke forcuar ndërveprimin midis shërbimeve shëndetësore me gratë, familjet dhe komunitetet, si dhe përgjigjia ndaj nevojave të tyre.
7. Aktivitete edukimi, informimi dhe komunikimi me gratë, burrat, adoleshentët, në këtë kontekst përfshirja edhe e vjehrrave që në disa zona kanë një rol të rëndësishëm në vendimmarrje në familje, në kujdesin për gruan shtatzënë pas lindjes, foshnjën dhe fëmijën e vogël.
8. Ndërgjegjësimi i burrave për rolin e tyre në kujdesin për gruan dhe foshnjën (përfshirja në aktivitete në familje për të shoqëruar gratë shtatzënë në vizitat e tyre, vizitat në shtëpi dhe aktivitete komunitare për të mbështetur shëndetin e familjes).
9. Mobilizimi komunitar, me fokus te veçante në zonat rurale me akses të ulët ndaj shërbimeve shëndetësore, nëpërmjet aktivizimit të grupeve të mbështetjes me gratë shtatzënë, nënat që ushqejnë me gji, etj.
10. Ofrimi dhe përdorimi i teknologjive të reja si telefoni celular për lidhjen midis komuniteteve dhe institucioneve shëndetësore për të arritur zonat e largëta, shpërndarja e mesazheve shëndetësore në këto zona, vendosja e linjave për ndihmë, këshillim dhe monitorimin real të lindjeve, vdekjeve amtare, foshnjore dhe fëminore.
11. Zhvillimi i një strategjie për avokatinë dhe komunikimi mbi shëndetin e të porsalindurit, e aplikueshme në nivel institucioni të KSHP-së dhe maternitete, komuniteti duke përfshirë vizitat në shtëpi.
12. Kryerja e analizave në vazhdimësi për pengesat në arritjen e cilësisë së shërbimeve amtare dhe të të porsalindurit, dhe praktikave të kujdesit jo të duhur në shtëpi nga gratë, familjet, komunitetet për të përcaktuar dhe planifikuar ndërhyrjet e përshtatshme.
13. Adaptimi i qasjeve ndërsektorale për të përmirësuar kërkesën për shërbime në komunitete më

pak të shërbyera si p.sh. transferimi i kushtëzuar i parave dhe ndihmave financiare për familjet dhe komunitetet që kanë pamundësi të kenë akses për kujdes shëndetësor

14. Përfshirja e sektorit privat për të mbështetur fushata komunikimi në media që të ndryshohen normat e kujdesit ndaj të porsalindurit, si dhe promovimi zero tolerancë për vdekjet e parandalueshme të kësaj grup-moshe.

Objektivi specifik 4: Përmirësimi i sistemit të regjistrimit të lindjeve dhe vdekjeve për të porsalindurit, numërimi i çdo lindjeje gjallë ose vdekur/feto morto, dhe çdo vdekjeje neonatale. Çdo i porsalindur duhet të regjistrohet, si dhe çdo vdekje amtare dhe foshnjë e lindur vdekur duhet të numërohet .

Aktivitetet

1. Rishikimi, përzgjedhja dhe zhvillimi i indikatorëve kyç lidhur me shëndetin neonatal në indikatorët shëndetësor.
2. Zhvillimi i një minimumi seti të dhënash perinatale dhe adoptimi i mjeteve për mbledhjen e të dhënave për monitorimin e indikatorëve të rezultateve lidhur me shëndetin neonatal.
3. Standardizimi i mënyrës së raportimit të shkaqeve të vdekjeve neonatale nga institucionet shëndetësore. Institucionalizimi i survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale e lidhur kjo edhe me rishikimin e vdekjeve perinatale dhe marrjen e veprimeve që të adresohen faktorë të parandalueshëm.
4. Zhvillimi i formularëve specifik për vdekjet perinatale të raportuara nga institucionet shëndetësore dhe përfshirja në to i të dhënave mbi feto morto, moshën gestacionale dhe peshën në lindje bashkë me komplikacionet amtare.
5. Rishikimi dhe fuqizimi i sistemit të supervizionit dhe monitorimi i vlerësimit për përmirësimin e cilësisë së kujdesit për shëndetin neonatal. Forcimi i mekanizmave për supervizionin e kujdesit perinatal. Përfshirja e treguesve të shëndetit neonatal për vlerësimin e performancës së kujdesit të ofruar nga shërbimi shëndetësor. Analizimi i problemeve të paaftësisë të neonatët (retinopatitë e prematuritetit, shurdhësia, dhe paraliza cerebrale, etj.) si dhe i komplikacioneve të sëmundshmërisë perinatale.
6. Auditimi i brendshëm periodik i performancës së materniteteve (bordet e cilësisë) lidhur me shëndetin perinatal, si dhe planifikimi i ndërhyrjeve të ardhshme bazuar në gjetjet.
7. Zhvillimi i një plani periodik për monitorimin dhe vlerësimin që të përmbajë synimet, rezultatet dhe indikatorët e impaktit të matura periodikisht.
8. Rishikimi i treguesve për ofrimin e shërbimit të nënës dhe të porsalindurit, si dhe integrimi tyre në sistemin e mbledhjes rutinë të indikatorëve të monitorimit dhe vlerësimit të cilësisë.
9. Zhvillimi i strategjive për përfshirjen e sektorit privat në përmirësimin e mbledhjes dhe cilësinë e sistemit të regjistrimit të lindjeve dhe vdekjeve, si dhe zhvillimi i mekanizmave inovative me teknologji të reja për mbledhjen e të dhënave (p.sh. nëpërmjet telefonisë së lëvizshme).
10. Unifikimi i sistemit raportues të treguesve të shëndetit neonatal në institucionet private. Kryerja e vizitave supervizore në spitalet private dhe klinika që të monitorohet progresi, të identifikohen problemet, si dhe diskutimi/negocimi i zgjidhjeve.

B) SHËNDETI I FËMIJËS

Objektivi specifik 1: Pakësimi i keqshqyerjes së foshnjës dhe fëmijës së vogël nëpërmjet ofrimit të praktikave të ushqyerjes optimale të rekomanduara nga OBSH/UNICEF.

Aktivitetet

1. Zbatimi i udhëzimeve dhe PPK-ve të përgatitura mbi ushqyerjen e foshnjës dhe fëmijës së vogël nga të gjitha shërbimet e KSHP-së. Protokollet dhe udhërfyesit të përgatitur dhe miratuar nga MSH-ja për ushqyerjen, t'u shpërndahen të gjitha institucioneve që ofrojnë kujdes për fëmijën.
2. Fuqizimi dhe zgjerimi i iniciativës "institucione shëndetësore mike të foshnjës". Përfshirja e të gjitha materniteteve të vendit në certifikimin si "spitale mike të foshnjave". Vlerësimi periodik i spitaleve/materniteteve "mike të foshnjave". Shtrirja e vlerësimit edhe për shërbimet e KSHP-së, si dhe për institucionet shëndetësore private që ofrojnë kujdes shëndetësor për fëmijën. Kryerja çdo 3 vjet e procesit të ricertifikimit të institucioneve.

3. Zbatimi dhe përforsimi i ligjit shqiptar për mbrojtjen dhe nxitjen e ushqyerjes me gji. Rishikimi i mekanizmave të kontrollit të zbatimit të ligjit nga inspektorati shtetëror shëndetësor .
4. Ndjekja e rritjes dhe zhvillimit nëpërmjet sistemit të vizitave në shtëpi për fëmijët me nevoja specifike, për kapjen e kequshqyerjes të fëmijët në grupet vulnerabël, fëmijët me paaftësi, si dhe referimi tyre për ndjekje dhe trajtim.
5. Përcaktimi i normave ditore të ushqyerjes për çerdhet, kopshtet dhe shkollat që ofrojnë drekë.
6. Rishikimi dhe përditësimi i treguesve të ushqyerjes me gji dhe i ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël në sistemin kombëtar të statistikave shëndetësore, bazuar në indikatorët standard global.
7. Vlerësimi periodik i praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël (survejime kombëtare). Vendosja e treguesve të ushqyerjes me gji dhe ushqyerjes komplementare në sistemin e monitorimit dhe vlerësimit të performancës dhe cilësisë së institucioneve të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën.
8. Reduktimi i anemisë dhe mangësive të tjera të mikronutrientëve të fëmijët. Zhvillimi i protokolleve për parandalimin dhe trajtimin e anemisë nga mungesa e hekurit të fëmijët. Ofrimi i shtesave me mikronutrientë hekur, acid folik, dhe jod të gratë shtatzënë dhe fëmijët e vegjël 0-3 vjeç.
9. Trajnimi dhe certifikimi i personelit shëndetësor lidhur me këshillimin për ushqyerjen e foshnjës dhe fëmijës dhe çështjet gjinore lidhur me të, si dhe përdorimi i kurbave të rritjes si mjet i unifikuar për vlerësimin e gjendjes së kequshqyerjes së fëmijës.
10. Vendosja e programeve kompjuterike për vlerësimin e kurbave të rritjes, matjeve antropometrike për personelin e KSHP-së që monitoron gjendjen nutricionale të fëmijës (programet e OBSH- Anthro software).
11. Hartimi dhe zbatimi i programeve kombëtare për informimin, edukimin, komunikimin lidhur me rëndësinë e ushqyerjes në rritjen dhe zhvillimin e fëmijës, si dhe edukimi i familjes dhe komunitetit mbi praktikën e ushqyerjes optimale të foshnjës dhe fëmijës së vogël. Përgatitja dhe shpërndarja e materialeve informuese në nivel familjeje dhe komuniteti mbi praktikën e ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël.
12. Promovimi i ushqyerjes së shëndetshme dhe i stilit të shëndetshëm të jetës të fëmijët e moshës shkollore. Zbatimi me faza në të gjithë vendin i “Iniciativës europiane për shkolla me aktivitete fizik dhe ushqyerje të shëndetshme” (HEPS).

Objektivi specifik 2: Nxitja dhe mbështetja e një rritje dhe zhvillimi të shëndetshëm gjatë fëmijërisë së hershme.

Aktivitetet

1. Zbatimi i PPK-ve të hartuara dhe miratuara për ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës në të gjithë shërbimet e KSHP-së së vendit. Udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike për mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës, të përditësuara dhe miratuara gjatë vitit 2014, të kostohen, adoptohen dhe përdoren nga të gjitha institucionet shëndetësore (publike dhe private) që ndjekin foshnjën dhe fëmijën e vogël.
2. Zgjerimi i shërbimeve të qendrave të specializuara të mirërritjes dhe zhvillimit të fëmijës, në 2 rajone të tjera përveç Tiranës.
3. Zbatimi i programeve të edukimit, informimit dhe promovimit të prindërve për zhvillimin e hershëm konjitiv dhe psiko-social të fëmijëve, me vëmendje të veçantë ndaj grupeve të fëmijëve me nevoja të veçanta dhe në disavantazh social.
4. Trajnimi periodik i personelit shëndetësor në sistemin e edukimit në vazhdim, lidhur me praktikën e mirërritjes dhe zhvillimit në fëmijërinë e hershme sipas problematikave gjinore.
5. Bashkëpunimi me shërbimet e tjera të kujdesit ndaj fëmijës në komunitet lidhur me vlerësimin, trajtimin dhe ndjekjen multidisiplinare të rasteve të fëmijëve me probleme të shëndetit dhe zhvillimit. Përcaktimi i rregulloreve, mënyrave të bashkëpunimit dhe detyrave të ndara, etj.

Objektivi specifik 3: Pakësimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të fëmijët nga sëmundjet e parandalueshme me vaksinat, infeksionet e rrugëve të frymëmarrjes, sëmundjet jo të komunikueshme. Zhvillimi i kujdesit promociional, parandalues dhe kurativ për të mbrojtur foshnjat dhe fëmijët e vegjël nga sëmundjet dhe paaftësitë.

Aktivitetet

1. Ruajtja e mbulesës vaksinale, vaksinimi i plotë në kohë i të gjithë fëmijëve sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit. Zgjerimi i skemës së kalendarit të vaksinimit nëpërmjet futjes së vaksinave të reja. Hartimi, miratimi dhe zbatimi i planit strategjik të vaksinimit.
2. Përgatitja dhe miratimi i standardeve kombëtare dhe strukturës së vaksinimit.
3. Vendosja e programit të vizitave në shtëpi për kontrollin e shëndetit të fëmijës, me objektiva të qarta sipas moshës dhe problemeve të identifikuara (zhvillimi i udhëzuesve dhe i mjeteve përkatëse). Shpeshësia e vizitave e rregulluar sipas rrezikut që paraqet rasti.
4. Hartimi dhe zbatimi i protokolleve kombëtare për ndjekjen dhe trajtimin e sëmundjeve kronike jo të komunikueshme (diabeti, astma, obeziteti, etj.) infeksionet akute respiratore, sëmundjet infektive të fëmijët sipas çdo niveli kujdesi të ofruar.
5. Zhvillimi dhe shpërndarja e materialeve për IEK-në në nivel komuniteti dhe QSH-je lidhur me sëmundjet kryesore të fëmijërisë, menaxhimin e fëmijëve me sëmundje kronike lindur me peshë të ulët.
6. Rishikimi dhe përditësimi i PPK-ve mbi menaxhimin e integruar të sëmundjeve të fëmijërisë (MISF), kostoja e tij dhe trajnimi i detyrueshëm i gjithë personelit të KSHP-së për MISF-në.
7. Përcaktimi i listës bazë të barnave dhe pajisjeve esenciale për çdo nivel kujdesi për urgjencat pediatrike dhe situatat mjekësore më të zakonshme të fëmijët (sipas PPK-ve të MISF-së dhe PPK-ve të tjera pediatrike), si dhe përfshirja e tyre në planet buxhetore për çdo institucion.
8. Institucionalizimi i MISF-së në kurrikulat universitare të shëndetësisë (mjekësi, infermieri, shëndet publik, etj).
9. Trajnimi nga MF-ja për njohuritë dhe aftësitë për të vlerësuar, diagnostikuar dhe njohur fëmijën e sëmurë. Përfshirja e trajnimit për kujdesin pediatrik në trajnimet për mjekun e familjes dhe infermierin e QSH-së në KSHP.
10. Vendosja në sistemin e vlerësimit të performancës së QSH-së në KSHP i procesit të auditimit të diagnozave të fëmijëve me sëmundje të rënda, të ndjekura, të trajtuara dhe referuara nga personeli shëndetësor.
11. Vendosja e një sistemi të unifikuar të shkëmbimit të informacionit dhe referimit për trajtimin e fëmijës së sëmurë nga niveli parësor në atë spitalor dhe anasjelltas.
12. Rishikimi i sistemit të survejancës së defekteve të lindura në Shqipëri, monitorimi i situatës së defekteve të lindura, analiza e tyre dhe hartimi ndërhyrjeve për përmirësimin e situatës.

Objektivi specifik 4: Përmirësimi i cilësisë së shërbimit të kujdesit shëndetësor për fëmijët .

Aktivitetet

1. Riorganizimi i shërbimit parandalues dhe kurues për fëmijën në KSHP në qytet. Kthimi i pediatrit të KF-së në pediatër të familjes. Pediatri në shërbimet e KSHP-së në qytet të shërbejë në shërbimin e konsultorit të fëmijës dhe në shërbimin pediatrik për fëmijën e sëmurë (aktualisht janë të ndarë).
2. Rishikimi i përshkrimit të detyrave dhe përgjegjësi të pediatrit të familjes për ta bërë përgjegjës për ofrimin e kujdesit parandalues dhe kurues.
3. Akreditimi i shërbimeve të pediatrikë të spitaleve publike dhe jopublike nëpërmjet hartimit dhe vënies në zbatim të mjeteve për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë në kujdesin shëndetësor.
4. Trajnimi dhe edukimi i koordinatorëve të cilësisë dhe survejorëve të brendshëm mbi cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor për foshnjën dhe fëmijën, si dhe akreditimi tyre.
5. Përmirësimi i financimit të shërbimeve pediatrike të kujdesit për fëmijët 0-14 vjeç dhe zbatimi i DRG -ve (diagnosis related groups).
6. Vendosja e treguesve të unifikuar sipas indikatorëve ndërkombëtar mbi sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijës (ICD10).

Objektivi specifik 5: Plotësimi i nevojave të fëmijëve me paaftësi dhe nevoja të veçanta shëndetësore.

Aktivitetet

1. Vendosja e sistemeve të ndjekjes për kapjen e hershme të foshnjave me rrezik të lartë dhe fëmijët me paaftësi, përfshirë fëmijët me probleme të shëndetit mendor midis qendrave të KSHP-së dhe spitaleve pediatrike.
2. Përgatitja, financimi dhe zbatimi i paketës së shërbimeve për fëmijët me nevoja të veçanta dhe

- fëmijët autik.
3. Identifikimi dhe regjistrimi i fëmijëve me paaftësi dhe nevoja të veçanta që kanë nevojë për trajtime shëndetësore dhe shërbime rehabilitimi. Kujdesi për fëmijët me paaftësi të integruar në shërbimet e KSHP-së.
 4. Trajnimi i personelit të KSHP-së (mjeku i familjes, infermierë, konsultori i fëmijës) lidhur me kapjen e hershme të problemeve të shëndetit mendor të fëmijëve.
 5. Zhvillimi dhe zbatimi i programeve të përbashkëta për kujdesin në fëmijërinë e hershme, shërbimet e tjera të kujdesit për fëmijën pranë bashkive për monitorimin dhe ndjekjen e problematikave të fëmijëve me paaftësi dhe nevoja të veçanta shëndetësore dhe familjeve të tyre.

Objektivi specifik 6: Pakësimi dhe parandalimi i pasojave shëndetësore dhe psikologjike të keqtrajtimit ndaj fëmijës nëpërmjet programeve parandaluese.

Aktivitetet

1. Mbledhja periodike e infomacionit nga personeli shëndetësor mbi dhunën e depistuar ndaj fëmijës. Rishikimi i formularëve, regjistrave të mbledhjes së informacionit mbi dhunën ndaj fëmijës për depistimin e dhunës (faktorët e rrezikut si moshë, gjinia dhe determinantët socio- ekonomik) nga personeli shëndetësor.
2. Standardizimi i përkufizimit të keqtrajtimit të fëmijës sipas OBSH-së dhe organizmave të tjera të Kombeve të Bashkuara, në bashkëpunim me të gjithë institucionet që mbledhin të dhëna për keqtrajtimin e fëmijës.
3. Kryerja e survejimeve të fëmijët e moshës shkollore për shëndetin mendor dhe mirëqenien si pasojë e keqtrajtimit.
4. Rishikimi dhe përditësimi PPK-ve mbi keqtrajtimin ndaj fëmijës, si dhe zbatimi i tyre nga i gjithë personeli i KSH-së që ndjek mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës. Përfshirja e depistimit të keqtrajtimit të fëmijës në programin e vizitave në shtëpi.
5. Përfshirja e indikatorëve të depistimit të keqtrajtimit të fëmijës në kriteret e vlerësimit të performancës së institucioneve shëndetësore publike që ofrojnë kujdes për fëmijën (QSH-të, maternitetet, urgjencat e spitaleve, etj).
6. Trajnimi i certifikuar periodik/edukimi në vazhdim mbi keqtrajtimin ndaj fëmijës për personelin shëndetësor të të gjitha niveleve, parandalimi i tij nëpërmjet edukimit, këshillimit lidhur me prindërimin pozitiv, trajnimin e personelit të spitaleve, urgjencave, si dhe lidhur me sindromën e shkundjes së bebit dhe njohjen e shenjave etj.
7. Zhvillimi i programeve në shkollë në bashkëpunim me MAS për të mësuar fëmijët të njohin shenjat e dhunës, abuzimit dhe keqtrajtimit, si dhe trajnimi i personelit shëndetësor në shkollë, mësuesit, psikologët etj., për kapjen e hershme të problemeve dhe pasojave shëndetësore të keqtrajtimit të fëmijëve.
8. Zbatimi i fushatave për ndryshimin e sjelljeve të disiplinimit të dhunshëm familjar (duke përfshirë të gjitha format e ndëshkimit trupor), si dhe prindërimi pozitiv në bashkëpunim me partnershipe multisektoriale.
9. Zbatimi i Agjendës Kombëtare për të Drejtat e Fëmijëve 2016-2020 lidhur me parandalimin e keqtrajtimit të fëmijëve (abuzimi fizik, emocional, seksual dhe neglizhimi).
10. Përmirësimi i të dhënave lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve nëpërmjet kryerjes së studimeve shkencore, periodike që trajtojnë çështjen e dhunës ndaj fëmijëve, bazuar në instrumente dhe metodologji standarde (HBSC, ACE, etj).

C) SHËNDETI I ADOLESHENTIT

Strategjia për shëndetin e adoleshentit synon rritjen e kujdesit shëndetësor ndaj adoleshentit duke rritur aksesin e tyre në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Ndërhyrjet janë parashikuar për:

- Përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore të adoleshentëve të ofruara brenda paketës bazë të KSHP-së.
- Rritjen e aksesit për informacion rreth shëndetit të adoleshentit duke përdorur mjedise të tilla si shkollat.
- Edukimin e adoleshentëve mbi Shëndetin Seksual dhe Riprodhues, që përmban informacion të qartë

sipas moshës, që adreson identitetin seksual dhe gjinor, dhe kërkon respektimin e të drejtave të njeriut dhe mbështet barazinë gjinore.

Prioritetet strategjike

- Përmirësimi i shëndetit seksual dhe riprodhues i adoleshentëve nëpërmjet përmirësimit të njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues, i ndjeshëm mbi baza gjinore të rinjtë.
- Pakësimi i IST-ve, HIV dhe AIDS të rinjtë.
- Përmirësimi i nutricionit tek adoleshentët, pakësimi kequshqyerjes të vajzat dhe djemtë e rinj, pakësimi i prevalencës së anemisë nga deficienca e hekurit për vajzat dhe djemtë adoleshentë.
- Ulja e numrit të shtatzënive në moshat e reja dhe rritja e përdorimit të metodave kontraceptive moderne.
- Përmirësimi i shëndetit mendor dhe adresimi i duhur i problemeve mendore të adoleshentëve.
- Parandalimi i dhunës dhe abuzimit tek adoleshentët, përfshirë dhunën me bazë gjinore.
- Parandalimi i përdorimit dhe abuzimit me substancat të tilla si duhani, alkooli dhe drogat.
- Promovimi i ndryshimeve në sjellje tek adoleshentët për parandalimin e SJK-ve si diabeti, sëmundjet kardiovaskulare, obeziteti dhe paftësitë.

Objektivi specifik 1: Përmirësimi i sistemit shëndetësor dhe shërbimeve që ofrohen për adoleshentët duke i bërë ato miqësore për të rinjtë, me theks kryesor në KSHP.

Aktivitetet

1. Ofrimi i një pakete shërbimesh e cila përfshin informim, këshillim, diagnozë, përkujdesje, trajtim dhe pëmbushje të nevojave të adoleshentëve përmes rrjetit të integruar të shërbimeve, bazuar në sistemin e referimit dhe nivelin e kujdesit të ofruar.
2. Zhvillimi i ndryshimeve ligjore dhe rregullatore lidhur me përfshirjen e grup-moshës së adoleshentëve 14-18 vjeç, në shërbimet shëndetësore pediatrike të ofruara në KSHP dhe atë spitalor (aktualisht shërbimi shëndetësor pediatrik ofron kujdes për fëmijën deri 14 vjeç).
3. Rihapja brenda sistemit aktual të kujdesit shëndetësor e qendrave miqësore për të rinjtë sipas modelit "Shërbime shëndetësore për të rinjtë", të cilat do të ofrojnë informacione, këshillime, aktivitete parandaluese dhe referime në lidhje me parandalimin e sjelljeve me rrezik të rinjtë.
4. Zhvillimi i një rrjeti shërbimesh të integruara shëndetësore për adoleshentët, dhe fuqizimi i vazhdimësisë së kujdesit përfshirë shëndetin mendor, oral, seksual etj.
5. Hartimi i planeve nga çdo QSH për arritjen/mbulimin e adoleshentëve. Sigurimi i mbështetjes së duhur logjistike, infrastrukturës, pajisjeve, barnave, vaksinave, aftësive të duhura etj. për të lehtësuar shpërndarjen e shërbimeve në të gjitha nivelet e kujdesit.
6. Zhvillimi i paketës së standardeve dhe pajisjeve bazë, dokumenteve, barnave dhe materialeve të nevojshme për ofrimin e shëndetit të adoleshentit për çdo QSH në KSHP.
7. Përcaktimi përpjestimor i shërbimeve që do të ofrohen në nivel komuniteti, në nivel QSH-je dhe në nivel të qendrave të specializuara për adoleshentët.
8. Zhvillimi dhe priorizimi i paketës së shërbimeve sipas tematikave madhore: shëndeti seksual dhe riprodhues, shëndeti mendor, abuzimi me substancat adiktive, duhanin e alkoolin, ushqyerja dhe aktiviteti fizik, dëmtimet dhe dhuna, HIV dhe IST.
9. Përfshirja e shërbimeve shëndetësore të adoleshentëve brenda financimit të buxhetit kombëtar sipas modelit të kujdesit shëndetësor, që të arrihet aksesimi për këtë grup ndaj shërbimeve shëndetësore.
10. Fuqizimi i Qendrave Rajonale të Planifikimit Familjar (PF) dhe Testimit dhe Këshillimit Vullnetar (QTKV) për HIV dhe AIDS me qëllim nxitjen e të rinjve që të marrin shërbimet social-shëndetësore të ofruara nga këto qendra.

Objektivi specifik 2: Aftësimi i profesionistëve të shëndetësisë për të ofruar shërbime cilësore për adoleshentët. Zhvillimi i kompetencave të punonjësve të shëndetësisë për ofrimin e paketave të shërbimeve për adoleshentët: protokolle, module edukimi në vazhdim, të drejtat dhe detyrimet, mekanizma monitorimi dhe supervizimi.

Aktivitetet

1. Trajnimi i personelit shëndetësor të KSHP-së në edukimin në vazhdim për ofrimin e shërbimeve për adoleshentët dhe ndjekjen e menaxhimit të problemeve shëndetësore, si dhe të zhvillimit për adoleshentët mbi bazën edhe të ndryshimeve gjinore.
2. Aftësimi i profesionistëve të shëndetësisë për të ndërvepruar me prindërit, përfaqësues të komuniteteve dhe shoqërisë civile për çështje lidhur me shëndetin e adoleshentëve.
3. Përgatitja e moduleve të trajnimit për “shërbimet miqësore të adoleshentëve” dhe rritjen e zhvillimit të adoleshentit.
4. Zhvillimi i udhëzimeve dhe protokolleve teknike për shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit në KSHP dhe adaptimi tyre në gjithë vendin.
5. Trajnimi i personelit të shërbimeve shëndetësore dhe edukatorëve mbi këshillimin dhe menaxhimin e problemeve të shëndetit dhe zhvillimit të adoleshentit, përfshirë aftësitë për të shtuar empatinë, aftësitë për edukim me bashkëmoshatarët, si dhe aftësi menaxhimi për sjelljet e tyre.
6. Përgatitja e materialeve informuese për personelin shëndetësor lidhur me shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit për çdo QSH.
7. Trajnimi i personelit shëndetësor në shkolla mbi bazën e paketës së promovimit shëndetësor me 12 çështje të miratuara nga MSH-ja.

Objektivi specifik 3: Zhvillimi i kompetencave shëndetësore të adoleshentëve dhe të rinjve: a. njohuri dhe informacion i ndjeshëm nga ana gjinore rreth shëndetit; b. informacion rreth shërbimeve shëndetësore.

Aktivitetet

1. Rishikimi dhe fuqizimi i programeve të aftësisë për jetën në nivelin e arsimit 9-vjeçar dhe të mesëm.
2. Forcimi i shërbimit social-shëndetësor në sistemin parauniversitar. Hartimi i Manualit mbi Sjelljet e Shëndetshme të Rinjtë.
3. Përfshirja e adoleshentëve në aktivitete sociale dhe procese vendimmarrjeje që nxisin pjesëmarrjen dhe përgjegjësinë sociale duke përdorur qasjen me pjesëmarrje të komunitetit.
4. Integrimi i çështjeve të shëndetit të adoleshentit dhe aftësive për jetën në aktivitete kurrikulare dhe ekstrakurrikulare në shkolla. Vendosja dhe mbajtja e lidhjeve midis personelit shëndetësor në shkolla dhe mësuesve.
5. Zbatimi i programeve të veçanta informuese dhe edukuese për parandalimin e IST-ve, HIV dhe AIDS të rinjtë, përmes një bashkëpunimi të koordinuar dhe efektiv të strukturave shëndetësore, edukuese dhe shoqërisë civile.
6. Zhvillimi i fushatave ndërgjegjësuese që promovojnë stilin e jetesës së shëndetshme, zvogëlimin e sjelljeve me rrezik (marrëdhëniet seksuale të pambrojtura, përdorimi i duhanit, alkoolit, drogat, lojërat e fatit, ushqyerja, aktivitetet fizike, etj.) dhe përdorimin e shërbimeve ekzistuese social-shëndetësore.
7. Nxitja e krijimit të komiteteve lokale ndërinstitucionale me përfaqësues nga komuniteti, personeli shëndetësor, pushteti vendor, arsimtar, OJF-të etj me synim adresimin e çështjeve shëndetësore të adoleshentëve.
8. Zhvillimi i programeve specifike për adoleshentët në disavantazh, si ata me aftësi të kufizuara, emigrantët, popullatat rome dhe egjiptiane, etj.
9. Hartimi i strategjisë së komunikimit për median lidhur me promovimin e shëndetit dhe zhvillimit të adoleshentit.

Objektivi specifik 4: Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor për adoleshentët me synim monitorimin e situatës shëndetësore të tyre dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore për adoleshentët.

Aktivitetet

1. Vendosja në indikatorët e sistemit të informacionit shëndetësor e një sistemi bazë të dhënash për shëndetin e adoleshentit të ndara sipas gjinisë, moshës, vendndodhjes së tyre, etnisë, etj.
2. Forcimi i sistemit të monitorim-vlerësimi të cilësisë së shërbimeve për adoleshentin. Përcaktimi i indikatorëve të supervizimit dhe vlerësimi i cilësisë, mbulesës, kostos së shërbimeve të adoleshentit

dhe ndërhyrjeve të tjera.

3. Shpërndarja e informacionit mbi shëndetin e adoleshentit, praktikat më të mira të kujdesit nëpërmjet përdorimit të teknologjive të reja të informacionit.
4. Kryerja e kërkimeve shkencore periodike për shëndetin e adoleshentit si pjesë e rrjeteve të studimeve ndërkombëtare (HBSC, ACE, ESPAD).

Objektivi specifik 5: Promovimi dhe forcimi i bashkëpunimit ndërsektorial midis sektorëve të ndryshëm për shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit.

Aktivitetet

1. Fuqizimi dhe zgjerimi i rolit të Komitetit të Shëndetit Riprodhues si koordinues dhe bashkëpunues për të mbështetur nismat lidhur me shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit.
2. Identifikimi i partnerëve të mundshëm dhe aktorëve social (p.sh. OJF-të, organizata rinore, sektori privat, media etj.) për të krijuar aleanca dhe për të mbështetur zbatimin e ndërhyrjeve për shëndetin e adoleshentit. Zhvillimi dhe hartimi i planeve të përbashkëta të veprimit midis sektorëve të ndryshëm qeveritar (MMSR, Ministria Arsimit dhe Shkencës, etj).

OBJEKTIVI STRATEGJIK 3: PARANDALIMI, KAPJA DHE MENAXHIMI I KANCEREVE TË TRAKTIT RIPRODHUES, IST-ve, HIV dhe AIDS.

A) KANCERET E TRAKTIT RIPRODHUES

Objektivi specifik 1: Krijimi i një Programi Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Gjirit

Aktivitetet

1. Hartimi i programeve të ndërgjegjësimit në popullatë për parandalimin dhe kapjen e hershme të kancerit të gjirit.
2. Ngritja e shërbimeve të depistimit duke përmirësuar kapacitetet në pajisje të mamografisë dhe imazheri të tjera, burimeve njerëzore të specializuara, citologji/biopsi.
3. Forcimi i kapaciteteve në zinxhirin e follow-up.
4. Përmirësimi i aftësive menaxheriale në administrimin e Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Gjirit.

Objektivi specifik 2: Forcimi i kapaciteteve diagnostike të kancerit të qafës së mitrës.

Aktivitetet

1. Përgatitja e burimeve njerëzore të specializuara në marrjen dhe kryerjen e citologji/biopsi-së, dhe në virologji.
2. Hartimi dhe miratimi i protokolleve të depistimit dhe diagnozës së kancerit të qafës së mitrës.

Objektivi specifik 3: Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor për kanceret.

Aktivitetet

1. Ngritja dhe konsolidimi i njësisë së regjistrimit të kancerit.
2. Krijimi i platformës informatike për ngritjen e regjistrimit të kancerit.
3. Hartimi i raporteve periodike mbi situatën e kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës, bazuar në të dhënat e marra nga regjistri shëndetësor.

B) INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME, HIV DHE AIDS

SYNIMET DERI NË VITIN 2021

- Të mbahet prevalenca e HIV dhe AIDS në popullatën e përgjithshme nën 0.1% deri në 2021.
- Të mbahet prevalenca e HIV dhe AIDS në popullatat me rrezik të lartë nën 1% deri në 2021.
- Të konsolidohet sistemi kombëtar i survejancës dhe i kontrollit të IST-ve.

Objektivi 1: Reduktimi i transmetimit të virusit HIV nga nëna tek fëmija dhe sigurimi i kujdesit të duhur për fëmijët që jetojnë me HIV dhe AIDS.

Aktivitetet:

1. Hartimi i protokollit të menaxhimit kombëtar për kujdesin, trajtimin dhe ndjekjen e fëmijëve që jetojnë me HIV.
2. Hartimi i protokollit të plotë të parandalimit të infeksionit HIV nga nëna tek fëmija.
3. Implementimi i programeve të informim-edukim-komunikimit për parandalimin e transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija.
4. Hartimi dhe zbatimi i akteve nënligjore në lidhje me çështjet që kontribuojnë për të reduktuar transmetimin e HIV-it nga nëna tek fëmija.
5. Forcimi i kapaciteteve shëndetësore në nivel lokal për parandalimin e transmetimit nga nëna tek fëmija.
6. Përforsimi i sistemeve të monitorimit të zbatueshmërisë së programeve.

Objektivi 2: Parandalimi i IST-ve dhe përmirësimi i cilësisë së programeve të parandalimit.

1. Organizimi i fushatave kombëtare periodike për parandalimin dhe kontrollin e IST-ve.
2. Organizimi i takimeve informuese me të rinj për parandalimin e IST-ve dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore për të rinjtë.
3. Forcimi i kapaciteteve të profesionistëve të kujdesit shëndetësor mbi mënyrën e raportimit të IST-ve.

Objektivi 3: Forcimi i kapaciteteve shëndetësore për parandalimin dhe trajtimin e IST-ve.

1. Trajnimi i punonjësve të edukimit dhe promovimit shëndetësor mbi parandalimin e IST-ve dhe stigmën ndaj personave që vuajnë nga IST-të.
2. Trajnimi i profesionistëve shëndetësor që punojnë në kujdesin shëndetësor parësor mbi parandalimin dhe trajtimin e përshtatshëm të IST-ve.

C) INFERTILITETI

Strategjitë për infertilitetin synojnë:

- Rritjen e ndërgjegjësimit mbi infertilitetin dhe shërbimet që ofrohen.
- Forcimin e burimeve njerëzore që ofrojnë këto shërbime.
- Rritjen e kërkimeve dhe gjenerimin e informacionit mbi infertilitetin.

Ndërhyrjet do të synojnë parandalimin e infertilitetit dhe ofrimin e diagnozës dhe trajtimit të tij me prioritet:

- Ndërhyrjet për të parandaluar infertilitetin nëpërmjet pakësimit të IST-ve, abortit të pasigurt, infeksioneve postpartum, etj.
- Mbrojtjen e të drejtave të njeriut për riprodhim, për të marrë këshillim dhe diagnostikim, si dhe trajtim cilësor për infertilitetin.
- Përfshirjen e diagnostikimit dhe trajtimit të infertilitetit si komponent standard i paketave të kujdesit shëndetësor.

- Informimin e popullatës rreth infertilitetit, mitet dhe konceptet e gabuara lidhur me shkaqet dhe trajtimin e tij.

SYNIMET DERI NË VITIN 2021

- Vendosija e sistemit të mbledhjes së të dhënave mbi regjistrimin dhe raportimin e shkaqeve të infertilitetit.
- Ofrimi i trajtimit të specializuar për infertilitetin dhe teknikave të riprodhimit të asistuar në shërbimet shëndetësore publike të nivelit terciar.

Objektivi specifik 1: Rritja e ndërgjegjësimit në popullatë mbi shkaqet e infertilitetit primar dhe sekondar, me synim uljen e incidencës dhe prevalencës së tij midis grave dhe burrave të moshës riprodhuese.

Aktivitetet

1. Hartimi i programeve/fushatave informuese të targetuara për grupe të ndryshme popullate, si adoleshentët, burrat dhe gratë e moshës riprodhuese, për njohjen e shkaqeve të infertilitetit dhe parandalimin e tyre.
2. Zhvillimi i programeve shëndetësore që promovojnë një stil jetese të shëndetshme, si mjete efikase parandalimi të infertilitetit.
3. Zhvillimi i programeve të ndryshimit të sjelljes së partnerëve lidhur me trajtimin e infertilitetit, kërkimin e ndihmës mjekësore, stigmatizimin, etj.
4. Sigurimi i lindjes dhe abortit të sigurt; rishikimi i procedurave të kontrollit për sterilizmin e instrumenteve kirurgjike dhe rritja e investimeve në to.

Objektivi specifik 2: Rritja e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore për menaxhimin e infertilitetit

Aktivitetet

1. Hartimi i protokolleve, udhëzimeve dhe standardeve kombëtare për trajtimin e infertilitetit mashkullor dhe femëror.
2. Ngritja e një qendre kombëtare në shërbimet shëndetësore publike të nivelit terciar për trajtimin e infertilitetit me teknikat e riprodhimit të asistuar, në një sistem të përcaktuar referimi në nivel rajonal dhe kombëtar.
3. Trajnimi i specialistëve të qendrave publike kombëtare mbi teknikat moderne të riprodhimit të asistuar.
4. Pajisja e spitaleve rajonale me teknologjinë e duhur për të depistuar dhe menaxhuar infertilitetin mashkullor dhe femëror.
5. Zhvillimi i udhëzimeve lidhur me çështje etike dhe sociale për disa procedura klinike, si dhe çështjet financiare të riprodhimit të asistuar.
6. Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor mbi protokollet dhe standardet e diagnostikimit dhe trajtimit të infertilitetit.
7. Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor në KSHP mbi rritjen e aftësive dhe njohurive për patologjitë kryesore që shkaktojnë infertilitetin.
8. Përditësimi i kurrikulave lidhur me infertilitetin dhe teknikat e riprodhimit të asistuar në fakultetet e Mjekësisë dhe Infermierisë.

Objektivi specifik 3: Përmirësimi dhe zbatimi i legjislacionit mbi shëndetin riprodhues lidhur me çështjet e infertilitetit**Aktivitetet**

1. Zhvillimi i rregulloreve dhe standardeve kombëtare për menaxhimin e infertilitetit, përfshirë teknologjitë e riprodhimit të asistuar.
2. Pakësimi i pabarazive në akses për trajtim të sigurt dhe efektiv të infertilitetit. Rishkimi i kostos për trajtimin e çifteve infertile me probleme social-ekonomike.
3. Përcaktimi i udhëzimeve, rregulloreve, mbi çështjet kritike, ligjore dhe etike që lidhen me cilësinë e kujdesit në shërbimet publike dhe private, që ofrojnë teknologjitë e riprodhimit të asistuar.

Objektivi specifik 4: Rritja e bashkëpunimit ndërsektorial për ndërhyrje mbështetëse sociale dhe ekonomike me qëllim përmirësimin e faktorëve social, që në mënyrë direkte apo indirekte çojnë në infertilitet bashkëshortor.**Aktivitetet**

1. Bashkëpunimi dhe partneriteti me sektorë të tjerë dhe partnerë ndërkombëtar e kombëtar për zhvillimin e politikave sociale dhe ekonomike për:
 - gjetjen e shkaqeve, adresimin e mangësive lidhur me infertilitetin, mundësive për bashkëpunim.
 - gjetjen e mundësisë për uljen e kostos së protokolleve të mjekimit konservativ për infertilitetin.

Objektivi specifik 5: Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe analizës së informacionit shëndetësor, me synim monitorimin dhe vlerësimin e situatës së infertilitetit**Aktivitetet**

1. Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor lidhur me të dhënat mbi infertilitetin primar dhe sekondar në Shqipëri (nëpërmjet aplikimit të E-Health).
2. Hartimi i udhëzuesit të indikatorëve standard për infertilitetin dhe zhvillimi i modelit të raportimit periodik të tyre.
3. Vendosja e sistemit të monitorimit për raportimin e komplikacioneve të hasura gjatë trajtimeve medikamentoze dhe/ose instrumentale të infertilitetit.
4. Rritja e kontrollit mbi qendrat private apo shtetërore që merren me trajtimin e infertilitetit për protokollin e përdorura, cilësinë dhe certifikimin e laboratorëve të riprodhimit të asistuar, zbatimin e legjislacionit, si dhe kryerja e procedurave të riprodhimit të asistuar vetëm në rastet e nevojshme.
5. Kryerja e kërkimeve shkencore që synojnë të mbrojnë shëndetin riprodhues dhe fertilitetin e punonjëve në vendet e punës.

OBJEKTIVI STRATEGJIK 4: MENAXHIMI, MONITORIMI DHE VLERËSIMI EFEKTIV I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE PËRMES SHËNDETËSISË ELEKTRONIKE (E-Health)

Qëllimi: Rritja e aksesit të shtetasve në shërbimet e shëndetit riprodhues dhe ofrimi i shërbimeve cilësore dixhitale.

Objektivi specifik 1: Përmirësimi i infrastrukturës dixhitale në sektorin e shëndetësisë me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimeve të shëndetit riprodhues.

Aktivitetet

1. Ngritja e sistemit të mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat.
2. Ngritja e sistemit të regjistrimit dhe kontrollit të barnave.
3. Ngritja e sistemit të gjurmimit të barnave mjekësore: Track and Trace.
4. Ngritja e sistemit informatik për menaxhimin e spitaleve.
5. Ngritja e sistemit të regjistrimit të imunizimit dhe inventarit të vaksinave.
6. Ngritja e sistemit kombëtar portal për pacientët dhe i shërbimeve elektronike për qytetarët.
7. Ngritja e sistemit të monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor.
8. Ngritja e sistemit të menaxhimit të stafit dhe asetëve mjekësore.
9. Ngritja e shërbimit online për menaxhimin rajonal të ekzaminimeve të avancuara mjekësore.
10. Realizimi i nënshkrimit elektronik të dokumenteve mjekësore.

Objektivi specifik 2: Shtimi dhe promovimi i shërbimeve elektronike, shërbimeve për qytetarët dhe biznesin. Rritja e transparencës dhe përmirësimi i shërbimeve sipas parimeve të iniciativës “Open Government Partnership”.

Aktivitetet

1. Zbatimi i projektit “E-Health – Rekord elektronik Shëndetësor Kombëtar”.
2. Aplikimi i recetës elektronike (e-Prescription) në të gjithë Shqipërinë.
3. Zhvillimi, përmirësimi i portalit www.e-Albania.al, shtimi i shërbimeve me pagesë online, krijimi i versionit mobile etj.
4. Promovimi i shërbimeve elektronike për qytetarët dhe biznesin të ofruara nëpërmjet platformës qeveritare të ndërveprimit dhe shtimi i shërbimeve të reja në portalin qeveritar e-Albania.al, shtimi i shërbimeve me pagesë online etj.

3. Analiza Financiare dhe Kostoja

Burimet financiare

Kostoja totale e përlogaritur për zbatimin e kësaj strategjie dhe planit të veprimit është rreth 17 miliardë e 281 milionë e 516 mijë lekë. Burimet e përcaktuara për Ministrinë e Shëndetësisë në programet “Shërbime të Kujdesit Spitalor” dhe “Shërbime të Kujdesit Shëndetësor Parësor” mbulojnë rreth 67% të koston së përlogaritur për këtë strategji.

Kostoja financiare e mbuluar nga buxheti i miratuar për Ministrinë e Shëndetësisë, për çdo vit buxhetor përkatës, është përfshirë brenda parashikimeve të tavanëve të shpenzimeve buxhetore për periudhën afatmesme e më tej. Burimet financiare nga donatorët mbulojnë rreth 14% të koston së strategjisë. Hendeku financiar i pambuluar në buxhet është 17% dhe është pjesë e bisedimeve me donatorë.

Kostoja e planit të veprimit për zbatimin e strategjisë është realizuar, bazuar në metodologjinë dhe praktikën e planifikimit buxhetor, më konkretisht duke i konsideruar shpenzimet e projekteve të trupëzuara në produkte dhe ato jashtë projekteve. Një metodologji e tillë është në përputhje me sistemin e planifikimit buxhetor afatmesëm në Republikën e Shqipërisë, siç parashikohet në ligjin organik të buxhetit të shtetit dhe në udhëzimet përkatëse të Ministrisë së Financave.

Kostoja dhe buxhetimi i planit të veprimit të kësaj strategjie është mbështetur në elementet e mëposhtme:

- Kostot për zbatimin e strategjisë konsiderojnë jo vetëm shpenzimet kapitale por edhe ato korente, të cilat janë konsideruar për garantimin e kapaciteteve të nevojshme për implementimin e strategjisë.
- Kostot e parashikuara për t’u financuar nga donatorët janë konsideruar si shpenzime kapitale, do të përdoren për kualifikime, fushata promovionale etj., në përputhje me udhëzimet përkatëse të Ministrisë së Financave.
- Buxhetimi i strategjisë është parashikuar brenda kornizës së rritjes së buxhetit për sektorin e shëndetësisë me mesatarisht 5% çdo vit për periudhën e veprimit të strategjisë.

Objektivat	A.Buxheti i nevojshëm (Lekë)	B.Buxheti i shtetit i planifikuar (Lekë)	C. Donatorë (Lekë)	D.Hendeku financiar (Lekë) D=A-(B+C)
1. Mbijetesja, shëndeti dhe mirëqenia e të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit	3.645.010.000	1.083.660.000	1.217.020.000	1.344.330.000
2. Shëndeti dhe mirëqenia e gruas	12.872.450.000	10.337.000.000	1.174.350.000	1.361.100.000
3. Infertiliteti	69.230.000	3.350.000	0	65.880.000
4. ,Planifikimi familjar	509.520.000	481.890.000	27.630.000	0
5.Kanceret e traktit riprodhues	175.106.000	10.276.000	15.730.000	149.100.000
6. HIV dhe AIDS	10.200.000	2.450.000	7.750.000	0
Totali	17.281.516.000	11.918.626.000	2.442.480.000	2.920.410.000

Objektivat	A.Buxheti i nevojshëm (Lekë)	B.Buxheti i shtetit i planifikuar (Lekë)	C. Donatorë (Lekë)	D.Hendeku financiar (Lekë) D=A-(B+C)
1. Shëndeti dhe mirëqenia e gruas	12.872.450.000	10.337.000.000	1.174.350.000	1.361.100.000
2. Planifikimi familjar	509.520.000	481.890.000	27.630.000	0
3. Mbijetesa, shëndeti dhe mirëqenia e të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit	3.645.010.000	1.083.660.000	1.217.020.000	1.344.330.000
4. Kanceret e traktit riprodhues	175.106.000	10.276.000	15.730.000	149.100.000
5. HIV dhe AIDS	10.200.000	2.450.000	7.750.000	0
6. Infertiliteti	69.230.000	3.350.000	0	65.880.000
Totali	17.281.516.000	11.918.626.000	2.442.480.000	2.920.410.000

Financimi i ndërhyrjeve të parashikuara në dokumentin strategjik do të marrë në konsideratë edhe dallimet midis treguesve rajonal shëndetësor të vendit si: pabarazitë gjeografike dhe social-ekonomike, popullatat më pak të shërbyera të përmendura në analizën e situatës së shëndetit seksual dhe riprodhues të kësaj strategjie.

Masa të tjera që propozohen të ndërmerren në *Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021*, për të përmirësuar shpërndarjen e barabartë financiare për shëndetin riprodhues në sektorin shëndetësor përfshijnë:

- Përmirësimin e alokimit të burimeve, përdorimit dhe përgjegjëshmërisë së fondeve që të tërhiqet financimi i mëtejshëm.
- Rajonalizimin e alokimit të burimeve për shërbime që kanë impakt më të mirë.
- Mobilizimin e burimeve nga partnerët ndërkombëtar dhe agjenci e organizma të tjera joqeveritare.
- Shtimin e burimeve financiare për rajonet ku ka probleme social-ekonomike dhe popullata më pak të shërbyera, si ato verilindore dhe zonat suburbane në qytetet e mëdha.

4. Monitorimi, Vlerësimi (MV) dhe Zbatimi i Strategjisë

Procesi i monitorimit dhe vlerësimin është mjaft me rëndësi për të vlerësuar arritjen e objektivave të përshkruara në strategji.

Aktivitetet e vlerësimin do të targetojnë proceset e veçanta të parashikuara për zbatimin e planit të veprimit, efektet e tyre dhe impaktin mbi shëndetin seksual dhe riprodhues të individëve në Shqipëri. Për monitorimin e aktiviteteve të planit të veprimit të strategjisë, vlerësimet e impaktit do të fokusohen kryesisht në vlerësimin e shtrirjes me të cilin janë arritur objektivat, synimet dhe indikatorët (proces, output, outcome).

Për sa më sipër, do të zhvillohet një plan për MV-në. Kjo do të përfshijë zhvillimin e kornizës së MV-së për të ndjekur progresin në implementimin e ndërhyrjeve dhe matjen e performancës. Synimet specifike, indikatorët e impaktit, procesit dhe rezultatit do të përcaktohen dhe maten në afate kohore të përcaktuara. Gjatë periudhës pesëvjeçare të zbatimit të strategjisë do të kryhen vlerësime afatmesme dhe në fund të përfundimit të saj.

Korniza e përcaktuar e MV-së do të synojë në plotësimin e nevojave për informacion për aktorë të ndryshëm, politikëbërës, shoqërinë civile, organizatat, institucionet kërkimore, partnerët ndërkombëtar dhe publikun në përgjithësi. Vlerësimi do të bëhet mbi bazën e një seti indikatorësh cilësor dhe sasior të SHSR-së.

Objektiv specifik i sistemit të MV-së të strategjisë është të promovohen vendime të bazuara në evidencë në të gjitha nivelet. Në mënyrë që të arrihet ky objektivi, të gjithë aktorët e përfshirë në zbatimin e kësaj strategjie do të nxiten të:

- Sigurojnë dhe ofrojnë të dhënat në kohën e duhur.
- Analizojnë të dhënat, shpërndarjen, dhe nxitjen e përdorimit të tyre nga të gjithë aktorët.
- Sigurojnë aksesin dhe ruajtjen e të dhënave nga përdoruesit e ndryshëm.

Aktivitetet e MV-së lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues do të lidhen me sisteme të tjera të MV-së që ka MSH-ja për të siguruar ofrimin e duhur të të dhënave më të disagreguara, që të lehtësohet monitorimi në të gjitha nivelet (rajonale, rreth, institucion shëndetësor).

Të dhëna të përshtatshme, të mbledhura saktë dhe të besueshme për një periudhë të caktuar kohe, do të bëjnë të mundur të vlerësohen nevojat, burimet, aktivitetet, rezultatet. Gjithashtu, mbledhja dhe analiza e të dhënave do të shërbejnë për të identifikuar ndërhyrjet e nevojshme specifike në grupe të caktuara të popullatës.

OBSH-ja rekomandon një listë të shkurtër me 15 indikatorë për shëndetin seksual dhe riprodhues, që janë të miratuara ndërkombëtarisht. Për monitorimin dhe vlerësimin e *Dokumentit Strategjik dhe Planin i Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues*, mund të zgjidhen disa prej këtyre indikatorëve që është e mundur të mblidhen gjatë periudhës 5-vjeçare të zbatimit të strategjisë, dhe bashkë me to mund të shtohen edhe indikatorë të tjerë kombëtar dhe ndërkombëtar sipas veçorive specifike që ka strategjia për vendin. Gjithashtu, indikatorët duhet të vlerësojnë edhe synimet e vendosura për arritjen e Objektivave Globale të Zhvillimit të Qëndrueshëm. Këta indikatorë të grupuar sipas disa fushave prioritare janë dhënë në aneksin e strategjisë. Lista e indikatorëve të zhvilluar plotëson nevojat për informacionin e nevojshëm për aktorë të ndryshëm. Megjithatë, indikatorët duhen rishikuar periodikisht për t'u siguruar se kjo plotëson informacionin e kërkuar.

Shpërndarja dhe komunikimi i të dhënave. Për këtë nevojitet hartimi i një strategjie për avokatinë, sensibilizimi dhe shpërndarja e të dhënave të vlerësuara nga sistemi i MV-së të dokumentit strategjik, si dhe feedback-u i vazhdueshëm nga nivelet më të ulëta deri në nivelin qendror. Raportimet duhet të përfshijnë:

- Raportimin e progresit në çdo 4 muaj.
- Raportimin vjetor të progresit.
- Përgatitjen e raporteve për analiza të thella duke përdorur të dhënat e gjeneruara nga sistemi i MV-së, kërkimet e kryera dhe vlerësimet e parashikuara në dokumentin strategjik.
- Raporte vlerësimi duke filluar nga niveli bazë i zbatimit, niveli ndërmjetës dhe i fundit i zbatimit të dokumentit strategjik.

Korniza institucionale dhe zbatimi i dokumentit strategjik

Një nga hapat me rëndësi është vlerësimi periodik i zbatimit të dokumentit strategjik. Kjo do të ndihmojë të identifikohen anët e forta dhe dobësitë e ndërhyrjeve. Më tej do të vendoset sistemi treguesve të SHSR-së për vlerësimin e dokumentit, si dhe përshtatja e tyre në sistemin kombëtar të informacionit shëndetësor statistikor për të siguruar monitorimin efektiv të zbatimit të tij.

MSH-ja do të shpërndajë dokumentin strategjik dhe do të hartojë plane zbatimi në nivel qendror dhe rajonal. Kjo do të bëjë mundur zbatimin e ndërhyrjeve të kostuara, do të identifikojë fushat prioritare dhe mangësitë ku donatorët, organizatat teknike dhe partnerë të tjerë implementues mund të kontribuojnë.

Çështje që duhen patur parasysh në implementimin e Dokumentit Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021:

1) Financim i qëndrueshëm dhe i posaçëm për këtë dokument strategjik. Kjo mund të arrihet nëpërmjet ndërhyrjeve të mëposhtme:

- Përfshirja e shëndetit seksual dhe riprodhues në planet shëndetësore, procesin e zhvillimit të politikave dhe strategjive të vendit - Strategjia e Shëndetësisë, Strategjia II Kombëtare për Integrim dhe Zhvillim 2015-2020).
- Përfshirja e shëndetit seksual dhe riprodhues në planet shëndetësore ndersektoriale.
- Prioritizimi i shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues në paketat e shërbimeve shëndetësore për të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor.
- Përfshirja e shpenzimeve për shërbimet e SHSR-së në planet e PBB-së për arritjen e aksesit universal për shërbimet e integruara të SHSR-së.
- Përcaktimi i mekanizmave të financimit që mbrojnë edhe grupet më të marginalizuara dhe vulnerabël.

2) Zhvillimi i burimeve njerëzore. Në këtë fushë kërkohen këto aktivitete:

- Përcaktimi i nevojave për të gjitha nivelet e shërbimit për stafin, kapaciteteve, aftësi teknike dhe detyrave të punës për të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor.
- Zhvillimi i vazhdueshëm profesional i personelit shëndetësor; të përfshihet në ndërhyrjet e shëndetit riprodhues të planifikuara në planin e veprimit.
- Vlerësimi dhe përmirësimi i mjedisit të punës dhe kushteve të punësimit.
- Motivimi i personelit. Formulimi i strategjive për të motivuar dhe mbajtur personelin e aftë.

3) Ofrimi i shërbimeve cilësore. Në këtë drejtim janë të nevojshme këto aktivitete:

- Përcaktimi i standardeve për sigurimin e kujdesit cilësor për shëndetin riprodhues.
- Vlerësimi, zgjerimi dhe aplikimi në nivel të vendit i aktiviteteve të dëshmuara efektive.
- Zhvillimi, adaptimi, monitorimi i udhëzimeve dhe standardeve për shërbimet e shëndetit riprodhues në sektorin publik dhe privat, për të rritur ofrimin dhe shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore në fushën e shëndetit riprodhues.

4) Shfrytëzimi i shërbimeve. Në këtë drejtim kërkohen këto aktivitete:

- Kërkime për të identifikuar pengesat për shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore të shëndetit seksual dhe riprodhues, dhe përcaktimin e masave për tejkalimin e tyre.
- Përdorimi i modeleve gjithëpërfshirëse duke siguruar pjesëmarrjen e komunitetit, institucionet e sektorit publik, privat dhe OJQ-të në mënyrë që të tejkalohen pengesat, si dhe për të promovuar shfrytëzimin e duhur të shërbimeve të ofruara shëndetësore.

5) Përmirësimi i sistemit të informacionit: Aktivitetet që kërkohen:

- Sigurimi i sistemit të mirëfilltë të raportimit për indikatorët e SHSR-së.
- Grumbullimi dhe analiza e të dhënave të shëndetit riprodhues, performancës së shërbimeve të ofruara; rritja e aftësive të personelit që siguron mbledhjen dhe analizën e tyre.
- Vendosja e prioritetëve mbi bazën e të dhënave, konsultimi me institucionet që ofrojnë të dhënat në mënyrë që ato të jenë të disagreguara/të ndara sipas gjinisë, statusit social-ekonomik, vendndodhjes gjeografike dhe etnisë, si dhe më tepër vëmendje të veçantë ndaj grupeve më pak të shërbyera dhe vulnerabël.

6) Mobilizimi dhe përkrahja politike. Aktivitetet kryesore në këtë fushë janë:

- Avokatia te politikëbërësit dhe vendimmarrësit për të financuar fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues, duke përdorur për këtë të dhënat e kosto-përfitimit, të drejtat njerëzore dhe detyrimet institucionale.
- Avokimi dhe mobilizimi i shoqërisë civile, i personave me influencë, personelit shëndetësor, ekspertëve ligjor, grupeve të mbrojtjes së të drejtave të njeriut, OJQ-ve, mediave për të përkrahur implementimin e dokumentit strategjik.

7) Krijimi i mekanizmave përkrahëse ligjore dhe rregulluese. Aktivitetet e nevojshme janë:

- Rishikimi dhe nëse nevojitet edhe ndryshimi i ligjeve, politikave për të siguruar qasjen e plotë dhe të barabartë (aksesi universal) në shërbime, informimi dhe edukimi për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Vendosja e kornizës ligjore për shëndet riprodhues, aktet nënligjore, rregullore, standardet, udhërrëfyes dhe protokolle në pëputhje edhe me standardet e BE-së dhe ato ndërkombëtare për të drejtat e njeriut.

8) Fuqizimi i vlerësimit dhe përgjegjësisë: Aktivitetet e nevojshme në këtë fushë:

- Vendosja dhe përforsimi i mekanizmave të monitorimit dhe vlerësimit bazuar në planifikime të qarta për çfarë do të arrihet me një set indikatorësh dhe afatesh kohore, personat, organizmat përgjegjëse.
- Krijimi i mekanizmave efektive të përgjegjësisë dhe llogaridhënies në nivel të institucioneve shëndetësore dhe shoqërisë civile (Komiteti i Shëndetit Riprodhues, komitete lokale, takime periodike me komunitetin, seminare me grupe të caktuara, etj).

Partneritetet

Angazhimet politike dhe partnershipet në të gjitha nivelet janë thelbësore për arritjen e bashkëpunimit të nevojshëm ndërsektorial. Të gjithë aktorët në nivel ndërkombëtar, kombëtar dhe lokal përfshirë ofruesit publik dhe privat, programet e ndryshme dhe përfaqësues nga grupet e grave, të rinjve dhe komuniteteve, duhen përfshirë aktivisht që nga stadet e para të zbatimit të dokumentit strategjik.

Përfshirja e ministrive të tjera të linjës si ajo e Arsimit dhe Sporteve, Mirëqenies Sociale dhe Rinisë, Financës, etj., si dhe pushtetit lokal është me shumë rëndësi. Duhet adresuar dhe vendosur bashkëpunime me programe të tjera që lidhen me shëndetin seksual dhe riprodhues.

Organizmi për zbatimin e Dokumentit Strategjik dhe Planit të Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021

Organizmi i caktuar nga MSH-ja për ndjekjen e procesit të zbatimit të strategjisë do jetë Komiteti Kombëtar i Shëndetit Riprodhues. Fillimisht KSHSR-ja është ngritur në vitin 2006 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, mbështetur mbi nenin 21 të Ligjit Nr.8876, Datë 4.4.2002 "Për Shëndetin Riprodhues" dhe riorganizuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2010.

Vitet e fundit KSHSR nuk ka funksionuar, çka kërkon të rishikohet dhe riorganizohet anëtarësia dhe detyrat e tij në kuadrin edhe të zbatimit të këtij dokumenti strategjik.

Ky Komitet si organ këshillimor ka për qëllim kryesor:

- Ndjekjen e situatës shëndetësore për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Hartimin dhe ndjekjen e zbatimit të politikave dhe strategjive për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Rishikimin dhe monitorimin e zbatimit të legjislacionit aktual në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Përgatitjen dhe miratimin e standardeve, normave për akreditimin e shërbimeve shëndetësore të

- kujdesit për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Shqyrtimin dhe aprovimin e projekteve dhe programeve kombëtare të shëndetit seksual dhe riprodhues.

KSHSR-ja gjatë procesit të zbatimit të dokumentit strategjik do të koordinojë zbatimin e ndërhyrjeve, hartimin e planit strategjik për MV-në, duke përfshirë shpërndarjen e tij, mobilizimin e burimeve, zhvillimin e udhëzimeve, standardeve, mjeteve, si dhe të ofrojë platformat për shpërndarjen dhe shkëmbimin e praktikave që kanë impakt të lartë në shëndetin seksual dhe riprodhues, rezultatet e MV-së; krijimin e mundësive për kërkime dhe metoda inovative, për zbatimin e dokumentit strategjik, si dhe harmonizimin e politikave ligjeve dhe rregulloreve.

Referencat për KSHSR-në

KSHSR-ja i miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë do të përfshijë profesionistë të ndryshëm mjekësor, të shëndetit publik, përfaqësues nga ministrinë e linjës, partner ndërkombëtar dhe kombëtar lidhur me SHSR-në, përfaqësues nga shoqëria civile dhe media që të lehtësohet planifikimi, zbatimi dhe monitorimi në nivel qendror.

Përgjegjësitë e KSHSR-së gjatë zbatimit të strategjisë. KSHSR-ja duhet të ketë përgjegjësitë e mëposhtme:

- Të ndjekë situatën e shëndetit seksual dhe riprodhues duke bërë vlerësimin e treguesve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare dhe feminare, treguesve të planifikimit familjar, kancerëve të traktit riprodhues, IST-ve, HIV dhe AIDS, dhunës dhe barazisë gjinore.
- Të analizojë dhe japë rekomandime mbi të gjitha çështjet, lidhur me ofrimin e shërbimeve të SHSR, monitorimin dhe promovimin e aksesit në shërbime, për të lehtësuar dhe nxitur zhvillimin dhe zbatimin e mekanizmave të sigurimit të cilësisë.
- Të ofrojë rekomandime dhe propozojë vendimet për SHSR, për t'u miratuar dhe zbatuar nga MSH-ja
- Të bashkëpunojë me komitete të tjera teknike për të arritur një qasje gjithëpërfshirëse të SHSR.
- Të mbështesë informimin, shpërndarjen e raporteve, informacioneve, etj. për SHSR-në, përfshirë minutat e mbledhjes, të dhënat për situatën e SHSR-së (raportet periodike, materialet periodike, etj.) përfshirë edhe njoftimet për shtyp për mediat.
- Të ofrojë mbështetje dhe ndihmë teknike në zhvillimin e ndërhyrjeve të përfshira në strategji, programe, politika, standarde, procedura dhe plane të MSH-së, avokati për mobilizimin e burimeve për realizimin e aktiviteteve të SHSR.
- Të caktojë ngritjen e komiteteve nënteknike për detyra të caktuara specifike sipas fushave të ndryshme të SHSR.
- Të rekomandojë ndryshime në anëtarësinë dhe përfshirjen e personave, teknikë dhe këshilltarë shtesë nëse nevojitet.

Nënkomitetet teknike të KSHSR-së

Për ndarjen e detyrave KSHSR-ja mund të kërkojë ngritjen e nënkomiteteve sipas fushave të SHSR-së për kujdesin amtar, kujdesin foshnjor, femijëror, PF-së, kanceret e traktit riprodhues, IST-ve, HIV dhe AIDS dhe dhunën. Këto nënkomitete do të zhvillojnë:

- Një paketë gjithëpërfshirëse të SHSR për t'u ofruar në nivele të ndryshme të kujdesit shëndetësor.
- Mjetet për supervizionin e duhur të ofrimit të shërbimeve të SHSR.
- Listën e mjeteve dhe pajisjeve për t'u ofruar në shërbimet e SHSR-së sipas niveleve të kujdesit shëndetësor.
- Përditësimin e standardeve të ofrimit të shërbimeve dhe udhëzimeve e protokolleve të nevojshme për SHSR.
- Përshkrimin e detyrave (job aids) për personelin në të gjitha nivelet e shërbimeve të SHSR.
- Mekanizmat e MV-së për ndërhyrjet e parashikuara në strategjinë e SHSR në të gjitha nivelet.

Përbërja e KSHSR-së,

Drejtuesi: Ministri ose zv. Ministri i MSH-së

- Sekretarja e KSHSR-së përgatit dhe koordinon punën për mbledhjen e KSHSR-së, zgjidhet nga kryetari i KSHSR-së.
- Përfaqësues të nënkomiteteve teknike të propozuara nga kryetari i KSHSR-së dhe miratuar nga Ministri i Shëndetësisë.

- Përfaqësues nga drejtoritë në MSH, që mbulojnë çështjet e SHSR (kujdesit shëndetësor, spitalor, ekonomik, farmaceutik, burimet njerëzore, etj.).
- Përfaqësues të institucioneve shëndetësore në nivel qendror (ISHP, QKEC, QKCSSH).
- Përfaqësues i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor.
- Përfaqësues nga Fakulteti Mjekësisë dhe Infermierisë.
- Përfaqësues nga 2 Spitalet Obstetrik-Gjinekologjik, Tiranë; Shefi i shërbimit të Neonatologjisë, Tiranë; Përfaqësues i Spitalit Pediatrik, QSUT "Nënë Tereza" Tiranë.
- Përfaqësues i Ministrisë së Arsimit dhe Sportit, Ministrisë së Mirëqenies Sociale dhe Rinisë, Ministrisë së Kulturës, Financës, etj.
- Përfaqësues i Zyrës UNFPA, UNICEF, OBSH, UNIADS, USAID etj. në Shqipëri.
- Përfaqësues nga Urdhrat e Mjekut, Infermierit.
- Përfaqësues nga shoqëria civile, media, etj.

Gjatë periudhës 5-vjeçare të zbatimit të strategjisë KSHSR-ja duhet të mbledhet rregullisht çdo 3-4 muaj.

Aneksi 1: Plani i veprimit

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
1. Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas							
1.1. Rritja e aksesit dhe përmirësimi i cilësisë për shërbime dhe kujdes amtar të barabartë për çdo grua, të integruara në shërbimet e shëndetit riprodhues (kujdesin e parakonceptimit, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes) duke filluar nga KSHP-ja, (mbulimi universal).	1. Integrimi i shërbimeve për të gjitha gratë gjatë periudhes prenatale të shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes me shëndetin e të porsalindurit, PF-në, ushqyerjen, sëmundjet infektive, shëndetin riprodhues dhe seksual, si dhe për të ofruar shërbime kosto-efektive, miqësore për gratë të ndjeshme ndaj barazisë gjinore. 2. Përcaktimi dhe zbatimi i planeve për nevojat e institucioneve shëndetësore, që ofrojnë kujdes amtar dhe perinatal lidhur me infrastrukturën, burimet njerëzore, pajisjet mjekësore, transportin dhe komunikacionin.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	
		750.000.000	500.000.000	250.000.000	300.000.000		450.000.000
	3. Zbatimi i paketës së shërbimeve të kujdesit antenatal, natal dhe postnatal, sipas karakteristikave dhe nevojave social-ekonomike të zonave të ndryshme, me prioritet zonat verilindore dhe zonat rurale.	10.501.750.000	10.501.750.000		10.001.750.000	500.000.000	
	4. Ofrimi i shërbimeve amtare të integruara në shërbimet e shëndetit riprodhues, për të	Kosto e përfshirë në aktivitetin e					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	mbuluar, popullatën e vështirë për t'u arritur, si dhe komunitetet rome dhe egjiptiane.	mësipërm					
	5. Përmirësimi dhe përforcimi i kornizës ligjore dhe rregullatore për shërbimet e kujdesit amtar. Ofrimi i kujdesit shëndetësor amtar (paralindja, lindja dhe paslindja) pa pagesë për çdo grua në çdo nivel të kujdesit.	250.000	250.000		250.000		
	6. Zhvillimi i legjislationit, rregulloreve për shërbimet private, që ofrojnë kujdes amtar (licencimi dhe rilicencimi, monitorimi i performancës së tyre). Përgatitja e standardeve, rregulloreve dhe udhëzimeve të unifikuara me ato të përcaktuara nga MSH-ja, me synimin e partneritetit publik-privat në ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore.	250.000	250.000		250.000		
	7. Rifreskimi dhe zhvillimi i dokumentacionit të unifikuar për përdorim në shërbimet e kujdesit amtar publik dhe privat (kartela, regjistra, fletore, etj.).	420.000.000		420.000.000	20.000.000	400.000.000	
	8. Zhvillimi i një sistemi shpërblymshëm dhe motivimi bazuar në performancën e personelit shëndetësor që ofron shërbime për kujdes amtar, veçanërisht në zonat rurale.	Pa kosto					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	9. Përditësimi dhe zbatimi i udhërrëfyesve dhe protokolleve të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë, për kujdesin para konceptimit, kujdesin antenatal, perinatal, kujdesin paslindjes për punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor.	1.250.000	1.250.000			1.250.000	
	10. Përmirësimi i kujdesit intrapartum të ofruar nga shërbimet e materniteteve publike (me fokus të veçantë në përdorimin korrekt të partogramës dhe protokollat standarde për menaxhimin e komplikacioneve sipas udhëzimeve të OBSH-së).	3.000.000	3.000.000			3.000.000	
	11. Hartimi i protokolleve për shëndetin amtar në emergjencat civile.	250.000	250.000			250.000	
	12. Ngritja e kapaciteteve dhe aftësiwe profesionale e gjithë stafit shëndetësor, të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor, për shëndetin dhe kujdesin amtar në emergjencat civile.	200.000.000	200.000.000			200.000.000	
	13. Zbatimi i protokolleve të depistimit rutinë, analizës dhe diagnozës së anomalive gjenetike, problemeve të lidhura me shtatzëninë, HIV dhe AIDS, IST-të gjatë shtatzënisë.	Kosto e përfshirë në aktivitetin e mësipërm					

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	14. Zhvillimi i një strategjie efektive për burimet njerëzore të nevojshme për shëndetin amtar dhe perinatal (përcaktimi i kategorive të stafit për kujdesin amtar dhe perinatal), duke përfshirë në veçanti zonat rurale dhe ato ku ka mungesa në personel shëndetësor.	250.000	250.000		250.000		
	15. Përcaktimi i protokolleve prenatale për këshillimin dhe ekzaminimin gjenetik, si dhe menaxhimin e sëmundjeve kryesore gjenetike.	250.000	250.000		250.000		
	16. Vendosija e sistemit të referimit në gjithë vendin për kapjen, menaxhimin dhe/ose referimin e rasteve me rrezik të lartë dhe komplikacioneve gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, nga komuniteti tek qendra shëndetësore në KSHP, spitalet e qarkut; ndarja e përgjegjësiave të stafit midis niveleve të referimit.	3.000.000	3.000.000		3.000.000		
	17. Trajnimi (edukimi i vazhdueshëm) i personelit shëndetësor, mjekëve dhe mamive lidhur me kujdesin prekonceptonal, prenatal dhe postnatal.	Kosto e përfshirë në aktivitetin 14 më sipër.					
	18. Përcaktimi i standardeve dhe	250.000	250.000				250.000

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	përmirësimi i organizimit (përfshirë këtu numrin e punonjësve të shëndetësisë) të shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar në çdo nivel.						
	19. Përditësimi dhe përmirësimi i cilësisë së kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe të Infermierisë lidhur me kujdesin amtar të fakultetit të mjekësisë dhe infermierisë, lidhur me kujdesin amtar.	Pa kosto					
	20. Vendosja e sistemit kombëtar të auditimit të vdekjeve amtare (sipas modelit të OBSH-së) për të analizuar me urgjencë çdo vdekje amtare të ndodhur, si dhe sëmundshmërinë e rëndë amtare ("near-miss" events).	250.000	250.000		250.000		
1.2. Përmirësimi i gjendjes nutricionalë të gruas para, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe paslindjes.	1. Ofrimi i shërbimeve dhe këshillimit lidhur me nutricionin për gruan në moshën riprodhuese gjatë shtatzënisë, paslindjes në laktacion, të integruara në paketën bazë të KSHP-së. 2. Zbatimi i normave, udhërrëfyesve dhe protokolleve të ushqyerjes së gruas para konceptimit, në shtatzëni dhe paslindjes, të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë. 3. Zbatimi i protokolleve për	2.500.000	2.500.000				2.500.000
		250.000	250.000		250.000		
		250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
	kapjen, parandalimin dhe trajtimin e mangësive nutricionale gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes.						
	4. Ofrimi falas i rimbursueshëm i hekurit dhe acidit folik, për gratë me anemi gjatë periudhës së shtatzënisë dhe paslindjes, si dhe i jodit për çdo grua shtatzënë për pakësimin e mangësive nga mikronutrientët.	900.000.000	900.000.000				900.000.000
	5. Përfshirja e edukimit për ushqyerjen e vajzave dhe grave në kurrikulat shkollore.	Pa kosto					
	6. Vendosja e një seti indikatorësh kombëtar për monitorimin e gjendjes nutricionale të gruas (anemia, mbipesha, nënpesha, mungesa e jodit, hekurit, etj.).	250.000	250.000		250.000		
	7. Promovimi i programeve për ndyshimin në sjellje lidhur me ushqyerjen e gruas, para konceptimit në periudhën para lindjes, gjatë lindjes dhe paslindjes në laktacion.	3.000.000	3.000.000				3.000.000
	8. Trajnimi i punonjësve të KSHP-së lidhur me informimin dhe edukimin e gruas dhe familjes për ushqyerjen, veçanërisht në periudhën prenatale dhe postnatale, si dhe ushqyerjen e fëmijës me gjii.	Kosto e përfshirë në aktivitetin 14 më sipër.					
1.3 A) Pakësimi i	1. Përcaktimi i protokolleve të	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
përdorimit të abortit si metodë për kontrollin e shtatzënisë B) Ofrimi i kujdesit cilësor për abortin e sigurt; C) Parandalimi i abortit selektiv.	unifikuara për abortin e sigurt në shërbimet shëndetësore publike dhe private.						
	2. Kryerja e studimit për vlerësimin e cilësisë dhe zbatimin e kriterëve të kryerjes së aborteve në institucionet shëndetësore, publike dhe private.	250.000	250.000		250.000		
	3. Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të abortit me pajisje, mjete dhe barna. Futja e teknikave bashkëkohore dhe zbatimi i rekomandimeve të OBSH-së për abortin e sigurt dhe kujdesin pas abortit, në të gjitha shërbimet shëndetësore publike dhe private, që ofrojnë abortin.	13.600.000	10.000.000	3.600.000	8.000.000		5.600.000
	4. Përfshirja në kurrikulat e Fakultetit të Mjekësisë dhe Infermierisë të moduleve të trajnimit, të përgatitura nga OBSH-ja mbi abortin e sigurt.	250.000	250.000		250.000		
	5. Zhvillimi i fushatave informuese me synim rritjen e ndërgjegjësimit publik mbi abortin selektiv.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	
	6. Ngritja dhe trajnimi i grupeve vullnetare (GV) në komunitet për të dialoguar dhe për të krijuar një mjedis të përshtatshëm për ndryshimin e qëndrimeve lidhur me abortin selektiv.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	

Përshkrimi		Kostoja			Mbulimi		
Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
1.4. Edukimi dhe informimi i gruas, familjes dhe komunitetit për rëndësinë e kujdesit shëndetësor para konceptimit, gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes	1. Forcimi i partneritetit midis shërbimeve shëndetësore të kujdesit amtar dhe komunitetit.	250.000	250.000		250.000		
	2. Informimi dhe zhvillimi i kapaciteteve të grave, burrave, familjeve dhe komuniteteve për të njohur rreziqet dhe nevojat për kujdesin amtar.	250.000	250.000		250.000		
	3. Ngritja e komiteteve të shëndetit në nivel lokal (bashki) për përcaktimin e procedurave për mbështetjen e gruas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.	250.000	250.000		250.000		
	4. Hartimi i programeve komunitare IEK për përfshirjen e gruas dhe komunitetit në ndjekjen dhe kujdesin e duhur amtar.	250.000	250.000		250.000		
	5. Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor në komunitet (mjekë, mami, infermiere) dhe grupe të tjera mbështetëse (arsimtarët, OJF lokale, etj.) për kujdesin shëndetësor gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes.	47.000.000	47.000.000				47.000.000
	6. Hartimi i strategjisë së komunikimit për mëmësinë e sigurt.	250.000	250.000			250.000	
	7. Zhvillimi i paketës së unifikuar të materialeve informuese për popullatën, lidhur me kujdesin për	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	shëndetin amtar.						
	8. Kryerja e studimeve cilësore për hartimin e strategjive për ndryshimin e sjelljeve që iu adresohen pengesave, praktikave pozitive dhe negative lidhur me shëndetin amtar.	300.000	300.000			300.000	
	9. Trajnimi i punonjësve të promovionit shëndetësor lidhur me mesazhet për mëmësinë e sigurt, kujdesin amtar dhe komunikimin ndërpersonal duke synuar barazinë gjinore.	2.150.000	2.150.000			2.150.000	
1.5. Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe analizës së informacionit, me synim monitorimin e cilësisë së shërbimeve për shëndetin amtar.	1. Përcaktimi dhe përditësimi i indikatorëve të shëndetit amtar, bazuar në indikatorët e OBSH-së dhe EUROSTAT. 2. Ngritja e një sistemi kombëtar të mbledhjes së informacionit për treguesit e shëndetit amtar si pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor, me të dhëna të disagreguara. 3. Krijimi i regjistrit kombëtar për të dhënat mbi shkaqet e çdo vdekjeje amtare të analizuar nëpërmjet sistemit të auditimit të OBSH-së, si dhe të rasteve me sëmundshmëri të rëndë amtare nëpërmjet qasjes së raportimit të rasteve të rënda, pothuajse pranë vdekjes (near miss	300.000	300.000			300.000	
		250.000	250.000			250.000	
		E-health e përfshirë në koston e objektivit 1 aktiviteti 8					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	cases reporting approach).						
	4. Zbatimi i mjeteve për vlerësimin, auditimin e cilësisë së kujdesit amtar të adoptuar sipas rekomandimeve të OBSH-së në të gjitha maternitetet e vendit.	250.000	250.000			250.000	
	5. Trajnimi i punonjësve të shërbimeve të informacionit shëndetësor dhe shërbimeve të kujdesit amtar për sistemin e treguesve të shëndetit amtar.	E-health e përfshirë në koston e objektivit 1 aktiviteti 8					
	6. Forcimi dhe përdorimi i shërbimeve të telemedicinës nga maternitetet për përmirësimin e cilësisë së shëndetit amtar dhe neonatal.	Pa kosto					
	7. Forcimi në nivel qendror (QKCSA-ISH) dhe lokal (pranë DSHP-ve, sektori i monitorimit vlerësimit) i sistemit të supervizionit dhe monitorimit të shërbimeve të kujdesit gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes. Vendosija e listave të kontrollit për monitorimin e cilësisë së shërbimeve amtare.	7.800.000	7.800.000			7.800.000	
	8. Rishikimi dhe zbatimi i sistemit të unifikuar të indikatorëve për vlerësimin e performancës së shërbimeve shëndetësore të	500.000	500.000			500.000	

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
	kujdesit amtar, që ofrohen në KSHP të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.						
2. Planifikimi familjar							
2.1. Rritja e aksesit për shërbime të përballueshme dhe cilësore të PF-së, duke ofruar llojshmëri të metodave moderne të kontracepsionit për çdo individ që dëshiron t'i përdorë ato, duke marrë në konsideratë përcaktuesit social të shëndetit, dhe duke u fokusuar veçanërisht te metodat që preferohen dhe përdoren më shumë nga popullata e zonave rurale, ajo vulnerabel dhe grupet më pak të pasqarë.	1. Zhvillimi dhe adoptimi standardëve të shërbimeve të PF-së, bazuar mbi evidencat dhe rekomandimet e OBSH-së, UNFPA-së, për ofrimin e shërbimeve të PF-së përfshirë përcaktimin e shërbimeve të referimit. 2. Zgjerimi i shërbimeve të PF-së dhe ofrimi i një game metodash kontraceptive, përfshirë kontracepsionin e emergjencës deri në nivelin më të ulët të mundshëm të ofrimit të shërbimit shëndetësor për çdo individ që ka nevojë, në veçanti në zonat rurale dhe të largëta, si dhe te popullatat më pak të shërbyera p.sh. romët, egjiptianët etj. 3. Integrimi i shërbimeve të PF-së me shërbimet e SHSR-së në të gjitha nivelet. 4. Përcaktimi i paketës së shërbimeve të PF-së për çdo nivel shërbimi, sipas ndarjes së re administrative territoriale. 5. Certifikimi periodik për cilësinë e QSH-ve që ofrojnë planifikim familjar dhe personel të trajnuar	250.000	250.000		250.000		
		435.000.000	435.000.000		434.400.000	600.000	
		250.000	250.000			250.000	
		250.000	250.000			250.000	
		1.000.000	1.000.000			1.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	në këto qendra.						
	6. Sigurimi i furnizimit të mjaftueshëm, të vazhdueshëm dhe ofrimi i zgjedhjes për disa metoda moderne mikse të PF-së nga shërbimet shëndetësore publike.	40.000.000	40.000.000		40.000.000		
	7. Zbatimi i udhërrëfyesit dhe protokolleve të standardizuara të praktikës klinike për PF, të miratuara nga MSH-ja për të siguruar ofrimin e shërbimeve cilësore në sektorin publik, të përshtatshme me nevojat e kategorive të ndryshme të popullatës.	6.000.000	6.000.000			6.000.000	
	8. Trajnimi i personelit shëndetësor për zbatimin e udhërrëfyesit dhe protokolleve të standardizuara të praktikës klinike për PF.	Kosto e përfshirë në aktivitetin e mësjpërm.					
	9. Hartimi i listave të standardizuara të pajisjeve, mjeteve të nevojshme për ofrimin e PF-së sipas niveleve të shërbimit.	250.000	250.000			250.000	
2.2. Krijimi i një mjedisi mbështetës dhe nxitës për përdorimin e shërbimeve të PF-së nga të gjithë ata që kanë nevojë.	1. Vendosija e një minimumi metodash mikse të kontraceptivëve në çdo nivel të shërbimit shëndetësor publik të PF-së, duke synuar sidomos rritjen e përdorimit të kontraceptivëve modern afatgjatë (p.sh.; kontracepsioni post-abort, kontracepsioni post-partum, DIU-	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	ja, kontracepsioni i urgjencës).						
	2 Sigurimi në vazhdimësi i fondeve nga buxheti i MSH-së për blerjen çdo vit të kontraktivëve të nevojshëm për shërbimet e PF-së në sektorin publik.	Përfshirë në koston e Aktivitetit 6 Objektivit 1					
	3. Forcimi i Programit Kombëtar të Planifikimit Familjar (kontraktivë dhe shërbim falas për çdo shtetas që ka nevojë në të gjithë territorin).	Në varësi të studimit					
2.3. Fuqizimi i partneritetit privat-publik në furnizimin dhe ofrimin e produkteve dhe shërbimeve të PF-së	1. Zhvillimi i një plani bashkëpunimi me sektorin privat në furnizimin dhe ofrimin e produkteve dhe shërbimeve të PF-së, për pakësimin e nevojave të paplotësuara për planifikim familjar. 2. Ofrimi i aksesit të OJF-ve për kontraktivët e prokuruar në sektorin publik, duke eliminuar barrierat e panevojshme në vendosjen në treg të produkteve kontrceptive.	500.000	500.000			500.000	
2.4. Nxitja dhe mbështetja e aktiviteteve për komunikimin, ndryshimin në sjellje, për rritjen e njohurive, ndërgjegjësimin, për	1. Hartimi i strategjive të komunikimit për të rritur ndërgjegjësimin e publikut për të drejtat lidhur me zgjedhjen dhe marrjen e vendimeve për PF-në, kontracepsionin, shëndetin seksual dhe riprodhues.	Pa kosto					
		250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
përdorimin e metodave të PF-së nga individët, familjet, komunitetet.	2. Kryerja e fushatave kombëtare të përvitshme për planifikimin familjar me mesazhe të targetuara specifike.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	
	3. Trajnimi i gazetarëve dhe zhvillimi i fushatave në media që targetojnë komunitetet rurale dhe të marginalizuara.	480.000	480.000			480.000	
	4. Përmirësimi i njohurive dhe ndryshimi i sjelljeve mbi kontracepsionin modern në veçanti midis të rinjve, dhe forcimi i rolit të burrave në shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar.	Pa kosto					
	5. Kryerja e aktiviteteve të avokatisë (duke targetuar politikanë, lider të komunitetit dhe anëtarë të kështillave bashkiake) lidhur me PF-në dhe përfitimet e tij për shëndetin e çdo individi.	Pa kosto					
	6. Përfshirja e edukimit për PF-në në kurrikulat shkollore, duke e lidhur me të drejtat seksuale dhe riprodhuese të ndjeshme nga ana gjinore.	Pa kosto					
	7. Trajnimi i mësuesve mbi metodat e mësimdhënies për çështje të planifikimit familjar.	5.200.000	5.200.000			5.200.000	
	8. Trajnimi i personelit shëndetësor	5.200.000	5.200.000		2.200.000	3.000.000	

Përshkrimi Objekti/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
2.5 Përmirësimi i njohurive, qëndrimeve dhe aftësive të personelit të kujdesit shëndetësor që ofrojnë shërbime cilësore për PF dhe kontracëpsionin sipas nivelit të kujdesit dhe shërbimeve që ata punojnë.	në të gjitha nivelet e shërbimit, për këshillimin, komunikimin, promovimin shëndetësor, edukimin e komunitetit lidhur me PF-në						
	9. Kryerja e vlerësimeve të rregullta për të monitoruar programet e IEK-së dhe ato për ndryshimin e sjelljeve lidhur me PF-në.	1.000.000	1.000.000			1.000.000	
2.6 Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe përpunimit të	1. Përgatitja e paketës, moduleve për edukimin në vazhdim lidhur me PF-në për personelin shëndetësor, sipas niveleve të shërbimeve të PF-së që ofrohen.	250.000	250.000			250.000	
	2. Rishikimi dhe përditësimi i kurrikulave universitare të Fakultetit të Mjekësisë dhe Fakultetit të Shkencave Teknike Mjekësore lidhur me PF-në.	Pa kosto					
	3. Standardizimi i roleve, përgjegjësi, kualifikimit të personelit që ofron shërbim të PF-së, sipas nivelit të shërbimit në mënyrë që të vlerësohet performanca dhe eficaenca e personelit shëndetësor në ofrimin e shërbimeve të PF-së.	250.000	250.000			250.000	
2.6. Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe përpunimit të	1. Rishikimi dhe përmirësimi i sistemit statistikor efektiv në të gjitha institucionet shëndetësore,	1.000.000	1.000.000			1.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
informacionit, monitorimit, vlerësimit dhe raportimit për PF- në.	që ofrojnë PF (treguesit, logjistika, kartelat dhe regjistrat për dokumentim, etj). Përzgjedhja dhe përfshirja e indikatorëve të PF-së për monitorimin e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve të PF-së.						
	2. Trajnimi i stafit shëndetësor për analizën dhe interpretimin e të dhënave (trajnim i personelit të logjistikës, mbledhjes e përpunimit të statistikave, sistemit të LMIS-së për kontrareceptivët lidhur me PF- në).	3.100.000	3.100.000			3.100.000	
	3. Zhvillimi i listave të kontrollit dhe kornizës për supervizionin e personelit që ofron shërbime të PF-së. Zhvillimi i mjetit për supervizionim për çdo nivel shërbimi. Përcaktimi i roleve për menaxhimin, koordinimin, supervizionin dhe trajnimin e supervizorëve.	Pa kosto					
	4. Përcaktimi dhe përditësimi rregullisht i infrastrukturës për monitorimin dhe vlerësimin e shërbimit të PF-së në të gjitha nivelet e ofruara. Zhvillimi, zbatimi dhe përditësimi rregullisht i planeve për monitorimin dhe vlerësimin, në nivel qendror dhe në shërbimet shëndetësore publike në rrethe.	Pa kosto					
	5. Përmirësimi dhe fuqizimi i	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
	sistemit të informacionit për menaxhimin logjistik (LMIS) të kontraceptivëve. Rishikimi dhe përditësimi i moduleve për procedurat e standardizuara dhe udhëzimet mbi logjistikën, ruajtjen, transportin, mirëmbajtjen, prokurimin dhe shpërndarjen, inventarizimin, si dhe kontrollin dhe mbajtjen e niveleve të stokut për çdo metodë kontraceptive të ofruar nga shërbimet shëndetësore publike në të gjitha nivelet. Trajnimi periodik i personelit që punon në sistemin e LMIS në nivel qendror dhe lokal.	5.040.000	5.040.000		5.040.000		
	6. Përmirësim i aksesit ndaj të dhënave të PF-së. Prodhimi i raporteve periodike mbi monitorimin dhe vlerësimin, si dhe shpërndarja tyre.	1.000.000	1.000.000			1.000.000	
	7. Kryerja e studimeve shkencore mbi prevalencën e përdorimit të kontraceptivëve dhe identifikimin e barrierave të mospërdorimit të metodave të PF-së.	250.000	250.000			250.000	
Shëndeti i të porsalindurit							
3.1: Sigurimi i kujdesit efektiv fillestar për të porsalindurin. Sigurimi i kujdesit cilësor esencial për çdo grua dhe bebe gjatë kësaj periudhe	1. Përgatitja e paketave të ndëryrjeve për ofrimin e kujdesit bazë dhe shtesë për gratë dhe të porsalindurit, për parandalimin ose trajtimin e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë të provuara dhe	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/Objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
kritike, duke filluar menjëherë pas lindjes, gjatë ditës së parë, dhe duke vazhduar në intervalet kritike në javën e parë të jetës deri në 28 ditë e më tej.	rekomanduara nga evidencat ndërkombëtare dhe OBSH-ja, të përshatatura me situatën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale të vendit. Paketat gjithëpërfshirëse për kujdesin për shëndetin amtar dhe neonatal të jenë pjesë e sistemit universal të kujdesit të ofruar për çdo individ.						
	2. Zhvillimi dhe zbatimi i një pakete për kujdesin emergjent për të porsalindurin për çdo nivel shërbimi. Kostoja e paketës së ndërhyrjeve për kujdesin neonatal dhe alokimi i fondeve nga buxheti i MSH/FSDKSH-së të përfshira në financimet për shëndetin e grave dhe fëmijëve.						
	3. Sigurimi i mjeteve dhe barnave të duhura për ofrimin e kujdesit shtesë për foshnjat me nevoja të veçanta, të sëmura (ose të vogla për moshën gestacionale dhe/ ose preterm).	123.800.000	123.800.000		23.000.000		100.800.000
	4. Trajnimi i personelit shëndetësor për kompetenca dhe aftësi, si dhe pajisja me mjetet e nevojshme për ofrimin e kujdesit për foshnjën e porsalindur të shëndoshë, si dhe të të porsalindurve me nevoja të	2.650.000	2.650.000			2.650.000	

Përshkrimi Objekti/Objekti specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	veçanta, sipas nivelit të shërbimit ku ato punojnë.						
	5. Rritja e ndërgjegjësimit në komunitet dhe familje për të kuptuar se koha rreth lindjes së fëmijës dhe java e parë e jetës është thelbësore për të shpëtuar jetën e nënës dhe të të porsalindurit, dhe ndërgjegjësimi për përgjegjshmërinë për krijimin e kushteve që çdo grua dhe i porsalindur të mund të marrin të drejtën e tyre për kujdes dhe shëndet.	3.000.000	3.000.000			3.000.000	
3.2. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar për të porsalindurin.	1. Përcaktimi i nevojave për mbulimin universal me shërbime shëndetësore për çdo nënë dhe foshnjë të porsalindur.	250.000	250.000			250.000	
Arrija e çdo gruaje dhe të të porsalinduri për të pakësuar pabarazitë në kujdesin e ofruar.	2. Zhvillimi dhe përditësimi i politikave, udhëzimeve dhe standardeve për komponentët e paketës së ndërhyrjeve të përgatitura për kujdesin për të porsalindurin, si dhe mjeteve supervizionuese për kujdesin për të porsalindurin. Të gjitha politikat, udhëzuesit, për komponentët e paketës së ndërhyrjeve të përgatitura, protokollet, mjetet dhe manualet e trajnimit për kujdesin për të porsalindurin duhet të përditësohen, ose kur nevojitet të përgatiten të reja.	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	3. Përditësimi rregullisht (çdo 2 vjet) i politikave dhe udhëzimeve kombëtare, për ndërhyrjet rreth kujdesit të vazhdueshëm për gratë dhe fëmijët mbi bazën e evidencave globale dhe nevojave të vendit, në bashkëpunim me shoqatat e profesionistëve, Fakultetin e Mjekësisë, Infermierisë, institucionet trajnuese dhe aktorë të tjerë.	500.000	500.000		500.000		
	4. Rishikimi i udhëzimeve ekzistuese për vizitat e kujdesit post-natal sipas rekomandimeve të reja të OBSH-së dhe UNICEF-it (sistemi i vizitave në shtëpi).	250.000	250.000		250.000		
	5. Përcaktimi i sistemit të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë, dhe adoptimi e përforcimi i zbatimit të normave dhe standardeve për kujdes me cilësi të lartë, të respektueshëm për nënën dhe të porsalindurin. Zhvillimi dhe përditësimi i mjeteve supervizore të cilësisë së ofruar për kujdesin neonatal sipas nivelit të shërbimit, përfshirë listat e kontrollit.	5.700.000	5.700.000		5.700.000		
	6. Përfshirja në listën esenciale të barnave për vendin e barnave të nevojshme esenciale (përfshirë edhe teknologjitë esenciale), për shëndetin e grave dhe të	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	porsalindurit, dhe sigurimi zinxhir i pandërprerë i furnizimit për të gjitha institucionet që ofrojnë kujdes shëndetësor për të porsalindurin.						
	7. Sigurimi, shpërndarja e barabartë dhe mirëmbajtja e barnave esenciale, mjeteve, pajisjeve për kujdesin për neonatin. Rishikimi dhe përditësimi i listës, dokumenteve për barnat kryesore, pajisjeve dhe mjeteve të nevojshme për paketën e kujdesit për të porsalindurin sipas niveleve të kujdesit. Trajnimi i personelit shëndetësor për përdorimin e tyre.	10.250.000	10.250.000		5.250.000		5.000.000
	8. Pasja e ekipeve multidisciplinare në institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor për të porsalindurit, dhe sigurimi për të qenë të aftë të menaxhojnë komplikacionet amtare dhe neonatale, si dhe pasja e infrastrukturës bazë optimale. Vlerësimi i nevojave për specialist si neonatolog, anesteziist, infermierë dhe neonatologë etj., në shërbimet e kujdesit spitalor për të porsalindurit dhe plotësimi tyre	250.000	250.000		250.000		
	9. Hartimi i kurrikulave për trajnimin e detyrueshëm në edukimin në vazhdim të personelit shëndetësor që ofron kujdes për të	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	porsalindurin, si dhe përcaktimi i kuadrit rregullator për certifikimin dhe ricertifikimin periodik të gjithë personelit të trajnuar që ofron kujdes për foshnjën e porsalindur.						
	10. Përgatitja dhe zbatimi i planit të zhvillimit për burimet njerëzore që mbulon edukimin, trajnimin, akreditimin, normat, shpërndarjen, kompetencat, aftësitë, komunikimin dhe qëndrimin për gruan dhe të porsalindurin, si dhe krijimin e kushteve të punës për një ambient të sigurt dhe të respektueshëm.	50.000.000	30.000.000	20.000.000			50.000.000
	11. Optimizimi i performancës së stafit ofron shërbim për kujdesin e nënës, foshnjë e porsalindur, duke deleguar detyrat të personeli i kujdesit infermieror, mami, me trajnimin dhe mbështetjen e duhur të rolit të personelit shëndetësor që punon në komunitet. shëndetësor.	Pa kosto					
	12. Përmirësimi i kurrikulave universitare për mamitë, infermierët, mjekët e familjes për kujdesin për të porsalindurin. Përmbytja e kujdesit esencial për të porsalindurin duhet të përfshijë kujdesin bazë esencial për të porsalindurin, reanimacionin neonatal, identifikimin e neonatit	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	të sëmurë dhe referimin.						
	13. Zhvillimi dhe përditësimi i politikave, standardeve dhe mekanizmave koordinues për të mbështetur aktivitetet e kujdesit për të porsalindurin. Fuqizimi i mekanizmave koordinues dhe monitorues për kujdesin për të porsalindurin.	250.000	250.000		250.000		
	14. Hartimi i bazës ligjore, rregulloreve për sigurimin e cilësisë në shërbimin amtar dhe neonatal, si në sektorët publik dhe ato privat. Rregullimet duhet të përfshijnë sigurimin e aksesit universal për shërbime shëndetësore, për gratë dhe fëmijët pa pengesa financiare, informimin urgjent mbi vdekjet amtare dhe perinatale, qasjen specifike për infeksionin HIV dhe ushqyerjen e foshnjës, zbatimin e lejes për mëmësinë e sigurt, mbrojtjen e grave shtatzënë dhe atyre që ushqejnë me gjë në vendet ku punojnë, si dhe zbatimin e kodit ndërkombëtar dhe ligjit për mbrojtjen dhe ushqyerjen me gjë.	250.000	250.000		250.000		
	15. Identifikimi i partnershipeve publike dhe private me institucione private dhe organizata për ofrimin e paketës së ndërhyrjeve për kujdesin neonatal sipas standardeve dhe rregulloreve të	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	miratuara. Ndërtimi i kapaciteteve të duhura për ofruarit e institucioneve privat, nëpërmjet ofrimit të standardeve, udhëzimeve, protokolleve, mjeteve, dokumentacioneve të miratuara nga MSH-ja.						
	16. Kryerja rregullisht nga personeli i KSHP-së, e vizitës të kontrollit pas lindjes, brenda 48 orëve të para, në javën e parë, si dhe ofrimi i kujdesit të veçantë për neonatët preterm, prematur, me peshë të ulët lindjeje dhe të sëmurë. Rishikimi dhe përditësimi i detyrave dhe përbërjes së personelit për kujdesin shëndetësor për të porsalindurin, për çdo nivel kujdesi dhe institucioni të ofruar, duke filluar nga KSHP-ja dhe planifikimi tyre, në mënyrë që të ofrohen në vazhdimësi 24 orë në ditë dhe 7 ditë në javë. Përcaktimi i sistemit të vizitave në shtëpi për të porsalindurin. Përcaktimi i dokumentacionit, mjeteve dhe formularëve të raportimit mbi monitorim, vlerësimin, lidhur me vizitat në shtëpi .	608.750.000	608.750.000		608.750.000		
	17. Monitorimi dhe përmirësimi i cilësisë së kujdesit të ofruar nga të	100.000.000	100.000.000			100.000.000	

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
	gjitha institucionet publike dhe private (maternitetet), nëpërmjet survejancës së vdekjeve amtare, perinatale, neonatale, raportimi i vdekjeve të ndodhura (përfshirë vdekjet fetale, feto-morto), dhe supervizionimi periodik i këtyre institucioneve. Institucionalizimi i survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale në përgjigje, përfshirë lajmërimin urgjent brenda 24 orëve të vdekjeve amtare dhe neonatale. Përdorimi i teknologjisë së informacionit mund të ndihmojë në monitorimin e vdekjeve në kohë reale, p.sh. telefonat celular.	720.000	720.000			720.000	
	18. Vlerësimi i cilësisë së materniteve publike dhe private të vendit, mbi bazën e mjetit të adoptuar nga OBSH-ja për auditimin klinik. Përmirësimi i cilësisë së materniteteve të spitaleve të rretheve lidhur me infrastrukturën dhe pajisjet e nevojshme, që të ofrojnë kujdesin e duhur për nënat dhe foshnjat.						
	19. Motivimi i stafit që ofron shërbimin e kujdesit amtar dhe neonatal. Gjetja e qasjeve inovative si trajnime akreditimi, edukimi në vazhdim për përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së kujdesit, përdorimi i incentivave	336.000.000	336.000.000				336.000.000

Përshkrimi Objekti/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	si pagesa financiare, bonuse, etj.						
	20. Zhvillimi i strategjive për përfshirjen e sektorit privat në rritjen e avokatisë për vdekjet amtare dhe neonatale, dhe zhvillimi i teknologjive (ofrimi i barnave pajisjeve mjekësore, ofrimi i shërbimeve nga specialistë privat, etj.) për të përmirësuar rezultatet e shëndetit amtar dhe neonatal.	Pa kosto shtese					
	21. Rritja e financimit për kujdesin shëndetësor për të porsalindurin. Përcaktimi i koston financiare për shpenzimet për kujdesin amtar dhe neonatal. Kryerja e aktiviteteve të avokatisë për rritjen e fondeve për kujdesin neonatal nga MSH-ja.	Do të përcaktohet në fund të programit 2021.					
	22. Kryerja çdo dy vjet e analizave për pengesat e ndryshme, përfshirë edhe ato financiare për arritjen e mbulesës së plotë të paketave të ndërhyrjeve efektive, për kujdesin cilësor për nënën dhe foshnjën e porsalindur, si dhe zhvillimin e ndërhyrjeve kombëtare për të hequr këto pengesa.	400.000	400.000			400.000	
3.3. Fuqizimi i rolit të prindërve, familjeve dhe komuniteteve për të kërkuar akses dhe kujdes cilësor, dhe përmirësimi i praktikave të kujdesit në	1. Hartimi i programeve IEK dhe ndërhyrjeve komunitare për të përmirësuar kërkesën për shërbime, përgatitjen për lindje dhe praktikat esenciale për kujdesin neonatal, përfshirë vizitat në shtëpi dhe grupet	250.000	250.000			400.000	

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtarë	Kostoja			Mbulimi	
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë
shtëpi për porsalindurin. Rritja e fuqisë, ndërgjegjësimi i prindërve, shoqërisë civile, komunitetit dhe mediave për të ofruar informacion dhe për të ndryshuar normat lidhur me kujdesin për të porsalindurin nëpërmjet ndërhyrjeve me bazë komunitare.	e mbështetjes së nënave. 2. Hartimi i strategjive të komunikimit në nivel institucioni shëndetësor në KSHP dhe në komunitet për vizitat në shtëpi, komunikimin ndëpersonale, për promovimin e ndërhyrjeve lidhur me kujdesin neonatal, për të mobilizuar anëtarët e komunitetit të adoptojnë praktika të shëndetshme shëndetësore, ndryshimin e normave sociale në familje, mbështetjen sociale dhe adresimi i pengesave për akses. Aktivitete të orientuara ndaj komunitetit të kategorizuara në 4 fusha.	25.250.000	25.250.000	250.000		25.000.000
	3. Rritja e ndërgjegjësimit për të drejtat, nevojat, përgjegjësitë dhe problemet e mundshme lidhur me shëndetin nënë - i porsalindur.					
	4. Zhvillimi i kapaciteteve për të qenë të shëndetshëm, për të marrë vendime të shëndetshme dhe për t'ju përgjigjur urgjencave amtare dhe neonatale.					
	5. Fuqizimi i mbështetjes sociale midis grave, familjeve dhe komuniteteve, si dhe lidhjeve me shërbimin shëndetësor.					
	6. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	komuniteteve dhe institucioneve shëndetësore për të arritur zonat e largëta, shpërndarja e mesazheve shëndetësore në këto zona, vendosja e linjave për ndihmë, këshillim dhe monitorimin real të lindjeve, vdekjeve amtare, foshnjore dhe feminare.						
	11. Zhvillimi i një strategjie për avokatinë dhe komunikimi mbi shëndetin e të porsalindurit, e aplikueshme në nivel institucioni të KSHP-së dhe maternitete, komuniteti duke përfshirë vizitat në shtëpi.	1.000.000	1.000.000			1.000.000	
	12. Kryerja e analizave në vazhdimësi për pengesat në arritjen e cilësisë së shërbimeve amtare dhe të të porsalindurit, dhe praktikat e kujdesit jo të duhur në shtëpi nga gratë, familjet, komunitetet për të përcaktuar dhe planifikuar ndërhyrjet e përshtatshme	400.000	400.000		400.000		
	13. Adaptimi i qasjeve ndërsektoriale për të përmirësuar kërkesën për shërbime në komunitete më pak të shërbyera si p.sh. transferimi i kushtëzuar i parave, ndihmave financiare familjeve dhe komuniteteve që	Pa kosto					

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi			
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar	
	kanë pamundësi të kenë akses për kujdes shëndetësor							
	14. Përfshirja e sektorit privat për të mbështetur fushata komunikimi në media, që të ndryshohen normat e kujdesit ndaj të porsalindurit, si dhe promovimi zero tolerancë për vdekjet e parandalueshme të kësaj grupmoshe.	Pa kosto						
3.4. Përmirësimi i sistemit të regjistrimit të lindjeve dhe vdekjeve për të porsalindurit, numërimi i çdo lindjeje gjallë ose vdekur (foto-morto) dhe çdo vdekje neonatale. Çdo i porsalindur duhet të regjistrohet, si dhe çdo vdekje amtare dhe foshnjë e lindur vdekur duhet të numërohet.	1. Rishikimi, përgjdhja dhe zhvillimi i indikatorëve kyç lidhur me shëndetin neonatal në indikatorët e shëndetësorë.	250.000	250.000		250.000			
	2. Zhvillimi i një minimumi seti të dhënash perinatale dhe adoptimi mjeteve për mbledhjen e të dhënave, për monitorimin e indikatorëve të rezultateve lidhur me shëndetin neonatal.	250.000	250.000			250.000		
	3. Standardizimi i mënyrës së raportimit të shkaqeve të vdekjeve neonatale nga institucionet shëndetësore. Institucionalizimi i survejancës së vdekjeve amtare dhe perinatale e lidhur kjo edhe me rishikimin e vdekjeve perinatale dhe marrjen e veprimeve që të adresohen faktorët të parandalueshëm.	250.000	250.000			250.000		
	4. Zhvillimi i formularëve specifik	250.000	250.000			250.000		

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtarë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	për vdekjet perinatale të raportuara nga institucionet shëndetësore, dhe përfshirja në të të dhënave mbi feto-morto, moshë gestacionale dhe peshë në lindje bashkë me komplikacionet amtare.						
	5. Rishikimi dhe fuqizimi i sistemit të supervizionit dhe monitorimi i vlerësimit për përmirësimin e cilësisë së kujdesit për shëndetin neonatal. Forcimi i mekanizmave për supervizionin e kujdesit perinatal. Përfshirja e treguesve të shëndetit neonatal për vlerësimin e performancës së kujdesit të ofruar nga shërbimi shëndetësor. Analizimi i problemeve të paaftësisë të neonatët (retinopatitë e prematuritetit, shurdhëria dhe paraliza cerebrale, etj.) si dhe i komplikacioneve të sëmundshmërisë perinatale.	250.000	250.000		250.000		
	6. Auditimi i brendshëm periodik i performancës së materniteteve (bordet e cilësisë) lidhur me shëndetin perinatal, si dhe planifikimi i ndërhyrjeve të ardhshme bazuar në gjetjet.	250.000	250.000			250.000	
	7. Zhvillimi i një plani periodik për monitorimin dhe vlerësimin që të përmbajë synimet rezultatet dhe indikatorët e impaktit, të matura	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	periodikisht.						
	8. Rishikimi i treguesve për ofrimin e shërbimit të nënës dhe të porsalindurit, si dhe integrimi tyre në sistemin e mbledhjes rutinë të indikatorëve të monitorimit dhe vlerësimit të cilësisë.	250.000	250.000			250.000	
	9. Zhvillimi i strategjive për përfshirjen e sektorit privat në përmirësimin e mbledhjes dhe cilësinë e sistemit të regjistrimit të lindjeve dhe vdekjeve, dhe zhvillimi mekanizmave inovative me teknologji të reja për mbledhjen e të dhënave (p.sh. nëpërmjet telefonisë së lëvizshme).	1.500.000	1.500.000		1.500.000		
	10. Unifikimi i sistemit raportues të treguesve të shëndetit neonatal në institucionet private. Kryerja e vizitave supervizore në spitalet private dhe klinika që të monitorohet progresi, të identifikohen problemet, si dhe diskutimi/negocimi i zgjidhjeve.	2.000.000	2.000.000		2.000.000		
4.Shëndeti i fëmijës							
4.1. Pakësimi i keqshqyerjes së foshnjës dhe fëmijës së vogël, nëpërmjet ofrimit të praktikave të ushqyerjes optimale të rekomanduara nga	1. Zbatimi i udhëzimeve dhe PPK-ve të përgatitura mbi ushqyerjen e foshnjës dhe fëmijës së vogël nga të gjitha shërbimet e KSHP-së. Protokollet dhe udhërrëfyesit e përgatitur dhe miratuar nga MSH-ja për ushqyerjen, t'u shpërndahen në	4.000.000	4.000.000			4.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
OBSH/UNICEF.	gjithë institucionet që ofrojnë kujdes për fëmijën.						
	2. Fuqizimi dhe zgjerimi i iniciativës "institucione shëndetësore mike të foshnjës". Përfshirja e të gjithë materniteteve të vendit në certifikimin si "spitale mike të foshnjave". Vlerësimi periodik i spitaleve/materniteteve "mike të foshnjave". Shtrirja e vlerësimit edhe për shërbimet e KSHP-së, si dhe për institucionet shëndetësore private që ofrojnë kujdes shëndetësor për fëmijën.	3.500.000	3.500.000			3.500.000	
	Kryerja çdo 3 vjet e procesit të ricertifikimit të institucioneve.	2.000.000	2.000.000			2.000.000	
	3. Zbatimi dhe përforcimi i ligjit shqiptar për mbrojtjen dhe nxitjen e ushqyerjes me gj. Rishikimi i mekanizmave të kontrollit të zbatimit të ligjit nga inspektorati shtetëror shëndetësor.	250.000	250.000			250.000	
	4. Ndjekja e rritjes dhe zhvillimit nëpërmjet sistemit të vizitave në shtëpi për fëmijët me nevoja specifike, për kapjen e kequshqyerjes te fëmijët në grupe vulnerabel, fëmijët me paaftësi dhe referimi tyre për ndjekje dhe trajtim.	250.000	250.000			250.000	
5. Përcaktimi i normave ditore të		250.000			250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	ushqyerjes për çerdhet, kopshtet dhe shkollat që ofrojnë drekë.						
	6. Rishikimi dhe përditësimi i treguesve të ushqyerjes me gji dhe i ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël në sistemin kombëtar të statistikave shëndetësore, bazuar në indikatorët standard global.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	
	7. Vlerësimi periodik i praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe i fëmijëve të vegjël (survejime kombëtare). Vendosja e treguesve të ushqyerjes me gji dhe ushqyerjes komplementare në sistemin e monitorimit dhe vlerësimit të performancës dhe cilësisë së institucioneve të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën.	250.000	250.000			250.000	
	8. Reduktimi i anemisë dhe mangësive të tjera të mikronutrientëve të fëmijët. Zhvillimi i protokolleve për parandalimin dhe trajtimin e anemisë nga mungesa e hekurit te fëmijët. Ofrimi i shtesave me mikronutrient hekur, acid folik, dhe jod te gratë shtatzëna dhe te fëmijët e vegjël 0-3 vjeç.	80.000.000	80.000.000				80.000.000
	9. Trajnimi dhe certifikimi i personelit shëndetësor lidhur me këshillimin për ushqyerjen e	50.000.000	50.000.000			50.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	foshnjës dhe fëmijës dhe çështjet gjinore lidhur me të, si dhe përdorimi i kurbave të rritjes si mjet i unifikuar për vlerësimin e gjendjes së kequshqyerjes së fëmijës.						
	10. Vendosja e programeve kompjuterike për vlerësimin e kurbave të rritjes, matjeve antropometrike për personelin e KSHP-së që monitoron gjendjen nutricionalë të fëmijës (programet e OBSH- Anthro software).	2.800.000		2.800.000		2.800.000	
	11. Hartimi dhe zbatimi i programeve kombëtare për informimin, edukimin, komunikimin lidhur me rëndësinë e ushqyerjes në rritjen dhe zhvillimin e fëmijës, si dhe edukimi i familjes, komunitetit, mbi praktikën e ushqyerjes optimale të foshnjës dhe fëmijës së vogël. Përgatitja dhe shpërndarja e materialeve informuese në nivel familjeje dhe komuniteti, mbi praktikën e ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël.	6.000.000	6.000.000			6.000.000	
	12. Promovimi i ushqyerjes së shëndetshme dhe stilit të shëndetshëm të jetës te fëmijët e moshës shkollore. Zbatimi me faza, në të gjithë vendin, i "Iniciativës europiane për shkollë me aktivitet	15.000.000	15.000.000			15.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	fizik dhe ushqyerje të shëndetshme" (HEPS).						
4.2. Nxitja dhe mbështetja e një rritje dhe zhvillimi të shëndetshëm gjatë fëmijërisë së hershme.	1. Zbatimi PPK-ve të hartuara dhe miratuara për ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës në të gjitha shërbimet e KSHP-së të vendit. Udhërrëfyesit e protokollit e praktikës klinike për mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës, të përditësuara dhe miratuara gjatë vitit 2014, të kostohen, adoptohen dhe përdoren nga të gjitha institucionet shëndetësore (publike dhe private) që ndjekin foshnjën dhe fëmijën e vogël. 2. Zgjerimi i shërbimeve të qendrave të specializuara të mirërritjes dhe zhvillimit të fëmijës, në 2 rajone të tjera përveç Tiranës. 3. Zbatimi i programeve të edukimit, informimit dhe promovimit të prindërve për zhvillimin e hershëm konjitiv dhe psiko-social të fëmijëve, me vëmendje të veçantë ndaj grupeve të fëmijëve me nevoja të veçanta, dhe në disavantazh social. 4. Trajnimi periodik i personelit shëndetësor në sistemin e edukimit në vazhdim lidhur me	8.000.000	8.000.000		8.000.000		
		550.000.000	150.000.000	400.000.000	50.000.000		500.000.000
		6.000.000	6.000.000			6.000.000	
		31.000.000	31.000.000		31.000.000		

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	praktikat e mirërritjes dhe zhvillimit në fëmijërinë e hershme, sipas problematikave gjinore.						
	5. Bashkëpunimi me shërbimet e tjera të kujdesit ndaj fëmijëve në komunitet lidhur me vlerësimin, trajtimin dhe ndjekjen multidisciplinare të rasteve të fëmijëve me probleme të shëndetit dhe zhvillimit. Përcaktimi i rregulloreve, mënyrave të bashkëpunimit, detyrave të ndara, etj.	300.000	300.000		300.000		
4.3. Pakësimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të fëmijët, nga sëmundjet e parandalueshme me vaksinat, infeksionet e rrugëve të frymëmarrjes, sëmundjet jo të komunikueshme. Zhvillimi i kujdesit promocial, parandalues dhe kurativ për të mbrojtur foshnjat dhe fëmijët e vegjël nga sëmundjet dhe paaftësitë.	<p>1. Ruajtja e mbulesës vaksinale, vaksimi i plotë në kohë i të gjithë fëmijëve sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit. Zgjerimi i skemës së kalendarit të vaksinimit nëpërmjet futjes së vaksinave të reja. Hartimi, Miratimi dhe Zbatimi i Planit Strategjik të vaksinimit.</p> <p>2. Përgatitja dhe miratimi i standardeve kombëtare dhe strukturës së vaksinimit.</p> <p>3. Vendosja e programit të vizitave në shtëpi për kontrollin e shëndetit të fëmijës, me objektiva të qarta sipas moshës dhe problemeve të identifikuar (zhvillimi i udhëzuesve dhe i mjeteve përkatëse). Shpeshësia e vizitave e rregulluar sipas rrezikut që paraqet rasti.</p>	2.020.000	2.020.000		2.020.000		
		Kosto e përfshirë në aktivitetin 1.					
		800.000.000	800.000.000			800.000.000	

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	4. Hartimi dhe zbatimi i protokolleve kombëtare për ndjekjen dhe trajtimin e sëmundjeve kronike jo të komunikueshme (diabeti, astma, obeziteti, etj.), infeksionet akute respiratore, sëmundjet infektive të fëmijët sipas çdo nivel kujdesi të ofruar.	250.000	250.000			250.000	
	5. Zhvillimi dhe shpërndarja e materialeve për IEK-në, në nivel komuniteti dhe QSH-je, lidhur me sëmundjet kryesore të fëmijërisë, menaxhimin e fëmijëve me sëmundje kronike, lindur me peshë të ulët.	330.000	330.000				330.000
	6. Rishikimi dhe përditësimi i PPK-ve mbi menaxhimin e integruar të sëmundjeve të fëmijërisë (MISF), kostoja e tij dhe trajtimi i detyrueshëm i gjithë personelit të KSHP-së për MISF-në.	11.200.000	11.200.000				11.200.000
	7. Përcaktimi i listës bazë të barnave dhe pajisjeve esenciale për çdo nivel kujdesi, për urgjencat pediatrike dhe situatat mjekësore më të zakonshme të fëmijët, (sipas PPK-ve të MISF-së dhe PPK-ve të tjera pediatrike) si dhe përfshirja e tyre në planet buxhetore për çdo institucion.	250.000	250.000			250.000	
	8. Institucionalizimi i MISF-së në kurrikulat universitare të	Pa kosto					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	shëndetësisë (mjekësi, infermieri, shëndet publik, etj.).						
	9. Trajnimi nga MF-ja për njohuritë dhe aftësitë për të vlerësuar, diagnostikuar dhe njohur fëmijën e sëmurë. Përfshirja e trajnimit për kujdesin pediatrik në trajnimet për mjekun e familjes dhe infermierin e QSH-së në KSHP.	80.000.000	80.000.000				80.00 0.000
	10. Vendosija në sistemin e vlerësimit të performancës së QSH-ve në KSHP, i procesit të auditimit të diagnozave të fëmijëve me sëmundje të rënda të ndjekura, trajtuara, referuara nga personeli shëndetësor.	Kosto e përfshirë në aktivitetin e mëposhtëm					
	11. Vendosija e një sistemi të unifikuar të shkëmbimit të informacionit dhe referimit për trajtimin e fëmijës së sëmurë nga niveli parësor në atë spitalor dhe anasjelltas.						
	12. Rishikimi i sistemit të surveancës së defekteve të lindura në Shqipëri, monitorimi i situatës së defekteve të lindura, analiza e tyre dhe hartimi i ndërhyrjeve për përmirësimin e situatës.	10.880.000	10.880.000		10.880.000		
4.4. Përmirësimi i cilësisë së shërbimit të kujdesit shëndetësor për	1. Riorganizimi i shërbimit parandalues dhe kurues për fëmijën në KSHP në qytet. Kthimi i	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
fëmijët.	pediatrit të KF-së në pediater të familjes. Pediatri në shërbimet e KSHP-së në qytet të shërbejë në shërbimin e konsultorit të fëmijës, dhe në shërbimin pediatrik për fëmijën e sëmurë (aktualisht janë të ndarë).						
	2. Rishikimi i përshkrimit të detyrave dhe përgjegjësi të pediatrit të familjes për ta bërë përgjegjës për ofrimin e kujdesit parandalues dhe kurues.	250.000	250.000		250.000		
	3. Akreditimi i shërbimeve të pediatrikë të spitaleve publike dhe jo publike nëpërmjet hartimit dhe vënies në zbatim të mjeteve, për përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë në kujdesin shëndetësor.	4.800.000	4.800.000		4.800.000		
	4. Trajnimi dhe edukimi i koordinatorëve të cilësisë dhe survejorëve të brendshëm, mbi cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor për foshnjën dhe fëmijën e tyre, si dhe akreditimi i tyre.	3.500.000	3.500.000		3.500.000		
	5. Përmirësimi i financimit të shërbimeve pediatrike të kujdesit për fëmijët 0-14 vjeç, zbatimi i DRG-diagnosis relatetd groups.	Kosto pjesërisht JACA					
	6. Vendosja e treguesve të unifikuar sipas indikatorëve ndërkombëtar mbi	2.500.000		2.500.000		2.500.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijës (ICD10).						
4.5. Plotësimi i nevojave të fëmijëve me paaftësi dhe nevoja të veçanta shëndetësore.	1. Vendosija e sistemeve të ndjekjes për kapjen e hershme të foshnjave me rrezik të lartë, dhe fëmijët me paaftësi përfshirë fëmijët me probleme të shëndetit mendtor, midis Qendrave të KSHP- së dhe spitaleve pediatrike. 2. Përgatitja, financimi dhe zbatimi i paketës së shërbimeve për fëmijët me nevoja të veçanta dhe fëmijët autik. 3. Identifikimi dhe regjistrimi i fëmijëve me paaftësi dhe nevoja të veçanta, që kanë nevojë për trajtime shëndetësore dhe shërbime rehabilitimi. Kujdesi për fëmijët me paaftësi të integruar në shërbimet e KSHP-së. 4. Trajnimi i personelit të KSHP-së (Mjeku i familjes, infermierë, konsultori i fëmijës) lidhur me kapjen e hershme të problemeve të shëndetit mendor të fëmijëve. 5. Zhvillimi dhe zbatimi i programeve të përbashkëta për kujdesin në fëmijërinë e hershme, shërbimet e tjera të kujdesit për fëmijën pranë bashkive për monitorimin dhe ndjekjen e problematikave të fëmijëve me	250.000	250.000		250.000		
		250.000	250.000		250.000		
		250.000	250.000		250.000		
		31.000.000	31.000.000		31.000.000		
		250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	paafësi dhe me nevoja të veçanta shëndetësore dhe familjeve të tyre.						
4.6. Pakësimi dhe parandalimi i pasojave shëndetësore dhe psikologjike të keqtrajtimit ndaj fëmijës, nëpërmjet programeve parandaluese.	<p>1. Mbledhja periodike e infomacionit nga personeli shëndetësor mbi dhunën e depistuar ndaj fëmijës. Rishikimi i formularëve, regjistrave të mbledhjes së informacionit mbi dhunën ndaj fëmijës për depistimin e dhunës (faktorët e rrezikut si moshë, gjinia dhe determinantët socio-ekonomik) nga personeli shëndetësor.</p> <p>2. Standardizimi i përkufizimit të keqtrajtimit të fëmijës sipas OBSH-së dhe organizmave të tjera të Kombeve të Bashkuara, në bashkëpunim me të gjithë institucionet që mbledhin të dhëna për keqtrajtimin e fëmijës.</p> <p>3. Kryerja e survejimeve të fëmijët e moshës shkollore për shëndetin mendor dhe mirëqenien si pasojë e keqtrajtimit.</p> <p>4. Rishikimi dhe përditësimi i PPK-ve mbi keqtrajtimin ndaj fëmijës, dhe zbatimi tyre nga i gjithë personeli i KSH-së që ndjek mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës. Përfshirja e depistimit të keqtrajtimit të fëmijës në programin e vizitave në shtëpi.</p>	5.410.000	5.410.000		5.410.000		
		250.000	250.000			250.000	
		1.000.000	1.000.000			1.000.000	
		250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	5. Përfshirja e indikatorëve të depistimit të keqtrajtit të fëmijës, në kriteret e vlerësimit të performancës së institucioneve shëndetësore publike që ofrojnë kujdes për fëmijën (QSH-të, maternitetet, urgjencat e spitaleve) etj.	250.000	250.000		250.000		
	6. Trajnimi i certifikuar periodik, edukimi në vazhdim mbi keqtrajtimin ndaj fëmijës (distance learning) për personelin shëndetësor të të gjitha niveleve, parandalimi i tij nëpërmjet edukimit, këshillimit lidhur me prindërimin pozitiv, trajnimin të personelit të spitaleve, urgjencave, si dhe lidhur me sindromën e shkudjes së bebit, njohjen e shenjave, etj.	112.000.000	112.000.000				112.000.000
	7. Zhvillimi i programeve në shkolla në bashkëpunim me MAS për të mësuar fëmijët të njohin shenjat e dhunës, abuzimit dhe keqtrajtit, si dhe trajnimi i personelit shëndetësor në shkolla, mësuesit, psikologët etj., për kapjen e hershme të problemeve dhe pasojave shëndetësore të keqtrajtit të fëmijëve.	1.700.000	1.700.000			1.700.000	
	8. Zbatimi i fushatave për ndryshimin e sjelljeve të disiplinimit të dhunshëm familjar	1.000.000	1.000.000				1.000.000

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku financiar
	(duke përfshirë të gjitha format e ndëshkimit trupor), si dhe prindërimi pozitiv në bashkëpunim me partnershipet multisektoriale.						
	9. Zbatimi i Agjendës Kombëtare për të Drejtat e Fëmijëve 2016-2020 lidhur me parandalimin e keqtrajtimin të fëmijëve (abuzimi fizik, emocional, seksual dhe neglizhimi).	Pjesërisht nga donatore dhe pjesërisht nga buxheti i shtetit					
	10. Përmirësimi i të dhënave lidhur me keqtrajtimin e fëmijëve nëpërmjet kryerjes së studimeve shkencore, periudike që trajtojnë çështjen e dhunës seksuale ndaj fëmijëve, bazuar në instrumente dhe metodologji standarde (HBSC, ACE, etj).	6.600.000	6.600.000		600.000		6.000.000
5. Shëndeti adoleshentit							
5.1. Përmirësimi i sistemit shëndetësor dhe shërbimeve që ofrohen për adoleshentët, duke i bërë ato miqësore për të rinjtë, me theks kryesor në KSHP.	1. Ofrimi i një pakete shërbimesh e cila përfshin informim, këshillim, diagnozë, trajtim dhe përkujdesje në përbushje të nevojave të adoleshentëve, përmes rrjetit të integruar të shërbimeve, bazuar në sistemin e referimit dhe nivelin e kujdesit të ofruar.	250.000	250.000		250.000		
	2. Zhvillimi i ndryshimeve ligjore dhe rregullatore lidhur me përfshirjen e grup-moshës së adoleshentëve 14-18 vjeç, në shërbimet shëndetësore pediatrike	Pa kosto					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	të ofruara në KSHP dhe atë spitalor (aktualisht shërbimi shëndetësor pediatrik ofron kujdes për fëmijën deri 14 vjeç).						
	3. Rihapja brenda sistemit aktual të kujdesit shëndetësor e qendrave miqësore për të rinjtë sipas modelit "Shërbime shëndetësore për të rinjtë", të cilat do të ofrojnë informacione, këshillime, aktivitete parandaluese dhe referime në lidhje me parandalimin e sjelljeve me rrezik të rinjtë.	Pjesë e strategjisë së rinisë. 243,000,000					
	4. Zhvillimi i një rrjeti shërbimesh të integruara shëndetësore për adoleshentët, dhe fuqizimi i vazhdimësisë së kujdesit përfshirë shëndetin mendor, oral, seksual etj.	363.130.000	363.130.000		303.130.000	60.000.000	
	5. Hartimi i planeve nga çdo QSH për arritjen/mbulimin e adoleshentëve. Sigurimi i mbështetjes së duhur logjistike, infrastrukturës, pajisjeve, barnave, vaksinave, aftësive të duhura, etj., për të lehtësuar shpërndarjen e shërbimeve në të gjithë nivelet e kujdesit.	250.000	250.000			250.000	
	6. Zhvillimi i paketës së standardeve dhe pajisjeve bazë, dokumenteve, barnave dhe materialeve të nevojshme për	250.000	250.000			250.000	

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
	ofrimin e shëndetit të adoleshentit për çdo QSH në KSHP .						
	7. Përcaktimi përpjestimor i shërbimeve që do të ofrohen në nivel komuniteti, në nivel të QSH-ve dhe në nivel të qendrave të specializuara për adoleshentët.	250.000	250.000		250.000		
	8. Zhvillimi dhe prioritizimi i paketës së shërbimeve sipas tematikave madhore: shëndeti seksual dhe riprodhues, shëndeti mendor, abuzimi me substancat adiktive, duhanin e alkoolin, ushqyerja dhe aktiviteti fizik, dëmtimet dhe dhuna, HIV-i dhe IST-të.	2.500.000	2.500.000		2.500.000		
	9. Përfshirja e shërbimeve shëndetësore të adoleshentëve brenda financimit të buxhetit kombëtar sipas modelit të kujdesit shëndetësor, që të arrihet aksesimi për këtë grup ndaj shërbimeve. Shëndetësore.	Pa kosto					
	10. Fuqizimi i Qendrave Rajonale të Planifikimit Familjar (PF) dhe Testimit dhe Këshillimit Vullnetar (QTKV) për HIV dhe AIDS me qëllim nxitjen e të rinjve të marrin shërbimet social-shëndetësore të ofruara.	Përfshirë në strategjinë e rinisë 5,000,000					
5.2. Aftësimi i profesionistëve të	1. Trajnimi i personelit shëndetësor të KSHP-së në edukimin në	5.200.000	5.200.000			5.200.000	

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financiar
shëndetësisë për të ofruar shërbime cilësore për adoleshentët. Zhvillimi i kompetencave të punonjësve të shëndetësisë për ofrimin e paketave të shërbimeve për adoleshentët: protokolle, module edukimi në vazhdim, të drejtat dhe detyrimet, mekanizma monitorimi dhe supervizimi.	vazhdim për ofrimin e shërbimeve për adoleshentët dhe ndjekjen e menaxhimit e problemeve shëndetësore, si dhe të zhvillimit për adoleshentët mbi bazën edhe të ndryshimeve gjinore.						
	2. Aftësimi i profesionistëve të shëndetësisë për të ndërvepruar me prindërit, përfaqësues të komuniteteve dhe shoqërisë civile për çështje lidhur me shëndetin e adoleshentëve.	Kosto e përfshirë në aktivitetin e mësipërm					
	3. Përgatitja e moduleve të trajnimit për shërbimet miqësore të adoleshentëve dhe rritjen e zhvillimit të adoleshentit.	250.000	250.000			250.000	
	4. Zhvillimi i udhëzimeve dhe protokolleve teknike për shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit në KSHP dhe adaptimi tyre në gjithë vendin.	250.000	250.000			250.000	
	5. Trajnimi për personelin e shërbimeve shëndetësore dhe edukatorët mbi këshillimin dhe menaxhimin e problemeve të shëndetit dhe zhvillimit të adoleshentit, përfshirë aftësitë për të shtuar empatinë, aftësitë për edukim me bashkëmohatarët, si dhe aftësi menaxhimi për sjelljet e tyre.	5.200.000	5.200.000			5.200.000	
	6. Përgatitja e materialeve	Kosto e					

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	informuese për personelin shëndetësor lidhur me shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit për çdo QSH.	përfshirë në aktivitetin e mësipërm					
	7. Trajtimi i personelit shëndetësor në shkollë mbi bazën e paketës së promovimit shëndetësor me 12 çështje të miratuara nga MSH-ja.	21.600.000	21.600.000			21.600.000	
	1. Rishikimi dhe fuqizimi i programeve të aftësisë për jetën në nivelin e arsimit 9-vjeçar dhe të mesëm.	Pa kosto					
	2. Forcimi i shërbimit social-shëndetësor në sistemin parauniversitar. Hartimi i Manualit mbi Sjelljet e Shëndetshme të të Rinjtë.	4.250.000	4.250.000		250.000	4.000.000	
	3. Përfshirja e adoleshentëve në aktivitete sociale dhe procese vendimmarrjeje që nxisin pjesëmarrjen dhe përgjegjësinë sociale duke përdorur qasjen me pjesëmarrje të komunitetit.	1.620.000	1.620.000		720.000	900.000	
	4. Integrimi i çështjeve të shëndetit të adoleshentit dhe aftësi për jetën në aktivitete kurrikulare dhe ekstrakurrikulare në shkollë. Vendosija dhe mbajtja e lidhjeve midis personelit shëndetësor në shkollë dhe mësuesve.	2.500.000	2.500.000			2.500.000	
	5. Zbatimi i programeve të veçanta	Kosto e					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi	
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë
	informuese dhe edukuese për parandalimin e IST-ve dhe HIV dhe AIDS te të rinjtë, përmes një bashkëpunimi të koordinuar dhe efektiv të strukturave shëndetësore, edukuese dhe shoqërisë civile.	përfshirë në aktivitetin e mësipërm				
	6. Zhvillimi i fushatave ndërgjegjëse që promovojnë stilin e jetesës së shëndetshme, zvogëlimin e sjelljeve me rrezik (marrëdhëniet seksuale të pambrojtura, përdorimi i duhanit, alkoolit, drogat, lojërat e fatit, ushqyerja, aktivitetet fizike, etj.) dhe përdorimin e shërbimeve ekzistuese social-shëndetësore.	Pa kosto				
	7. Nxitja e krijimit të komiteteve lokale ndërinstitucionale me përfaqësues nga komuniteti, personeli shëndetësor, pushteti vendor, arsimtar, OJF-të etj me synim adresimin e çështjeve shëndetësore të adoleshentëve.	Pa kosto				
	8. Zhvillimi i programeve specifike për adoleshentët në disavantazh, si ata me paaftësi, emigrantët, popullatat rome dhe egjiptiane etj.	4.800.000	4.800.000			4.800.000
	9. Hartimi i strategjisë së komunikimit për median, lidhur me promovimin e shëndetit dhe zhvillimin e adoleshentit.	1.000.000	1.000.000			1.000.000

Përshkrimi	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi	
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë
5.4 Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor për adoleshentët me synim monitorimin e situatës shëndetësore të tyre dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore për adoleshentët.	1. Vendosja në indikatorët e sistemit të informacionit shëndetësor e një sistemi bazë të dhënash për shëndetin e adoleshentit të ndara sipas gjinisë, moshës, vendndodhjes së tyre, etnisë, etj.	500.000	500.000		500.000	
	2. Forcimi i sistemit të monitorimit-vlerësimit të cilësisë së shërbimeve për adoleshentin. Përcaktimi i indikatorëve të supervizimit dhe vlerësimi i cilësisë, mbulesës, koston së shërbimeve të adoleshentit dhe ndërhyrjeve të tjera.	10.080.000	10.080.000		10.080.000	
5.5. Promovimi dhe forcimi i bashkëpunimit ndërsektoral midis sektorëve të ndryshëm, për shëndetin dhe	3. Shpërndarja e informacionit mbi shëndetin e adoleshentit, praktikat më të mira të kujdesit nëpërmjet përdorimit të teknologjive të reja të informacionit.	5.040.000	5.040.000		5.040.000	
	4. Kryerja e kërkimeve shkencore periodike për shëndetin e adoleshentit si pjesë e rrjeteve të studimeve ndërkombëtare (HBSC, ACE, ESPAD).	2.630.000	2.630.000		630.000	2.000.000
	1. Fuqizimi dhe zgjerimi i rolit të Komitetit të Shëndetit Riprodhues, si koordinues dhe bashkëpunues për të mbështetur nisimat lidhur me shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentit.	7.500.000	7.500.000		500.000	7.000.000

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
zhvillimin e adoleshentit.	2. Identifikimi i partnerëve të mundshëm dhe aktorëve social (p.sh. OJF-të, organizatat rinore, sektori privat, media etj.) për të krijuar aleanca dhe për të mbështetur zbatimin e ndërhyrjeve për shëndetin e adoleshentit. Zhvillimi dhe hartimi i planeve të përbashkëta të veprimit midis sektorëve të ndryshëm qeveritarë (MMSR, Ministria Arsimit, etj).	250.000	250.000		250.000		
6. Kanceret e traktit riprodhues							
6.1. Krijimi i një Programi Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Gjirit	1. Hartimi i programeve të ndërgjesimit në popullatë për parandalimin dhe kapjen e hershme të kancerit të gjirit. 2. Ngritja e shërbimeve të depistimit duke përmirësuar kapacitetet në pajisje të mamografisë dhe imazherive të tjera, burimeve njerëzore të specializuara, citologji/biopsi. 3. Forcimi i kapaciteteve në zinxhirin e follow-up. 4. Përmirësimi i aftësive menaxheriale në administrimin e Programit Kombëtar të Depistimit të Kancerit të Gjirit.	3.000.000	3.000.000		2.000.000	1.000.000	
		149.100.000	2.100.000	147.000.000			149.100.000
		Pa kosto					
		480.000	480.000			480.000	
6.2. Forcimi i kapaciteteve diagnostike të kancerit të qafës së mitrës	1. Përgatitja e burimeve njerëzore të specializuara në marrjen dhe kryerjen e citologji/biopsi-së, në	14.000.000	14.000.000			14.000.000	

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	virologji.						
	2. Hartimi dhe miratimi i protokolleve të depistimit dhe diagnozës së kancerit të qafës së mitrës.	250.000	250.000			250.000	
6.3. Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor për kanceret	1. Ngritja dhe konsolidimi i njësisë së regjistrimit të kancerit. 2. Krijimi i platformës informatike për ngritjen e regjistrimit të kancerit	5.032.000		5.032.000	5.032.000		
		Kosto në aktivitein e mësipërm					
	3. Hartimi i raporteve periodike mbi situatën e kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës, bazuar në të dhënat e marra nga regjistri shëndetësor.	3.024.000	3.024.000	3.024.000			
7. IST, HIV dhe AIDS							
7.1. Reduktimi i transmetimit të virusit HIV nga nëna tek fëmija dhe sigurimi i kujdesit të duhur për fëmijët që jetojnë me HIV dhe AIDS	1. Hartimi i protokollit të menaxhimit kombëtar për kujdesin, trajtimin dhe ndjekjen e fëmijëve. 2. Hartimi i protokollit të plotë të parandalimit të infeksionit HIV nga nëna tek fëmija. 3. Implementimi i programeve të informim-edukim-komunikimit për parandalimin e transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija. 4. Hartimi dhe zbatimi i akteve nënligjore në lidhje me çështjet që kontribuojnë për të reduktuar transmetimin e HIV-it, nga nëna tek fëmija.	250.000	250.000		250.000		
		3.000.000	3.000.000		1.500.000	1.500.000	
		250.000	250.000			250.000	
		Pa kosto					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	5. Forcimi i kapaciteteve shëndetësore në nivel lokal për parandalimin e transmetimit nga nëna tek fëmija.						
	6. Përforcimi i sistemeve të monitorimit të zbatueshmërisë së programeve.						
7.2. Parandalimi i IST-ve dhe përmirësimi i cilësisë së programeve të parandalimit.	1. Organizimi i fushatave kombëtare periodike për parandalimin dhe kontrollin e IST-ve. 2. Organizimi i takimeve informuese me të rinj për parandalimin e IST-ve dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore për të rinjtë. 3. Forcimi i kapaciteteve të profesionistëve të kujdesit shëndetësor mbi nevojën dhe mënyrën e raportimit të IST-ve.	3.000.000	3.000.000			3.000.000	
7.3. Forcimi i kapaciteteve shëndetësore për parandalimin dhe trajtimin e IST-ve.	1. Trajnimi i punonjësve të edukimit dhe promovimit shëndetësor mbi parandalimin e IST-ve dhe stigmen ndaj personave që vuajnë nga IST-të. 2. Trajnimi i profesionistëve shëndetësorë që punojnë në kujdesin shëndetësor parësor, mbi parandalimin dhe trajtimin e përshtatshëm të IST-ve.	700.000	700.000		700.000		
8. Infertiliteti							
8.1. Rritja e	1. Hartimi i programeve/fushatave	600.000	600.000		600.000		

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtarë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
ndërgjegjësimi popullatë mbi shkaqet e infertilitetit primar dhe sekondar, me synim uljen e incidencës dhe prevalencës së tij midis grave dhe burrave të moshës riprodhuese.	informuese të targetuara për grupe të ndryshme popullore, si adoleshentët, burrat dhe gratë e moshës riprodhuese, për njohjen e shkaqeve të infertilitetit dhe parandalimin e tyre.						
	2. Zhvillimi i programeve shëndetësore që promovojnë një stil jetese të shëndetshme, si mjete efikase parandalimi të infertilitetit.	Përfshirë në koston e aktivitetit 1.					
	3. Zhvillimi i programeve të ndryshimit të sjelljes së partnerëve lidhur me trajtimin e infertilitetit, kërkimin e ndihmës mjekësore, stigmatizimin, etj.	Përfshirë në koston e aktivitetit 1					
	4. Sigurimi i lindjes dhe abortit të sigurt; rishikimi i procedurave të kontrollit për sterilizimin e instrumenteve kirurgjike dhe rritja e investimeve në to.	Përfshirë në koston e aktivitetit 1					
8.2. Rritja e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore për menaxhimin e infertilitetit	1. Hartimi i protokolleve, udhëzimeve dhe standardeve kombëtare për trajtimin e infertilitetit mashkullor dhe femëror.	250.000	250.000		250.000		
	2. Ngritja e një qendre kombëtare në shërbimet shëndetësore publike, të nivelit terciar për trajtimin e infertilitetit me teknikat e riprodhimit të asistuar, në një sistem të përcaktuar referimi në	35.500.000	1.000.000	34.500.000			35.500.000

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	nivel rajonal dhe kombëtar.						
	3. Trainimi i specialistëve të qendrave publike kombëtare mbi teknikat moderne të riprodhimit të asistuar.	900.000	900.000				900.000
	4. Pajisja e spitaleve rajonale me teknologjinë e duhur për të depistuar dhe menaxhuar infertilitetin mashkullor dhe atë femëror.	1.680.000	1.680.000				1.680.000
	5. Zhvillimi i udhëzimeve lidhur me çeshtje etike dhe sociale për disa procedura klinike, si dhe çeshtjet financiare të riprodhimit të asistuar.	250.000	250.000		250.000		
	6. Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor mbi protokollet dhe standardet e diagnostikimit dhe trajtimit të infertilitetit.	Kosto e përfshirë në aktivitetin 4 më sipër.					
	7. Integrimi shërbimeve të parandalimit dytësor të infertilitetit në shërbimet e KSHP-së.	2.500.000	2.500.000				2.500.000
	8 Forcimi i kapaciteteve të personelit shëndetësor në KSHP mbi rritjen e aftësisë dhe njohurive për patologjitë kryesore që shkaktojnë infertilitetin.	18.000.000	18.000.000				18.000.000
	9. Përditësimi i kurrikulave lidhur me infertilitetin dhe teknikat e	Pa kosto					

Përshkrimi Objekti/objekti specifik	Veprimtarë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	riprodhimit të asistuar, në Fakultetet e Mjekësisë dhe Infermierisë.						
8.3. Përmirësimi dhe zbatimi i legjislacionit mbi shëndetin riprodhues lidhur me çështjet e infertilitetit	1. Zhvillimi i rregulloreve dhe standardeve kombëtare për menaxhimin e infertilitetit, përfshirë teknologjitë e riprodhimit të asistuar 2. Pakësimi i pabarazive në akses për trajtim të sigurt dhe efektiv të infertilitetit. Rishikimi i kostos për trajtimin e çifteve infertile me probleme social-ekonomike. 3. Përcaktimi i udhëzimeve, rregulloreve mbi çështjet kritike, ligjore dhe etike, që lidhen me cilësinë e kujdesit në shërbimet publike dhe private që ofrojnë teknologjitë e riprodhimit të asistuar.	250.000	250.000		250.000		
8.4. Rritja e bashkëpunimit ndërsektorial për ndërhyrje mbështetëse sociale dhe ekonomike me qëllim përmirësimin e faktorëve social, që në mënyrë direkte apo indirekte çojnë në infertilitet bashkëshortor	1. Bashkëpunimi dhe partneriteti me sektorë të tjerë dhe partnerë ndërkombëtar e kombëtar për zhvillimin e politikave sociale dhe ekonomike për: <ul style="list-style-type: none"> • gjetjen e shkaqeve, adresimin e mangësive lidhur me infertilitetin, mundësi për bashkëpunim. • gjetjen e mundësisë 	250.000	250.000		250.000		

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	Hende ku Financ iar
	për uljen e koston së protokolleve të mjekimit konservativ për infertilitetin.						
8.5 Përmirësimi i sistemit të mbledhjes dhe analizës së informacionit shëndetësor, me synim monitorimin dhe vlerësimin e situatës së infertilitetit	<p>1. Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor lidhur me të dhënat mbi infertilitetin primar dhe sekondar në Shqipëri (nëpërmjet aplikimit të E-Health).</p> <p>2. Hartimi i udhëzuesit të indikatorëve standard për infertilitetin dhe zhvillimi i modelit të raportimit periodik të tyre.</p> <p>3. Vendosja e sistemit të monitorimit për raportimin e komplikacioneve të hasura gjatë trajtimeve medikamentoze dhe/ose instrumentale të infertilitetit.</p> <p>4. Rritja e kontrollit mbi qendrat private apo shtetërore që merren me trajtimin e infertilitetit për protokollin e përdorur, cilësinë dhe certifikimin e laboratorëve të riprodhimit të asistuar, zbatimin e legjisllacionit, si dhe kryerja e procedurave të riprodhimit të asistuar vetëm në rastet e</p>	E-health e përfshirë në koston e objektivit 1 aktiviteti 8 shëndeti i nënës	250.000		250.000		
		E-health e përfshirë në koston e objektivit 1 aktiviteti 8 shëndeti i nënës					
		E-health e përfshirë në koston e objektivit 1 aktiviteti 8 shëndeti i nënës					

Përshkrimi Objektivi/objektivi specifik	Veprimtaritë	Kostoja			Mbulimi		Hende ku Financ iar
		Kosto totale	Shpenzimet operative	Shpenzimet kapitale	Buxheti i shtetit PBA-së	Donatorë	
	nevojshme.						
	5. Kryerja e kërkimeve shkencore që synojnë të mbrojnë shëndetin riprodhues dhe fertilitetin e punonjësve në vendet e punës.	3.000.000	3.000.000				3.000. 000

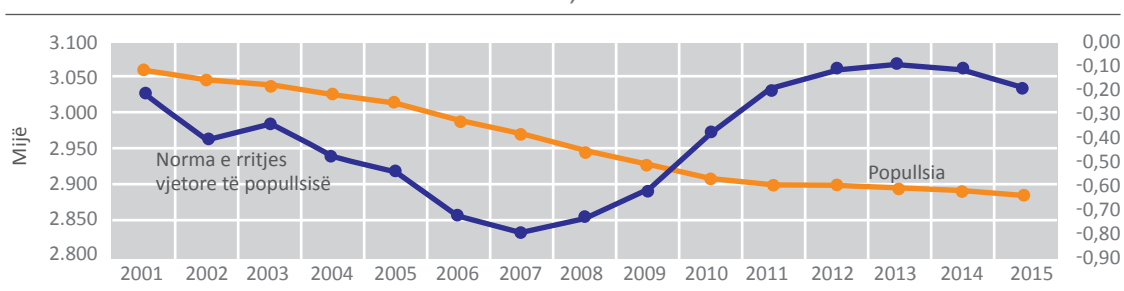
Aneksi 2: Të dhëna demografike

Popullsia mesatare banuese në vitin 2015 shënon një rënie prej 5 300 banorësh në krahasim me vitin 2014. Në vitin 2015, popullsia mesatare banuese ka shënuar një rënie prej 0,18 % në krahasim me atë të vitit 2014.

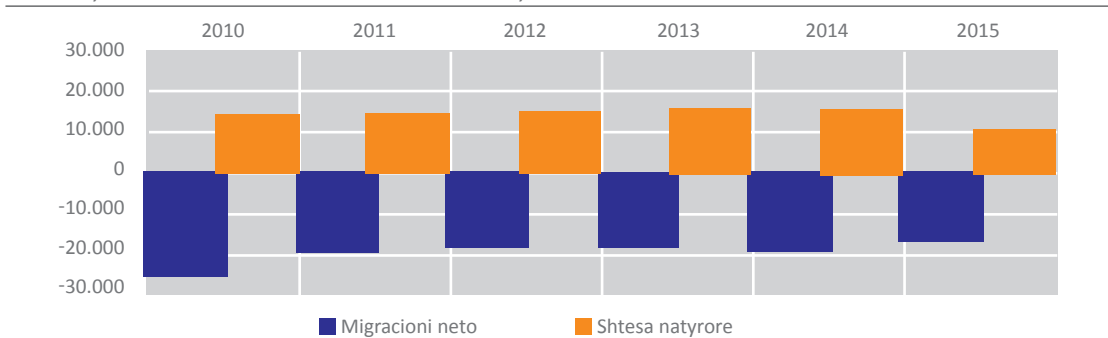
Dy komponentët kryesorë përbërës të popullsisë janë: shtesa natyrore e popullsisë dhe migracioni neto. Shtesa natyrore e popullsisë është zvogëluar në krahasim me një vit më parë me rreth 31 %, si rezultat i uljes së numrit të lindjeve me 8,5 % dhe rritjes së numrit të vdekjeve me 8,5 % krahasuar me vitin 2014.

Nga ana tjetër komponenti i dytë, migracioni neto shënon vlerën prej -17 000 gjatë vitit 2015, duke dhënë kështu një impakt të konsiderueshëm në zvogëlimin e popullsisë ¹.

POPULLSIA DHE NORMA E RRRITJES VJETORE, 2001-2015



LINDJE, VDEKJE DHE MIGRACIONI NETO, 2010-2015

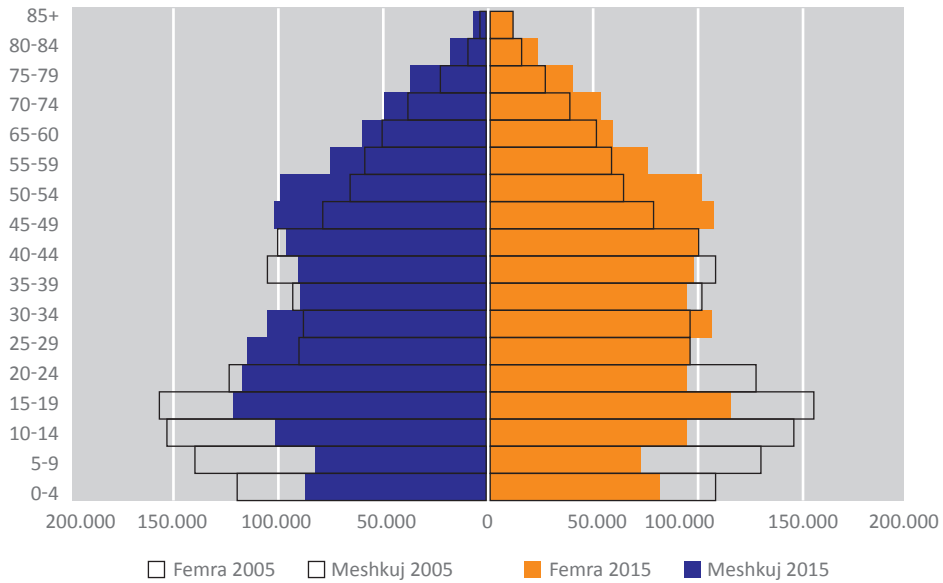


Burimi INSTAT : Shqipëria në Shifra 2015.

Piramida e popullsisë jep një pamje të qartë të popullsisë sipas grup-moshës dhe gjinisë. Grafiku pasqyron piramidat e popullsisë për dy vite, 2005 dhe 2015. Gjatë kësaj periudhe 10-vjeçare vihet re qartë një tendencë drejt plakjes së popullsisë - zvogëlim i bazës së piramidës si rezultat i uljes së numrit të lindjeve, dhe rritje në pjesën e sipërme të piramidës si rezultat i rritjes së jetëgjatësisë.

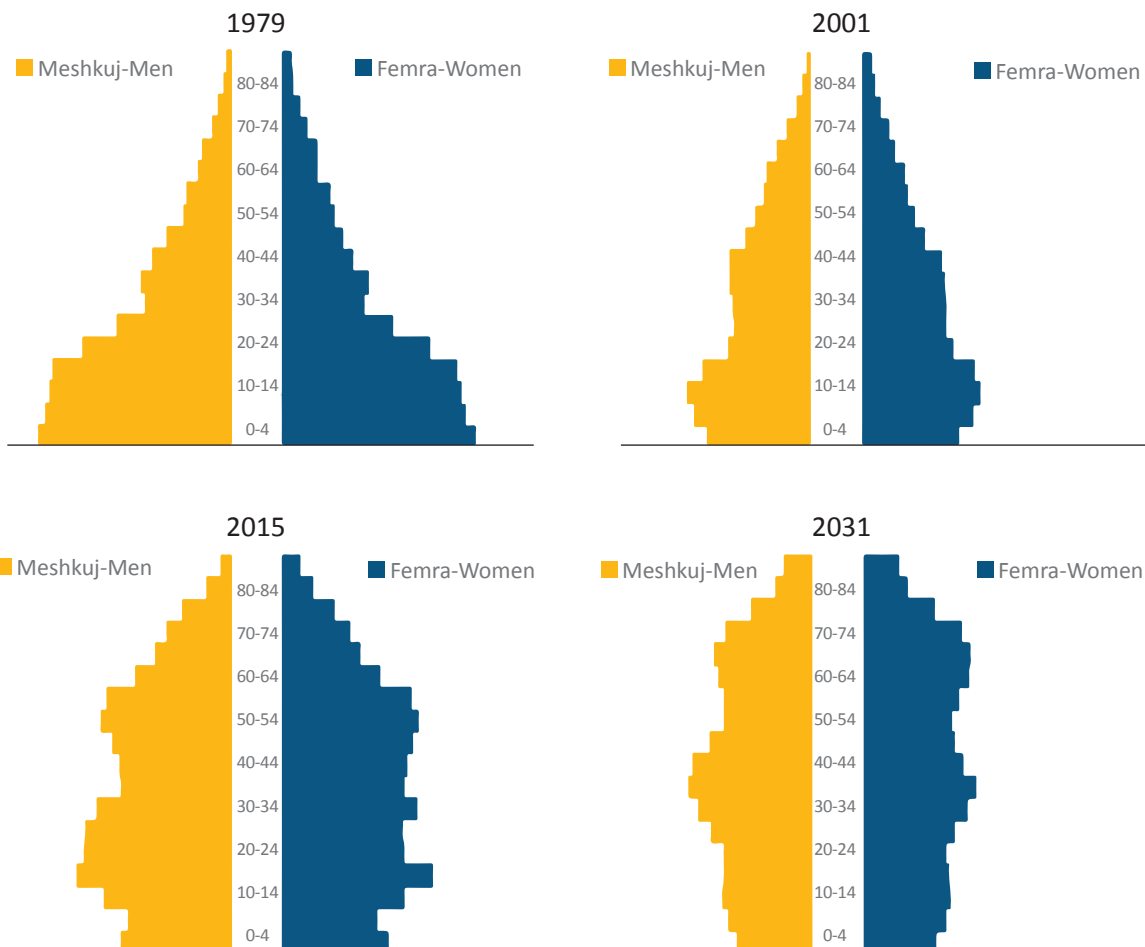
Në vitin 2015, në totalin e popullsisë mesatare të Shqipërisë të rinjtë (0-14 vjeç) zënë 18,1%, ndërsa të moshuarit (65+ vjeç) zënë 12,6 % të popullsisë gjithsej ¹.

PIRAMIDA E POPULLSISË, 2015



Burimi INSTAT : Shqipëria në Shifra 2015.

Piramida e popullsisë sipas moshës 1979, 2001, 2015 dhe 2031
Population pyramids, by age 1979, 2001, 2015, and 2031



Burimi: INSTAT

TREGUES KRYESOR PËR POPULLSINË E SHQIPËRISË

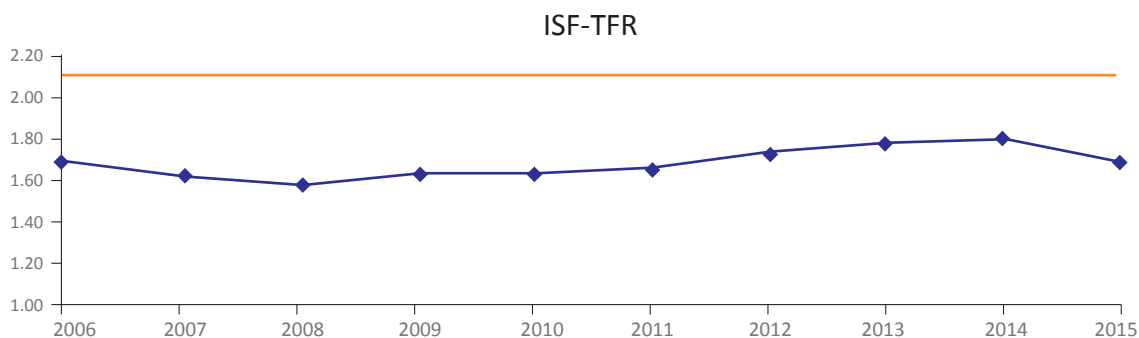
	Njësia	2013	2014	2015
Jetgjatësia	vite			
Meshkuj		76,0	76,4	76,1
Femra		80,3	80,3	79,7
Indeksi sintetik i fekonditetit	për grua	1,76	1,78	1,7
Mosha mesatare në lindje	vite	27,3	27,2	27,2
Martestat	për 1000 banorë	8,2	8,2	8,7
Divorcet		1,3	1,5	1,8

Indeksi sintetik i fekonditetit (ISF) i cili është një tregues i standardizuar që tregon numrin mesatar të fëmijëve që një grua në moshë riprodhuese pritet të lindë, për vitin 2015 shënon 1,67 fëmijë. Kjo do të thotë se 100 femra pritet të lindin 167 fëmijë nëse normat e lindshmërisë sipas grup-moshës janë këto të vitit referues, 2015.

Ky indeks është nën normën e zëvendësimit, 2,1 fëmijë për grua, që do të thotë se një çift nuk arrin të zëvendësojë veten. Nëse shohim lindshmërinë sipas grup-moshave, lindshmëria ka rënë për të gjitha grup-moshat, por kryesisht kjo rënie ka qenë më e madhe për grup-moshat e mëdha 40-44 vjeç, e cila ka sjellë një rënie të lehtë të moshës mesatare në lindje. Në vitin 2015 femrat lindin mesatarisht 26,7 vjeç, krahasuar me vitin 2014 ku kjo moshë ishte 27,2 vjeç².

Indeksi sintetik i fekondimit, 2006-2015

Total Fertility rate, 2006-2015



Burimi; INSTAT, Femra dhe meshkuj 2015

Vdekjet

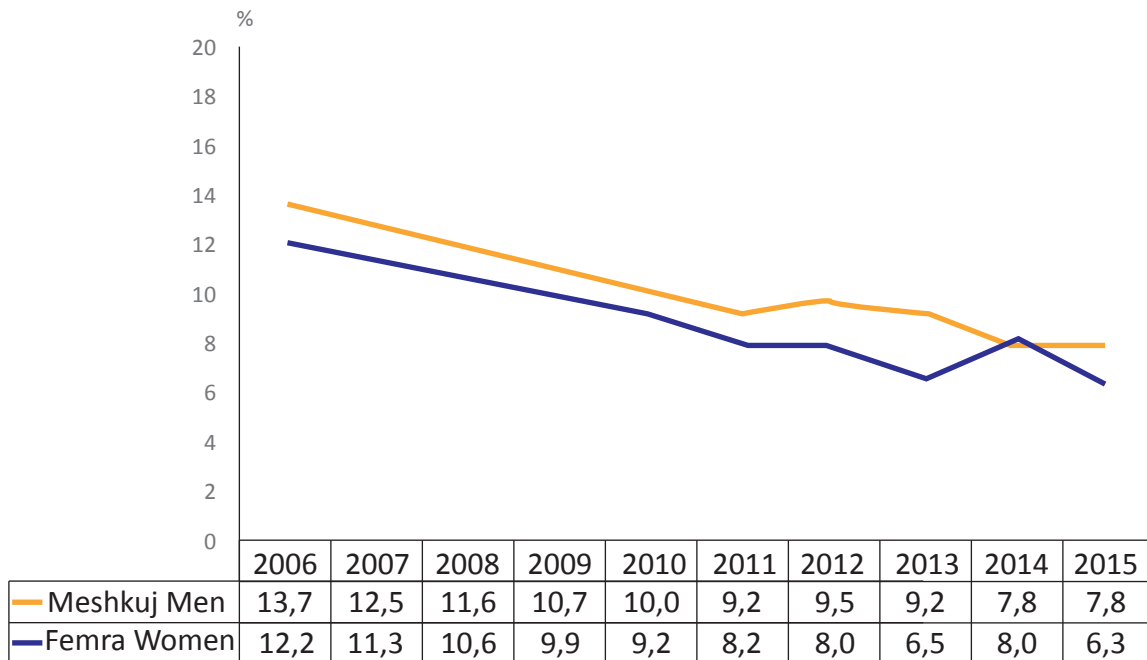
Gjatë vitit 2015 numri i vdekjeve ishte 22,4 mijë. Kjo rritje është afërsisht 8% krahasuar me një vit më parë. Kjo rritje kryesisht vjen nga një raportim më i mirë i vdekjeve nga gjendja civile. Vdekjet sipas grup-moshave tregojnë se në të gjitha grup-moshat meshkujt kanë një % më të lartë të vdekjeve, duke përjashtuar grup-moshën e fundit mbi 80 vjeç. Kjo ndodh pasi jetëgjatësia e meshkujve është më e ulët sesa ajo e femrave. Në vendin tonë për vitin 2015 meshkujt jetojnë mesatarisht 4 vite më pak se femrat².

Vdekshmëria perinatale, foshnjore dhe fëmimore

Vdekshmëria foshnjore

INSTAT raporton se për vitin 2015 vdekshmëria foshnjore është 7,8 për djemtë dhe 6,3 për vajzat. Ky tregues për meshkujt ka mbetur në të njëjtat shifra krahasuar me një vit më parë, ndërkohë për vajzat ka një përmirësim duke e krahasuar me vitin 2014 i cili ishte 8,0 2.

Vdekshmëria foshnjore për 1000 lindje
Infant deaths per 1000 live births

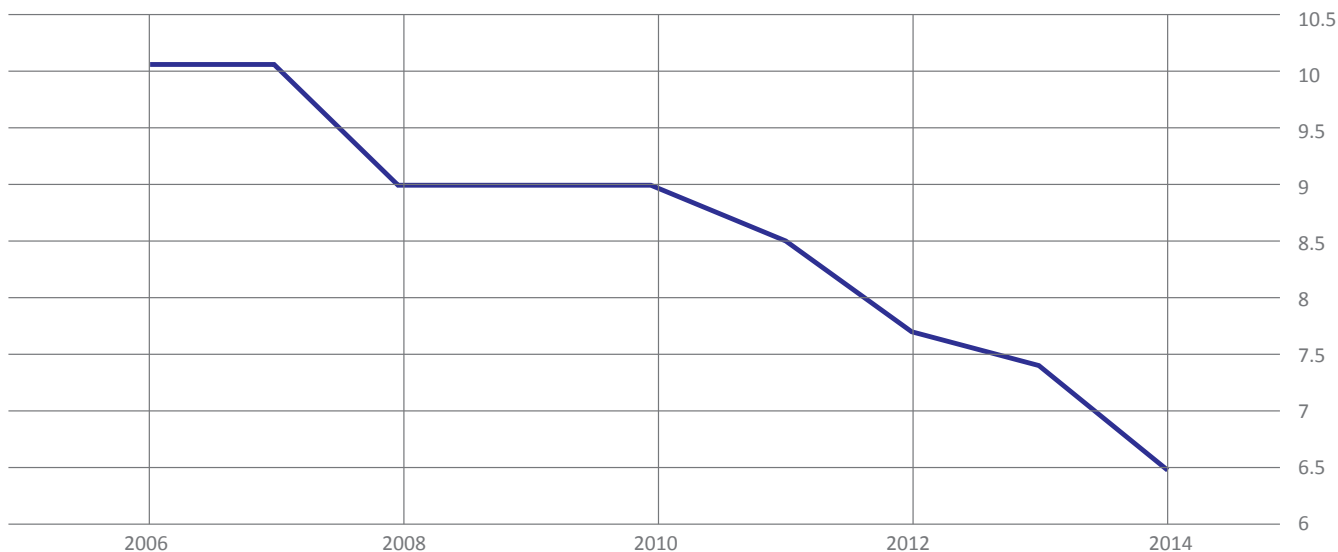


Burimi: INSTAT

Sikurse shihet, niveli i vdekshmërisë foshnjore për të dy gjinitë në Shqipëri, në vitin 2015, u raportua në shifrën 7.2 për 1 000 lindje të gjalla nga INSTAT-i dhe 6.3 për 1 000 lindje të gjalla nga Ministria e Shëndetësisë. Në të kundërt, sipas vlerësimeve të OKB-së (raporti IGME UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015), vdekshmëria foshnjore e përgjithshme në Shqipëri në vitin 2015 ishte **13 vdekje për 1 000 lindje të gjalla**, shifër që është shumë më e lartë se raportimet zyrtare të INSTAT-it, apo të Ministrisë së Shëndetësisë 4.

Në Shqipëri, pavarësisht përmirësimit të dukshëm të treguesit të vdekshmërisë neonatale në vitet e fundit, ai mbetet relativisht i lartë dhe i pandryshueshem (7 ‰)4. Përmirësimi i vdekshmërisë neonatale është i ngadaltë, edhe pse lindjet në institucionet shëndetësore janë shumë të larta.

Megjithëse në vite është vërejtur një ulje e ndjeshme e vdekshmërisë foshnjore, pjesa që zë në të vdekshmëria neonatale, bëhet çdo vit dhe më e lartë (aktualisht zë rreth 75% të vdekshmërisë foshnjore). Kjo sugjeron se ndërhyrjet në shëndetin e të porsalindurit duhet të jenë prioritare.



Burimi: Banka Botërore, Shqipëria vdekshmëria neonatale

Sipas statistikave të Ministrisë së Shëndetësisë për vdekshmërinë neonatale, vdekjet e javës së parë pas lindjes (0-6 ditë) përbëjnë rreth 80 % të vdekjeve neonatale

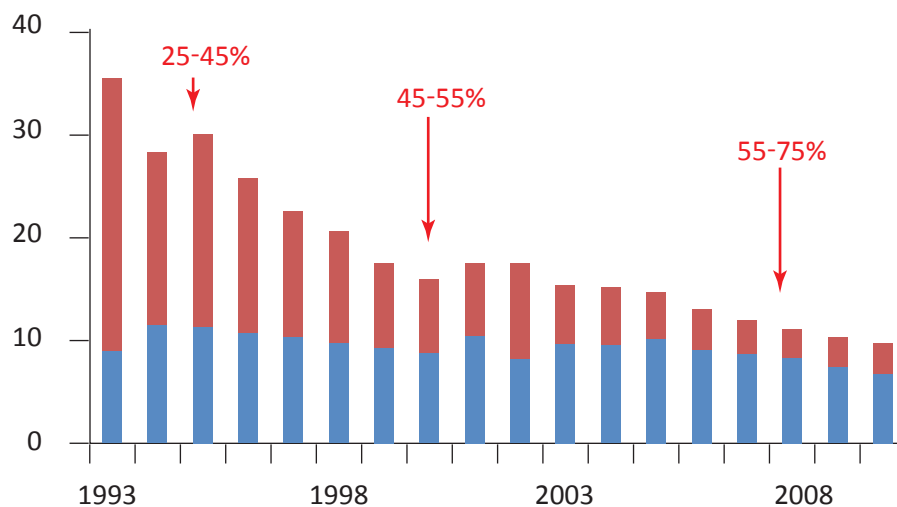


Fig. Përpjestimi i vdekjeve neonatale në vdekshmërinë foshnjore (Burimi Ministria e Shëndetësisë)

Vdekshmëria e fëmijëve nën pesë vjeç. Sipas të dhënave operative të Ministrisë së Shëndetësisë, vdekshmëria nën 5 vjeç është ulur nga 20,7 (për 1 000 lindje të gjalla) në vitin 2002 në 7,1 në vitin 2015. Megjithatë, ashtu sikurse për vdekshmërinë foshnjore, ekziston një nënraportim i ndjeshëm nga të dhënat zyrtare të institucioneve shqiptare si pasojë e nënregjistrimit të numrit të vdekjeve⁴.

Nga kjo pikëpamje, sipas raporteve të OKB-së, (IGME UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation 2015), vdekshmëria nën 5 vjeç në Shqipëri për vitin 2015 ishte 15 dhe 13, respektivisht për meshkujt dhe femrat. Megjithatë, në të dy gjinitë vërehet një ulje pothuaj trefish krahasuar me vitin 1990.

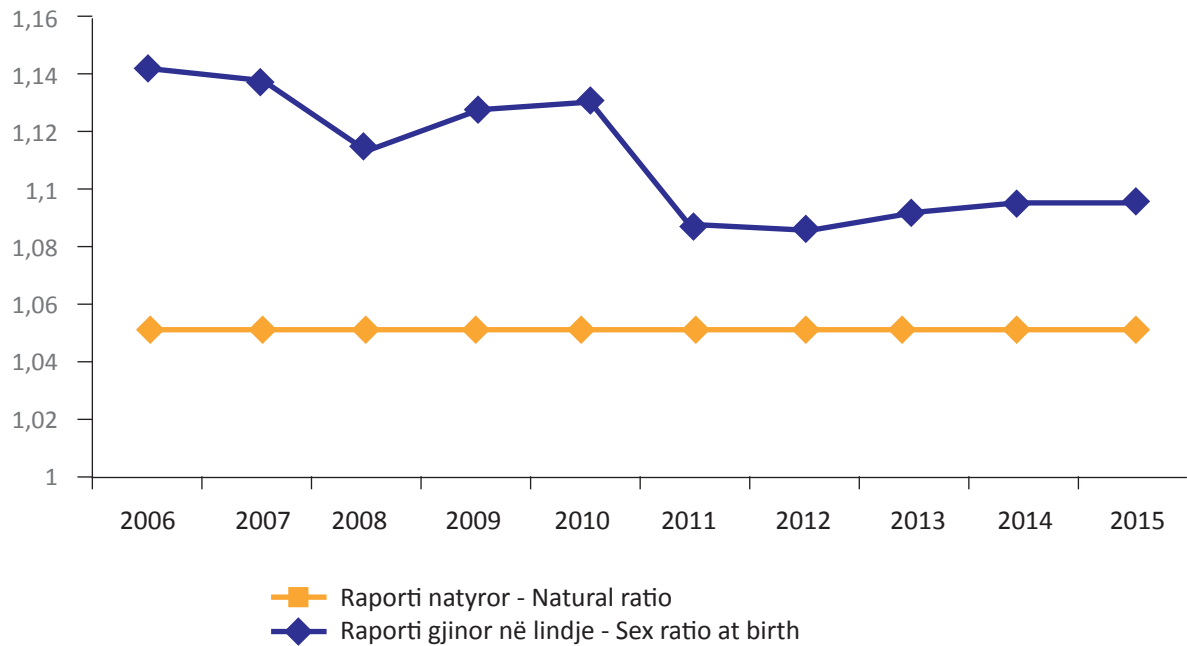
Lindjet

Numri i lindjeve gjatë vitit 2015 është afërsisht 32,7 mijë lindje. Raporti gjinor në lindje është 1,1 që tregon se në 100 lindje vajzash lindin 110 djem. Ky raport është më i lartë se raporti natyral i cili është 1,06 që tregon një preferencë për lindjet e gjinisë mashkullore 2.

Në vlera absolute, rënia e numrit të lindjeve krahasuar me vitin 2014 është afërsisht 3 mijë lindje. Për lindjet meshkuj kemi një rënie 8%, ndërkohë për lindjet femra rënia është 9%.

Raporti gjinor në lindje

Sex ratio at birth



Burimi: INSTAT

Raporti gjinor sipas rradhës së lindjes, 2015

Sex ratio by birthorder of births, 2015

Rradha e lindjes Birthorder	Meshkuj Men	Femra Women	Raporti gjinor Sex ratio
1	7,519	7,047	106,7
2	5,593	5,144	108,7
3	2,043	1,746	117,0
4+	669	531	126,0
Mungojnë Missing	1,618	1,518	106,6

Burimi: INSTAT, Drejtoria e Përgjithshme e Gjendjes Civile

Lindjet dhe abortet

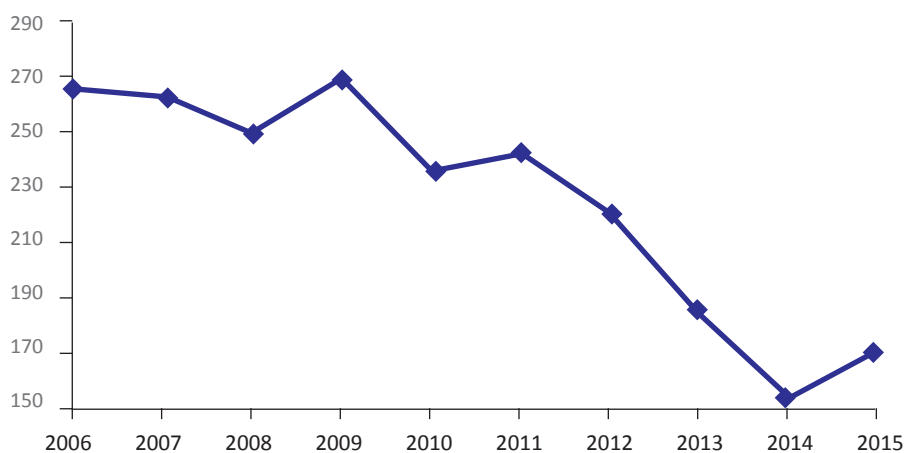
Live births and abortions

Vitet Years	Lindje Life births	Aborte Abortions	Raporti i abortit Abortion rate	Lidhja: Lindje/Aborte The Relation: Births/ Abortions
2006	35.891	9.552	266	3,8:1
2007	34.448	9.030	262	3,8:1
2008	33.445	8.335	249	4,0:1
2009	34.114	9.200	270	3,7:1
2010	34.061	8.085	237	4,2:1
2011	34.285	8.307	242	4,1:1
2012	35.473	7.846	221	4,5:1
2013	35.750	6.638	186	5,4:1
2014	35.760	5.572	156	6,4:1
2015	32.715	5.619	172	5,8:1

Burimi: INSTAT, Drejtoria e Përgjithshme e Gjendjes Civile, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), Ministria e Shëndetësisë

Burimi: INSTAT, Drejtoria e Përgjithshme e Gjendjes Civile, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), Ministria e Shëndetësisë

Raporti i abortit
Abortion rate

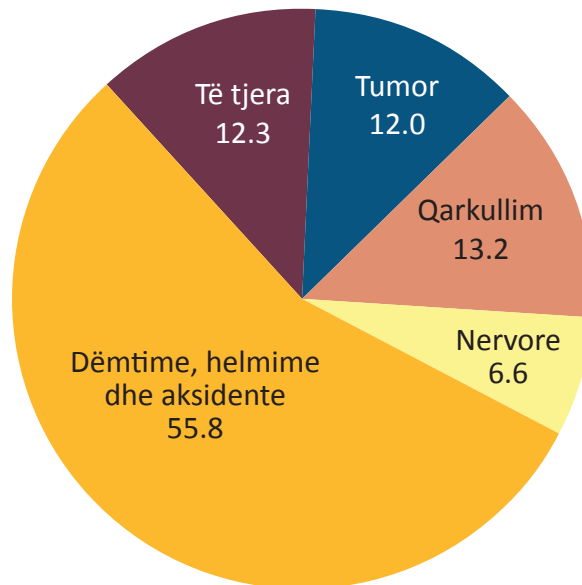


Adoleshentët, shkaqet e vdekjes

Nga viti 2001 deri në vitin 2011, statistikat jetësore tregojnë numrin e vdekjeve të të rinjve që luhet në rreth 800 në vit. Që atëherë, numri duket se ka rënë. Shumica mbi 50 vjeç vdesin për shkak të sëmundjeve të qarkullimit të gjakut dhe kancerit, ndërsa të rinjtë përgjithësisht bëhen viktimë ndaj faktorëve të jashtëm nëse vdesin. Në vitin 2010, shkaqet e jashtme llogaritin 55,8% të vdekjeve të të rinjve të moshës 15 deri në 29 vjeç. Dëmtimet e jashtme, helmimi dhe aksidentet janë shkaqet kryesore të vdekjes së të rinjve. (INSTAT “Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë”, nëntor 2015).

Një grup faktorësh të parandalueshëm të rrezikut si: duhanpirja, abuzimi me alkool, dieta e pashëndetshme dhe mungesa e veprimtarisë fizike kanë ndikim të madh në rritjen e vërejtur në barrën totale të sëmundjeve jo të transmetueshme si kanceri, sëmundjet e zemrës, mëlçisë dhe mushkërive. Parandalimi i të rinjve shqiptarë nga duhanpirja dhe abuzimi me alkool, dieta e pashëndetshme dhe promovimi i aktivitetit të tyre fizik janë sfidat kryesore⁵.

Figura: Të rinjtë që kanë vdekur në moshën 15-29 vjeç sipas shkakut të vdekjes, 2010 (në përqindje)



Burimi: INSTAT "Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë", nëntor 2015

Arsimi

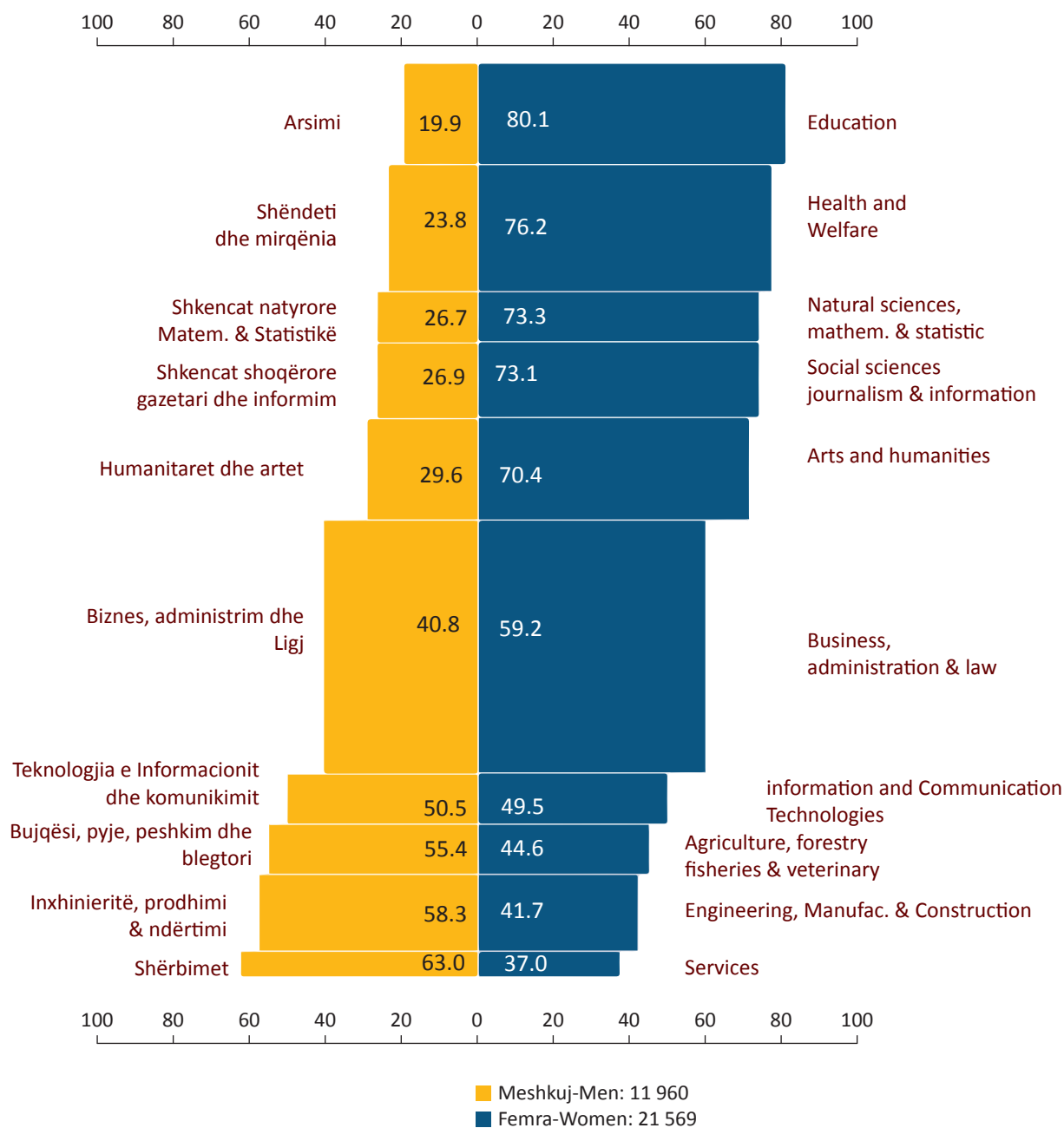
Vërehet se niveli i njohurive të fituara në shkollë vjen në rritje të vazhdueshme sasiore dhe cilësore. Kjo ka të bëjë me pasurimin e kurrikulave në të gjitha nivelet e arsimit, por edhe me rritjen e pjesëmarrjes në arsim.

Pjesëmarrja e të rinjve në arsimin e lartë është e lartë. Gjithashtu nuk përbën më risi fakti që pjesën më të madhe ndër studentët e regjistruar e zënë femrat, të cilat në vitin 2014/15 përbëjnë përsëri 57 % të totalit të tyre. Numri i të diplomuarëve në arsimin e lartë në vitin 2015 është rritur akoma më tepër krahasuar me vitet e mëparshme. Vazhdon të ngelet i lartë edhe për vitin 2015 raporti i femrave të diplomuara me 64 % krahasuar me 36 % të meshkujve.

Në vitin 2014/15 ka një rritje të numrit të nxënësve që marrin diplomë të arsimit të mesëm krahasuar me vitin paraardhës².

Studentë e diplomuar në arsimin e lartë sipas fushave të studimit, 2015

Students graduated on tertiary by field of study, 2015



Burimi: INSTAT

Shënim: Sipas Manualit të Fushave të Studimit 2013

Diplomimet në fushën e shëndetit

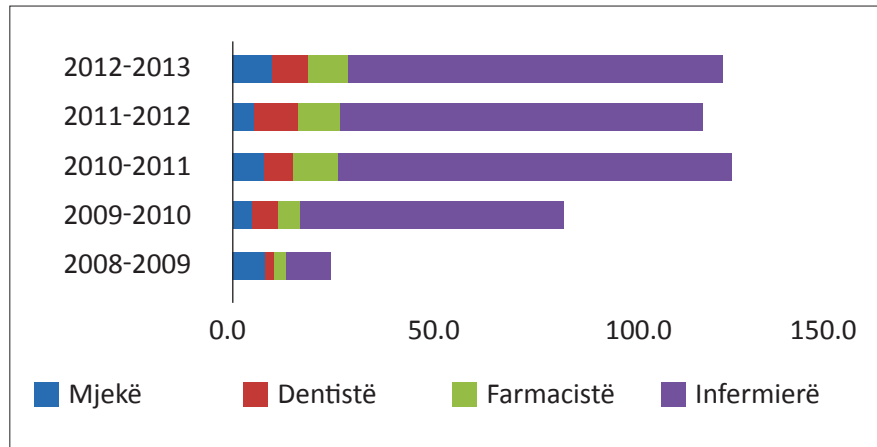
Kemi një rritje të diplomimeve në vite dhe kjo është më e shprehur për infermierët; në vitin akademik 2012-2013 sipas burimit të Ministrisë së Arsimit dhe Sporteve janë diplomuar 2 719 infermierë³.

Sipas shpërndarjes së stafit mjekësor për 100 000 banorë në vite shohim se në mjekësi janë diplomuar 9 për 100 000 banorë në 2008-2009, ndërsa në 2012-2013 janë diplomuar në mjekësi 10 për 100 000 banorë. Ndryshimet janë mjaft të ndjeshme për të diplomuarit në farmaci, stomatologji dhe infermieri.

Më poshtë tregohet sa është rritur numri i diplomimeve, kjo e përlllogaritur për 100 000 banorë.

Për sa i përket kësaj të fundit, ndryshimi i diplomimit në këtë disiplinë është shumë i madh, për vitin (2008-2009) janë diplomuara 11 për 100 000 banorë, ndërsa në vitin akademik (2012-2013) janë diplomuar 94 studentë për 100 000 banorë³.

Studentë të diplomuar në fushat e mjekësisë 2008-2013 (100.000 banorë)



Burimi: INSTAT

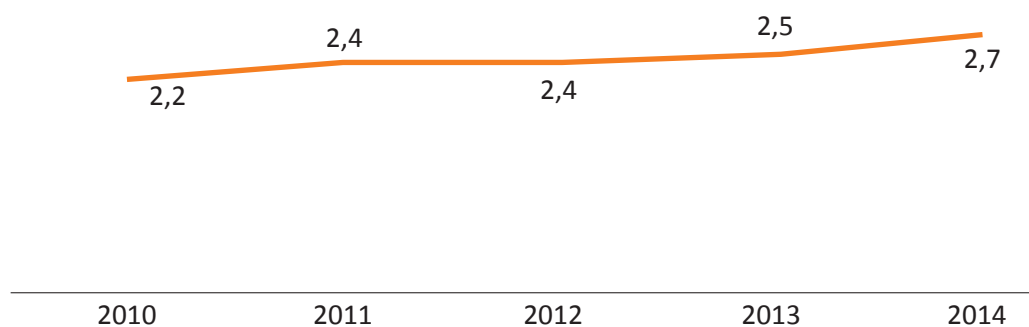
Shërbimet dhe gjendja shëndetësore e popullatës

Shumë ndryshime kanë ndodhur për sa i përket shëndetit gjatë këtyre viteve në Shqipëri, kjo veçanërisht në lidhje me shëndetin e nënës dhe fëmijës. Pothuajse të gjitha lindjet në Shqipëri asistohen nga personeli shëndetësor i kualifikuar, dhe 99% e tyre janë në materinitetet dhe shtëpitë e lindjeve.

Në shërbimin publik parësor kontakti për person me mjekun e familjes dhe specialistin është 2,2 kontakt për person. (Pra çdo person merr kujdes shëndetësor parësor mesatarisht 2 kontakte në vit.) Në vitin 2013 numri i vizitave të kryera në shërbimin parësor të mjeku i familjes, mjeku specialist etj. ishte 6.2 milionë¹.

Gjatë vitit 2014 sipas Ministrisë së Shëndetësisë janë raportuar 7 825 455 vizita, ku mesatarisht 3 vizita për banor të kryera nga mjeku i përgjithshëm dhe mjeku i familjes.

Fig. 1 Kontakti për person me mjekun e familjes dhe specialistin 2010-2014



Sipas këtij grafiku, shikojmë se çdo qytetari shqiptar i ka takuar të shkojë te mjeku i familjes ose mjeku i përgjithshëm afërsisht 3 herë në vitin 2014 për t'u vizituar, nga 2 herë që ka qënë para vitit 2008. Nga këto po në vitin 2014 vërehet një rritje në 4 % të vizitave në poliklinikat e specialiteteve nga ato të viteve të mëparshme. Moshat që kërkojnë shërbim mjekësor kryesisht janë ato nën 14 vjeç dhe ato të moshës mbi 60 vjeç, të cilat janë afërsisht 50 % për vitin 2014³.

Brenda shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor funksionojnë dhe shërbime specifike për përkujdesin e nënës dhe fëmijës, konsultoren e gruas (KG) dhe konsultoren fëmijës (KF).

Për vitet 2010-2014, sipas Ministrisë të Shëndetësisë KG-ja ndiqet nga mjeku obstetër-gjinekolog dhe pothuajse numri i vizitave të para obstetrike është përafërsisht i njëjtë me numrin e lindjeve të raportuara në vendin tonë, nga këto 65 % janë gjatë 0-13 javëve të para dhe mbi 28 javë 10,9 % sipas raportimit për vitin 2014, kjo shpërndarje ka qëndruar e pandryshuar në këto vite sipas evidencës për këtë shërbim të ofruar³.

Në lidhje me ndjekjen e fëmijëve, KF-ja është fokusuar në ndjekjen e fëmijëve 0-12 muaj dhe mënyrën sesi ushqehen ata sipas rekomandimeve të OBSH-së. Në të dhënat e aktitetit të KF-së shikojmë që numri i ndjekjes së fëmijëve nga stafi i lartë mjekësor për vitin 2014 është 58 %, kjo më e lartë krahasuar me vitin 2010 që ka qenë 42 %³.

Numri i spitaleve dhe i shtretërve spitalorë është ulur gjatë viteve të fundit në Shqipëri, por niveli i shfrytëzimit të shtratit është ende i ulët, kjo për sektorin publik në vlerat 48 %, për shkak se sektori privat sapo ka lulëzuar në Shqipëri¹.

Shpenzimet totale për shëndetësinë llogariten si shuma e shpenzimeve publike dhe private të bëra për shëndetësinë. Ato mbulojnë shërbimet shëndetësore (parandaluese dhe kuruese), aktivitetet e planifikimit familjar, ndihmat emergjente për shëndetin, etj. Të dy sektorët kanë një peshë jo të vogël ndaj totalit të shpenzimeve për shëndetësinë, por aktualisht shpenzimet publike zënë 3 % të PBB-së¹.

Shqipëria shpenzon rreth 6% të PBB-së për kujdesin shëndetësor sipas raportit OBSH-së 2015. Krahasuar me vendet e Europës Juglindore, shpenzimet e Shqipërisë për shëndetin ndaj PBB-s janë më të ulëta³.

Tab. 7 Tregues makroekonomikë për shëndetësinë, sektori shtetëror 2010-2014

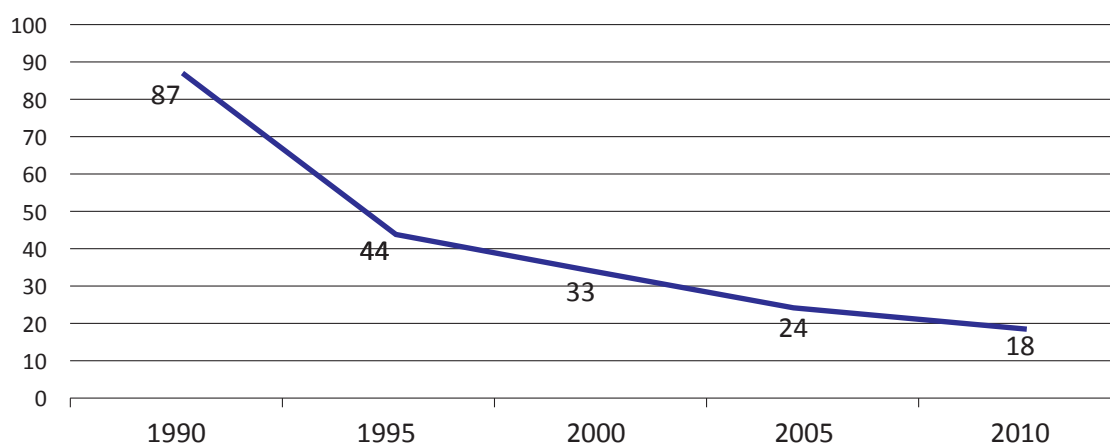
Shpenzimet	2010	2011	2012	2013	2014
Buxhetit të shtetit gjithsej (në milionë lekë)	362.752	376.351	376,241	394,118	438.855
Buxhetit të shëndetësinë (në milionë lekë)	32.685	35.024	36.535	35.391	41.881
Shëndetësinë kundrejt (%)					
- Shpenzimeve buxhetore	9,0	9,3	9,7	9,0	9,5
- Produkti i Brendshëm Bruto	2,6	2,7	2,7	2,6	3,0

INSTAT: Vjetari Statistikor 2010-2014

Sëmundjet amtare

Sëmundjet amtare kanë pësuar gjithashtu rënie në Shqipëri, nga 87 në 18 DALY për 100 000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht⁴.

Figura 59. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi (për 100,000) për sëmundjet amtare në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Burimi: Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF.

Në vitin 1990, barra e sëmundjeve amtare në Shqipëri ishte më e larta në rajonin e EJT-së (me rreth 85 DALY për 100 000), duke zënë 0.3% të barrës totale të sëmundjeve të femrat⁴.

Tabela 53. Vitet e jetës të axhustuara për paafësi të standartizuara për moshën për sëmundjet amtare në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Sëmundjet amtare	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DAILY (100,000)	Përqindja DAILY	DAILY (100,000)	Përqindja DAILY
Shqipëria	85.2	0.31	17.5	0.08
Bosnje-Hercegovina	85.2	0.14	13.9	0.07
Kroacia	26.7	0.10	14.8	0.07
Greqia	13.5	0.07	10.7	0.06
Maqedonia	56.2	0.19	25.3	0.11
Mali i Zi	29.7	0.12	23.9	0.10
Serbia	46.0	0.18	27.2	0.13
Sllovenia	22.8	0.10	9.9	0.06

Burimi: Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF.

Në vitin 2010, sëmundjet amtare në Shqipëri ishin më të ulëta se në Serbi, Maqedoni dhe Malin e Zi, por më të larta sesa në Kroaci dhe Bosnje-Hercegovinë.

Në të gjithë rastet, regjistrimi i saktë i sëmundjeve amtare mund të jetë i diskutueshëm në Shqipëri dhe prandaj, krahasimet mes vendeve duhet të interpretohen me kujdes. Së fundi, sëmundjet infektive, amtare, neonatale dhe çrregullimet nutricionale zinin 30.5% të barrës totale në Shqipëri në vitin 1990, por vetëm 9.5% në vitin 2010⁴.

Kujdesi antenatal dhe postnatal

Tabela më poshtë paraqet nivelin e mbulimit për disa shërbime shëndetësore kryesore në Shqipëri, bazuar mbi një raport të botuar së fundmi (OBSh, *World Health Statistics*, 2014).

Pothuajse të gjitha lindjet (99%) në Shqipëri gjatë viteve 2006-2013 u asistuan nga punonjës shëndetësorë të kualifikuar⁴.

Sipas statistikave zyrtare, prevalenca e lindjeve Cezariane ishte 19% gjatë periudhës 2006-2012. Por gjasat janë që ky të jetë një nënvlerësim i prevalencës së vërtetë, duke marrë parasysh faktin se ka raste të lindjeve Cezariane në spitalet private. Gjatë kësaj periudhe, 83% e të porsalindurve në Shqipëri kanë kryer një vizitë postnatale brenda dy ditëve nga lindja⁴.

Tabela 121. Shkalla e mbulimit me disa shërbime shëndetësore kryesore në Shqipëri (burimi: OBSh, 2014)

Shërbimi shëndetësor	Prevalenca (në %)	Viti
Nevoja të paplotësuara për planifikimin familjar	13	2006-2012
Përdorimi i kontraktivëve	69	2006-2012
Kujdesi antenatal		
≥ 1 vizitë	97	2006-2013
≤ 1 vizita	67	
Lindje të asistuar nga staf i kualifikuar shëndetësor	99	2006-2013
Lindje Cezariane	19	2006-2012
Vizita postnatale brenda dy ditëve nga lindja	83	2006-2012

Burimi: Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF.

Sëmundjet neonatale

Sipas raportimit nga ISHP në vitin 2014, sëmundjet neonatale kanë pësuar rënie të konsiderueshme në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara⁷. Në total, në vitin 1990 këto sëmundje zinin 4.5% të barrës totale të sëmundjeve, ndërsa në vitin 2010 vetëm 2.0%⁴.

Barra e sëmundshmërisë neonatale ka rënë respektivisht për meshkujt dhe femrat nga 1479 DALY në 1990 në 616 në 2010, dhe nga 1091 DALY në 481 në 2010. Megjithatë, barra e sëmundjeve neonatale mbetet ndër më të lartat në rajon (Global Burden Disease GBD survey WHO 2010).

Tabela 49. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet neonatale në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DAILY (për 100,000)	Përqindja DAILY	DAILY (për 100,000)	Përqindja DAILY
Meshkuj	616.1	2.0	1479.0	4.7
Femra	480.8	2.0	1080.8	4.1
Totali	548.5	2.0	1284.8	4.5

Burimi: Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF.

Barra e sëmundshmërisë feminare (1-4 vjeç): Në vitin 2010 u vërejt një rënie e theksuar (më shumë se dyfish) e barrës së sëmundjeve në fëmijët 1-4 vjeç në Shqipëri krahasuar me vitin 1990. Megjithatë Shqipëria vazhdon të paraqesë nivelin më të lartë në rajon, më shumë se dyfishi krahasuar me Malin e Zi, i cili është vendi me barrën e dytë më të lartë në rajonin e Europës Juglindore⁴.

Tabela 51. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standartizuara për moshën në të dy gjinitë për barrën e sëmundjeve në fëmijët 1-4 vjeç në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJL-së në vitet 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)

Shërbimi shëndetësor	Viti: 1990	Viti: 2010
Shqipëria	31246.1	13688.1
Bosnje-Hercegovina	8941.6	5908.1
Kroacia	7132.3	5132.9
Greqia	5788.2	3813.3
Maqedonia	12529.4	6238.5
Mali i Zi	10379.3	6292.4
Serbia	8817.9	5098.5
Sllovenia	7061.8	4804.1

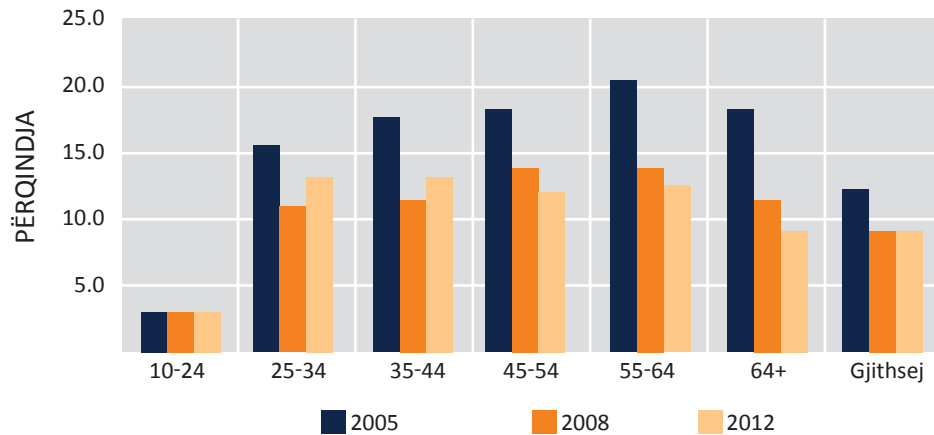
Burimi: Raport shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF.

Perceptimi i shëndetit

Vetëvlerësimi pozitiv i gjendjes shëndetësore është rritur. Në vitin 2012 më shumë se 85 % e individëve ndihen shumë mirë ose mirë, krahasuar me vitin 2002 kur kjo përqindje ishte 75,3 %¹.

Një aspekt i rëndësishëm që ndikon te shëndeti është pirja e duhanit dhe e alkoolit. Në vitin 2012, 9,4 % e individëve të moshës 10 vjeç e lart pinë aktualisht duhan dhe 24,3 % pinë alkool. Kjo përqindje është ulur ndër vite sidomos krahasuar me vitin 2005. Shpërndarja e duhanpirësve sipas grup-moshave për vitin 2012, tregon një përqindje më të lartë të duhanpirësve në grup-moshat 25-44 vjeç krahasuar me vitet e tjera ku përqendrimi i tyre shihej në moshat më të larta¹.

Duhanpirës sipas grupmohave



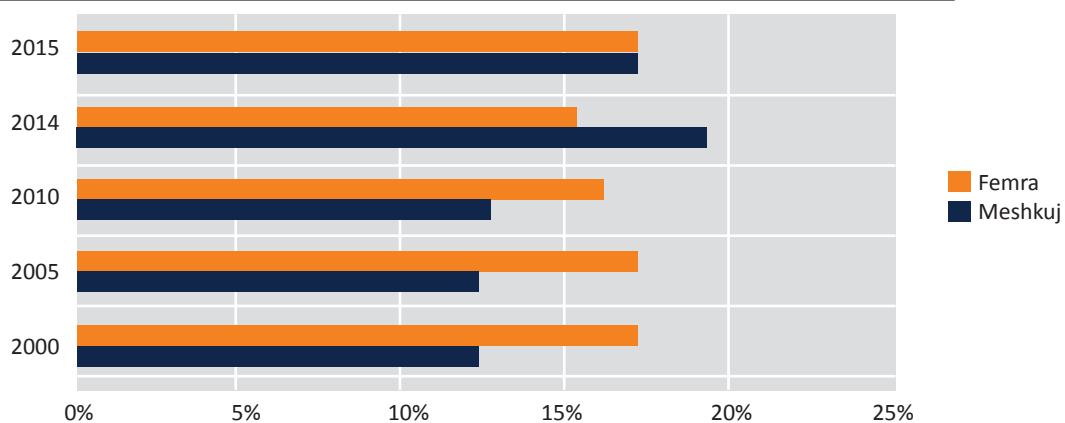
Burimi: Ankesa e Matjes së Nivelit të Jetesës, 2005, 2008, 2012

Mirëqenia sociale

Shkalla e papunësisë në Shqipëri mbetet në nivel dyshifror si për femrat ashtu dhe për meshkujt. Në tregun shqiptar të punës të rinjtë e moshës 15-29 vjeç kanë mesatarisht 2,5 herë më shumë gjasa se popullsia adulte e moshës 30-64 vjeç që të jenë të papunë¹.

Kështu, në vitin 2015, shkalla e papunësisë për të rinjtë e moshës 15-29 vjeç ishte 33,2 %, ndërkohë që shkalla e papunësisë për popullsinë 30-64 vjeç ishte 12,5 %. Përqindja e të rinjve në moshë 15-29 vjeç, të cilët janë jo në punësim e as duke ndjekur shkollën apo ndonjë trajnim profesional është 32,8 %.¹

Shkalla e papunësisë



Gjatë vitit 2013 ekonomia shqiptare shënoi një rritje reale prej +1.4 % krahasuar me vitin 2012. Konsumi final përbën peshën kryesore të shpenzimeve në ekonomi, me 89.34 % dhe u rrit me +1.94 % në terma reale. Formimi bruto i kapitalit fiks u rrit me +1.16 % në terma reale krahasuar me vitin 2012. Eksporti dhe importi i mallrave dhe shërbimeve janë rritur në terma reale me përkatësisht +7.89 % dhe +4.99 % krahasuar me vitin 2012. PBB-ja për frymë në vitin 2013 arriti në 471 mijë lekë. PBB-ja për frymë e Shqipërisë e shprehur në standardin e fuqisë blerëse është pothuajse sa një e treta e mesatare së PBB-së për frymë të vendeve të BE-së (BE=100)¹.

Sigurimet shoqërore dhe shëndetësore

Shpenzimet për sigurimet shoqërore janë komponenti që zë peshën më të madhe në shpenzimet për mbrojtjen sociale. Shpenzimet për sigurimet shoqërore në raport me PBB-në nominale kanë ardhur në rritje gjatë periudhës 2010-2014. Në vitin 2010 shpenzimet për sigurimet shoqërore përbënin 6,5 % të PBB-së nominale dhe rriten gradualisht deri në 7,2 % të PBB-së nominale në vitin 2014.

Shpenzimet për sigurimet shëndetësore janë mesatarisht 2,2 % e PBB-së, ndërsa shpenzimet për mbështetjen e familjeve në nevojë me ndihmë ekonomike janë mesatarisht sa 1,4 % e PBB-së nominale³.

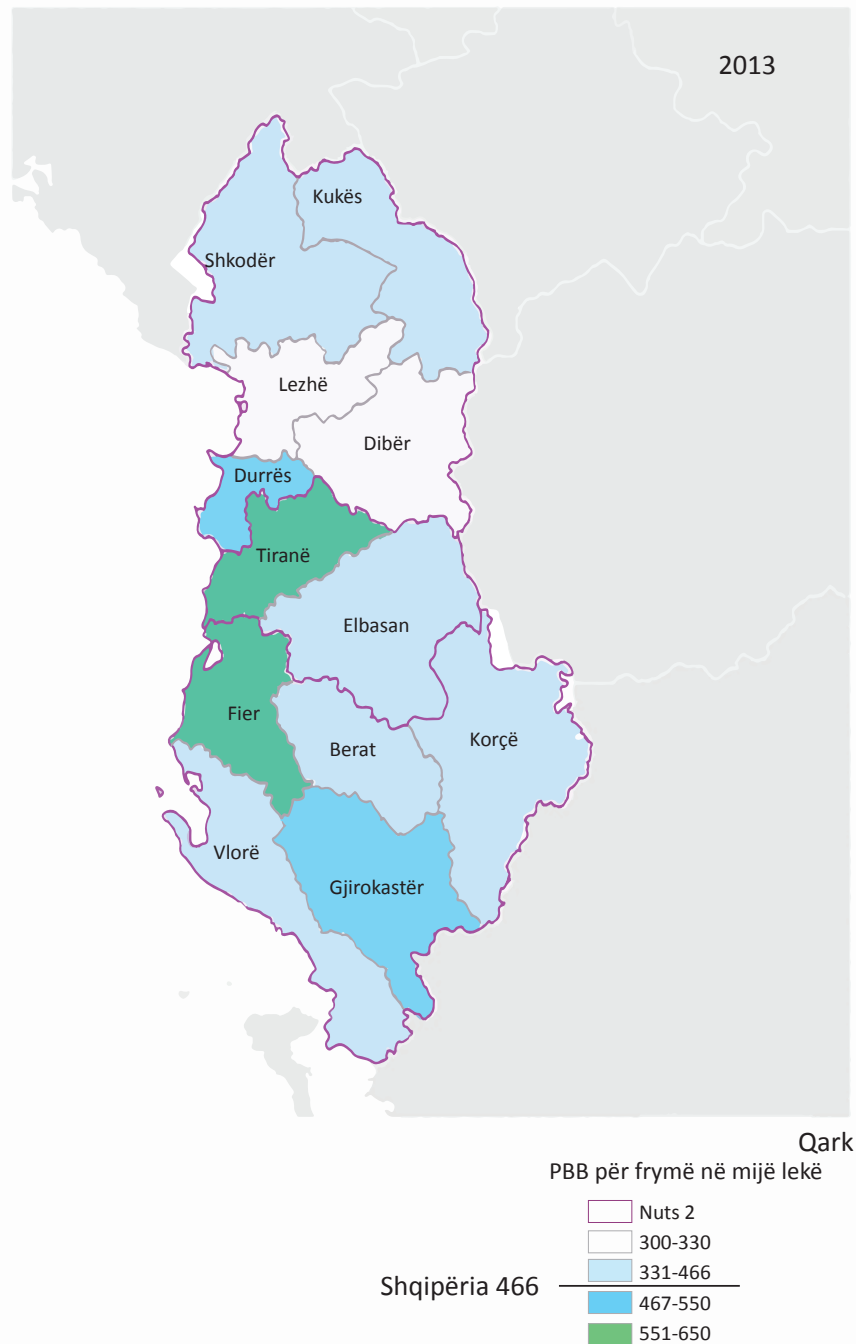
Dhuna në familje sipas llojit të ushtruar dhe gjinisë, 2014

Domestic violence type and sex, 2014

Dhuna në familje	Meshkuj Male	Femra Women	Domestic violence
Gjithsej	1031	3090	Total
Abuzim psikologjik	69	88	Psychological Violence
Dhunb fizike	51	41	Physical Violence
Dhunb seksuale	3	11	Sexual Violence
Tjetër	908	2950	Other

Burimi: Femra dhe Meshkuj në Shqipëri /Women and Men in Albania 2015, INSTAT.

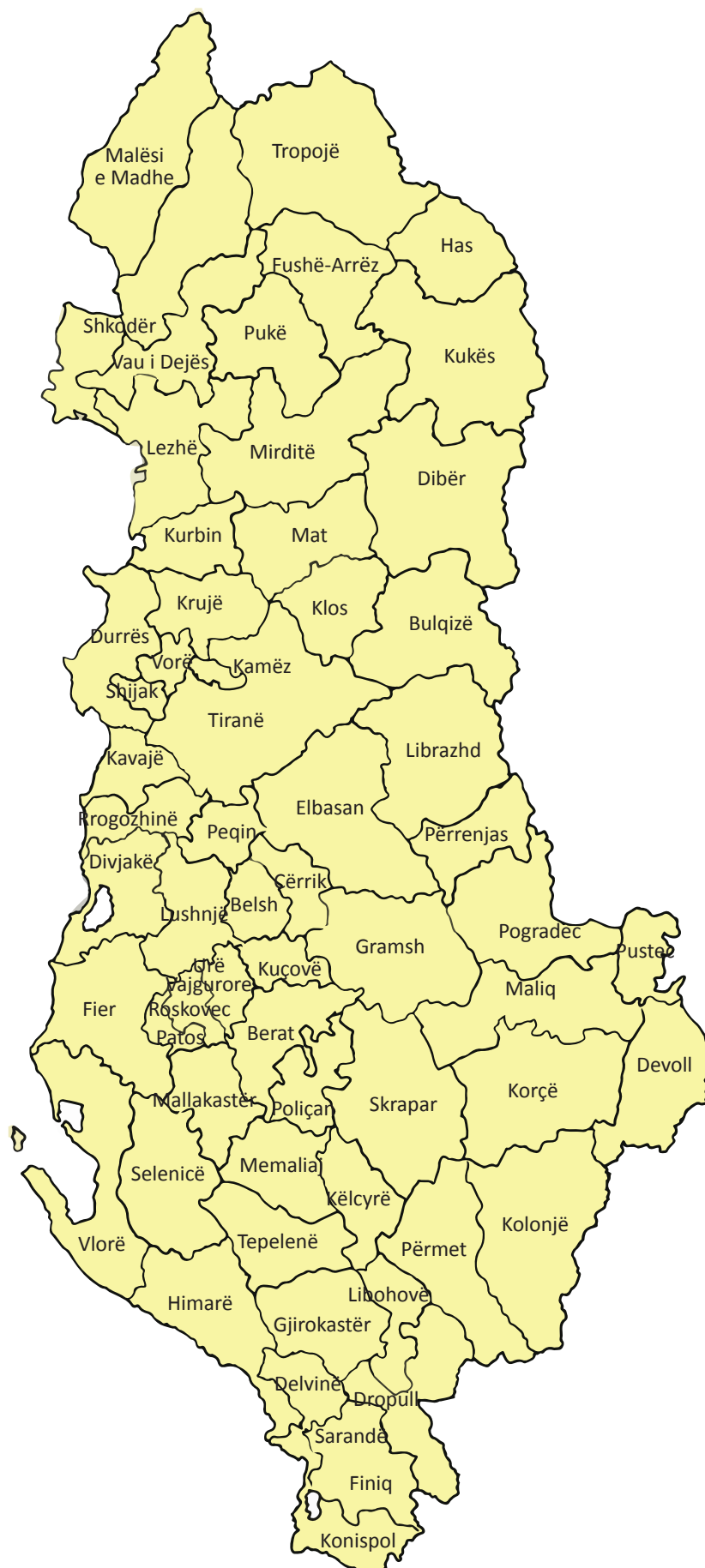
Fig. 7 PBB për frymë sipas Qarqeve

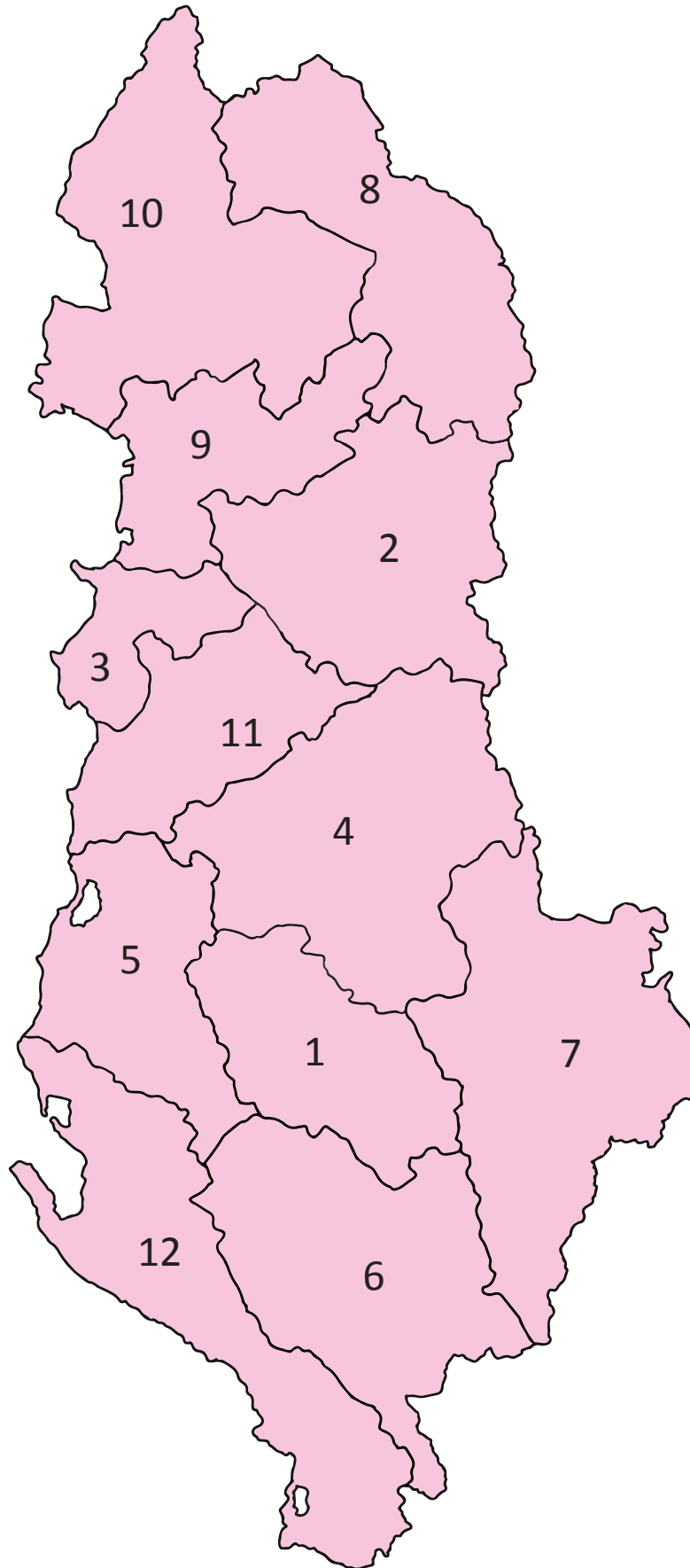


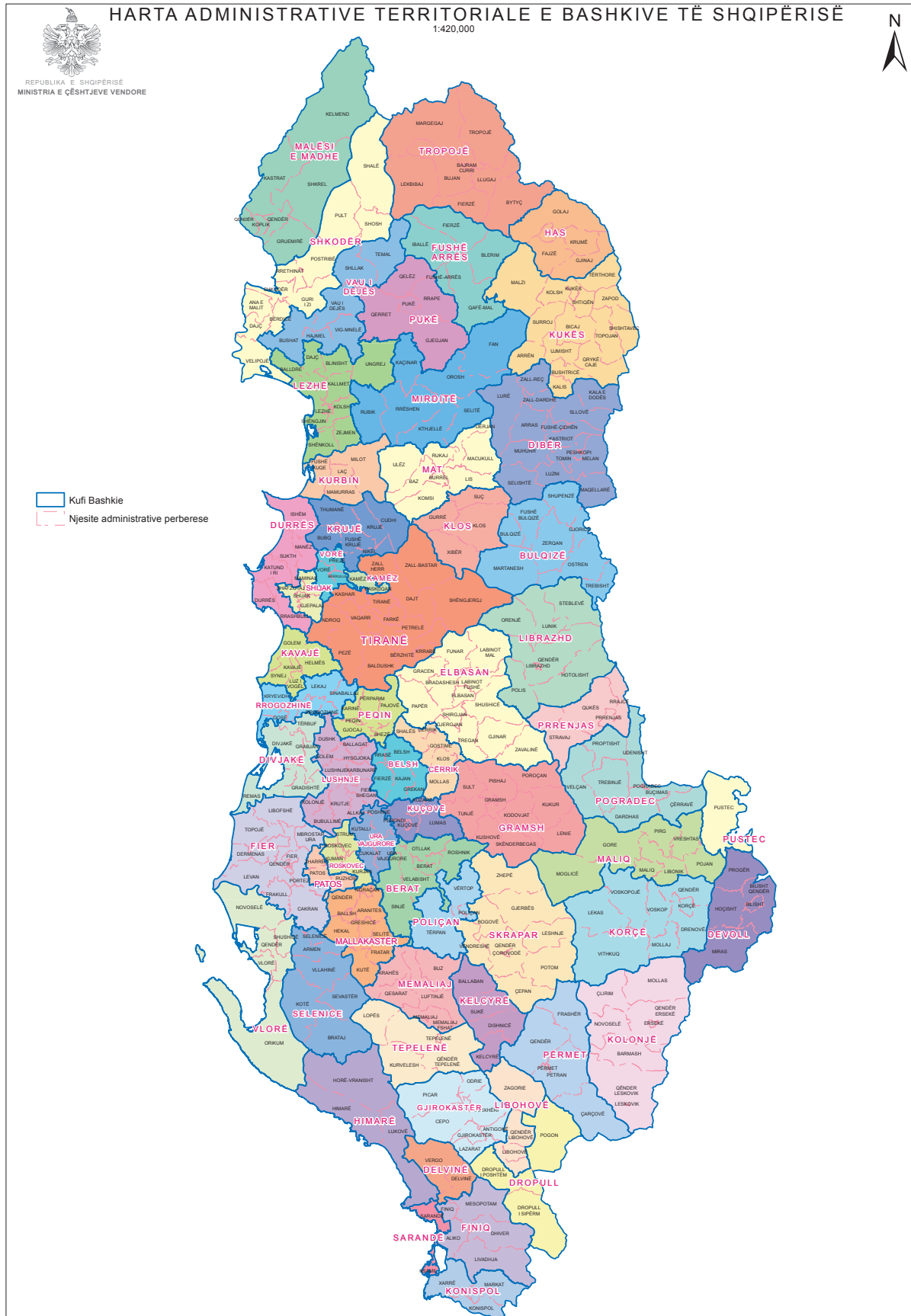
Vjetari Statistikor, 2010-2014

Ndarja e re administrative e Shqipërisë

Nga ana administrativo-territoriale, Shqipëria është e ndarë në dy nivele të njësive të qeverisjes vendore: 12 qarqe dhe 61 bashki. Më 31 korrik 2014, Kuvendi i Shqipërisë miratoi ligjin 115/2014 “Për ndarjen administrativo-territoriale të njësive të qeverisjes vendore në Republikën e Shqipërisë”. Ndarja e re territoriale e ndan Shqipëri Në dy nivele të njësive të qeverisjes vendore, në 12 **qarqe** të cilët ndahen më tej në 61 **bashki**. Vënia në funksion e kësaj ndarjeje do të bëhet pas konstituimit të organeve përfaqësuese dhe ekzekutive të njësive të qeverisjes vendore në zgjedhjet e vitit 2015⁸.

Fig. Bashkitë e Shqipërisë

Qarqet e Shqipërisë



Demographic and socioeconomic context

Dhuna në familje	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gjithsej	Mid-year population (thousands)	Population aged ≥65 years (% of total)	Total fertility rate	Natural population growth per 1000	Urban population (%)	Crude death rate per 1000 population	Health Unemployment rate (%)	Real GDP, PPP\$ per capita	Annual growth rate of GDP (%)
Country	2013	2013	2013	2013	2010**	2013	2013	2013	2013
Albania	2 897	...	1.8 ^b	...	52	...	13.4 ^b	10 428 ^a	1.9 ^a

Core Health Indicators in the WHO European Region 2015

	Health 2020							Infant mortality rate per 1000 live births	Maternal mortality ratio per 100 000 live births (MDG 5)
	Life expectancy at birth (years)			Life expectancy at 65 years (years)					
	Both sexes	Males	Females	Both sexes	Males	Females			
Country	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	
Albania	5.49 ^b	11.8	

Note: a = 2014, b = 2012, c = 2011, d = 2010–2005

Core Health Indicators in the WHO European Region 2015

Health status: morbidity

	26	27	28	29	30
	MDG6 Incidence per 100 000			Cancer Incidence per 100 000	
	HIV	TB	Female breast	Cervix uteri	Trachea, bronchus and lung
Country	2013	2013	2013	2013	2013
Albania	3.1 ^b	16.4	30.8	6.6	15.0

Core Health Indicators in the WHO European Region 2015

ALBANIA

34	35	36	37	38	39	40	41		
Health 2020 Total health expenditure as % of GDP	Government expenditure of health as % of total government expenditure	Public sector health expenditure as % of total health expenditure	Health 2020 Private households' out-of- pocket expenditure	Yearly consumption of alcohol per adult ≥ 15 years (litres of pure alcohol equivalent)	Health 2020 Estimated age-standardized prevalence of tobacco smoking among people aged 15 years and over			obesity (body mass index ≥ 30 kg/m ²)	raised blood pressure (systolic blood pressure ≥ 140 or diastolic blood pressure ≥ 90)
2013	2013	2013	2013	2013	2011	2014	2014	Country	
5.9	9.9	48.4	51.5	5.0 ^c	26	17.6	28.0	Albania	

Core Health Indicators in the WHO European Region 2015

Country	Health care personnel per 100 000 population						Graduates** per 100 000 population	
	Physicians	Nurses	Midwives	Dentists	Pharmacists	Physiotherapists	Physicians	Nurses
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013
ALBANIA								

ALBANIA

Female***	Health care personnel per 100 000 population				Physicians by specialty per 100 000 population			
	Older than 55 years	General practitioners	General paediatricians	Obstetricians and gynaecologists	Psychiatrists	Medical group of specialists	Surgical group of specialists	
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	
2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	

Core Health Indicators in the WHO European Region 2015

Referencat

1. Shqipëria në Shifra 2015, INSTAT 2014
2. Femra dhe Meshkuj në Shqipëri 2016, INSTAT
3. Vjetari Statistikor 2010-2014, INSTAT 2015
4. Raporti shëndetësor kombëtar, gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare Tiranë, 2014. ISHP, UNICEF)
5. INSTAT "Të rinjtë në Shqipëri, sfidat në kohët që ndryshojnë", nëntor 2015
6. Ligj nr. 115/2014 për ndarjen administrativo-territoriale të njësive të qeverisjes vendore në Republikën e Shqipërisë – Fletorja Zyrtare Viti 2014 – Numri 137

Aneksi 3: Dokumente ndërkombëtare

Konteksti shqiptar i strategjive dhe politikave lidhur me SHSR-në

Programi i qeverisë 2013-2017 synon:

- Një qasje të integruar në kujdesin shëndetësor, duke e bashkërenduar me politikat e sportit, mbrojtjes sociale, sigurisë në punë, ruajtjes së mjedisit, planifikimit dhe rregullimit të territorit, përfshirë transportin dhe komunikacionin.
- Funksionimin e mekanizmave koordinuese ndërsektoriale për problemet madhore të shëndetit publik si përdorimi i drogës, abuzimi me alkoolin, duhanpirja, siguria rrugore, siguria ushqimore dhe kequshqyerja, sëmundjet infektive të reja, si dhe ato të neglizhuara, menaxhimi strategjik i kimikateve, faktorët mjedisor, ndryshimet klimaterike.
- Shërbim Kombëtar Shëndetësor që do të jetë paguesi i vetëm i shërbimit të kujdesit shëndetësor, duke siguruar që askush të mos përballë me pengesa financiare, moshore, gjinore, gjeografike apo kulturore në marrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor. Kujdesi shëndetësor do të financohet nga taksimi i përgjithshëm.
- Rritjen e rolit të shëndetit publik dhe programeve të parandalimit e të promovimit shëndetësor.
- Programe kombëtare të parandalimit dhe zbulimit të hershëm të sëmundjeve tumorale dhe sëmundjeve kardiovaskulare; zbatimin e programit kombëtar për kontrollin bazë të shëndetit për popullsinë në intervalin moshor 40-60 vjeç, si dhe në moshën më të reja për disa shtresa të veçanta të shoqërisë.
- Hartimin dhe zbatimin rigoroz të protokolleve bashkëkohore të mjekimit dhe procedurave standarde të punës, që është hap i domosdoshëm në rritjen e transparencës, verifikueshmërisë, përgjegjshmërisë dhe llogaridhënies, me qëllimin final rritjen dhe përmirësimin gradual të cilësisë së shërbimit spitalor. Ky është një parakusht i domosdoshëm në përgatitjen e spitaleve që të kontraktojnë me paguesin e vetëm sipas metodave dhe praktikave më të mira ndërkombëtare.
- Vendosjen e parimeve të qeverisjes klinike në spitale tona, duke synuar standarde të larta të kujdesit, shërbime të efektshme, transparencë dhe llogaridhënie.
- Administrimin e spitaleve në mënyrë efektive dhe financimin në bazë të paketave të shërbimit që paguesi i vetëm do të kontraktojë për kujdesin e nevojshëm spitalor të çdo individit. Më tej synohet të kalohet nga pagesa e shërbimeve sipas kostove në zbatimin e "Algoritmeve Klinike" (Clinical Pathways) dhe më pas në vendosjen e DRG-ve (Diagnosis – Related Group).
- Që gjithë spitale publike dhe jopublike t'i nënshtrohen procesit të akreditimit fillestar dhe rivlerësimit periodik. Shërbimet spitalore universitare do të kenë rol parësor edhe në udhëheqjen profesionale të shërbimeve spitalore në të gjithë vendin.
- Ngritjen e një sistemi unik dixhital shëndetësor, me të cilin do të ndërlidhen të gjithë aktorët e sistemit shëndetësor, publik dhe privat. Në qendër të sistemit do të jetë individit dhe dosja e tij elektronike shëndetësore. Dixhitalizimi i informacionit për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor do të përdoret edhe për të rritur ndjeshëm transparencën në komunikimin me publikun për gjendjen e shëndetit të popullatës, për përdorimin e burimeve të disponueshme, për të filluar zbatimin e standardeve të llogaridhënies së hapur të zyrtarëve publikë dhe të ofruesve të shërbimit, si dhe për të vendosur besimin midis popullatës, ofruesve të shërbimit dhe zyrtarëve të lartë.
- Zgjerimin më tej të bashkëpunimit me shëndetësinë jopublike si komplementare në përmbushjen e qëllimit të përmirësimit të kujdesit shëndetësor. Institucionet jopublike do të zbatojnë të njëjtat rregulla dhe procedura të akreditimit, rivlerësimit periodik, këmbimit të informacionit shëndetësor klinik dhe individual. Do të kërkohet zbatimi i protokolleve të mjekimit për shërbimet që paguesi i vetëm do të blejë në institucionet jopublike. Do të zgjerohet partneriteti publik-privat në kujdesin shëndetësor, duke synuar përfshirjen në shërbimet bazë, përveç shërbimeve mbështetëse.

Konteksi European dhe Ndërkombëtar për Shëndetin Riprodhues

1- Strategjia Shëndeti 2020

53 vendet e rajonit europian, në seancën e Komitetit Rajonal të OBSH-së për Europën, shtator 2012 kanë

miratuar një kuadër të ri të politikave shëndetësore për rajonin të mbështetura në vlera dhe prova, *Shëndeti 2020*. Shëndeti 2020 përqendrohet në përmirësimin e shëndetit për të gjithë dhe zvogëlimin e pabarazive shëndetësore, nëpërmjet përmirësimit të udhëheqjes dhe qeverisjes me synim shëndetin.

Synime të përbashkëta janë “përmirësimi i konsiderueshëm i shëndetit dhe mirëqenies së popullsisë, reduktimi i pabarazive në gjendjen shëndetësore, forcimi i shëndetit publik dhe sigurimi i sistemeve shëndetësore të përqendruara te njerëzit, që janë universale, të drejta, të qëndrueshme dhe me cilësi të lartë”.

Politika Shëndeti 2020 bazohet në katër fusha parësore për veprim politik:

- investimi në shëndetësi përmes një qasjeje gjatë gjithë jetës dhe fuqizimi i njerëzve;
- trajtimi i sfidave kryesore shëndetësore të sëmundjeve të transmetueshme dhe jo të transmetueshme në rajon;
- forcimi i sistemeve shëndetësore të përqendruara te njerëzit, kapaciteti i shëndetit publik, si dhe përgatitja, mbikqyrja dhe përgjigjja ndaj emergjencave;
- krijimi i komuniteteve përtëritëse dhe mjediseve mbështetëse.

Shëndeti 2020 përpiket të arrijë një ndikim të matshëm mbi shëndetin në rajon. Synimet rajonale më poshtë janë vendosur nga shtetet anëtare.

1. Reduktimi i vdekshmërisë së parakohshme në rajonin europian deri në vitin 2020.
2. Rritja e jetëgjatësisë në rajonin europian.
3. Reduktimi i pabarazive në shëndet në rajonin europian.
4. Rritja e mirëqenies së popullsisë së rajonit europian.
5. Sigurimi i mbulimit universal dhe e drejta për nivelin më të lartë të arritshëm të shëndetit.
6. Vendosja e synimeve kombëtare dhe objektivave që lidhen me shëndetin në shtetet anëtare

2- Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm

Samiti për Zhvillimin e Qëndrueshëm, shtator 2015 miratoi nga të 193 shtetet anëtare të OKB-së, programin “*Ta transformojmë botën: Programi për zhvillim të qëndrueshëm, 2030*”

OZHQ-të janë ambicioze në madhësinë dhe qëllimin e tyre dhe konsistojnë në **17 Objektiva për zhvillim të qëndrueshëm dhe 169 tregues të synuar**, që janë të aplikueshme për çdo vend të pasur dhe të varfër, duke marrë parasysh sfidat ekonomike, sociale dhe ambientale në botë.

Ato ndryshojnë nga objektivat e zhvillimit të mijëvjeçarit që i paraprënim duke u fokusuar jo vetëm në plotësimin e nevojave të botës së varfër por edhe në zhvillimin e qëndrueshëm, që është zhvillimi që plotëson nevojat aktuale pa kompromentuar aftësinë e gjeneratave të ardhshme dhe plotësimin e nevojave të tyre.

Objektivat për zhvillim të qëndrueshëm

1. Eliminimi i varfërisë në të gjitha format kudo
2. Eliminimi i urisë, arritja e sigurisë ushqimore, përmirësimi i ushqyerjes dhe nxitja e bujqësisë së qëndrueshme
3. **Sigurimi i jetës së shëndetshme dhe nxitja e mirëqenies për të gjithë njerëzit e çdo moshe**
4. **Sigurimi i arsimit cilësor gjithëpërfshirës dhe të drejtë, dhe nxitja e mundësive për mësim gjatë gjithë jetës për të gjithë**
5. **Arritja e barazisë gjinore dhe fuqizimi i të gjitha grave dhe vajzave**
6. Sigurimi i disponueshmërisë dhe menaxhimit të qëndrueshëm të ujësjellës-kanalizimeve për të gjithë
7. Sigurimi i lidhjes me energji të përballueshme, të sigurt, të qëndrueshme dhe moderne për të gjithë
8. Nxitja e rritjes ekonomike të vazhdueshme, gjithëpërfshirëse dhe të qëndrueshme, punësim të plotë dhe produktiv, dhe punë të denjë për të gjithë
9. Ndërtimi i infrastrukturave rezistuese, nxitja e industrializimit gjithëpërfshirës dhe të qëndrueshëm, dhe nxitja e novacionit
10. Zvogëlimi i pabarazisë brenda vendeve dhe mes tyre
11. Kthimi i qyteteve dhe vendbanimeve në gjithëpërfshirës, të parrezikshëm, rezistues dhe të qëndrueshëm
12. Sigurimi i modeleve të qëndrueshme të konsumit dhe prodhimit
13. Marrja e masave për të luftuar ndryshimin klimatik dhe efektin e tij
14. Ruajtja dhe përdorimi i qëndrueshëm i oqeanëve, deteve dhe burimeve detare për zhvillimin e qëndrueshëm

15. Mbrojtja, restaurimi dhe nxitja e përdorimit të qëndrueshëm të ekosistemeve tokësore, administrimi i qëndrueshëm i pyjeve, lufta kundër kthimit të hapësirave në shkretëtirë, ndalimi dhe kthimi pas i procesit të degradimit të tokës dhe ndalimi i humbjes së biodiversitetit
16. Nxitja e shoqërive paqësore dhe gjithëpërfshirëse për zhvillim të qëndrueshëm, ofrimi i mundësisë për drejtësi për të gjithë dhe ngritja e institucioneve të efektshme, llogaridhënëse dhe gjithëpërfshirëse në të gjitha nivelet
17. Fuqizimi i mjeteve të vënies në zbatim dhe rigjallërimi i partneritetit botëror për zhvillim të qëndrueshëm.

Në fushën e shëndetit dhe të drejtave riprodhuese OZHQ-të përfshijnë disa objektiva dhe targete me rëndësi si ato të lidhura me shëndetin, edukimin dhe barazinë gjinore (objektivat 3,4,5). Kjo kupton aksesin ndaj shërbimeve të shëndetit riprodhues dhe seksual, edukimin gjithëpërfshirës për riprodhimin dhe seksualitetin, dhe aftësimin që çdo njeri të marrë vendime për shëndetin e tij.

3- Investimi në fëmijët: Strategjia Europiane e Shëndetit të Fëmijës dhe Adoleshentit 2015–2020 Komiteti Rajonal për Europen WHO, sesioni 64 Kopenhagen, Danimark, 15–18 shtator 2014.

Synimet dhe objektivat e strategjisë:

- Të aftësojë fëmijët dhe adoleshentët në rajonin europian të OBSH-së që të realizojnë potencialin e tyre të plotë për shëndet, zhvillim dhe mirëqenie.
- Të pakësojë peshën e sëmundjeve të mënjanueshme dhe vdekshmërisë.

Objektivat e përgjithshme të rekomanduara nga strategjia për vendet anëtare janë:

- Të promovojë qeverisje, partnershipe dhe veprime ndërsektoriale në të gjitha nivelet e shoqërisë.
- Të fuqizojë sistemet e shëndetit me qendër njerëzit dhe aftësitë e shëndetit publik që të përmirësojnë shëndetin dhe zhvillimin e fëmijës dhe adoleshentit.
- Të adresojë determinantët social të shëndetit dhe hendeqet në pabarazi për fëmijët, adoleshentët, prindërit dhe kujdestarët.

Parimet udhëheqëse të strategjisë

- **Adoptimi i një qasjeje të ciklit të jetës.** Shëndeti dhe sëmundjet e të rriturit i kanë rrënjët në shëndetin dhe eksperiencat në stadet e mëparshme të jetës, dhe në mënyrë sistematike reflektojnë faktorët ekonomik, social, ambiental, biomjekësor dhe faktorët e tjerë me rëndësi që kanë ndikim mbi shëndetin. Evidencat tregojnë se problemet që lidhen me pabarazitë e fëmijës dhe adoleshentit reflektohen te:
 - zhvillimi prenatal, i lidhur direkt me shëndetin, sjelljen dhe mjediset;
 - mbështetja e zhvillimit në fëmijërinë e hershme, duke i dhënë përparësi jo vetëm fëmijëve të moshës 0-3 vjeç;
 - aftësitë, kapacitetet, kompetencat dhe besimet lidhur me shëndetin te fëmijët, adoleshentët dhe familjet;
 - parandalimi i hershëm i keqtrajtimit;
 - përdorimi i arsimit parashkollor dhe shkollor si vende të shenjëstruara për promovimin dhe edukimin nëpërmjet një qasjeje “shkollë qendër komunitare”;
 - arritja dhe përfshirja e grupeve vulnerabël si jetimët, romët, refugjatët;
 - orientimi i shërbimeve shëndetësore drejt promovimit, mbrojtjes dhe parandalimit.
- **Adoptimi i një qasjeje të informuar në evidence shkencore,** fokusi i përfshirjes së ndërhyrjeve me bazë faktesh shkencore për shëndetin e fëmijës dhe adoleshentit, zhvillimin dhe mirëqenien, janë ndërhyrje që parandalojnë vdekshmërinë e hershme dhe/ose sëmundshmërinë e vonëshme gjatë staveve të hershme të jetës.
- **Promovimi partnershipeve të forta dhe bashkëpunimit ndërsektorial,** shëndeti është çështje shumë komplekse që shpesh dominohet nga faktorë që janë përtej përgjegjësisë imediate të sektorit shëndetësor.
- **Adoptimi i një qasjeje me bazë të drejtat njerëzore.** Sa më mirë respektohen të drejtat njerëzore aq më efektive dhe ndihmëse janë ato për të forcuar sistemet shëndetësore, shpërndarjen e kujdesit shëndetësor dhe përmirësimin e shëndetit.

Për arritjen e këtyre synimeve strategjia ofron ndërhyrjet kryesore

- **T'i bëjmë fëmijët të dukshëm.** Regjistrimi i lindjeve, vdekjeve të fëmijëve, kërcënimet e shëndetit të fëmijëve dhe adoleshentëve regjistrohen rutinë, përfshirë monitorimin e ekspozimit të tyre ndaj rreziqeve të sjelljes, sociale dhe ambientale; fokusimi mbi zbatimin e të drejtave të fëmijëve dhe adoleshentëve; disagregimi i të dhënave sipas moshës, gjinisë dhe determinantëve social.
- **Adresimi i axhendës së papërfunduar të parandalimit të vdekjeve të parandalueshme dhe sëmundjeve infektive.** Akses universal për shërbime cilësore të nënës dhe fëmijës veçanërisht për romët dhe emigrantët; kujdesi antenatal që nënat të rrisin shansin e fëmijëve të tyre për të mbijetuar dhe shëndet të mirë. Zgjerimi i skemës dhe futja vaksinave të reja veçanërisht në parandalimin e pneumonisë, kancerit cervical dhe diarresë.
- **Mbështetja e zhvillimit të fëmijërisë së hershme.** Aftësitë për prindërim nga anëtarët e familjes janë thelbësore për shëndetin dhe mirëqenien e fëmijëve dhe adoleshentëve. Kjo kërkon ndërhyrje përtej sektorit shëndetësor dhe shërbime të integruara nga sektorë të ndryshëm si arsimit, pushteti vendor, financa, etj. Fokus i veçantë te fëmijët e minoriteteve, grupeve etnike dhe me paaftësi.
- **Mbështetja e rritjes gjatë adoleshencës.** Vlerat sociale, normat, familja, grupet moshatare dhe ambientet shkollor mund t'i ekspozojnë adoleshentët ndaj rreziqeve ose t'i mbrojnë ata. Edukimi tyre duhet promovuar nga fëmijëria deri në adoleshencë që të kenë aftësi të bëjnë zgjedhje të informuara. Sistemi shëndetësor evropian duhet të përfshijë ofrimin e kujdesit për fëmijët dhe adoleshentët me sëmundje kronike afatgjata.
- **Pakësimi i ekspozimit ndaj dhunës dhe kalimit të qasjes nga drejtësia kriminale në shërbime të parandalueshme dhe terapeutike.** Dhuna mund të parandalohet në një qasje të shëndetit publik.
- **Mbrojtja e shëndetit dhe pakësimi i rreziqeve,** arritja e një gjenerate pa duhan. Ndërsa në nivel global punohet që të arrihet një reduktim prej 30% në përdorimin e duhanit deri në vitin 2025, rajoni evropian i OBSH-së aspiron që të gjithë fëmijët e lindur mbas vitit 2000 të bëhen të rritur që nuk pijnë duhan, dhe të arrijnë moshën e mesme në një kontinent ku duhani është i rrallë.
- **Promovimi i ushqyerjes së shëndetshme dhe aktivitetit fizik gjatë ciklit të jetës.** Ushqyerja ekskluzive me gji për 6 muajt e parë, fillimi më tej i ushqyerjes plotësuese janë evidenca të forta dhe baza për qasje strategjike të ushqyerjes në fëmijëri. Mbipesha dhe obeziteti që po rriten me shpejtësi janë çështje të reja shëndetësore që duhen adresuar.
- **Kapja e depresionit dhe problemeve të tjera të shëndetit mendor në adoleshencë.** Vëmendja i duhet kushtuar shtrirjes dhe përmirësimit të ndërhyrjeve cilësore të shëndetit mendor në ofrimin e shërbimit në nivel parësor dhe komunitar.
- **Mbrojtja e fëmijëve dhe adoleshentëve nga rreziqet ambientale.** Strategjia tërheq vëmendjen për masa që fëmijët dhe adoleshentët të jetojnë në komunitete të sigurta, të shëndetshme, me akses në mjedise të sigurta që të luajnë dhe marrin pjesë në aktivitete fizike; të kenë furnizim të rregullt me ujë të pijshëm, higjienë, transport publik, masa për sigurinë rrugore dhe për parandalimin traumave dhe dëmtimeve.

4. Korniza për Veprime për Ndjekjen/Zbatimin e Programit të Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin përtej 2014 (Kombet e Bashkuara shkurt 2014).

Në shtator 1994, takimi ndërkombëtar në **Kajro për Konferencën Ndërkombëtare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ICPD)** adoptoi një Program Veprimi për 20 vitet e ardhshme, duke përfshirë një set objektivash specifike për të gjitha vendet në lidhje me shëndetin dhe statusin e gruas dhe zhvillimin social. Objektivat synonin të arrihej:

- Akses universal ndaj shëndetit riprodhues përfshirë planifikimin familjar, shëndetin e nënës, fëmijës dhe shëndetin seksual deri në vitin 2015.
- Integrimi i planifikimit familjar dhe shëndetit amtar dhe fëmijëror në shërbime të integruara kujdesi, përfshirë edhe kontrollin e HIV-it dhe IST-ve.
- Reduktimi i vdekshmërisë foshnjore dhe fëmimore.
- Reduktimi i vdekshmërisë amtare.
- Rritja e jetëgjatësisë në 75 vjeç e më shumë deri në 2015.

Programi ICPD brenda këtyre 20 vjetëve adresoi një numër të gjerë çështjesh që ndikojnë në një zhvillim të qëndrueshëm. Ai përcaktoi në qendër të vëmendjes (dhe rekomandoi) shëndetin riprodhues dhe seksual dhe të drejtat riprodhuese, përfshirë midis të tjerash shëndetin amtar, shëndetin e adoleshentit dhe shëndetin

riprodhues, parandalimin dhe kontrollin e IST-ve, HIV/AIDS-it, barazinë gjinore dhe fuqizimin e gruas. Ky program veprimi është shumë me rëndësi edhe për arritjen e objektivave të zhvillimit të mijëvjeçarit, në veçanti për objektivin nr. 4 dhe 5, reduktimin e vdekshmërisë amtare dhe foshnjore e fëmijore.

Në shtator 2014, Kombet e Bashkuara rishikuan arritjet e ICPD-së Kajro pas 20 vjetëve dhe riformuluan një Plan të Ri Veprimi përtej 2014, që synon të arrijë disa nga objektivat e zhvillimit të qëndrueshëm. Gjithashtu programi i veprimit i rishikuar adresoi edhe çështje të tjera që tashmë janë një problem i shëndetit publik si rritja e sëmundjeve jo të komunikueshme dhe moshimi.

Rekomandimet e ICPD +20 për fushën e shëndetësisë ishin:

1. Shpejtimi i progresit universal për shërbime cilësore të shëndetit riprodhues dhe seksual, dhe plotësimi i të drejtave riprodhuese dhe seksuale duke përfunduar arritjen, cilësinë dhe gjithëpërfshirjen e sistemeve shëndetësore.
2. Mbrojtja dhe plotësimi i të drejtave të rinjve dhe adoleshentëve për informacion të qartë, edukim për seksualitetin me trajnimin gjinor, shërbime dhe mjete të SHSR-së për mirëqënien e tyre riprodhuese dhe seksuale, dhe shëndet të mirë gjatë gjithë jetës.

Sfidat për të ardhmen

- **Respektimi, mbrojtja dhe plotësimi i të drejtave riprodhuese për të gjithë** duke rritur edukimin e publikut dhe zbatuar reforma ligjore dhe politika.
- **Mbështetja e mobilizimit të komunitetit dhe fushata edukimi në publik mbi të drejtat njerëzore dhe ligjet lidhur me të drejtat riprodhuese dhe seksuale.** Kjo përfshin eliminimin e stereotipeve gjinore dhe diskriminimit në lidhje me seksualitetin dhe riprodhimin; rritjen e ndërgjegjësimit për praktika të dëmshme si p.sh. martesat e detyruara dhe në moshë të hershme, përfshirja e djemve dhe burrave si shumë të rëndësishëm për arritjen e barazisë gjinore dhe të drejtat riprodhuese dhe seksuale, dhe përfundimin e dhunës kundër vajzave dhe grave.
- **Rishikimi i politikave dhe legjislacionit që ta bëjnë të sigurt abortin, të aksesueshëm dhe të ligjshëm.**

Masat kyçe janë:

- vendosja ose rishikimi i rregulloreve dhe standardeve për ofrimin e shërbimeve të kujdesit
- rritja e trajnimit të personelit shëndetësor
- zgjerimi i numrit të kategorive të ofruesve që mund të kryejnë këto procedura, heqja e kërkesave që nuk janë të nevojshme si periudha e detyruar e pritjes, ose pëlqimi prindëror apo i partnerit
- **Mbrojtja e të drejtave të personave që jetojnë me HIV, mosdiskriminimi.**
- **Arritja e aksesit universal për informacion, edukim dhe shërbime të integruara të shëndetit riprodhues dhe seksual cilësore.**
- **Ofrimi i një pakete esenciale, gjithëpërfshirëse të integruar të shëndetit riprodhues dhe seksual të shërbimeve dhe informacionit në sistemin e KSHP-së.**
- **Heqja e pengesave në shërbimet dhe informacionin mbi shëndetin riprodhues,** duke vepruar dhe përfunduar ligjet dhe rregulloret për të garantuar aksesin me respekt për të drejtat njerëzore, përfshi të drejtën për fshehtësi, konfidencialitet, zgjedhje të informuar, pranimin vullnetar të ofrimit të shërbimeve pa diskriminim, detyrim ose dhunë; eliminimi i kufizimeve me bazë moshën, gjendjen martesore, numrin e fëmijëve.
- **Sigurimi i aksesit universal për shërbime të integruara të shëndetit riprodhues dhe seksual për të rinjtë.**
- **Eliminimi i dhunës kundër grave dhe vajzave dhe sigurimi i aksesit universal ndaj shërbimeve për të gjitha viktimat/ të mbijetuara të dhunës me bazë gjinore.**

Ndërhyrjet e propozuara për përmirësimin e situatës

- **Reduktimi/eliminimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare,** duke siguruar aksesin universal ndaj kujdesit cilësor prenatal dhe asistencën e personave të aftë në lindje, kujdesin emergjent obstetrik dhe kujdesin postnatal të të gjitha gratë, në veçanti ato që jetojnë në zonat e largëta dhe rurale. Vdekshmëria amtare duhet të përdoret si tregues i shërbimeve cilësore të shëndetit riprodhues dhe seksual dhe realizimi progresiv i të drejtës së gruas për shëndet.
- **Reduktimi dhe pakësimi i vdekjeve foshnjore, fëmijore** nën 5 vjeç veçanërisht ato të lindura në

- zonat rurale, me probleme social- ekonomike, nga nëna me arsim të ulët.
- **Pakësimi i vdekjeve neonatale.** Përqindja e vdekjeve neonatale midis totalit të të gjitha vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç ka qenë më e ngadaltë. Vdekjet neonatale përbënin 44% të të gjitha vdekjeve nën 5 vjeç në nivel global.
 - **Infertiliteti.** Programi i veprimit përfshin angazhimin për të adresuar infertilitetin dhe kanceret e sistemit riprodhues. Në të tërhiqet vëmendja për veprime lidhur me parandalimin e IST-ve si një shkak kryesor i infertilitetit dytësor, si dhe për trajtimin e infertilitetit kur është e mundur. Numri çifteve që janë prekur nga infertiliteti globalisht u rrit nga 42 milionë në vitin 1990 në 48.5 milionë në vitin 2010.
 - **Kanceret e traktit riprodhues.** Shtetet duhet të njohin dhe adresojnë peshën në rritje të kancereve të traktit riprodhues shoqëruar me rritjen e jetëgjatësisë, në veçanti kancerin e gjirit dhe cervical, duke investuar në depistimin rutinë në kujdesin parësor dhe referimin në ofrues të aftë të trajtimit të kancerit në nivelet e larta të kujdesit.
 - **IST-të.** Programi i veprimit kërkon që vendet të angazhohen në forcimin e survejancës nacionale për incidencën dhe prevalencën e IST-ve, mbështesin zhvillimin dhe përhapjen e testeve të sakta dhe të përbalueshmë diagnostike për IST-të, dhe nxisin aksesin më të madh për diagnostikimin dhe trajtimin cilësor të IST-ve përfshirë burrat dhe djemtë.
 - **Përmirësimi i sistemit të informacionit shëndetësor.** Programi kërkon që shtetet të riorientojnë sistemet shëndetësore, të sigurojnë vazhdueshmërinë e kujdesit nëpërmjet zhvillimit të menaxhimit të informacionit shëndetësor.

5-Strategjia globale për shëndetin e grave, fëmijëve dhe adoleshentëve (2016-2030)

Strategjia “Çdo fëmijë, çdo grua” e lanuar nga sekretari Përgjithshëm i OKB-së Ban Ki-Moon gjatë objektivave të Kombeve të Bashkuara për zhvillimin e mijëvjeçarit në shtator 2010, është një lëvizje globale që mobilizon dhe fuqizon veprimet ndërkombëtare dhe kombëtare nga qeveritë, organizmat multilaterale, sektorin privat dhe shoqërinë civile që të adresojnë sfidat madhore shëndetësore me të cilat përballen gratë dhe fëmijët në botë.

Strategjia globale për shëndetin e grave dhe fëmijëve pas 2015, është një përditësim i strategjisë së mëparshme globale “Çdo fëmijë, çdo grua” të Kombeve të Bashkuara për arritjen e objektivave të mijëvjeçarit. Kjo strategji e përditësuar përfshin një hark kohor 15-vjeçar mbështetur mbi objektivat e zhvillimit të qëndrueshëm, dhe synon shpejtimin e përmirësimit të shëndetit të grave, fëmijëve dhe adoleshentëve të cilët u shtuan në këtë strategji.

Objektivat dhe targetet e strategjisë mbështetur mbi objektivat e zhvillimit të qëndrueshëm janë:

1-Mbijetesa: përfundimi i vdekjeve të parandalueshme

Strategjia synon që deri në vitin 2030, reduktimi i vdekshmërisë amtare globale të jetë më pak se 70 /100 000 lindje gjallë.

Reduktimi i vdekshmërisë neonatale të paktën më pak se 12/1 000 lindje gjallë.

Përfundimi i epidemive të HIV-it, tuberkulozit dhe sëmundjeve të tjera të komunikueshme.

Pakësimi me 1/3 i vdekshmërisë premature nga sëmundjet jo të komunikueshme dhe promovimi i shëndetit mendor dhe mirëqenies.

2-Lulëzimi/rritja /sigurimi i shëndetit dhe mirëqenies

- Përfundimi i të gjitha formave të kequshqyerjes dhe adresimi i nevojave nutricionale të fëmijëve, vajzave adoleshente dhe grave shtatzëna dhe në laktacion.
- Sigurimi i aksesit universal për shëndet seksual dhe riprodhues, shërbime të SHSR-së (përfshirë planifikimin familjar) dhe të drejtat.
- Sigurimi se të gjitha vajzat dhe djemtë kanë akses në zhvillimin me cilësi gjatë fëmijërisë së hershme.
- Pakësimi i ndjeshëm i vdekjeve dhe sëmundjeve të lidhura më ndotjen.
- Arritja e mbulesës universale përfshirë mbrojtjen financiare të rrezikut dhe aksesin për shërbime cilësore esenciale, barna dhe vaksina.

3-Transformimi: zgjerimi i mjediseve mbështetëse

Çrrënjësja e varfërisë ekstreme

- Sigurimi se të gjitha vajzat dhe djemtë përfundojnë arsimin fillor dhe 9-vjeçar falas barabar dhe me cilësi të mirë.

- Eliminimi i të gjitha praktikave të dëmshme dhe i të gjitha formave të diskriminimit dhe dhunës kundër gruas.
- Arritja e aksesit universal dhe të barabartë për ujin e sigurt të pijshëm dhe në higjienën e duhur dhe të barabartë.
- Forcimi i kërkimit, përditësimi i aftësive teknologjike dhe nxitja inovacionit.
- Ofrimi i identitetit të ligjshëm për të gjithë, përfshirë regjistrimin e lindjeve.
- Forcimi i partnershipit për zhvillimin e qëndrueshëm.

Fushat e ndërhyrjeve shëndetësore përgjatë ciklit të jetës

Kontracepsioni modern dhe cilësi e mirë kujdesi për gratë shtatzëna dhe të porsalindurit. Kjo sjell një përmirësim të madh në uljen e: shtatzënive të padëshiruara me 70%; abortit me 67%; vdekjeve amtare me 67%; vdekjeve neonatale me 77 %, si dhe transmetimi i HIV-it nga nënat tek fëmijët pothuajse do të eliminohet. Rikthimi i investimit mund të llogaritet me 120US\$ për çdo 1\$ të harxhuar.

Kujdesi i mirë cilësor në lindje. Kjo sjell një rikthim trefish të investimeve për shpëtimin e nënave, të të porsalindurve dhe parandalimin e lindjeve vdekur. Ofrimi i kujdesit efektiv për të gjitha gratë dhe bebet në kohën e lindjeve në institucione mund të parandalojë rreth 113 000 vdekje amtare, 531 000 lindje foshnjash të vdekura dhe 1.3 milionë vdekje neonatale deri në vitin 2020, me një kosto të përlllogaritur prej **4.5 miliardë US\$ në vit (0.9 US\$ për person)**.

Imunizimi është midis ndërhyrjeve më kosto-efektive.

Ushqyerja me gji dhe ushqyerja. Promocioni dhe mbështetja e ushqyerjes me gji në dy vitet e para të jetës mund të parandalojë rreth 12% të vdekjeve të fëmijët nën 5 vjeç, mund të parandalojë nënushqyerjen dhe të sigurojë një fillim të mirë në jetë për çdo fëmijë. Përshkallëzimi i ndërhyrjeve lidhur me ushqyerjen ka një raport kosto-benefit prej 16.28.

Zhvillimi fëmijërisë së hershme. Aftësimi i fëmijëve për të zhvilluar potencialin e tyre fizik, konjitiv, gjuhësor dhe socio-emocional, në veçanti 3 vitet e para të jetës, ka raporte rikthimi prej 7-10% gjatë ciklit të jetës nëpërmjet edukimit, shëndetit, socializimit, rezultateve ekonomike më të mira dhe pakësimit të krimin.

Adoleshentët dhe të rinjtë. Nëse vendet në tranzicion demografik bëjnë investimet e duhura kapitale të adoptojnë dhe zgjerojnë mundësi për të rinjtë, fitimet e tyre në të ardhurat e vendit do të jenë të mëdha.

Fleksibiliteti i sistemit shëndetësor (resilience). Ofrimi i kujdesit cilësor kudo, përgatitja për urgjencat, sigurimi i mbulimit universal shëndetësor.

Financimi për shëndet. Mobilizimi i burimeve, sigurimi i vlerave monetare, adoptimi i qasjeve inovative dhe integruese.

Veprime multisektoriale. Adoptimi i qasjes multisektoriale, lehtësimi i bashkëpunimit ndërsektorial, monitorimi i impaktit, politika dhe ndërhyrje të përbashkëta në sektorë të ndryshëm, financa, arsimit, mbrojtja gjinore, regjistrimi, ligji dhe drejtësia, uji, bujqësia dhe energjia, puna dhe mirëqenia sociale, transporti, teknologjia dhe inovacioni.

Përfshirja humanitare. Promovimi i ligjeve ndihmëse, politikave dhe normave; forcimi i veprimit komunitar; sigurimi i pjesëmarrjes gjithëpërfshirëse.

Lidershipi i vendit. Përforcimi i kapacitetit të lidërshit dhe menaxhimit në të gjithë vendin, promovimi i veprimeve kolektive.

Potenciali individual. Investimi në zhvillimin e individëve dhe mbështetjen e njerëzve si të rëndësishëm për ndryshimin, adresimi i pengesave ligjore.

Llogaridhënia/përgjegjshmëria. Monitorimi dhe raportimi; përmirësimi i regjistrimit civil dhe statistikave vitale; përfshirja e disa aktorëve.

Kërkimi dhe inovacioni.

Çëshjet humanitare dhe të brishta. Vlerësimi i rrezikut, të drejtat njerëzore, përgjigjja ndaj emergjencave, adresimi i hendeqeve në tranzicionin për zhvillimin e qëndrueshëm të fëmijëve dhe adoleshentëve.

Aneksi 3: Indikatorët e propozuar të monitorimit

Lista e indikatorëve global për monitorimin e SHSR-së sipas OBSH-së

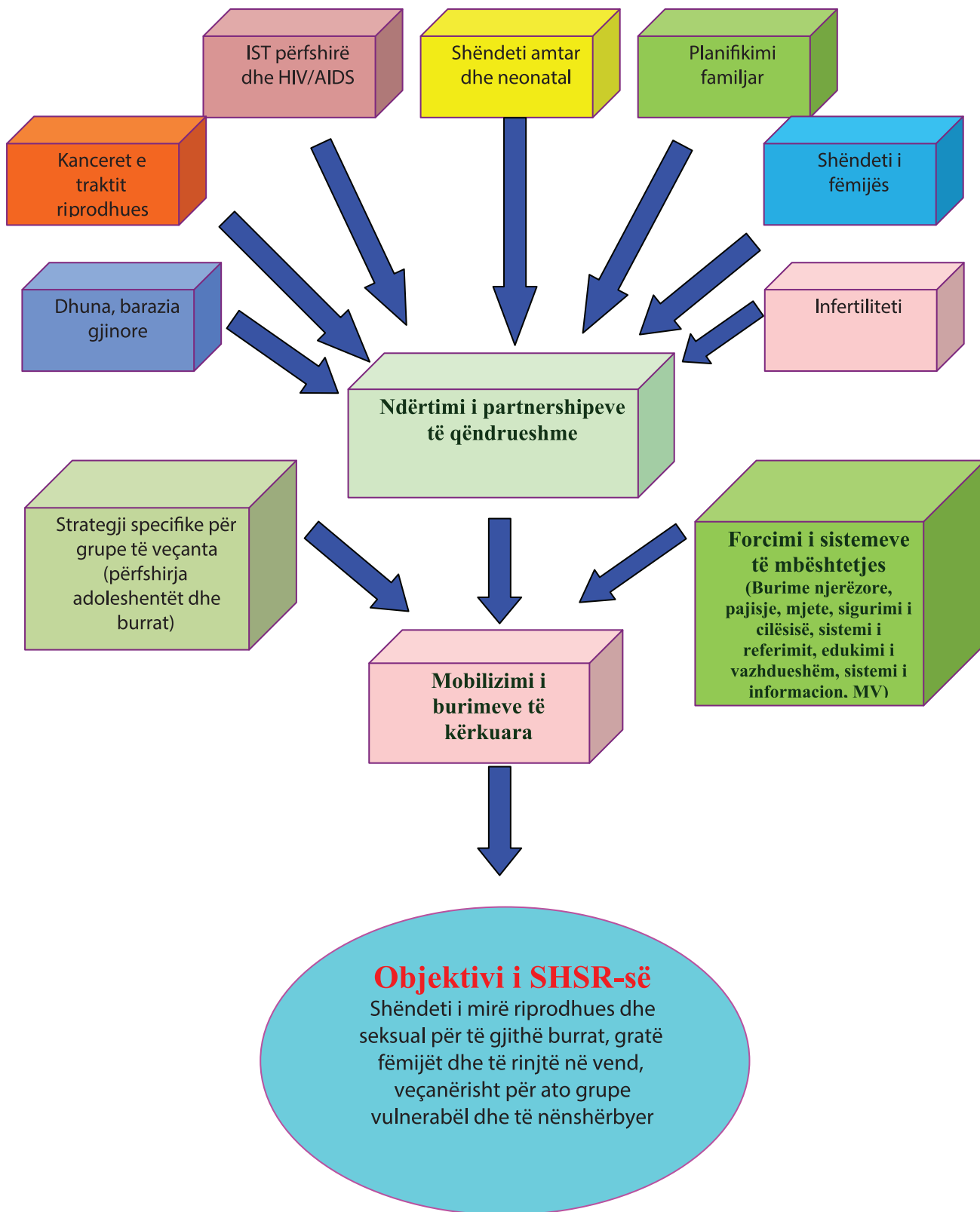
1. Indeksi total i fertilitetit
2. Prevalenca kontraceptive
3. Norma e vdekshmërise amtare
4. Mbulesa e kujdesit antenatal
5. Lindjet e asistuara nga personel i aftë shëndetësor
6. Ofrimi i shërbimeve të kujdesit bazë obstetrik
7. Ofrimi i kujdesit esencial gjithëpërfshirës obstetrik
8. Norma e vdekshmërise perinatale
9. Prevalenca e lindjeve me peshë të ulët
10. Prevalenca e serologjisë pozitive për sifiliz në gratë shtatzëna
11. Prevalenca e anemisë te gratë
12. Përqindja e shtrimeve obsterike dhe gjinekologjike që janë për abort
13. Prevalenca e raportuar për gratë me mutilacion gjenital
14. Prevalenca e infertilitetit te gratë
15. Incidenca e raportuar e uretritit te burrat
16. Prevalenca e infektimit HIV në gratë shtatzëna
17. Njohuritë e praktikave parandaluese të lidhura me HIV-in

Burimi: 1. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. ISBN 92 4 156315 X (NLM classification: WA 900) Responding to the need of comparable indicators for reproductive health.

REPROSTAT – Indikatorët e Shëndetit Riprodhues në Bashkimin European

Fushat	Indikatorët kryesor
Sëmundjet seksualisht të transmetueshme	HIV- testimi i grave shtatzëna
Sjelljet seksuale	Prevalenca e klamidias
	Përdorimi i kondomit
Rinia	Përqindja e lindjeve tek adoleshentët
	Mosha mesatare e marrëdhënies së parë seksuale
	Përdorimi i kontraceptivëve në marrëdhënien e parë seksuale
Kontracesioni	Prevalenca kontraceptive
Fertiliteti dhe riprodhimi	Mosha amtare në lindjen e parë
	Indeksi total i fertilitetit
	Përqindja e grave që mundohen të mbeten shtatzënë
	Përqindja e lindjeve mbas teknologjisë së riprodhimit të asistuar
Aborti	Aborti i induktuar
Fushat e emergjencës	Përqindja e grave me histerektomi

Drejtimet strategjike për shëndetin riprodhues për vitet 2017-2021



CIP Katalogimi në botim BK Tiranë

RSH. Ministria e Shëndetësisë
Dokumenti strategjik dhe plani i veprimit për
shëndetin

seksual riprodhues : 2017-2021 / RSH. Ministria e
Shëndetësisë. – Tiranë : Pegi, 2016

168 f. ; 21x29.7 cm.

ISBN 978-9928-228-48-2

1.Shëndeti publik 2.Sëmundje të transmetueshme në
rrugë seksuale 3.Politika mjekësore 4.Shqipëri

614.44 :616.97(496.5)

**DOKUMENTI STRATEGJIK
DHE PLANI I VEPRIMIT PËR
SHËNDETIN SEKSUAL DHE RIPODHUES
2017-2021**

