STRATEGJIA KOMBËTARE E SHËNDETËSISË

2017-2020

(Draft)

**Janar 2017**

**PARATHËNIE NGA MINISTRI I SHËNDETËSISË**

Dokumenti politik “Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë, 2017-2020” është hartuar në kuadrin e përpjekjeve të Qeverisë për realizimin e objektivave programore për mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të popullsisë.

Ky dokument mbështetet mbi arritjet e deritanishme të sistemit shëndetësor. Edhe pse formalisht kufizohet në katër vitet e ardhshme, Strategjia projekton objektivat themelorë të përmirësimit të kujdesit shëndetësor për dekadën e ardhshme, pra deri në vitin 2025.

Gjatë tre viteve të fundit, Ministria e Shëndetësisë ka punuar për realizimin e 48 angazhimeve të programit qeverisës të Rilindjes, të cilat përfshijnë aspektet themelore të përmirësimit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri.

Përgjegjësia jonë ka qenë e madhe dhe e veçantë sepse objektivat në sektorin e shëndetësisë kanë përbërë disa prej prioriteteve kryesore të qeverisjes, me ndikim të dretpërdrejtë në cilësinë e jetës së qytetarëve.

Nga 48 angazhime, gjatë dy vjet e gjysëm qeverisje kemi realizuar plotësisht 17 prej tyre, ndërkohë që 31 angazhime janë në proces realizimi dhe ne garantojmë realizimin e tyre brenda mandatit qeverisës.

Programi ynë parashikonte financimin e kujdesit shëndetësor me taksimin e përgjithshëm, duke eleminuar fillimisht regresivitetin në pagesën e kontributeve të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Ky angazhim u realizua qysh në dhjetor 2013, me ndryshimin e ligjit për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor.

Strategjia parashikon që financimi publik për hallkat e kujdesit shëndetësor, nga parandalimi te kujdesi paliativ, do të realizohet nëpërmjet paguesit të vetëm, duke mundësuar një mjedis konkurrent ofruesish të kujdesit shëndetësor. Paguesi i vetëm do të financojë rrjete territoriale të integruara të ofruesve publikë të kujdesit parësor e spitalor, duke mbështetur autonominë në administrimin e ofruesve dhe zgjeruar prezencën e autoriteteve vendore në qeverisjen e rrjeteve të integruara.

Financimi publik për kujdesin shëndetësor synohet të arrijë jo më pak se 70 % e shpenzimeve totale për shëndetësinë, duke siguruar që asnjë familje shqiptare të mos duhet të zgjedhë midis blerjes së ushqimeve dhe shërbimeve jetike apo pagesës direkte për kujdes shëndetësor.

Ne u angazhuam për zbatimin e programit kombëtar për kontrollin bazë të shëndetit për popullsinë 40-60 vjeç. Check-Up filloi të zbatohet që në vitin 2014 dhe u krijon mundësi për kontroll bazë falas 940 mijë qytetarëve të moshës 40-65 vjeç. Vitin e parë është kryer nga 30 mijë qytetarë në muaj, ndërsa vitin e dytë nga 40 mijë qytetarë në muaj.

Programi ynë parashikonte uljen e çmimit të shitjes së barnave në Shqipëri dhe sot shqiptarët paguajnë 30% më pak për barnat.

Ndërkohë, janë përjashtuar nga TVSh 10% barnat dhe materialet mjekësore dhe nga TVSH 20% materialet mjekësore të implantueshme.

Mbulimi i dhjetë paketave të shërbimeve mjekësore ka filluar të financohet në masë të njëjtë si në spitalet publike edhe në spitalet private.

Ne premtuam se do të zhvillonim programe kombëtare të parandalimit dhe zbulimit të hershëm të sëmundjeve tumoriale dhe sëmundjeve kardiovaskulare. Aktualisht, përveç programit të Check-Up, mamografët lëvizës ofrojnë tashmë shërbim për mbi 5 mijë gra në vit, të cilat u kursejnë buxheteve familjare rreth 67 mijë dollarë çdo vit.

Mbulimi shëndetësor universal është tashmë një objektiv i botës mbarë dhe ne jemi krenar që kemi bërë zgjedhjen e duhur, që me programin politik të vitit 2011. Eksperienca e viteve të para të fillimit të zbatimit të këtij synimi madhor tregon se mbulimi universal është i prekshëm nga të gjithë nëse shoqërohet me akses universal dhe cilësi. Prandaj, strategjia parashikon shtimin e investimeve në infrastrukturën shëndetësore dhe pajisjet mjekësore për të garantuar akses dhe cilësi universale në ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Mbulimi shëndetësor universal mbetet angazhimi ynë edhe në vitet që vijnë. Për ne, shëndeti është investim për të ardhmen dhe një ingredient i domosdoshëm për rritjen ekonomike dhe mirëqenien.

Nën moton “shëndet për të gjithë” ne promovojmë jetën e shëndetshme duke bashkërenduar përpjekjet dhe rritur investimet në të gjithë sektorët që lidhen me shëndetin.

Strategjia parashikon më shumë kujdes për mjedisin dhe ruajtjen e tij.

Strategjia parashikon më shumë hapësirë për aktivitet fizik, më shumë terrene sportive, më shumë edukim fizik në shkolla për fëmijët dhe të rinjtë.

Strategjia parashikon promocionin shëndetësor me masat fiskale dhe administrative, për të kufizuar dëmet që sjellin përdorimi i alkoolit dhe duhanit.

Strategjia parashikon më shumë investime për sigurinë rrugore dhe një urgjencë mjekësore që përgjigjet me efektivitet në territor.

Strategjia parashikon zgjerimin e mbështetjes për rehabilitimin, kujdesin paliativ dhe atë geriartrik. Synojmë që për çdo person në moshën e pensionit të realizojmë kompensim të plotë të materialeve mjekësore që ndihmojnë në kryerjen e funksioneve jetike të domosdoshme.

Prirjet demografike krijojnë një profil të ri epidemiologjik, prandaj strategjia parashikon që sistemi i kujdesit shëndetësor të japë përgjigjet e duhura. Ne do të vijojmë të mbështesim fort parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm. Sepse kur rritet jetëgjatësia, shtohen sëmundjet jongjitëse si edhe numri i të sëmurëve me disa sëmundje njëherësh.

Prirjet demografike dhe profili epidemiologjik kërkojnë një trupë profesionistësh të shëndetit me dije dhe aftësi të reja. Paralelisht me plotësimin e boshllëqeve të krijuara në vite për specialistë të kujdesit shëndetësor, strategjia garanton rivendosjen e autoritetit dhe dinjetit të profesionistit të shëndetësisë.

Kujdesi parësor do të financohet duke kombinuar pagesën për frymë me pagesën për performancë, ndërsa kujdesi spitalor do të financohet sipas DRG-ve. Qendrat e ofrimit të shërbime unikale do të financohen direkt nga paguesi i vetëm.

Ne nxisim marrjen përsipër të përgjegjësive individuale për kujdes shëndetësor, duke marrë përsipër garantimin e rregullimin dhe mbikqyrjen e një mjedisi transparent e konkurues të ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Hartimi i këtij dokumenti është premtues. Para nesh qëndron sfida e zbatimit të Strategjisë, e harmonizuar me objektivat madhorë të programit qeverisës, me vështrimin te Shqipëria 2025.

**Ilir BEQAJ**

**Ministër i Shëndetësisë**

Përmbajtja

[PARATHËNIE NGA MINISTRI I SHËNDETËSISË 2](#_Toc446931698)

PREAMBUL - VIZIONI, MISIONI, PARIMET, VLERAT THEMELORE, BURIMET........... 6

[PJESA I: KONTEKSTI DHE SITUATA AKTUALE 7](#_Toc446931699)

[I.1. Historiku dhe qëllimi 7](#_Toc446931700)

[I.2. Mirëqenia dhe gjendja shëndetësore e popullates në Shqipëri 7](#_Toc446931701)

[I.2.1. Mbështetja sociale dhe mirëqenia 7](#_Toc446931702)

[I.2.2. Gjendja Shëndetesore 8](#_Toc446931703)

[I.2.3. Përcaktorët e shëndetit dhe mirëqenies 9](#_Toc446931704)

[I.2.4. Sistemi shëndetësor, shërbimet dhe burimet njerëzore 10](#_Toc446931705)

[I.2.5 Pabarazitë në shëndet 13](#_Toc446931706)

[I.3. Mirëqeverisja dhe llogaridhënia në sistemin shëndetësor 14](#_Toc446931707)

[I.3.1 Mirëqeverisja në sistemin shëndetësor 14](#_Toc446931708)

[I.3.2. Shëndeti në të gjitha politikat 15](#_Toc446931709)

[I.3.3. Bashkëpunimi ndërkombëtar dhe rajonal 15](#_Toc446931710)

[I.4. Arritjet, mësimet e nxjerra dhe nxitësit e ndryshimit 15](#_Toc446931711)

[I.4.1 Arritjet kryesore për shëndetin 15](#_Toc446931712)

[I.4.2. Sfidat dhe mësimet 17](#_Toc446931713)

 I.4.3 Nxitësit e ndryshimit…………………......……………………………………………...19

[PJESA II: PRIORITETET STRATEGJIKE DHE QËLLIMET 20](#_Toc446931714)

 [II.1. Prioritetet strategjike dhe qëllimet 20](#_Toc446931717)

[PJESA III: POLITIKAT, PROGRAMET, SHËRBIMET DHE SINERGJITË NDËRSEKTORIALE 30](#_Toc446931718)

[III.1. Konteksti i Politikave Kombëtare dhe arritja e qëllimeve në shëndetësi 34](#_Toc446931719)

III.1.1 [Shëndeti si një e drejtë njerëzore. 34](#_Toc446931720)

III.1.2. Shëndeti si kontribues për zhvillim dhe integrim.............................................................30

III.1.3. Shëndeti si prioritet dhe interes i çdo qytetari...............................................................30

**[III.1.4.](#_Toc446931721)** [Ndërtimi i bazave për arritjen e Mbulimit Shëndetësor Universal 2013-2017 .............](#_Toc446931721)**[34](#_Toc446931721)**

## [III.2. Rishikimi i prioriteteve strategjike dhe strategjive për shëndetin dhe mirëqenie 35](#_Toc446931723)

[III.2.1 Prioritetet ekzistuese dhe strategjitë në sektorin shëndetësor 35](#_Toc446931724)

[II.2.2. Prioritetet strategjike dhe programet e rishikimit ciklik të buxhetit 2016-2018 35](#_Toc446931725)

[III.2.2.1. Investimi në shëndetin e popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës 35](#_Toc446931726)

[Shëndeti Publik 35](#_Toc446931727)1

[III.2.2.2 Ofrimi i mbulimit shëndetësor universal për të gjithë 36](#_Toc446931728)

[Kujdesi Shëndetësor Parësor](#_Toc446931729)

[III.2.2.3. Fuqizimi i sistemeve shëndetësore të përqendruar tek pacienti 36](#_Toc446931730)2

[Shërbimet spitalore 36](#_Toc446931731)2

[Shërbimet e urgjencës mjekësore 37](#_Toc446931732)3

[III.2.2.4. Përmirësimi i mirëqeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial në shëndetësi 37](#_Toc446931733)3

[Administrimi 37](#_Toc446931734)

[III.3. Politikat ndërsektoriale që kontribuojnë në shëndetin dhe mirëqenien 37](#_Toc446931735)

[III.3.1. Shkollim dhe stil jete i shëndetshëm që në fillim të jetës 38](#_Toc446931736)4

[III.3.2. Siguria ushqimore dhe të ushqyerit 38](#_Toc446931737)4

[III.3.3. Cilësia e ujit të pijshëm............................................................................................34 III.3.4. Kontrolli i duhanpirjes, alkoolit dhe drogave 38](#_Toc446931739)

[III.3.5. Mbrojtja dhe ndihma sociale 39](#_Toc446931740)

[III.3.6. Siguria rrugore 39](#_Toc446931741)5

III.3.7 Mbrojtja e Mjedisit............................................................................................................35

III.3.8 Mbrojtja nga rrezatimi bërthamor....................... .......................................................35

[III.3.9 Strehimi 39](#_Toc446931743)6

[III.3.10 Përballimi i fatkeqësive ndërkufitare 40](#_Toc446931744)6

[III.3.11 Barazia Gjinore 40](#_Toc446931745)

**[PJESA IV:](#_Toc446931746)** [ZBATIMI I STRATEGJISË: QEVERISJA, PARTNERITETET DHE FINANCIM](#_Toc446931746) **[41](#_Toc446931746)7**

[IV.1. Strukturat e qeverisjes dhe zbatimit 41](#_Toc446931747)

[IV.2. Bashkëpunimi ndërsektorial 41](#_Toc446931748)

[IV.3. Bashkëpunimi ndërkombëtar 41](#_Toc446931749)

[IV.4. Partneritetet në Shëndetësi 42](#_Toc446931750)

[IV.5. Financimi i Strategjisë 42](#_Toc446931751)

[PJESA V: LLOGARIDHËNIA, MONITORIMI DHE VLERËSIMI 43](#_Toc446931752)

[V.1. Llogaridhënia 44](#_Toc446931753)

[V.2. Monitorimi dhe Raportimi](#_Toc446931754) 40

 V.3. Treguesit kombëtarë........................................................................................................40

[V.4. Vlerësimi 44](#_Toc446931755)

[PJESA VI: SHTOJCAT 45](#_Toc446931756)1

[Shtojca 1. Bibliografia dhe burimet 45](#_Toc446931757)

[Shtojca 2 Plani i veprimit 92](#_Toc446931758)

Shtojca 3 Treguesit e monitorimit.....................................................................................................

Shtojca 4 Raportimi...........................................................................................................................

**PREAMBUL**

**VIZIONI, MISIONI, PARIMET, VLERAT THEMELORE, BURIMET**

**Vizioni**

Shëndet për të gjithë: më shumë vite jetës, më shumë shëndet viteve, nëpërmjet shërbimeve shëndetësore cilësore, në kohë, të qëndrueshme dhe të përballueshme për të gjithë njerëzit në Shqipëri.

## Misioni

Misioni i sistemit shëndetësor të Shqipërisë është të mbrojë, të përmirësojë dhe të promovojë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqënien e të gjithë njerëzve në Shqipëri, duke ofruar shërbime efikase shëndetësore e mjekësore dhe duke u kujdesur për një progres të qëndrueshëm në shëndetin publik dhe në mjekësi.

**Parimet**

Strategjia e Shëndetit udhëhiqet nga vlerësimi i shëndetit si një e drejtë e njeriut, e cila garantohet nëpërmjet kujdesit shëndetësor efektiv dhe efikas, te mirëqeverisur dhe që ofron akses të barabartë dhe parimet e solidaritetit, integritetit, transparencës dhe llogaridhënies.

## Vlerat Themelore

Vlerat thelbësore të sistemit shëndetësor burojnë nga Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë dhe angazhimet kombëtare ndaj standardeve ndërkombëtare e rajonale të të drejtave të njeriut. Ato janë:

* Universaliteti
* Qëndrueshmëria
* Cilësia
* Përballueshmëria
* Përkushtimi ndaj shëndetit si një e drejtë njerëzore dhe e mirë publike
* Inovacioni
* Integriteti
* Efikasiteti
* Transparenca
* Llogaridhënia
* Dinjiteti
* Barazia gjinore.

**Burimet**

Strategjia Kombëtare e Shëndetit është hartuar në përputhje me Strategjinë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim (SKZHI) dhe Programin e Qeverisë dhe synon vlerësimin dhe trajtimin e shëndetit në përputhje me Kornizën e Politikave Evropiane të OBSH për shëndetin dhe mirëqenien ”Shëndet 2020”, Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm (OZHQ), dhe standartet e integrimit europian të Shqipërisë.

PJESA E PARË

KONTEKSTI DHE SITUATA AKTUALE

##

## 1.1. Historiku dhe qëllimi

Qeveria e Shqipërisë njeh dhe është e vendosur për zgjidhje adekuate dhe efektive ndaj sfidave shëndetësore me të cilat cilat ballafaqohen vendi dhe popullsia. Këto sfida ndikohen nga një sërë faktorësh socialë, ekonomikë dhe mjedisorë, që janë të ndërvarur në nivel global, rajonal, kombëtar dhe lokal.

Përballja me sfidat e sotme dhe të ardhshme shëndetësore kërkon një qasje strategjike dhe veprim të koordinuar, brenda sektorit dhe me sektorë të tjerë. Ministria e Shëndetësisë planifikoi përgatitjen e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020 (SKSH 2016-2020), si dokumentin e politikave që koordinon përpjekjet për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së të gjithë njerëzve në Shqipëri.

SKSH “2016-2020” është bazuar në vizionin e një shoqërie gjithëpërfshirëse, pjesëmarrëse, ku nevojat e qytetarëve për cilësinë dhe aksesin ndaj kujdesit shëndetësor synojnë të plotësohen pavarësisht barrës financiare.

Strategjia orientohet nga promovimi i jetesës së shëndetshme dhe parandalimi i sëmundjeve e në të gjitha grupet e popullsisë, dhe gjatë gjithë ciklit të jetës.

Strategji është e bazuar në evidenca që ndihmojnë përcaktimin e prioriteteve, objektivave dhe veprimeve për arritjen e vizionit dhe misionit.

Strategjia është në përputhje me politikat kryesore kombëtare: Strategjinë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim (SKZHI 2016-2020) dhe Programin e Qeverisë dhe e harmonizuar me angazhimet e vendit për zbatimin e Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm (OZHQ) si edhe me vizionin e Kornizës Europiane të OBSH për Shëndetin dhe Mirëqenien, ”Shëndet 2020”.

Përgatitja e SKSH 2016-2020 ishte një sipërmarrje komplekse, që përfshiu të gjithë faktorët që punojnë, kontribuojnë dhe përfitojnë nga shëndeti dhe mirëqenia, duke përfshirë ministri dhe institucione e agjensi shtetërore, universitetet, shoqatat e profesionistëve të shëndetësisë, shoqërinë civile, agjensitë e Kombeve të Bashkuara që veprojnë në fushën e shëndetit ose fusha të lidhura me të, etj. Hartimi i strategjisë ishte një proçes i hapur dhe dinamik, një sinergji veprimesh të përbashkëta drejt arritjes së objektivit për një kujdes shëndetësor cilësor, në kohën e duhur, dhe financiarisht të përballueshëm, për një shëndet dhe mirëqenie më të mirë për të gjithë njerëzit në Shqipëri.

## 1.2. Mirëqenia dhe gjendja shëndetësore e popullatës në Shqipëri

###

### 1.2.1. Mbështetja sociale dhe mirëqenia

Sipas klasifikimit të Bankës Botërore, që prej vitit 2009 Shqipëria është një vend me të ardhura të mesme për frymë. Gjatë dy viteve të fundit, vendi ka ruajtur ritme pozitive të rritjes ekonomike dhe qëndrueshmëri financiare, pavarësisht situatës së trashëguar, ndikimeve të krizës ekonomike globale dhe tronditjeve të ekonomive së vendeve fqinje.

Sistemi i mirëqenies në Shqipëri përbëhet nga disa kolona, të cilat realizohen në formën e programeve të mbrojtjes shoqërore (skema e pensioneve; programet e nxitjes së punësimit; pagesës së papunësisë; ndihmës ekonomike; shërbimet sociale rezidenciale, ditore e komunitare për grupet në nevojë; mbështetjes së personave me aftësi të kufizuara; strehimit social; përfitimet e veteranëve dhe përfitimet e ish të përndjekurve politikë, etj).

Shqipëria ka pasur një nivel të lartë papunësie gjatë gjithë tranzicionit. Në fund të vitit 2015 papunësia ishte rreth 17.7%, ndërsa papunësia rinore (grup-mosha 15-29 vjeç) ishte 32.2%. Në tremujorin e dytë 2016 shkalla e papunësisë ra në 15,5 %, ndërsa papunësia rinore në 29,9 %.[[1]](#footnote-2)

Aplikimi i pagës minimale kombëtare është një faktor lehtësues për përballimin e varfërisë, por per kërkesat e mbulimit shëndetësor universal nevojiten më shumë programe të mbrojtjes shoqërore, sidomos për të mbrojtur popullatën nga rreziku i varfërimit për shkak të shpenzimeve për kujdes shëndetësor dhe mjekësor. Varfëria u ul nga 25.4% në 2002, në 18.5 % në 2005 dhe në 12.4% në 2008. Matja e fundit e varfërisë është kryer në vitin 2012. Në këtë vit popullsia e varfër në Shqipëri përbënte 14.3 përqind të popullsisë, ndërsa popullsia tejet e varfër 2.3 përqind. Nën vijën e varfërisë jetonin 16.6 përqind e popullsisë ose rreth 470 mijë persona[[2]](#footnote-3). Më të varfërit vazhdojnë të mbeten të papunët, pensionistët dhe të zhvendosurit brenda vendit, të cilët përbëjnë mbi 20 përqind të popullsisë. Enklavat e varfërisë vazhdojnë të mbeten zonat rurale të vendit, të paarsimuarit dhe familjet e mëdha.[[3]](#footnote-4) Përfshirja sociale dhe varfëria ndikojnë reciprokisht njëra-tjetrën. Kjo ndërvarësi ndikon edhe në shëndetin e popullsisë.

Pensionet janë një ndër shtyllat kryesore të mbrojtjes sociale. Shqipëria ka një sistem pensionesh të detyrueshëm, publik dhe me mbulim universal të sigurimeve shoqërore dhe një kolonë suplementare vullnetare. Skema e detyrueshme, veç pensioneve, mbron me të ardhura dhe persona të tjerë të siguruar, si rezultat i paaftësisë së përkohëshme në punë për shkak të sëmundjes. Në Shqipëri, ne fund të vitit 2015 përfitonin pensione (të të gjitha llojeve: pleqërie, invaliditeti dhe familjare) rreth 598,932 persona ose mbi 19% e popullsisë. [[4]](#footnote-5) Numri dhe përqindja e pensionistëve kanë ardhur duke u rritur, si pasojë e zhvillimeve demografike.

Duke u nisur nga rrethanat e mësipërme, gjendja shëndetësore e popullatës si edhe orientimet e OBSH-së, Qeveria e Shqipërisë dhe Ministria e Shendetësisë shpallën si objektiv madhor të sistemit shëndetësor Mbulimin Shëndetësor Universal, si dhe rishikimin e modeleve të financimit për kujdesin shëndetësor, duke mundësuar siguri financiare për të gjithë qytetarët dhe realizimin në praktikë të së drejtes së tyre për kujdes shëndetësor e mjekësor, të garantuar nga Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë.

### 1.2.2. Gjendja Shëndetesore

Në dekadat e fundit, ka pasur një rritje të qëndrueshme të *jetëgjatësisë* për të dy gjinitë në Shqipëri. Jetëgjatësia në lindje në Shqipëri në vitin 2013 ishte 76.0 vjet për meshkujt dhe 80.3 vjet për femrat[[5]](#footnote-6). Dallimi mashkull-femër në jetëgjatësinë ndikohet nga dallimet në rreziqet që lidhen me pirjen e duhanit, konsumin e alkoolit dhe aksidentet rrugore[[6]](#footnote-7). Vlerësimet e fundit *mbi jetëgjatësinë e shëndetshme* për Shqipërinë tregojnë se, mesatarisht, meshkujt priten të jetojnë 62.5 vjet në një gjendje shëndetësore optimale (dmethënë pa sëmundje dhe me një cilësi të arsyeshme të jetës), ndërsa femrat shqiptare 67 vjet.

V*dekshmëria foshnjore* (për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë ndjeshëm gjatë dekadës së fundit në të dy gjinitë. Kështu, për meshkujt ajo ka rënë nga 16.3 në vitin 2004, në 9.2 në vitin 2013, ndërsa për femrat, vdekshmëria foshnjore ka rënë nga 13.6 në vitin 2004, në 6.5 në vitin 2013. Vdekshmëria neonatale ka rënë, por pesha e saj në kuadër të vdekshmërisë foshnjore është rritur gjatë viteve nga 48% në vitin 1990 në 54% në vitin 2013. *Vdekshmëria e fëmijëve* ka rënë në një shkallë më të madhe se vdekshmëria foshnjore në dekadën e fundit (nga 20.7 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2002 në 8.4 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013). *Vdekshmëria amtare* (vdekje për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë nga 22.7 në vitin 1990 në 11.8 në vitin 2013.[[7]](#footnote-8) Tendenca në rënie e vdekshmërisë foshnjore, të fëmijëve dhe amtare është rezultat i ndërhyrjeve efektive në sistem dhe shërbimet e kujdesit shëndetësor, përmirësimit të standardeve të jetesës, rënies se nivelit te fertilitetit, rritjes së arsimit të nënës, rritjes së të ardhurave, etj.

*Barra totale e sëmundjes* për meshkujt dhe femrat shqiptare është më e larta në rajonin e Evropës Juglindore[[8]](#footnote-9). Ndërkohë që sëmundjet infektive në Shqipëri kapin një përqindje të lartë të *barrës së përgjithshme të sëmundjeve*, barra e *sëmundjeve te patransmetueshme* (SJT-NCDs) nga viti 1990 në ditët e sotme është rritur me 34%.[[9]](#footnote-10) Ritmi i rritjes ka qenë i ngjashëm si për burrat dhe për gratë. Vdekshmëria për shkaqe të NCDs në Shqipëri ishte rreth 88% (86% te meshkujt dhe 90% te femrat). Sëmundjet kardiovaskulare përbënin rreth 55% të të gjitha vdekjeve[[10]](#footnote-11) (51% te meshkujt dhe 61% femrat).[[11]](#footnote-12)

Edhe kontributi i *lëndimeve* tek barra totale e sëmundjeve (në DALY) ka rënë nga 16% e barrës së përgjithshme të sëmundjeve në 2000, në 9% në vitin 2012.[[12]](#footnote-13)

*Aksidentet rrugore* ngelen një vrasës i madh në Shqipëri, për sa i përket shkaqeve të jashtme të vdekjes.

Për sa i përket *shëndetit të fëmijëve*, Shqipëria përballet ende me barrën dyfishtë të kequshqyerjes dhe mbipeshës.

Të gjithë treguesit e mësipërmnese krahasohen me treguesit mesatarë europianë shtrojnë nevojën për të përmirësuar më tej gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare. Për t’iu përgjigjur këtyre nevojave, është e nevojshme të ndërmerren veprime strategjike ndërsektoriale të cilat do të mundësojnë fillimin e shëndetshëm të jetës dhe zgjedhjet e shëndetshme të qytetarëve në jetën e përditshme.

### 1.2.3. Përcaktorët e shëndetit dhe mirëqenies

Të dhënat më të fundit[[13]](#footnote-14) mbi ndikimin e *faktorëve të rrezikut të sëmundshmërisë* në Shqipëri identifikojne tre faktorë kryesorë të rrezikut për barrën e sëmundshmërisë: i) rreziqet e lidhura me dietën ushqimore; ii) hipertensioni arterial; iii) duhanpirja. Gjatë 20 viteve të fundit ka patur një rritje të ndjeshme në barrën e sëmundshmërisë, që i atribuohet *karakteristikave të mënyrës së jetesës* në Shqipëri. Aktualisht, faktorët e stilit të jetesës përbëjnë mbi 70% të barrës totale të sëmundshmërisë. Gjatë dy dekadave të fundit, niveli i vdekshmërisë për shkak të *mbipeshës dhe obezitetit* është rritur më shumë se dy herë. Në veçanti, niveli i vdekjeve nga sëmundja ishemike e zemrës është rritur 2.5 herë, ndërsa niveli i vdekjeve nga diabeti është trefishuar. Në vitin 2010, *duhanpirja* ishte shkaktare e 22% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri.[[14]](#footnote-15)

Megjithatë, evidencat tregojnë se shëndeti dhe mirëqenia nuk varen vetëm nga performanca e sistemit shëndetësor. Faktorë të tjerë ekonomikë dhe socialë, si të ardhurat, arsimimi, strehimi dhe mjedisi, kanë ndikim të fortë në shëndetin dhe mirëqenien e popullsisë.

Gjatë gjithë periudhës së tranzicionit shqiptarët kanë pasur nivel të ulët të ardhurash. Për më tepër, shpërndarja e pabarabartë e rritjes ekonomike dhe e pasurisë ndërmjet rajoneve ka çuar në rritje të pabarazive në shëndetin e popullatës, veçanërisht midis asaj të zonave urbane e rurale. Këta përcaktorë, të kombinuar me mungesën e aksesit në shërbimet shëndetësore dhe pagesat e mëdha nga xhepi për shërbimet shëndetësore, kanë cënuar shëndetin dhe cilësinë e jetës, veçanërisht për grupet vulnerabël si fëmijët, pensionistët, të pasiguruarit, etj.

*Arsimi* është një tjetër përcaktor i rëndësishëm shoqëror për shëndetin. Korelacioni midis arsimit dhe varfërisë është i zhdrejtë: sa më të arsimuar, aq më pak të varfër janë njerëzit dhe anasjelltas. Formimi, arsimimi e shprehitë profesionale si dhe arsimimi universitar shërbejnë si nxitës për të hyrë në tregun e punës, për të dalë nga varfëria dhe për të rritur përfshirjen sociale, dhe në perspektivë afatgjatë kontribuojnë në përmirësimin e shëndetit, veçanërisht duke ulur vdekshmërinë neonatale dhe atë amtare. Vlerësimet e studimit PISA (2012), tregojnë se produktet dhe cilësia e shkollës shqiptare (rezultatet e nxënësve në matematikë, lexim dhe shkenca; përfshirja në shkollë dhe shkalla e kënaqësisë nga shkolla; motivimi për të arritur rezultate sa më të mira etj.) janë më të ultët në rajon. Sipas këtyre vlerësimeve, Shqipëria është rreth një vit shkollor mbrapa vendeve si Bullgaria, Rumania dhe Serbia dhe rreth dy vjet e gjysëm shkollorë pas mesatares së OECD-së”.[[15]](#footnote-16)

*Mjedisi* është një nga faktorët kryesorë që influencojnë shëndetin dhe mirëqenien. Evidencat globale dhe rajonale tregojnë që përcaktorët mjedisorë, së bashku me faktorët e stilit të jetës: cilësia e ujit dhe e ajrit, rrezatimet, shëndeti në punë dhe aktiviteti fizik, kanë një ndikim të qenësishëm në shëndetin e popullatës.

Prandaj për shmangien e rreziqeve dhe adresimin e përcaktuesve të shendetit kërkohen qasje të integruara e gjithëpërfshirëse.

### 1.2.4. Sistemi shëndetësor, shërbimet dhe burimet njerëzore

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti siguron shumicën e shërbimeve të ofruara për popullsinë në fushën e promovimit, parandalimit, diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit. Sektori privat mbulon shumicën e shërbimit farmaceutik, shërbimin dentar dhe disa klinika të specializuara diagnostikuese dhe spitale, të përqendruar kryesisht në Tiranë. Shërbimi diagnostikues dhe kurativ shëndetësor është i *organizuar* në tri nivele: shërbimi i kujdesit shëndetësor parësor, dytësor dhe terciar. Shërbimi shëndetësor publik dhe promocioni ofrohen në kuadër të shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor dhe mbështeten e mbikëqyren nga Instituti i Shëndetit Publik dhe drejtoritë e shëndetit publik në qarqe.

Shërbimet shëndetësore në kujdesin parësor dhe kujdesin spitalor blihen nga *Fondi i* *Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor*. Në vitin 2015, kontributet e sigurimeve shëndetësore përbënin 27,01% të ardhurave të Fondit, nga 24.46% për vitin 2014, dhe 23,02% që përbënin në vitin 2013.[[16]](#footnote-17) Sipas ligjit, sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm për të gjitha grupet ekonomikisht aktive dhe jo-aktive të popullatës. Fondi financohet përmes integrimit të taksave mbi pagën (3.4%) dhe të ardhurave të përgjithshme buxhetore në emër të grupeve jo-aktive të popullsisë. Regjistrimi vullnetar ofrohet për ata që nuk mbulohen.

*Shërbimet bazë të shëndetit publik* koordinohen dhe në masën më të madhe ofrohen nga Instituti i Shëndetit Publik dhe 12 Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë dhe 24 drejtori të shëndetit publik. Instituti i Shëndetit Publik është institucion reference në shëndetin publik dhe njëkohësisht qendër kërkimore dhe universitare. Programet e shëndetit publik kanë qenë të orjentuara tradicionalisht nga kontrolli i sëmundjeve infektive dhe shëndeti i nënës dhe fëmijës. Gjatë viteve të fundit, i është kushtuar vemendje më e madhe kontrollit të sëmundjeve kronike, veçanërisht parandalimit, depistimit dhe kapjes së hershme të kancerit (kanceri i gjirit, kanceri kolo-rektal) dhe sëmundjeve kardio-vaskulare. Ndërhyrje domethënëse janë realizuar edhe në mbrojtjen e shëndetit ndaj produkteve të duhanit. Kohët e fundit ka nisur zbatimi i *Programit të Kontrollit Shëndetësor Falas* për popullsinë rezidente shqiptare të moshës 40-65 vjet. Programi ka nxitur një rol më aktiv të ofruesve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht një rol më të rëndësishëm të infermierëve. Programi e ka zhvendosur fokusin nga personat e sëmurë drejt atyre të shëndetshëm, duke i dhënë më shumë peshë parandalimit të sëmundjeve jo të transmetueshme. Ky është një hap i rëndësishëm drejt kalimit të sistemit shëndetësor nga adresimi i sëmundjes, te adresimi i shëndetit.

*Rrjeti i* *kujdesit shëndetësor parësor* konsiston në 413 qendra shëndetësore, por paketa e shërbimeve, mekanizmat e menaxhimit dhe llogaridhënies janë duke u rishikuar pas zbatimit të reformës administrative dhe territoriale. Në Shqipëri funksionojnë 42 *spitale publike*. Megjithatë, spitalet bashkiake ofrojnë me vështirësi shërbimet, kryesisht për arsye të mungesës së numrit të mjaftueshëm të mjekëve specialistë. Spitalet universitare, të përqëndruara në Tiranë, tërheqin një fluks pacientësh në rritje, për shkak të mungesës së shërbimeve në spitalet bashkiake e rajonale dhe anashkalimit ose mospërdorimit të sistemit të referimit.

Në përgjithesi, *sistemi shëndetësor publik vuan nga numri i pamjaftueshëm i* *profesionistëve.* Raporti mjekë për banorë është 1.2:1000 dhe raporti mami/infermierë për banorë është 3.6:1000. Burimet njerezore në shëndetësi janë shpërndarë në mënyrë të pabarabartë. Mjekët specialistë janë përqendruar në Tiranë dhe në disa qytete të mëdha. Një arritje e sistemit është ngritja dhe bërja efektive e sistemit të edukimit në vazhdim të profesionistëve të shëndetësisë (mjekë, stomatologë, farmacistë). Përfundimi i ciklit të parë të këtij proçesi ofroi një mundësi për të përmirësuar praktikën dhe për të zgjeruar edukimin në vazhdim edhe për infermierët. Mbetet shumë për të bërë për të arritur standartizimin e nivelit profesional, motivimit dhe shpërndarjes së personelit shëndetësor sipas aftësive dhe kompetencave në vendin e punës.

Lëvizja e pacientëve brenda sistemit rregullohet nga *sistemi i referimit*. Referimet zakonisht përcillen nga KSHP drejt kujdesit dytësor / terciar në formën e një kërkese për një opinion mbi një rast ku ende nuk është bërë apo përfunduar diagnoza. Referimet bëhen edhe në qoftë se trajtimi i nevojshëm nuk mund të ofrohet nga KSHP dhe përfshijnë edhe komunikimin me mjekun e KSHP pas trajtimit në spital.

*Shërbimet komunitare* *publike* ofrohen nga qendrat e kujdesit parësor, të shpërndara në të gjithë territorin. Kujdesi infermieror për të posalindurit dhe fëmijët në komunitet është më i konsoliduar. Shërbimi i konsultorëve ka nevojë për një qasje më të theksuar të shëndetit publik, shërbime për grupet e rrezikuara dhe bashkëpunim me të gjithë sektorët e lidhur me shëndetin, për të siguruar shëndetin dhe mirëqenien e fëmijës.

Gjatë njëzet viteve të fundit janë bërë përpjekje për të ndërtuar një rrjet të shërbimeve komunitare të *shëndetit mendor*, në kuadër të proçesit të de-institucionalizimit të personave me çrregullime të shëndetit mendor. Shërbime të tilla janë ngritur në rajonet dhe akset ku ndodhen spitalet psikiatrike: Tirane, Elbasan, Korçë, Shkodër, Vlorë dhe disa qytete të tjera. Ministria e Shëndetësisë ka mbështetur një sërë nismash të OJF-ve për të ofruar shërbime për komunitete me akses të dobët në to, si përdoruesit e drogave ilegale, komuniteti Rom, MSM, CSW, etj.

*Shërbimet e specializuara*, të mbështetura nga teknologjia, kanë qenë tradicionalisht të përqendruara në spitalet universitare në Tiranë. Gjatë dy-tre viteve të fundit, po ngrihen qendra të trajtimit të kancerit (kimio-terapi), qendra të diagnostikimit dhe trajtimit të patologjive kardiake dhe qendra të kujdesit paliativ pranë shumicës së spitaleve rajonale. Ngritja dhe fuqizimi i këtyre qendrave po bëhet në përputhje me planin e racionalizimit të shërbimeve spitalore dhe në harmoni me reformën territoriale dhe administrative.

*Infrastruktura* e institucioneve shëndetësore publike po përmirësohet nga viti në vit. Në mjaft institucione janë ndërtuar objekte të reja, ndërsa në çdo nivel të kujdesit shëndetësor janë rinovuar mjaft objekte ekzistuese. Spitalet universitare, në një masë të konsiderueshme edhe spitalet rajonale, vitet e fundit janë pajisur me pajisjet dhe teknologjinë e munguar prej vitesh. Vështirësitë e mëdha që haseshin për mirembajtjen e pajisjeve, gjatë viteve të fundit janë kapërcyer. Për këtë kanë ndikuar si shtimi i burimeve financiare, ashtu edhe modeli i ri i menaxhimit të pajisjeve mjekësore. Megjithatë, mbetet ende shqetësim aftësimi i burimeve njerëzore për të përdorur teknologjinë e re.

Tregu i *barnave* në Shqipëri është i mirë-rregulluar, ndërkohë që barnat dhe shërbimet farmaceutike ofrohen nga sektori privat. Në përafrim edhe me legjislacionin e BE, është përmirësuar progresivisht kuadri ligjor. Së fundmi, është ngritur Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Materialeve Mjekësore. Si pasojë e masave për të rritur aksesin në barna të sigurta dhe ulur barrën financiare të tyre, prej vitit 2015 mjaft barna tregtohen me çmime rreth 30% më të lira krahasuar me vitin 2013. Gjithashtu, lista thelbësore është shtuar me 200 barna të reja krahasuar me vitin 2013, ndërsa lista e rimbursueshme me rreth 80 barna të reja. Në dy vitet e fundit, barnat citostatikë janë dyfishuar, ndërsa materialet mjekësore për kardiologjinë janë rritur me mbi 50%. [[17]](#footnote-18)

*Sistemi i informacionit shëndetësor* në Shqipëri ka nevojë për rijetërsim dhe ripërtëritje që të mundësojë një menaxhim më të mirë dhe vlerësim të përshtatshëm të sistemit shëndetësor, për të garantuar përdorimin e informacionit shëndetësor në mbështetje të zhvillimit të politikave të mbështetura në fakte dhe planifikimin racional të shërbimeve shëndetësore. Mbetet ende sfide harmonizimi i të dhënave dhe informacioneve nga institucionet shëndetësore, për të përftuar një panoramë të plotë të gjendjes shëndetësore të popullatës. Kjo mund të arrihet duke ndërtuar *regjistrat kombëtarë të sëmundjeve* dhe të *dhënat elektronike* *mjekësore, për të cilat ka filluar puna*.

*Cilësia e kujdesit shëndetësor* është përmiresuar në njëzet vitet e fundit, edhe si rezultat i përparimit teknologjik dhe shkëmbimeve profesionale me vendet e tjera. Në vitin 2006 është ngritur një institucion i posaçëm dhe është hartuar kuadri rregullator ligjor për akreditimin e institucioneve shëndetësore si dhe hartimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve mjekësore. Por hartimi i *udhërrëfyesve dhe protokolleve* nuk është shoqëruar me vlerësimin e kapaciteteve zbatuese. Auditimi klinik është ende i parregulluar dhe i papërcaktuar qartë, ndonëse disa kompetenca ushtrohen nga Urdhërat e Profesionisteve dhe Inspektorati Shëndetësor Shtetëror.

Gjatë tre viteve të fundit janë arritur rezultate të spikatura në uljen e kohës së pritjes për *shërbimet dhe ekzaminimiet diagnostikuese*. Kohëpritja për provën e ngarkesës së zemrës (biçikletës) është ulur nga 60 ditë në 2013, në 45 ditë në 2016. Për të njëjtat periudha, kohëpritja për provën e kontrollit të enëve të gjakut ëshë ulur nga 180 ditë, në 35 ditë; kohëpritja për rezonancën magnetike ëshë ulur nga 90 ditë, në 35 ditë; kohëpritja për skanerin ëshë ulur nga 60 ditë, në 25 ditë.

Shërbimi i *urgjencës mjekësore* përbën një nga prioritetet e politikave shëndetësore gjatë termit qeverisës 2013-2017. Ministria e Shëndetësisë po punon për ngritjen e Shërbimit Kombëtar të Urgjencës Mjekësore për të siguruar prezencë të shpejtë e profesionale në të gjithë territorin e vendit, duke vendosur standarte të njëjta në të gjitha qendrat pritëse e duke iu përgjigjur nevojave të ndryshueshme gjatë stinëve të vitit. Është hartuar kuadri ligjor i nevojshëm dhe është ngritur Qendra Kombëtare e Urgjencës Mjekësore. Gjatë tre viteve të fundit u shtua me 20% numri i ambulancave aktive, u shtua 1 helikopter në Shërbimin e Urgjencës, filloi funksionimi i Urgjencës Kardiake 24/7 në QSUT dhe prej vitit 2014 funksionon shërbimi i urgjencës në pikat turistike gjatë sezonit.

**1.2.5. Pabarazitë në shëndet**

Parametrat kryesorë për të vlerësuar pabarazitë në shëndet dhe shërbimet shëndetësore në kontekstin kombëtar, përfshijnë treguesit demografikë dhe social-ekonomikë, midis tyre gjininë. *Pabarazia gjinore* konstatohet edhe në aksesin në shërbimet shëndetësore. Vitet e fundit Shqipëria ka miratuar disa dokumente politikë si edhe një paketë legjislative, që synon arritjen e *balancave gjinore* në shoqëri, në tregun e punës, në vendim-marrje dhe institucionet e degëve të qeverisjes. Pabarazia në aksesin në shërbimet shëndetësore lidhet edhe me dallimet midis popullsisë urbane dhe rurale si edhe me shpërndarjen e pasurisë dhe varfërisë. Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç ishte shumë më i lartë në zonat rurale krahasuar me zonat urbane të Shqipërisë (28 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla), e sidomos ndër të varfërit krahasuar me të pasurit (34 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla). Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç dhe prapambetja në rritje ishin përqendruar te të varfërit. Ndërsa kujdesi antenatal, ndihma e kualifikuar gjatë lindjes dhe përdorimi i kontraceptivëve ishin më të përqendruar te të pasurit.[[18]](#footnote-19) Ndonëse në Shqipëri, ashtu si në shumë vende të tjera të Europës Qendrore dhe Lindore, ka mungesë statistikash dhe analizash në lidhje me gjendjen shëndetësore të *romëve*, treguesit e gjendjes shëndetësore të romëve janë më të përkeqësuar krahasuar me treguesit e shëndetit të popullsisë së vendit. Për shkak të varfërisë, kushteve të vështira, mënyrës së jetesës, nivelit të ulët arsimor, aksesit të pakët në shërbimet shëndetësore, diskriminimit etj., romët kanë një incidencë më të lartë sëmundshmërie dhe janë më të prekshëm, sidomos ndaj sëmundjeve të transmetueshme. Një studim në 2011 tregoi që romët kanë një prevalencë më të lartë (17%) të sëmundjeve kronike, konsumojnë më tepër alkool dhe duhan, si dhe kanë një prevalencë më të lartë të TB, HIV/SIDA, Hepatit B dhe sifiliz.[[19]](#footnote-20)

## 1.3. Mirëqeverisja dhe llogaridhënia në sistemin shëndetësor

### 1.3.1 Mirëqeverisja në sistemin shëndetësor

Aftësitë dhe kontributi i Ministrisë së Shëndetësisë për të formuluar *orientimin e politikave strategjike*, për të siguruar rregullimin e mirë, mjetet për zbatim, dhe informacionin e nevojshëm mbi funksionimin e sistemit shëndetësor janë rritur. Në kontekstin e proçesit të integrimit europian, po i kushtohet më shumë vëmendje zbatimit të politikave të miratuara dhe veprimeve ndërsektoriale për shëndetin. Shembulli më i mirë për këtë është zbatimi i masave të *kontrollit të duhanit*.

*Llogaridhënia* ndaj niveleve të larta të menaxhimit, por sidomos ndaj qytetarëve, është çelësi për efikasitetin e qeverisjes në sistemin shëndetësor. Shpesh, raportimi është i njëkahshëm, nga poshtë-lart dhe kontrolli nuk është i vazhdueshëm. Ka një tendencë për të zgjeruar auditimin përtej financave drejt çështjeve programore. *Reforma territoriale dhe administrative* përbën një sfidë dhe mundësi për sistemin shëndetësor, pasi ajo është një kërkesë në rritje për forcimin e llogaridhënies ndaj qeverisjes vendore dhe qytetarëve, drejtpërdrejt ose nëpërmjet të zgjedhurve të tyre. Ka filluar riorganizimi i shërbimeve te kujdesit parësor, për t’u përshtatur me ndarjen e re administrative.

*Mirëqeverisja e shërbimeve* shëndetësore dhe kujdesit mjekësor janë në qendër të vëmendjes së opinionit publik, qytetarëve dhe medias. Ministria e Shëndetësisë ka filluar *monitorimin e shërbimeve spitalore* në të gjithë vendin. Prej muajit tetor 2014, po zbatohet një aksion i vazhdueshëm dhe intensiv *kundër korrupsionit* në shërbimin spitalor, qëllimi i te cilit është nxitja e transparencës, integritetit dhe llogaridhënies në sistemin shëndetësor si edhe respektimi i dinjitetit të pacientëve. *Perceptimi i publikut dhe kënaqesia e përdoruesve të shërbimeve* janë vlerësuar e po vlerësohen sipas metodologjive të ndryshme. Gjatë dy dekadave të fundit, shërbimet shëndetësore publike jane perceptuar si shërbime me cilësi jo të mirë, marrëdheniet mes profesionisteve të shëndetësisë dhe qytetarëve janë konsideruar të kompromentuara dhe mitmarrja e përhapur.

*Inspektimi në fushën e shëndetësisë*, u riorganizua në vitin 2013, duke u konsoliduar në një trupë të vetme, me përjashtim të inspektimit të barnave, Inspektoratin Shtetëror Shëndetësor (IShSh). IShSh zgjeroi fushën e veprimit edhe në fushën e inspektimit të institucioneve shëndetësore në zbatimin e rregulloreve, udhërrëfyesve dhe protokolleve të funksionimit të shërbimeve. Metodologjia e inspektimit u standardizua.

*Në vitin 2016 ka filluar puna për mbajtjen e Llogarive Shëndetësore Kombëtare*, si një mjet i pranuar ndërkombëtarisht për përmbledhjen, përshkrimin dhe analizimin e financimit të sistemeve shëndetësore kombëtare. Llogaritë do të mundësojnë përdorimin më të mirë të informacionit të financimit të shëndetësisë dhe do të përmirësojnë performancën e sistemit shëndetësor.

*Organet e qeverisjes vendore* kanë pasur një rol të kufizuar në administrimin e shërbimeve shëndetësore. Reforma territoriale-administrative dhe e decentralizimit ka krijuar hapësira për një rol më të madh të bashkive në administrimin e aseteve e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor dhe disa shërbime të shëndetit publik. Qeverisja vendore po kontribuon në krijimin e kushteve për jetë të shëndetshme, nëpërmjet mire-administrimit te territorit, rritjes së hapësirave të gjelbra, ndërtimit të korsive të biçikletave, zonave të sigurta për këmbësorë, menaxhimit te mbetjeve, administrimit te ujesjelles-kanalizimeve, zbutjes dhe parandalimit te pabarazive, perfshirjes sociale etj.

### 1.3.2. Shëndeti në të gjithë politikat

*Shëndeti në të gjithë politikat* përbën një koncept dhe praktikë qeverisjeje, e cila përfshin ndërgjegjësimin e përfaqësuesve të sektoreve të ndryshëm të qeverisjes për ndikimin në shëndetin e popullatës dhe rolin e tyre pro-aktiv në formulimin e politikave dhe ndërmarrjen e veprimeve në dobi të shëndetit. Qeveria e Shqipërisë dhe Ministria e Shëndetësisë e njohin rëndësinë e këtij koncepti për të adresuar pabarazitë në shëndet dhe për të siguruar shëndet dhe mirëqenie më të mirë për të gjithë qytetarët e Shqipërisë. Këto përpjekje ndërsektoriale janë jetësuar nëpërmjet politikash e veprimesh të përbashkëta midis sektorëve të shëndetësisë, mbrojtjes sociale dhe mbrojtjes së mjedisit, sidomos për mbrojtjen dhe promocionin e shëndetit. Disa *grupe ndërministrore dhe ndërsektoriale*, vendim-marrëse ose këshillimore, në nivel politik dhe teknik, janë ngritur dhe funksionojnë për sjelle një perspektivë shumëplanëshe për shëndetin publik, si: kontrolli i duhanpirjes, lufta ndaj drogave, menaxhimi i integruar i mbetjeve, menaxhimi i burimeve ujore, lufta ndaj trafikimit të qenieve njerëzore, masat mbrojtëse për uljen e ndikimit të pasojave të ngrohjes globale, masat për mbrojtjen e shëndetit dhe sigurinë në punë, transfertat në shkëmbim të vaksinimit të fëmijëve romë, etj.

### 1.3.3. Bashkëpunimi ndërkombëtar dhe rajonal

*Bashkëpunimi i koordinuar me agjencitë e Kombeve të Bashkuara* është realizuar në kuadër të One UN. Në sektorin e shëndetësisë është bashkëpunuar në mënyrë konstante me Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH). Një kontribut të rëndësishëm po jep edhe Banka Botërore, si me asistencë teknike, ashtu edhe mbështetjen në investimet kapitale. Përveç bashkëpunimit shumëpalësh, në përmirësimin e sistemit shëndetësor në Shqipëri po ndikon edhe bashkëpunimi dypalësh. Në kuadër të proçesit të integrimit europian, Shqipëria po rrit përpjekjet për të shfrytëzuar mekanizmat e asistences TAIEX dhe IPA.

Ministria e Shëndetësisë merr pjesë aktive dhe kontribuon në bashkëpunimin rajonal në shëndetësi, nëpërmjet Rrjetit të Shëndetësisë së Europës Juglindore, SEEHN, nënshkrimit dhe zbatimit të marrëveshjeve dypalëshe e shumëpalëshe, të cilat fuqizojnë sinergjinë midis programeve të OBSH, OKB dhe BE. Kujdes i veçantë po i kushtohet përafrimit të legjislacionit me legjislacionin e BE-së.

Fokusi i bashkëpunimit ndërkombëtar dhe rajonal do të vazhdojë të jetë në çështje të rëndësisë globale, të cilat kanë një ndikim të veçantë në rajon dhe në vend, si krizat humanitare, emigracioni, fatkeqësitë natyrore, ndryshimet klimaterike, rreziqet ndërkufitare etj.

## 1.4. Arritjet, mësimet e nxjerra dhe nxitësit e ndryshimit

### 1.4.1 Arritjet kryesore për Shëndetin

*Mirëqenia shoqërore* në Shqipëri është përmirësuar në mënyrë të dukshme gjatë 20 viteteve të fundit. Papunësia dhe varfëria kanë rënë, ndërsa niveli i punësimit është rritur. Gjithashtu, treguesit e përgjithshëm të shëndetit të popullatës, veçanërisht jetëgjatësia, niveli i vdekshmërisë foshnjore, niveli i vdekshmërisë nën 5 vjeç, niveli i vdekshmërisë amtare, incidenca e sëmundjeve infektive, janë përmirësuar dukshëm. Megjithatë, pabarazitë në zhvillim janë ende të ndjeshme.

*Urbanizimi* ka krijuar më shumë mundësi për mobilitet shoqëror dhe ekonomik, si edhe përshtatje më të shpejtë të sjelljeve, praktikave e dinamikave të vlerave e normave sociale.

Rritja e qëndrueshme e *jetëgjatësisë* është rezultat i përmirësimit të kushteve të jetesës si edhe i progresit në sektorin e shëndetësisë, sidomos menaxhimit efektiv të sëmundjeve infektive dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor të nënës dhe fëmijës.

*Çrregullimet neonatale* kanë rënë në mënyrë të konsiderueshme gjatë dy dekadave të fundit. Gjithashtu, *barra e sëmundjeve tek fëmijët e moshës 1-4 vjeç* ka rënë gjithashtu në mënyrë të ndjeshme. Vërehet një rënie e *infeksioneve respiratore akute* (IRA) dhe *diarresë*, të cilat kanë qenë tradicionalisht ndër shkaqet kryesore të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë së fëmijëve nën 5 vjeç. Rritja e mirëqenies ka rritur *sigurinë* dhe përmirësuar *ushqyerjen* e fëmijëve. Megjithatë, kequshqyerja mes fëmijëve vazhdon të mbetet problem. Krahas përmirësimit të shëndetit të fëmijëve, edhe *çrregullimet amtare* janë pakësuar.

*Infeksionet e rrugëve të poshtme* të frymëmarrjes kanë rënë në mënyrë të konsiderueshme. Ka pasur gjithashtu një rënie të lehtë të barrës së *HIV / AIDS* dhe *tuberkulozit*.

Rënie të konsiderueshme ka pasur edhe në barrën e sëmundjeve të tjera infektive, duke përfshirë *hepatitin* (kryesisht hepatitin A që transmetohet me anë të ujit), *pielonefritin dhe infeksionet e traktit urinar*.

*Duhanpirja* konsiderohet si shkaku i vetëm i parandalueshëm i shëndetit të keq. Norma e përgjithshme bruto e vdekshmërisë prej saj ishte rritur ndjeshëm gjatë dekadave të fundit. Ministria e Shëndetësisë po arrin një kontroll të plotë të duhanpirjes në vendet publike: prej vitit 2014 është duke zbatuar me mjaft sukses një plan aktiv dhe gjithëpërfshirës.

*Lëndimet* e paqëllimshme ose të qëllimshme dhe ato *rrugore* përbëjnë një pjesë të konsiderueshme të barrës së vdekshmërisë dhe sëmundjeve. Pas vitit 2000, ka pasur një rënie të vogël në normën e vdekjeve nga lëndimet për të dy gjinitë. Statistikat provojnë një rënie të moderuar të lëndimeve të paqëllimshme për të dyja gjinitë. Por lëndimet prej aksidenteve rrugore janë rritur për të dyja gjinitë, por më shumë te meshkujt.

Një arritje e madhe për sistemin shëndetësor është krijimi, në vitin 2008, i *Qendrës Kombëtare të Edukimit në Vazhdim* (QKEV). QKEV menaxhon dhe mbështet zhvillimin profesional në sektorin e kujdesit shëndetësor përmes krijimit dhe nxitjes së standardeve në fushën e edukimit të vazhdueshëm dhe koordinimit të programit të ricertifikimit, me qëllimin përfundimtar përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore.

*Rreziqet në punë* vazhdojnë të përbëjnë një barrë relativisht të lartë të sëmundjeve, pavarësisht prirjes rënëse gjatë dy dekadave të fundit. Legjislacioni i ri, së bashku me marrëveshjet ndër-sektoriale, kanë përmirësuar dhe rritur masat e sigurisë në ndërmarrjet industrial, sidomos në kantieret e ndërtimit, të cilat përmbajnë rreziqe të larta për lëndime. Megjithatë, mbrojtja në punë është ende larg standarteve bashkëkohore të shëndetit profesional, kontrollit dhe parandalimit adekuat të sëmundjeve profesionale, në kushtet e punës post-industriale: sindromën tunel të kyçit të dorës, dhimbjet e fundshpinës, lodhjen kronike, stresin, këputjen etj.

Një program gjithëpërfshirës i *edukimit shëndetësor* është pjesë e programit arsimor në të gjitha nivelet shkollore. Qëllimi i edukimit shëndetësor është shtimi i njohurive shëndetësore të nxënësve, krijimi i qasjeve pozitive ndaj mirëqenies dhe promovimi i sjelljes së shëndetshme.

Plani Kombëtar për Integrimin Europian përfshin masa afatmesme dhe afatgjata, deri në vitin 2020, me synimin e *përafrimit të plotë të legjislacionit kombëtar të të gjithë sektorëve me acquis të BE-së*. Perparim në fushën e përafrimit të legjislacionit në fushën e shëndetit publik eshte realizuar në kontrollin e semundjeve infektive, mbrojtjen e shëndetit nga produktet e *duhanit*, në shërbimin e *transfuzionit të gjakut* dhe në *transplantin* e indeve dhe qelizave.

Gjatë tre viteve të fundit janë arritur rezultate të dukshme në përmirësimin e shërbimeve shëndetësore e mjekësore për popullsinë:

* 940 mijë qytetarëve të moshës 40-65 vjeç u ofrohet çdo vit kontroll shëndetësor falas, duke realizuar parandalim dhe diagnostikim te hershem per semundjet kronike
* U përfshi për herë të parë në kujdesin shëndetësor publik shërbimi pa pagesë nga mjeket e familjes per te gjithe shtetasit pa dallim, te siguruar ose jo. Mbi 300,000 qytetarë, pjestarë të 80 mijë familjeve të varfëra ose me të ardhura të pakta përfitojnë kujdes mjekësor falas nga mjeku i familjes;
* U ulën ndjeshëm tarifat për vizita dhe trajtime tek mjeket specialiste per personat e pasiguruar;
* 600,000 qytetarë të pasiguruar përfitojnë nga vizitat falas tek mjeku i familjes dhe tarifat e ulura ne kujdesin shendetesor te specializuar. ;
* 800,000 pacientë, përdorues të skemës së sigurimit shëndetësor, kanë përfituar më shumë shërbime;
* Kryhet rregullisht dezinsektimi i zonave bregdetare;
* Nga përfshirja e edukimit fizik në shkolla po përmirësohet gjendja fizike e mbi 210,000 nxënësve;
* Mamografët lëvizës ofrojnë shërbim për mbi 5 mijë gra në vit që u kursyen buxheteve familjare 67 mijë dollarë. Nga ky shërbim familjet shqiptare parandalojne shpenzimin e 45 milionë dollarë në vit;
* Prej vitit 2014 funksionon shërbimi i urgjencës në pikat turistike gjatë sezonit;
* Rrjeti i shërbimit të hemodializës që kryhej vetëm në Tiranë, u zgjerua në Lezhë, Korçë dhe Vlorë;
* Është ulur me 30% çmimi i barnave;
* Lista e barnave të rimbursueshme e vitit 2016 përmban 1070 barna alternative tregtare, nga të cilat 546 barna alternative të para nga 490 që përmbante lista e vitit 2015. Gjithashtu kjo listë përmban 322 principe aktive nga 280 që përmbante lista e vitit të shkuar. 150,000 qytetarë shqiptarë përfitojnë nga barnat e reja që u shtuan në listën e rimbursimit;
* Është ulur 20% çmimi i materialeve mjekësore të implantueshme;
* U hoq TVSH për barnat dhe pajisjet mjekësore të implantueshme.

### 1.4.2. Sfidat dhe mësimet

Shpenzimet për shëndetësinë vijnë në rritje*. Buxheti* i vitit 2015 ishte 41.3 miliarde ALL ose 2,8% e PBB-së. Shpenzimet e qeverisë në shëndetësi në 2014 u rritën në mbi 40 miliardë ALL. Buxheti për shëndetësinë në 2015 ishte 6% më i lartë se në 2014. Megjithatë, niveli i financimit buxhetor për shëndetësinë është ende i ulët, në krahasim me nevojat e popullsisë.

*Infrastruktura* e detajuar e kujdesit shëndetësor dhe disponueshmëria e duhur e *teknologjisë* janë kushte themelore për një mbulim efektiv dhe efikas të shërbimeve esenciale shëndetësore. Sistemi ka nevojë për të siguruar *burime njerëzore* të mjaftueshme dhe cilësore, përgatitja e të cilave ka mbetur prapa modernizimit gradual të teknologjisë në shëndetësi.

Qeveritë kanë një rol të rëndësishëm në *garantimin e një sistemi shëndetësor* *mirëfunksional*. Aktivitetet e qeverisë në fushën e sistemit shëndetësor përfshijnë, por nuk kufizohen, në përgatitjen e kornizave ligjore dhe rregullatore, për sektorin publik dhe privat, financimin dhe monitorimin e kujdesit shëndetësor, mundesimin e edukimit dhe trajnimit te personelit shëndetësor.

Aktualisht, sfida kryesore për të ndryshuar perceptimin negativ të publikut dhe për të krijuar e rrënjosur besimin në sistemin shëndetësor shqiptar është *zgjerimi i aksesit dhe ulja e pabarazisë në shërbime, mbrojtja financiare e popullatës me të ardhura të ulëta, zgjerimi i llojshmërisë së shërbimeve dhe rritja e gadishmërisë së sistemit*. Siç theksojnë direktivat e OBSH-së, është e rëndësishme të luftohen "*diferencat e padrejta dhe të shmangshme në shëndet* *dhe në ofrimin e shërbimit shëndetësor*"[[20]](#footnote-21).

*Qëndrueshmëria* është kritike për çdo sistem shëndetësor. Qëndrueshmëria është para së gjithash *qëndrueshmëri financiare*, pra aftësia dhe kapacitetet per të financuar mjaftueshëm sistemin e kujdesit shëndetësor. Qëndrueshmëria kërcënohet nga disa faktorë, midis të cilëve përfshihen edhe kostot në rritje në shërbimet shëndetësore e mjekësore, plakja e popullatës, niveli dhe disponueshmëria e teknologjive dhe pajisjeve mjekësore, rritja e mirëqenies së qytetarëve dhe e pritshmërive të tyre për shërbime cilësore shëndetësore e mjekësore.

Një sfidë për sistemin shëndetësor përbëjnë edhe *karakteristikat e mjedisit të jashtëm,* duke përfshirë emigrantët, lëvizjen e lirë të njerëzve, kujdesin ndërkufitar, epidemitë dhe pandemitë, si rasti i fundit i Ebolës, dhe minoritetet vulnerable, veçanërisht *komuniteti rom*.

Sfidë për sistemin shëndetësor është edhe ngritja e mekanizmave për të *vlerësuar efikasitetin në kosto të barnave të reja*, në përputhje me praktikat më të mira.

*Pjesëmarrja e komunitetit,* përfshirja aktive e qytetarëve në vendim-marrje dhe në përcaktimin e prioriteteve për çështje të shëndetit dhe shërbimeve shëndetësore e mjekësore është e nevojshme të rritet.

Politikat, programet dhe investimet në shëndetësi janë një çështje e debatueshme në *dialogun politik* dhe debatet parlamentare midis Qeverisë dhe opozitës. Këto debate janë përqëndruar si në filozofinë e ndërtimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri, ashtu edhe në politikat për investimet në sistemin shëndetësor.

Suksesi i reformës në kujdesin shëndetësor në Shqipëri do të varet gjerësisht edhe nga *formimi bazë kulturor dhe shëndetësor i popullsisë* së përgjithshme. Koncepti i formimit shëndetsor në përgjithësi lidhet me aftësinë e individëve për ta kontekstualizuar dhe kujdesur për shëndetin e tyre.

Sinergjia midis *zhvillimit të shëndetit dhe rritjes e zhvillimit ekonomik* duhet të ndërtohet mbi bazën e kontributeve reciproke të shëndetit në rritjen ekonomike dhe anasjelltas. Shëndeti i popullsisë është konsideruar si një ingredient për mbështetjen e rritjes së produktivitetit të ekonomisë dhe ritmeve të rritjes ekonomike.

Globalisht shëndeti kërcënohet nga mjaft rreziqe. Këto përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në: ngrohjen globale, ndarjen dhe pabarazinë globale (e cila ka të bëjë me varfërinë dhe urinë), sigurinë globale (e cila ka të bëjë me luftrat civile dhe terrorizmin), dhe me mungesën e stabilitetit global (e cila ka të bëjë me krizën financiare).

Megjithë këto arritje, Ministria e Shëndetësisë konsideron se është e nevojshme të punohet më shumë për ndryshimin e qasjes së institucioneve, qytetarëve dhe komuniteteve ndaj sistemit shëndetësor, si një proces bashkëshoqërues i ndërtimit të një sistemi shëndetësor që vendos në qendër pacientin dhe qytetarin. Shëndeti nuk është më një cështje individuale, as e komunitetit, as vetëm e një vendi. Disa aspekte të tij e bëjnë shëndetin një të mirë publike globale. Ndër aspektet më thelbësore që e bëjnë shëndetin një të mirë publike globale është nevoja për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve të transmetueshme: HIV/AIDS, Tuberkulozi, sidomos TB rezistent ndaj barnave, AMR etj. si edhe efekti kumulativ i konsiderueshëm në ekonomitë kombëtare /rajonale dhe atë globale i humbjes së prodhimit, të të ardhurave dhe për rrjedhojë, edhe i fitimeve të mundshme nga përmirësimi i shëndetit. Prandaj, rritja e burimeve financiare, materiale dhe njerëzore për shëndetin dhe sistemin shendetësor duhet të konsiderohet jo një barrë, por një investim për shoqërinë. Kjo do të arrihet jo vetëm nëpërmjet rritjes së burimeve të mobilizuara për sistemin shendetësor, por edhe nëpërmjet parimit “Shëndet në të gjitha politikat”.

**1.4.3. Nxitësit e Ndryshimit**Qeveria do të nxisë dialogun politik dhe mbështetjen publike për përmirësimin e cilësisë dhe standarteve të kujdesit shëndetësor. *Pritshmëritë e qytetarëve* për cilësinë dhe aksesin në shërbime janë të larta, veçanërisht pas vitit 2013.

Qeveria e Shqipërisë, me programin e saj 2013-2017, është qartësisht dhe plotësisht e angazhuar për ndryshime madhore thelbësore në disa drejtime, të cilat çojnë në *Mbulimin Shëndetësor Universal*, ndryshimin e mënyrës së financimit të shërbimeve shëndetësore, duke kaluar nga sistemi kontribuitiv në *taksimin e përgjithshëm*, kontrollin e sëmundjeve jo të komunikueshme, orjentimin *drejt shërbimeve* *parandaluese*, forcimin i rolit të mjekësisë së familjes, reformimin e *urgjencës mjekësore*, *uljen e çmimit të barnave* dhe rritjen e aksesit në barna cilësore dhe të sigurta.

Angazhimet ndërkombëtare të Shqiperise harmonizohen me ambiciet për *zhvillimin social dhe ekonomik*, të përcaktuara në Strategjinë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim. Kërkesat përafruese me standartet e BE-së kanë epërsi në agjenden e çdo sektori, përfshirë shëndetësinë. Kuadri strategjik i OBSH-së, “Shëndet 2020”, vendos theksin në shëndetin, jo thjesht në sistemin shëndetësor, duke zgjeruar spektrin e përcaktuesve të shëndetit përtej atyre konvencionale. Ky vizion përforcohet nga pozicioni më qendror dhe përparësor i shëndetit në Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm, përkufizimi holistik i shëndetit dhe koncepti “Shëndet në të gjitha politikat”.

Zbatimi i *teknologjive të reja* në sektorin shëndetësor do të përmirësojë shërbimet diagnostikuese dhe trajtuese dhe do të mundësojë kujdes shëndetësor cilësor për të gjithë qytetarët, pavarësisht vendodhjes gjeografike dhe të ardhurave.

Reformimi i sistemit shëndetësor, sidomos ecja drejt *Mbulimit Shëndetesor Universal* nëpërmjet Aksesit Universal dhe kalimi në financimin e sistemit shëndetësor prej taksimit të përgjithshëm, po zhvillohet në sinergji me reformat e ndërmarra pas vitit 2013: reformën e *tregut të punës*, reformën e *pensioneve,* reformën e *arsimit të lartë, luftën kundër informalitetit* në ekonomi dhe në tregun e punës, *ndryshimin e sistemit fiskal* dhe kalimin nga taksimi i sheshtë në taksimin progresiv dhe *reformën administrative*.

Përmirësimi i kujdesit shëndetësor për gratë dhe vajzat po realizohet në sinergji me luftën kundër *diskriminimit gjinor, dhunës me bazë gjinore dhe dhunës në familje*, në bashkëpunim me shoqërinë civile dhe mbështjen nga organizatat ndërkombëtare, veçanërisht nga Programi *ONE UN*.

PJESA E DYTË

PRIORITETET STRATEGJIKE DHE QËLLIMET

## II.1. Prioritetet strategjike dhe qëllimet

Me qëllim që të arrihet vizioni i sistemit shëndetësor ”Shëndet për të gjithë, më shumë vite jetës, më shumë shëndet viteve” dhe misioni ”Të mbrojë, të përmirësojë dhe të promovojë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqënien e të gjithë njerëzve në Shqipëri” , dhe duke u bazuar në analizën e gjendjes aktuale dhe nevojave shëndetësore të popullatës, janë identifikuar katër prioritete strategjike, të lidhura me parimet bazë të zgjerimit dhe përmirësimit të aksesit në shërbimet shëndetësore:

* **Prioriteti Strategjik 1: Investimi në shëndetin e njerëzve gjatë gjithë ciklit të jetës**
* **Prioriteti Strategjik 2: Mbulimi Shëndetësor Universal për të gjithë**
* **Prioriteti strategjik 3: Fuqizimi i sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër njerëzit**
* **Prioriteti strategjik 4: Përmirësimi i qeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin**



**Prioriteti Strategjik 1:**

**Investimi në shëndetin e njerëzve gjatë gjithë ciklit të jetës:**

***Rezultati i pritshëm:***

*Rritja e jetëgjatësisë dhe zgjatja e numrit të viteve të shëndetshme, duke reduktuar sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e parandalueshme.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.1** | *Promovimi i stilit të shëndetshëm të jetës dhe mundësimi i zgjedhjeve të shëndetshme.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie; OZhQ 1 – Jo varferise; OZhQ 2 – Jo urise; OZhQ 4 – Edukim cilesor; OZhQ 5 – Barazi gjinore; OZhQ 6 – Uje i paster dhe sanitet; OZhQ 8 – Pune e denje dhe rritje ekonomike; OZhQ 11 – Qytete dhe komunitete te qendrueshme; OZhQ 13; Veprim per klimen; OZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi. |
| **Përshkrimi** | *Sensibilizim në rritje dhe mundësi e rritur për zgjedhje të shëndetshme, nëpërmjet rritjes së mirëqenies, përmirësimit të programeve ekzistuese dhe aplikimit të programeve të reja për zbulim dhe parandalim të hershëm* |
| **Parashikimi** | * Përmirësimi i kushteve për shëndetin;
* Përmirësimi i kulturës shëndetësore;
* Krijimi i kushteve për një shtatëzani të sigurtë;
* Mbrojtje shëndetësore për fëmijët dhe të rinjtë;
* Promovimi i vendeve të sigurta të punës;
* Mbështetja për një pleqëri të shëndetshme.
 |
| **Objektivi 1.2** | *Fuqizimi i programeve parandaluese dhe promovuese të shëndetit publik (depistimi, shëndeti në shkollë, imunizimi)*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.7 – Shendeti seksual dhe riprodhues OZhQ Target 3.3 – Semundjet infektive OZhQ Target 3.1 – Vdekshmeria amtare OZhQ Target 3.2 – Vdekshmeria neonatale dhe feminore  OZhQ Target 3.4 – Semundjet jo te komunikueshme OZhQ Target 3.a – Kontrolli i duhanit OZhQ Target 3.5 – Abuzimi me substancat OZhQ Target 3.b – Barnat dhe vaksinat OZhQ 4 – Edukim cilesor; OZhQ Target 4.7 – Zhvillim dhe stil jete i qendrueshemOZhQ 5 – Barazi gjinore;  OZhQ Target 5.6 – Te drejtat seksuale dhe riprodhuese |
| **Përshkrimi** | *Programet ekzistuese parandaluese dhe promovuese të shëndetit publik, të cilat po arrijnë rezultate efikase, si edhe programet e reja që po zhvillohen do të vazhdojnë të implementohen si pjesë të integruara të kësaj strategjie: aktivitetet e planit të ri të veprimit do të fokusohen në përmirësimin e stilit të jetesës të popullsisë, veçanërisht në zonat rurale.*  |
| **Parashikimi** | Programet e zbulimit të hershëm të kancerit (të gjirit, qafës së mitrës, kolo-rektal), check-up-i për grup-moshat 35-70 vjec, shërbimet dentare, foshnjet dhe fëmijët, autizmi. Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punes do të fokusohen në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020 (Kanceri i gjirit, i qafës së mitrës, kolo-rektal)
* Programi Kombetar dhe Plani i Veprimit “Per parandalimin dhe kontrollin e semundjeve jo te transmetueshme 2016-2020”
* Dokumenti strategjikdhe plani i veprimit “Për shëndetin riprodhues 2016-2020” (Kanceri i gjirit, i qafës së mitrës, shëndeti i të porsalindurve dhe fëmijëve)
* Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Bazë për qytetarët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç.
* Plani kombëtar për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor, 2013-2022.
 |
| **Objektivi 1.3** | *Zvogëlimi i normave të vdekshmërisë foshnjore dhe amtare dhe sigurimi për një fillim të shëndetshëm të jetës.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.7 – Shendeti seksual dhe riprodhues OZhQ Target 3.3 – Semundjet infektive OZhQ Target 3.1 – Vdekshmeria amtare OZhQ Target 3.2 – Vdekshmeria neonatale dhe feminore  OZhQ Target 3.b – Barnat dhe vaksinat OZhQ 5 – Barazi gjinore;  OZhQ Target 5.6 – Te drejtat seksuale dhe riprodhuese |
| **Përshkrimi** | *Vdekshmëria zvogëlohet më tej për të arritur nivelet europiane, duke adresuar shkaqet kryesore të saj si dhe duke siguruar shërbime më të mira për nënën dhe të porsalindurin.* |
| **Parashikimi** | Brenda vitit të parë pas miratimit, do të hartohet e miratohet një dokument politikash dhe një plan veprimi për shëndetin riprodhues, duke u fokusuar në: * Programin e imunizimit;
* Ushqyerjen me gji;
* Kujdesin prenatal dhe shëndetin mëmësor;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Dokumenti strategjik dhe plani i veprimit ”Për shëndetin riprodhues 2016-2020”
* Plani i Veprimit për Sigurinë e Kontraceptivëve 2017-2020
 |
| **Objektivi 1.4** | *Zvogëlimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së parandalueshme.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.4 – Semundjet jo te komunikueshme OZhQ Target 3.a – Kontrolli i duhanit OZhQ Target 3.5 – Abuzimi me substancat OZhQ Target 3.b – Barnat dhe vaksinat OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore OZhQ 2 – Zero uri  OZhQ Target 2.2 – KequshqyerjaOZhQ 8 – Pune e denje dhe rritje ekonomike OZhQ Target 8.8 – Shendeti ne pune / te drejtat e punemarresve OZhQ OZhQ 11 – Qytete dhe komunitete te qendrueshme  OZhQ Target 11.6 – Cilesia e ajrit dhe menaxhimi i mbetjeve OZhQ Target 11.7 – Aksesi universal ne hapesira te gjelberta dhe  publike  |
| **Përshkrimi** | *Veprime konkrete ndërmerren për të parandaluar shkaqet e sëmundshmerisë dhe vdekshmërisë lidhur me sëmundjet kardiovaskulare, endokrine dhe kancerin, nëpërmjet ndërhyrjes mbi faktorët e riskut të modifikueshëm.* |
| **Parashikimi** | * Kontrolli i kancerit; Sëmundjet kardiovaskulare; Diabeti;
* Faktorët e riskut (duhani, alkooli, të ushqyerit, kripa, aktiviteti fizik);
* Aksesi në diagnozë të hershme dhe trajtimi;
* Parandalimet dytësore dhe terciare;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Programi Kombëtar dhe Plani i Veprimit për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve jo të transmetueshme 2016-2020;
* Buxheti afat-mesëm i rishikuar (2017-2019);
* Plani i Racionalizimit të Spitaleve (Banka Botërore);
* Plani Kombëtar për Integrimin Europian 2015-2020.
 |
| **Objektivi 1.5** | *Akses në rritje i popullatës në programet parandaluese.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.7 – Shendeti seksual dhe riprodhues OZhQ Target 3.3 – Semundjet infektive OZhQ Target 3.4 – Semundjet jo te komunikueshme OZhQ Target 3.a – Kontrolli i duhanit OZhQ Target 3.5 – Abuzimi me substancatOZhQ 10 – Pabarazi te reduktuara  OZhQ Target 10.2 – Perfshirje sociale, ekonomike dhe politike per te  gjithe |
| **Përshkrimi** | Sigurimi i aksesit në shërbimet parandaluese dhe atyre në komunitet. |
| **Parashikimi** | * Qendrat komunitare të shëndetit mendor;
* Qendrat shëndetësore për të rinjtë;
* Dimensioni komunitar i qendrave shëndetësore (kalon kufijtë), testi ndaj HIV/AIDS;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Kombëtare Ndërsektoriale për Decentralizimin dhe Qeverisjen Vendore 2015-2020;
* 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/SIDA 2015-2019;
* Plani Kombëtar i Veprimit per Integrimin e Romëve/Egjyptianeve 2015-2020;
* Strategjia Kombëtare për Luftën ndaj Drogave të Paligjshme 2012-2016.
 |

**Prioriteti Strategjik 2:**

**Mbulimi Shëndetësor Universal për të gjithë**

***Rezultati i pritshëm:***

*Rritje e mbrojtjes financiare, duke zbatuar modele të qëndrueshme të financimit të kujdesit shëndetësor*

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 2.1** | *Ofrimi i mbrojtjes financiare për të gjithë qytetarët.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore  |
| **Përshkrimi** | *Zgjerimi i gamës së shërbimeve që i ofrohet falas të gjithë qytetarëve nëpërmjet financimit nga taksimi i përgjithshëm.* |
| **Parashikimi** | * Programi i check-up-it, ekzaminimet për kancerin e gjirit: falas në pikën ku ofrohet shërbimi;
* Heqja graduale e shërbimeve me pagesë në sistemin shëndetësor publik për të pasiguruarit;
* Financimi i sistemit shëndetësor nga taksimi i përgjithshëm;
* Përcaktimi i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar si burimi unik financues për sistemin shëndetësor.

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020 (Kanceri i gjirit, i qafës se mitrës, kolo-rektal)

Dokumenti strategjik dhe plan-veprimi ”Për shëndetin riprodhues 2016-2020” Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Bazë për qytetarët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç  |
| **Objektivi 2.2** | *Ofrimi i shërbimit shëndetësor profesional me drejtësi dhe te disponueshem ,per te përmbushur nevojat e popullatës.* Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore  OZhQ Target 3.c – Financimi i shendetit dhe burimet njerezore   |
| **Përshkrimi** | *Nevojat shëndetësore të popullatës plotësohen me anë të riorganizimit të shërbimeve shëndetësore bazuar mbi parimet e barazisë, cilësisë dhe drejtësisë, në përputhje me lëvizjes e popullsisë dhe përdorimin eficient të burimeve.* |
| **Parashikimi** | * Shfrytëzimi i mundësive të krijuara me anë të reformës administrative-territoriale;
* Konfigurim më i mirë i shërbimeve shëndetësore: Projekti i Bankës Botërore për Racionalizimin e shërbimit spitalor (spitale të mëdha rajonale të pajisura mirë, në vend të spitaleve bashkiake, konsolidimi i qendrave të shëndetit primar ndaj atyre të mëdha, si për shembull skuadrat e KSHP etj.);
* Shpërndarja e duhur e burimeve njerëzore në shëndetësi dhe përmirësimi i përgatitjes dhe kualifikimit të tyre, vijimësia e specializimeve afatgjata në fushën e mjekësisë, plotësimi i nevojave me mjekë specialistë në spitalet rajonal etj.
* Paketat e shërbimeve të hartuara për kujdesin parësor (zgjerimi i paketave ekzistuese duke përfshirë shërbimet parandaluese, kujdesin ndaj adoleshentëve dhe kujdesin paliativ);
* Paketat e shërbimeve të hartuara për trajtim mjekësor të specializuar për pacientët ditorë (autizmi, sindroma Down, kujdesi paliativ, etj.);
* Paketat e shërbimeve të hartuara për trajtimet mjekësore të specializuara në shërbimin spitalor sekondar apo terciar të lidhura me DRG-të, përfshirë paketat për SJT kryesore;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Kombëtare Ndërsektoriale për Decentralizimin dhe Qeverisjen Vendore 2015-2020;
* Plani i Racionalizimit të Spitaleve (projekti i Bankës Botërore);
* Plani Kombëtar i Veprimit për Rininë 2015-2020;
* Dokumenti strategjik dhe plani i veprimit ”Për shëndetin riprodhues” 2016-2020; Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020 (Kanceri i gjirit, i qafës së mitrës, kolo-rektal)
* Programi i Pilotimit të DRG.
 |
| **Objektivi 2.3** | *Fuqizimi i rolit të skuadrave të kujdesit shëndetësor* parësor si portë pritëse për kontaktin e parë me sistemin e kujdesit shëndetësor.Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore |
| **Përshkrimi** | *Skuadrat e kujdesit shëndetësor parësor do të fuqizohen të menaxhojnë depistimin e hershëm dhe trajtimin e pacientëve, referimin në nivelet më të larta të sistemit të kujdesit shëndetësor dhe të maksimizojnë përdorimin e burimeve.*  |
| **Parashikimi** | * Programi i check up-it në nivel parësor;
* Rishikimi i sitemit të referimit;
* Blerja e shërbimeve bazuar në paketa;
* Llogaridhënia e skuadrave të shëndetit parësor ndaj qeverisë vendore;
* Shërbime shëndetësore në nivel lokal (bashkia, njësia administrative).

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Dokumenti strategjik dhe plani i veprimit ”Për shëndetin riprodhues” 2016-2020;
* Programi Kombëtar dhe Plani i Veprimit për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve jo të transmetueshme 2016-2020

Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Bazë për qytetarët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç; |
| **Objektivi 2.4** | *Rritja e cilësisë, sigurisë dhe përballueshmërisë së barnave dhe pajisjeve mjekësore në përputhje me standardet europiane.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore  OZhQ Target 3.b – Barnat dhe vaksinat |
| **Pershkrimi** | *Ulje e kostos së barnave, duke ruajtur cilësinë dhe rritur disponueshmërine e tyre në listën e barnave të rimbursueshme.* |
| **Parashikimi** | * Përmirësimi i aksesit nëpërmjet uljes së çmimeve dhe shtimit progresiv të barnave në listën e rimbursimit;
* Regjistrimi dhe mirëmbrajtja e pajisjeve mjekësore (kontratat full-risk);
* Ngritja e sistemit të gjurmimit për forcimin e kontrollit të cilësisë së barnave gjatë gjithë zinxhirit të prodhimit, importimit, shpërndarjes deri në pikën finale të shitjes në farmaci;
* Shërbim cilësor farmaceutik të disponueshëm në të gjithë territorin;
* Fuqizimi i Agjensisë Kombëtare të Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.
 |

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:

* Strategjia “Për Mbrojtjen e Konsumatorëve dhe Mbikqyrjen e Tregut” 2014-2020;
* Plani i veprimit “Per parandalimin dhe kontrollin e rezistences ndaj antimikrobikeve” 2016-2020;
* Plani Kombëtar për Integrimin Europian 2015-2020

**Prioriteti strategjik 3:**

**Fuqizimi i sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër të sistemit njerëzit.**

***Rezultatet e pritshme:***

*Përmirësimi i cilësisë dhe rritja e aksesit në shërbimet e kujdesit shëndetsor, bazuar në financimin e qëndrueshëm, zhvillimin e infrastrukturës, përmirësimin e teknologjisë dhe fuqizimin e burimeve njerëzore dhe kapaciteteve instuticionale.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 3.1** | *Rritja e disponueshmërisë së shërbimeve të diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit në nivel rajonal dhe lokal.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.4 – Semundjet jo te komunikueshme OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore OZhQ 10 – Pabarazi te reduktuara  OZhQ Target 10.2 – Perfshirje sociale, ekonomike dhe politike per te  gjitheOZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi  OZhQ Target 16.6 – Institucione efektive, llogaridhenese dhe  transparente ne te gjitha nivelet |
| **Përshkrimi** | *Shërbime cilësore për të gjithë dhe në të gjitha nivelet. Hartohen dhe zbatohen protokolle e procedura standarde për diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin. Standartet e cilësisë zbatohen në të gjitha njësitë shëndetësore.* |
| **Parashikimi** | Ulja e kohës së pritjes për ekzaminimet dhe shërbimet diagnostikuese; Përmirësimi i infrastrukturës, pajisjeve dhe materialeve të mjekimit për çdo nivel. Decentralizimi i shërbimeve që trajtojnë sëmundjet e lidhura me shkaqet kryesore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nëpërmjet:* Qendrave kardiovaskulare të diagnostikimit dhe të trajtimit në të paktën tre rajone përveç Tiranës;
* Trajtimi i kancerit (ngritja e shërbimit të kimioterapisë) në të paktën tre spitale rajonale përveç Tiranës;
* Kabinetet e kujdesit paliativ dhe trajtimi në të paktën gjashtë spitale rajonale përveç Tiranës;
* Shtimi i trajnimeve të mjekëve për diagnozën e kancerit (mamografi, kolposkopi, kolonoskopi, biopsi);
* Fuqizimi i spitalit rajonale (ish spitali i mushkërive) në Tiranë dhe spitalit të Fierit;
* Ristrukturimi i shërbimeve laboratorike në kujdesin spitalor;
* Kontrolli i infeksioneve spitalore (cilësia dhe siguria e mjeteve kirurgjikale, RAM) në ambjentet spitalore;
* Përmiresimi i infrastrukturës, standartizimi i pajisjeve; trajnimi;
* Receta elektronike; karta elektronike e shëndetit;
* Inkurajimi i cikleve të vetëvlerësimit me anë të qendrave shëndetësore dhe qasjes së inspektimit të kolegëve;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia “Agjenda Digjitale e Shqipërisë 2015-2020”;
* Programi Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2011-2020;
* Plani Kombëtar për Kontrollin e Vektorëve (2014 - në vazhdim);
* Strategjia Kombëtare për Akreditimin e Institucioneve Shëndetësore;
* Plani i Racionalizimit te Spitaleve (Projekti i Bankës Boterore) 2016-

 2021. |
| **Objektivi 3.2** | *Gjenerimi i evidencave për të informuar dhe monitoruar politikat shëndetësore, nëpërmjet fuqizimit të sistemit të informacionit shëndetësor dhe regjistrave të sëmundjeve.*OZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi  OZhQ Target 16.6 – Institucione efektive, llogaridhenese dhe  transparente ne te gjitha niveletOZhQ 17 – Partneritet per arritjen e objektivave OZhQ Target 17.18 – Disponueshmeria e te dhenave me cilesi te larte,  ne kohe dhe te besueshme, te disagreguara sipas nivelit te te ardhurave,  gjinise, races, etnicitetit, statutit migrator, vendndodhjes gjeografike OZhQ Target 17.19 – Forcimi i kapaciteteve ne gjenerimin e  statistikave kombetare per matjen e progresit te OZhQ-ve. |
| **Përshkrimi** | *Evidenca e gjeneruar nëpërmjet sistemeve të informacionit shëndetësor dhe regjistrave të semundjeve/kancerit përdoret për të influencuar përcaktimin e prioriteteve të ndërhyrjeve shëndetësore, si dhe monitorimin e zbatimit të këtyre politikave. Informacioni shëndetësor mblidhet, analizohet dhe shpërndahet në të gjitha nivelet e vendimarrjes në kohën e duhur. Cilësia e informacionit përmiresohet në mënyrë të vazhdueshme.* |
| **Parashikimi** | * Përditësimi i sistemit të survejancës;
* Zhvillimi dhe përditësimi i regjistrave të kancerit dhe të regjistrave të sëmundjeve kardiovaskulare;
* Ngritja e Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetësor;

Në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji, do të zbatohen dokumentat strategjike, programet dhe planet e punës si më poshtë: * Strategjia “Agjenda Digjitale e Shqipërisë 2015-2020”;
* Programi Kombëtar dhe Plani i Veprimit për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve jo të transmetueshme 2016-2020;
* Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020;
* Programi i Përmirësimit të Sistemit Shëndetësor 2016-2021 (Projekti i Bankës Ndërkombëtare për Rindërtim dhe Zhvillim).
 |
| **Objektivi 3.3** | *~~F~~uqizimi i Shërbimit Kombëtar të Urgjencës.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie  OZhQ Target 3.8 – Mbulimi universal me sherbime shendetesore  OZhQ Target 3.d – Pergatitja per emergjencat OZhQ Target 3.6 – Siguria rrugoreOZhQ 13 – Veprim per klimen OZhQ Target 13.1 – Perballueshmeria e ndryshimeve klimatike |
| **Përshkrimi** | *Shërbimi Kombëtar i Urgjencës shëndetësore ngrihet me një qendër komande dhe kontrolli në Tiranë, që ofron shërbime të urgjencës mjekësore në kohë dhe cilësi, nëpërmjet një kuadri ofruesish shërbimesh urgjence të mirëtrajnuar dhe një flotë mjetesh transporti të monitoruara dhe drejtuara në kohë reale.* |
| **Parashikimi** | * Organizimi i Qendrës së Kontrollit dhe Komandës për Urgjencat (qendra e nisjes);
* Trajnimi i burimeve njerëzore për Shërbimin Kombëtar të Urgjencës;
* Pajisje e Shërbimit Kombëtar të Urgjencës;
* Programimi i organizimit/shpërndarjes territoriale të mjeteve të Shërbimit Kombëtar të Urgjencës;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës të mëposhtëme do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Plani Kombetar per Zhvillimin e Sistemit të Shërbimit Kombëtar të Urgjencës Mjekësore (2014-2019).
 |
| **Objektivi 3.4** | *Zhvillimi i modeleve financuese të qëndrueshme për kujdesin shëndetësor, nxitja e mbështetja e kualifikimeve, rritjes së profesionalizmit dhe kapaciteteve të burimeve njerëzore në sistem.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie  OZhQ Target 3.c – Financimi i shendetit dhe burimet njerezore  |
| **Përshkrimi** | *Mekanizmat për pagesën e ofruesve të shërbimit institucionalizohen për çdo nivel shërbimi. Planifikimi, trajnimi dhe motivimi i burimeve njerëzore për shëndetësinë sigurohet nëpërmjet mekanizmave ekzistues dhe/ose të rinj.* |
| **Parashikimi** | * Modelet financuese për paketat e zgjeruara ndaj kujdesit parësor;
* DRG për kujdesin spitalor;
* Marrja në konsideratë e mundësive për partneritete llogaridhënëse publike-private dhe modele të tjera;
* Pjesëmarrja e bashkive në ndarjen e kontributeve/barrës për financimin e kujdesit shëndetësor;
* Edukimi mjekësor në vazhdim, për përdorimin e standarteve, procedurave, protokolleve e teknikave;
* Zgjerimi i edukimit mjekësor të vazhduar, duke përfshirë edhe infermierët;
* Vlerësimi i nevojave për edukim mjekësor në vazhdim lidhur me paketat e shërbimit;
* Përditësimi i akreditimit të aktiviteteve apo programeve të edukimit mjekësor në vazhdim;
* Konsolidimi i edukimit në vazhdim në distancë, duke përdorur teknologji të reja dhe përditësimin e *databazës* lidhur me çertifikimin e edukimit mjekësor në vazhdim.

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës të mëposhtëme do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Plani Strategjik i Zhvillimit te Edukimit ne Vazhdim
 |
| **Objektivi 3.5** | *Nxitja e mbështetja e çeljes dhe zhvillimit të shërbimeve komunitare shëndetësore në të gjithë vendin, në partneritet me qeverinë dhe partnerët lokalë.*Lidhja me OZhQ: OZhQ 3 – Shendet i mire dhe mireqenie OZhQ Target 3.7 – Shendeti seksual dhe riprodhues OZhQ Target 3.3 – Semundjet infektive OZhQ Target 3.4 – Semundjet jo te komunikueshme OZhQ Target 3.a – Kontrolli i duhanit OZhQ Target 3.5 – Abuzimi me substancatOZhQ 10 – Pabarazi te reduktuara  OZhQ Target 10.2 – Perfshirje sociale, ekonomike dhe politike per te  gjithe  |
| **Përshkrimi** | *Qendra komunitare janë hapur në të gjithë vendin për të koordinuar dhe ofruar shërbime mbështetëse në shëndetin mendor, kujdesin paliativ, shërbimet ndaj të rinjve, programe të kontrollit të substancave abuzuese.* |
| **Parashikimi** | * Implementimi i programit 10-vjeçar për zhvillimin e qendrave komunitare të shëndetit mendor në vend;
* Kabinetet e kujdesit paliativ;
* Shërbimet mbështetëse për rininë;
* Qendrat e kujdesit për të moshuarit;
* Qendrat komunitare të terapisë për zëvendësimin e metadonit/detoksit;
* Programet për parandalimin e abuzimit alkoolit dhe të duhanit;

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës të mëposhtëme do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Kombëtare Ndërsektoriale për Decentralizimin dhe

 Qeverisjen Vendore 2015-2020;* Plani Kombëtar për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor
* 2013-2022;Strategjia Kombëtare për Luftën ndaj Drogave të Paligjshme 2012-2016
* Plani Kombëtar për Plakjen e Shëndetshme;
* Plani Kombëtar i Veprimit për Rininë “2015-2020”.
 |

***Prioriteti strategjik 4:***

**Përmirësimi i qeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin**

*Rezultati i pritshëm:*

*Zhvillimi i një qasje të integruar dhe të mirëkoordinuar për shëndetin dhe mirëqenien*

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 4.1** | *Fuqizimi i mekanizmave të konsultimit publik, për përmirësimin e programeve dhe ndërhyrjeve madhore për shëndetin dhe llogaridhënia për qeverinë vendore, shoqërinë civile dhe publikun e gjerë.*OZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi  OZhQ Target 16.6 – Institucione efektive, llogaridhenese dhe  transparente ne te gjitha nivelet OZhQ Target 16.7 – Vendim-marrje pergjegjese, perfshirese,  pjesemarrese dhe perfaqesuese ne te gjitha nivelet OZhQ Target 16.10 – Aksesi i publikut ne informacion dhe mbrojtja e  lirive themelore |
| **Përshkrimi** | *Reforma administrative-territoriale dhe rikonfigurimi i hartës administrative të Shqipërisë do të ndiqet nga ndryshimet në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor dhe racionalizimi i shërbimeve spitalore në qarqe. Proçesi i decentralizimit do të vazhdojë dhe qeveria vendore do të marrë më shumë kompetenca e përgjegjësi për ofrimin dhe llogaridhënien e shërbimeve shëndetësore.* |
| **Parashikimi** | * Zbatimi me korrektësi i kuadrit ligjor dhe institucional për konsultim me publikun dhe grupet e interesit;
* Ministria e Shëndetësisë krijon një mekanizëm për konsultime publike në nivel lokal dhe komunitar;
* Konsultimi me publikun dhe grupet e interesit do të mbështetet nëpërmjet përdorimit të teknologjisë së informacionit e komunikimit;
* Nisja e konsultimeve periodike midis autoriteteve vendore, qytetarëve, organizatave të shoqërisë civile në nivel rajonal dhe lokal, për monitorimin e shërbimeve shëndetësore në nivel rajonal dhe lokal.
* Mobilizuesit e shëndetit komunitar do të bëhen nxitësit e këtyre konsultimeve.

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Kombëtare Ndërsektoriale për Decentralizimin dhe Qeverisjen Vendore 2015-2020;
* Strategjia Ndërsektoriale e Mjedisit ~~për Ambjentin~~ 2015-2020.
 |
| **Objektivi 4.2** | *Sigurimi mirëqeverisjes, integritetit, transparencës dhe aksesit ne shërbimet shëndetsore, me mbështetjen e partneritetit llogaridhënës publik-privat dhe modeleve të tjera për mobilizimin e burimeve shtesë për shëndetin.*OZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi  OZhQ Target 16.6 – Institucione efektive, llogaridhenese dhe  transparente ne te gjitha nivelet OZhQ Target 16.7 – Vendim-marrje pergjegjese, perfshirese,  pjesemarrese dhe perfaqesuese ne te gjitha nivelet OZhQ Target 16.10 – Aksesi i publikut ne informacion dhe mbrotja e  lirive themeloreOZhQ 17 – Partneritet per arritjen e objektivave OZhQ Target 17.17 – Inkurajimi dhe promovimi i partneriteteve  efektive publike, publiko-private dhe me shoqerine civile OZhQ Target 17.18 – Disponueshmeria e te dhenave me cilesi te larte,  ne kohe dhe te besueshme, te disagreguara sipas nivelit te te ardhurave,  gjinise, races, etnicitetit, statutit migrator, vendndodhjes gjeografike OZhQ Target 17.19 – Forcimi i kapaciteteve ne gjenerimin e  statistikave kombetare per matjen e progresit te OZhQ-ve. |
| **Përshkrimi** | *Përveç implementimit të Check-up për grupmoshat 35-70 vjeç, Partneriteti Publik Privat shtrihet drejt programeve e shërbimeve madhore shëndetësore, si për shembull instrumentat kirurgjikalë; dializa; paketa e trajtimit të SJT; shërbimet laboratorike; mbetjet spitalore etj.* |
| **Parashikimi** | Mirëqeverisje dhe transparencë nëpërmjet:* Hartimit periodik të Llogarive Kombëtare të Shëndetësisë;
* Përmirësimit të aksesit dhe përdorimit të platformave online të sistemeve të informacionit shëndetësor;
* Përmirësimit i punës për mundësimin dhe fuqizimin e mekanizmave për mbrojtjen e të drejtave të pacientëve, për shqyrtimin dhe zgjidhjen e ankesave, në bashkëpunim të ngushtë me shoqatat për të drejtat e pacientëve dhe me organizatat e shoqërisë civile;
* Zhvillimit të qasjeve *one-stop-shop* për shërbimet e kujdesit shëndetsor;
* Fuqizimi i mekanizmave të Luftës kundër Korrupsionit, për të përmirësuar menaxhimin dhe performancës e sistemit shëndetësor
* Përdorimi i e-Health;
* Fuqizimi i sistemit të referimit si një mënyrë efektive për rritjen e eficiencës dhe parandalimin e korrupsionit në sistemin spitalor dhe terciar.

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Agjenda Digjitale e Shqipërisë 2015-2020;
* Strategjia Antikorrupsion dhe Plani i Veprimit 2015-2020.
 |
| **Objektivi 4.3** | *Zhvillimi i mekanizmit për qasjen e integruar në zbatimin e politikave shëndetësore dhe mekanizmat koordinues ndërsektorial për çështjet madhore të shëndetit publik, duke përfshirë mekanizmat e koordinimit për grupet vulnerabile e minoritetet, për të lehtësuar integrimit e tyre social.*OZhQ 10 – Pabarazi te reduktuara  OZhQ Target 10.2 – Perfshirje sociale, ekonomike dhe politike per te  gjitheOZhQ 16 – Paqe dhe drejtesi  OZhQ Target 16.7 – Vendim-marrje pergjegjese, perfshirese,  pjesemarrese dhe perfaqesuese ne te gjitha nivelet OZhQ Target 16.10 – Aksesi i publikut ne informacion dhe mbrojtja e  lirive themeloreOZhQ 17 – Partneritet per arritjen e objektivave OZhQ Target 17.17 – Inkurajimi dhe promovimi i partneriteteve  efektive publike, publiko-private dhe me shoqerine civile OZhQ Target 17.18 – Disponueshmeria e te dhenave me cilesi te larte,  ne kohe dhe te besueshme, te disagreguara sipas nivelit te te ardhurave,  gjinise, races, etnicitetit, statutit migrator, vendndodhjes gjeografike |
| **Përshkrimi** | *Politikat, programet dhe masat për shëndetin do të harmonizohen me politikat e programe të tjera të mirëqënies, si mbrojtja sociale, përfshirja sociale, ulja e varfërisë dhe papunësisë, nxitja e punësimit, politikat e pensioneve, strehimi social, mbrojtja e të drejtave të fëmijëve, shërbimet dhe përfitimet për veteranët, të moshuarve dhe ish të përndjekurit politikë etj. Vëmendje e veçantë do t’u kushtohet pakicave etnike, komuniteteve të romëve e egjiptianëve, personave me aftësi të kufizuara etj.*  |
| **Parashikimi** | * Themelimi i komiteteve mbikëqyrëse, të cilat do të adresojnë dinamikat e ndikimit të përcaktuesve social, ekonomik dhe mjedisorë dhe faktorëve të riskut ndaj shëndetit (sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet infektive, rezistenca anti-mikrobiale, përdorimi i drogave, abuzimi me alkoolin, dhuna në familje, duhanpirja, siguria rrugore, kequshqyerja, mbrojtja, siguria dhe shëndeti në punë, menaxhimi strategjik i kimikateve, menaxhimi i mbeturinave etj.).
* Vlerësimet e ndikimit në shëndet të politikave, programeve, masave e shërbimeve shëndetësore, me pjesëmarrjen e publikut, komunitetit, shoqërisë civile, pacientëve e qytetarëve.

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia Kombëtare për Mbrojtjen Sociale 2015-2020;
* Plani Kombëtar i Veprimit për Integrimin e Romëve dhe Egjiptianëve në Republikën e Shqipërisë, 2016-2020;
* [Strategjia Ndërsektoriale e Mjedisit 2015 - 2020](http://www.mjedisi.gov.al/files/userfiles/Transparence_dhe_Pjesmarrje/draft_SNM_2015_-_2020.pdf).
 |
| **Objektivi 4.4** | *Fuqizimi i bashkëpunimit rajonal e ndërkombëtar për fuqizimin e reagimit ndaj çështjeve globale të shëndetit.*OZhQ 17 – Partneritet per arritjen e objektivave OZhQ Target 17.9 – Mbeshtetje per ndertim kapacitetesh ne menyre  efektive dhe te shenjestruar per zbatimin e planeve kombetare per  OZhQ-te; OZhQ Target 17.16 – Partneritet global per OZhQ-te;  |
| **Përshkrimi** | *Pjesëmarrje aktive në bashkëpunime rajonale e ndërkombëtare për shëndetin, duke kontribuar në Rrjetin e Shëndetit të Europës Jug-Lindore (SEEHN), duke nënshkruar e zbatuar marrëveshje dypalëshe e shumëpalëshe, duke fuqizuar bashkëpunimin ekzistues me OBSH-në, OKB, dhe arritur e duke zbatuar standartet e BE-së.*  |
| **Parashikimi** | Fokusi i bashkëpunimit do të jenë çështjet globale të cilat kanë një impakt të veçantë në rajon dhe në vend, si për shembull kriza humanitare, emigrimi, fatkeqësitë natyrore, ndryshimet klimatike, kërcënimet ndërkufitare, etc.Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Axhenda per Zhvillimin e Qendrueshem 2030;
* Rregullorja Nderkombetare e Shendetit;
* Strategjia e OBSH per Europen 2020;
* Strategjia SEE 2020;
 |
| **Objektivi 4.5** | *Ngritja e një sistemi shëndetësor unik për të krijuar sinergjinë midis të gjithë ofruesve publikë e privatë, të përqendruar te të dhënat shëndetësore elektronike të pacientëve.* OZhQ 17 – Partneritet per arritjen e objektivave OZhQ Target 17.18 – Disponueshmeria e te dhenave me cilesi te larte,  ne kohe dhe te besueshme, te disagreguara sipas nivelit te te ardhurave,  gjinise, races, etnicitetit, statutit migrator, vendndodhjes gjeografike OZhQ Target 17.19 – Forcimi i kapaciteteve ne gjenerimin e  statistikave kombetare per matjen e progresit te OZhQ-ve. |
| **Përshkrimi** | *Zgjerimi i platformes elektronike të shëndetit dhe integrimi i saj me platformën e-Albania. Llogaritë Kombëtare të Shëndetësisë, LLKSHdo të fillojnë të zhvillohen në vitin 2016 me mbështetjen e Bankës Botërore. Ministria e Shëndetësisë ka filluar punën për zhvillimin e mekanizmave dhe udhëzuesve për mbledhjen e të dhënave për LLKSH. LLKSH do të ndihmojnë monitorimin e shërbimeve shëndetësore dhe në ofrimin e kapaciteteve zhvilluese institucionale si edhe të trajnimit të burimeve njerëzore në shëndetësi.* |
| **Parashikimi** | Zbatimi i E-Health do të integrojë programet ekzistuese dhe modulet aktuale me modele të reja: * Themelimi i Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetsor;
* Themelimi i një sistemi dixhital unik të përqendruar tek pacienti, me fokus dosjen shëndetsore elektronike të pacientit;
* Një sistem gjurmimi dhe një regjistër elektronik për barnat;
* E-Barna: portal online për barnat e rimbursueshme;
* Shtrirja e e-prescription në të gjithë Shqipërinë (receta elektronike).

Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve të punës si më poshtë do të fokusohet në përmbushjen e këtij objektivi, bazuar në misionin dhe vlerat fondamentale që mbështesin këtë strategji:* Strategjia ‘Agjenda Digjitale e Shqipërise 2015-2020”
 |

PJESA E TRETË

POLITIKAT, PROGRAMET, SHËRBIMET DHE SINERGJITË NDËRSEKTORIALE

## 3.1. Konteksti i politikave kombëtare dhe arritja e qëllimeve në shëndetësi

3.1.1. Shëndeti si një e drejtë njerëzore

Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë sanksionon të drejtën për kujdes shëndetësor si një e drejtë ekonomike e sociale. Kushtetuta shpall se “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë kujdesin shëndetësor të shtetit”.[[21]](#footnote-22) Kushtetuta shpall edhe të drejtat që lidhen me aspekte të tjera të shëndetit si mbrojtja me ligj e jetës së personit[[22]](#footnote-23), mbrojtja nga tortura dhe trajtimi mizor[[23]](#footnote-24), mbrojtja shoqërore në punë[[24]](#footnote-25), e drejta për sigurime shoqërore[[25]](#footnote-26), mbrojtja e veçantë për fëmijët, të rinjtë dhe gratë shtatzëna[[26]](#footnote-27), etj.

**3.1.2. Shëndeti si kontribues për zhvillim dhe integrim**

Me synimin e integrimit europian, qeveria shqiptare ka përcaktuar zhvillimin dhe integrimin si prioritete kryesore që synojnë transformimin e Shqipërisë, arritjen e standardeve në shërbimet ndaj qytetarëve, rritjen e mirëqenies dhe mbrojtjen e të drejtave të qytetarëve; nxisin zhvillimin ekonomik dhe konkurencën ekonomike, me vendet e rajonit e më gjerë. Këto qëllime përbëjnë bazën e Strategjisë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim (SKZHI) 2015-2020. SKZHI nënvizon rëndësinë e shëndetit si kontribues për zhvillim dhe integrim. Ministria e Shëndetësisë harton Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë, në përputhje, përveçse me objektivat e SKZHI-së, edhe me objektivat e integrimit europian, politikën kuadër të OBSH-së për Shëndet e Mirëqenie ”Shendet 2020”, angazhimet kombëtare për Axhendën 2030, Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm dhe partneritetet dhe bashkëpunimet ndërkombëtare e rajonale për shëndetin.

**3.1.3. Shëndeti si prioritet dhe interes i çdo qytetari**

Shëndeti dhe mirëqenia janë qëllime themelore të çdo qytetari. Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë u hartua edhe si produkt i proçesit të konsultimit publik, bashkëpunimit me universitetet dhe komunitetet akademike, grupet e interesit dhe partnerëve mbështetës të zhvillimit. Proçesi synoi të grumbullonte informacione të nevojshme mbi perspektivën e partnerëve mbi prioritetet, politikat shëndetësore, masat e veprimet për të arritur e garantuar mirëqenie e shëndet për të gjithë qytetarët shqiptar.

3.1.4. Ndërtimi i bazave për arritjen e Mbulimit Shëndetësor Universal 2013-2017

Roli i shëndetit si kontribues në zhvillim dhe integrim është i pranuar në programin e Qeverisë së Shqipërisë, 2013-2017, i cili ka shpallur angazhimet e mëposhtëme:

* Mbulim universal, akses të garantuar e të barabartë dhe qëndrueshmëri financiare;
* Financim i shërbimeve shëndetësore bazuar në taksimin e përgjithshëm. Heqja e TVSH për barnat dhe pajisjet mjekësore;
* Ngritja e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar, si blerës i vetëm i shërbimeve që do të ofrohen, të çliruar nga barrierat financiare, gjeografike etj.;
* Fuqizimi i programeve shëndetësore publike, si sëmundjet kronike.
* Ngritja e programit kombëtar të kontrollit shëndetësor bazë pa pagesë për moshat 40-65;
* Përmirësimi i infrastrukturës së shërbimit shëndetësor parësor. Miratimi i protokolleve të diagnostikimit dhe trajtimit;
* Ngritja e Shërbimit Kombëtar të Urgjencës;
* Financimi i spitaleve bazuar mbi DRG.
* Arritja e akreditimit dhe vlerësimit të shërbimeve spitalore (publike dhe private);
* Ulja e çmimit, përmirësimi i sigurisë dhe cilësisë së barnave;
* Ngritja e një shërbimi të integruar të informacionit shëndetësor. Krijimi i të dhënave elektronike të pacientit;
* Hartimi dhe mirëmbajtja e Llogarive Kombëtare të Shëndetit;
* Fuqizimi i partneritetit publik-privat në shëndetësi.

Synimet e mësipërme janë të reflektuara në këtë strategji. Githashtu janë marrë parasysh kuadri ligjor, politikat dhe programet e miratuara e zbatuara deri më sot, të cilat kanë dhënë rezultate pozitive në shërbimet shëndetësore ndaj qytetarëve. Strategjia është një dokument politikash përmbledhës, që udhëheq proçesin e përcaktimit të prioriteteve të sistemit shëndetësor në mënyrë të integruar dhe ndërsektoriale. Strategjia mbështet, fuqizon dhe përfshin pa paragjykim programet, masat dhe veprimet që kanë rezultuar të suksesshme për shëndetin.

## 3.2. Rishikimi i prioriteteve strategjike dhe strategjive për shëndetin dhe mirëqenien

3.2.1 Prioritetet ekzistuese dhe strategjitë në sektorin shëndetësor

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë ka në fokus kontributin per zhvillimin dhe mirëqenien e qytetarëve shqiptar. Prioritetet e Strategjisë bazohen në analizen e situates aktuale, dokumentat politikë ekzistues dhe programet vertikale të mëposhtëme:

* Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të Sistemit Shëndetësor Shqiptar (2004);
* Dokumenti politik i strategjisë shqiptare për parandalimin dhe minimizimin e dëmeve alkool-lidhura 2011-2015;
* Strategjia kombëtare për një transfuzion gjaku të sigurtë (2005);
* Strategjia kombëtare për menaxhimin e sëmundjeve të lindura të gjakut, 2009-2011;
* Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve (2012-2016);
* Plani i Veprimit per Parandalimin dhe Kontrollin e Infeksioneve Seksualisht te Transmetueshme dhe HIV/AIDS , 2004-2010;
* Strategjia për shëndetin publik dhe promocionin shëndetësor- (2002);
* Dokumenti Strategjik për Shëndetin Riprodhues 2009-2015;
* Programi Kombetar per Kontrollin e Kancerit 2011-2020
* Plani i Veprimit per Zhvillimin e Sherbimeve te Shendetit Mendor ne Shqiperi 2013 - 2022

Ministria e Shëndetësisë po punon për të përditësuar edhe disa nga dokumentet e politikave dhe programet ekzistuese, për të siguruar përqasjen e tyre të integruar me vizionin, misionin, vlerat themelore dhe prioritetet e Strategjisë.

3.2.2. Prioritetet strategjike dhe programet e rishikimit ciklik të buxhetit, 2016-2018

Si pjesë e proçesit të përgjithshëm të planifikimit të Qeverisë, të instrumentalizuar në Sistemin e Integruar të Planifikimit, Ministria e Shëndetësisë ka programuar prioritetet strategjike në përputhje me Programin Buxhetor Afatmesëm (PBA), 2016-2018.

3.2.2.1. Investimi në shëndetin e popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës

Shëndeti Publik

*Përshkrimi i programit*: Shërbimi i shëndetit publik ofrohet nëpërmjet programeve kombëtare të imunizimit, TBC, HIV/AIDS dhe IST, survejancës epidemiologjike dhe ndjekjes së sëmundshmërisë infektive (sëmundshmërisë me origjinë nga uji, ushqimet etj), sëmundshmërisë kronike me pasoja në shëndetin publik, të ndikuara nga kushtet e mjedisit (shëndeti mjedisor, shërbimet higjeno-sanitare dhe epidemiologjike me laboratoret e tyre (LSHP në nivel kombëtar e lokal), programeve të sigurisë ushqimore, kontrollit të ujit të pijshëm dhe shëndetit riprodhues.

*Përmbajtja e politikës së programit 2016-2018*: Në përputhje me prioritetin strategjik 1, në kuadrin e PBA është programuar kontrolli i sëmundjeve infektive nëpërmjet:

* Fuqizimit të programit të imunizimit, duke siguruar vaksinat 100% sipas kalendarit të vaksinimit dhe mbulesën vaksinale të tyre mbi 95%;
* Forcimit të survejancës epidemiologjike;
* Monitorimit të ujit të pijshëm;
* Kontrollit të sëmundjeve jo infektive, përmes vlerësimit të faktorëve të riskut, nxitjes së proçesit të depistimit dhe promovimit të një jetë të shëndetshme.
* Zgjerimi dhe forcimi, në bashkëpunim me Ministrinë e Mjedisit, i monitorimit të agjentëve mjedisorë bazuar në standartet e BE-së (ajri, zhurmat dhe ujrat sipërfaqësore).

3.2.2.2 Ofrimi i mbulimit shëndetësor universal për të gjithë

**Kujdesi shëndetësor parësor**

*Përshkrimi i programit*: Kujdesi shëndetësor parësor ofrohet përmes një rrjeti ekstensiv të përbërë nga qendra shëndetësore urbane e rurale si edhe nga ambulanca fshatrash. Programi ofron shërbimet e kujdesit mjekësor bazë si edhe një paketë programesh parandaluese, veçanërisht ato të imunizimit dhe të shëndetit riprodhues, nëpërmjet 413 QSH. Shërbimet e specializuara ofrohen për pacientët e referuar nga mjeku i familjes drejt shërbimit ambulator të specializuar ose poliklinikave të specialiteteve pranë spitaleve.

Mbulim dhe akses universal në shërbime shëndetësore duke mbajtur si portë të sistemit kujdesin shëndetësor parësor. Një trupë mjekësore e kualifikuar e cila i shërben komuniteteve për një shëndet më të mirë përmes shërbimeve cilësore dhe të arritshme.

*Përmbajtja e politikës së programit 2016-2018*: në përputhje me prioritetin strategjik 2, PBA parashikon aktivitetet si më poshtë:

* Përmirësimi i ofrimit të shërbimit shëndetësor parësor nëpërmjet zgjerimit të skemës së rimbursimit të medikamenteve;
* Akreditimi i institucioneve të kujdesit parësor, sipas standarteve të akreditimit të cilësisë;
* Zvogëlimi i vdekshmërisë foshnjore nën 7/1000 lindje të gjalla;
* Mbajtja e niveleve të vdekshmërisë amtare nën 5/100000;
* Përfshirja e popullatës 40-65 vjeç, rezidente në RSH në Programin e Kontrollit Shëndetësor Bazë;
* Plotësimi me infrastrukturën e nevojshme të sistemit të informacionit të 413 Qendrave Shëndetësore;
* Përmirësimi i infrastrukturës së qendrave shëndetësore.

3.2.2.3. Fuqizimi i sistemeve shëndetësore të përqendruara te pacienti

Shërbimet spitalore

*Përshkrimi i programit*: Ky program mbulon shërbimet e ofruara nga shërbimet e kujdesit të specializuar me shtretër (inpatient) ose jo (outpatient) dhe ofrohet nga 42 spitale (institucione buxhetore me struktura të veçanta) si dhe nje rrjet poliklinikash të specializuara.

*Përshkrimi i politikës së programit*: Kujdes spitalor nëpërmjet: mekanizmit të përmirësuar të financimit, autonomisë, zhvillimit të standardeve, rritjes së kapaciteteve e kompetencave, teknikave e praktikave të reja dignostikuese e mjekuese, matjes së performancës me tregues, zhvillimit të sistemit të akreditimit.

*Qëllimi i politikës së programit 2016-2018*: në përputhje me prioritetin strategjik 3, PBA mbështëtet veprimtaritë e mëposhtëme drejt mbulimit universal dhe kujdesit mjekësor të specializuar:

* Krijimit të kuadrit ligjor për një sistem adekuat financimi;
* Modeleve bashkëkohore të manaxhimit të spitaleve;
* Ngritjes së sistemit të monitorimit, i cili do të masë performancën dhe do të nxisë përfundimin e akreditimit të spitaleve, deri në vitin 2022;
* Partneritetit publik-privat në shërbimet mjekësore e jo mjekësore në spitale.

Shërbimet e urgjences mjekësore

*Përshkrimi i programit*: Ky program mbulon shërbimet e urgjencës të ofruar në nivel kombëtar.

*Qëllimi i politikës së programit 2016-2018*: Në përputhje me prioritetin strategjik 3, PBA mbështet veprimtaritë e mëposhtëme drejt mbulimit universal dhe sigurimit të shërbimeve të urgjencës:

* Përgjigjia ndaj nevojave të popullatës për shërbime urgjence, nëpërmjet kuadrit ligjor adekuat dhe përdorimin me kosto-efektivitet të burimeve.

3.2.2.4. Përmirësimi i mirëqeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial në shëndetësi

Administrimi

*Përshkrimi i programit:* Ky program mbulon funksionet që kryhen nga aparati i Ministrisë së Shëndetësisë, Qendra Kombëtare e Sigurimit të Cilësisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore dhe Qendra e Edukimit në Vazhdim.

*Qëllimi i politikës së programit 2016-2018*: në përputhje me prioritetin strategjik 4, PBA mbështet veprimtaritë e mëposhtëme për të siguruar mirëqeverisjen e shërbimeve shëndetësore:

* Përmbushja e angazhimeve kombëtare dhe ndërkombëtare në fushën e shëndetësisë;
* Plotësimi i kuadrit ligjor në përputhje me direktivat e BE-së;
* Rritja e kapaciteteve të Ministrisë së Shëndetësisë për mirëqeverisjen dhe veprimet ndërsektoriale për shëndetin dhe mirëqenien.

## 3.3. Politikat ndërsektoriale që kontribojnë në shëndetin dhe mirëqenien

Popullata e shëndetshme është parakusht për zhvillimin njerëzor të qëndrueshëm dhe rritjen e produktivitetit të ekonomisë. Përmirësimi i shëndetit dhe rritja e mirëqenies kërkojnë veprime komplekse dhe bashkëpunim të të gjithë sektorëve. Ministria e Shëndetësisë do të nxisë të gjithë operatorët dhe faktorët, brenda dhe jashtë sistemit shëndetësor, për harmonizimin e veprimeve ndërsektoriale për të siguruar shëndet më të mirë dhe mirëqenie më të lartë.



3.3.1. Shkollim dhe stil jete i shëndetshëm që në fillim të jetës

Qeveria po harton politika të reja dhe po rrit investimet për arsimin dhe kërkimin shkencor në të gjitha nivelet: arsimin para-universitar, arsimin profesional dhe arsimin universitar, duke synuar forcimin e sinergjisë midis shkollimit dhe tregut të punës. Në kontekstin e përmirësimit të cilësisë së edukimit, po zgjerohet edhe vendi i edukimit fizik si një mjet i rëndësishëm për përmirësimin e shëndetit. Parimet mbi të cilat bazohet kontributi i sportit dhe aktivitetit fizik mbi shëndetin rrjedhin nga Karta Ndërkombëtare për Edukimin Fizik dhe Sportet [[27]](#footnote-28) dhe Karta Europiane e Sportit [[28]](#footnote-29). Këto dokumente synojnë uljen e mbipeshës e obezitetit dhe përmirësimin e aftësive konjitive, kujtesës dhe veprimtarisë shoqërore të individit. Ministria e Arsimit dhe Sportit ka filluar zbatimin në shkolla të platformes së edukimit fiziko-sportiv dhe shëndetësor, duke përfshirë tema, si: higjiena, drejtqëndrimi, përdorimi i barnave, ushqyerja e shëndetshme, përfitimet prej veprimtarisë fizike e sportive, problematika dhe sëmundja e varësisë nga alkooli dhe duhani, diferencat gjinore, edukimi seksual etj.

3.3.2. Siguria ushqimore dhe të ushqyerit

Siguria ushqimore është një problem i mprehtë në Shqipëri. Çështjet e sigurisë ushqimore ndiqen prej Autoritetit Kombëtar të Ushqimit (AKU). Instituti i Shëndetit Publik, nëpërmjet Sektorit të Ushqyerjes dhe Sigurisë Ushqimore dhe laboratorit të specializuar, ofron ekspertizë dhe mbështet veprimtarinë e AKU. Gjatë viteve të fundit, legjislacioni dhe kuadri rregullator për sigurinë ushqimore po përafrohet me standartet e BE-së. Është hartuar Planit Kombëtar i Veprimit për Ushqimin dhe Ushqyerjen 2013-2020, e cila ka programuar ndërhyrjet e nevojshme për përmirësimin e sigurisë ushqimore dhe garantimin e ushqyerjes së shëndetshme të popullatës.

**3.3.3. Cilësia e ujit të pijshëm**

Cilësia e ujit të pijshëm është një element kritik i shëndetit publik. Përgjithësisht, popullata shqiptare furnizohet me ujë të pastër bakteriologjikisht dhe me parametra kimikë të pranueshëm. Por, në mënyrë sporadike vërehen edhe probleme të cilësisë së ujit të pijshëm, të cilat përbëjnë një kërcënim të popullatës nga epidemitë hidrike. Masat e ndërmarra synojnë përmirësimin gradual të furnizimit të popullatës me sasinë dhe cilësinë e nevojshme të ujit të pijshëm. Në Institutin e Shëndetit Publik funksionon një laborator i specializuar për kontrollin dhe analizën e ujit të pijshëmm, duke ofruar asistencë teknike dhe ekspertizë sipas nevojave.

3.3.4. Kontrolli i duhanpirjes, alkoolit dhe drogave

Në kushtet e tranzicionit epidemiologjik, është e domosdoshme te adresohen faktoret madhorë të riskut, të cilët shkaktojnë barrën më të madhe të sëmundjeve jo të transmetueshme (SJT). Përveç faktorëve biologjikë, si: mosha, gjinia, dhe faktorëve gjenetike, shumica e SJT shkaktohen nga faktorë të modifikueshëm: duhanpirja, përdorimi i tepruar i alkoolit, jeta sedentare, zakonet e të ushqyerit jo të shëndetshëm (konsumimi në sasi të mëdha i yndyrnave të ngopura dhe sheqerit, konsumimi i pamjaftueshëm i perimeve e frutave të freskëta). Këta faktorë risku janë të përbashkët për disa SJT, sëmundjet kardio-vaskulare, kancerin dhe diabetin, dhe lidhen me faktorë të tjerë, si obeziteti, kolesteroli i lartë dhe hipertensioni arterial.

3.3.5. Mbrojtja dhe ndihma sociale

Qëllimi i politikave të mbrojtjes sociale është t’i sigurojë çdo qytetari shqiptar, pavarësisht të ardhurave, origjinës, moshës, gjinisë, etnisë, edukimit, orientimit seksual, identitetit kulturor, bindjeve politike e fetare, shërbime publike cilësore; kujdes i veçantë për fëmijët dhe adoleshentët jetimë socialë dhe biologjikë; kujdes i veçantë për të moshuarit; transformimi i Programit të Ndihmës Ekonomike në një Program për Riintegrimin Social, mbështetje e veçantë për fëmijët në situatë rruge,  për komunitetin rom dhe egjiptian, etj. Në vitin 2014 filloi zbatimi i reformës së pensioneve, e cila synon rritjen e numrit të kontribuesve dhe të ardhurave nga kontributet, shmangien ose reduktimin e padrejtësive brenda skemës, vendosjen e pensionit social për personat mbi 75 vjeç, etj. Si rezultat i përpjekjeve për të reduktuar informalitetin në ekonomi dhe në tregun e punës – rreth 200 mijë kontribues të rinj iu shtuan skemës së pensioneve gjatë periudhës 2014-2015.

**3.3.6. Siguria rrugore**

Gjatë viteve 2014-2015 numri i aksidenteve u ul në minimumin e 20 viteve të fundit. Qeveria shqiptare është e angazhuar të ulë numrin e vdekjeve nga aksidentet rrugore me 30-50% deri në 2020. Veprimet e ndërmarra lidhen me përmirësimin e infrastrukturës rrugore, fuqizimin e zbatimit të ligjit, si edhe përmirësimin e shërbimit të urgjencave mjekësore.

3.3.7. Mbrojtja e mjedisit

Qeveria shqiptare po punon për të garantuar një mjedis të shëndetshëm për qytetarët, ta ruajë atë nga ndotja e dëmtimi, aktiviteti njerëzor e veprimtaritë ekonomike, ta trajtojë si vlerë të shtuar dhe pasuri për gjenerim aktivitetesh ekonomike, veçanërisht turistike, ta ruajë mjedisin si trashëgimi për brezat e ardhshëm. Mjedisi dhe shfrytëzimi i qëndrueshëm i tij është një potencial i madh punësimi. Mbrojtja e mjedisit është si një detyrë e përbashkët për të gjithë: qytetarët, organizatat mjedisore, shoqërinë civile, median, shkollën, shkencëtarët dhe sipërmarrjen private. Qeveria shqiptare synon uljen me 30% të nivelit të ndotjes në zonat urbane nëpërmjet: shtimit të sipërfaqeve të gjelbra në zonat urbane; kontrollit të emëtimit të pluhurit; zbatimit të standardeve të rrepta në aktivitetet ekonomike që ndotin ajrin; përdorimit të karburanteve në përputhje me kriteret e BE-së.

**3.3.8. Mbrojtja nga rrezatimi bërthamor**

Në Shqipëri ka institucione të specializuara për mbrojtjen nga rrezatimi bërthamor. Komisioni i Mbrojtjes nga Rrezatimet, i cili kryesohet nga Ministri i Shëndetësisë, liçenson, autorizon import-eksportin dhe garanton zbatimin e legjislacionit, duke synuar përputhshmërinë me Direktivat e Këshillit EURATOM në fushën e mbrojtjes nga rrezatimet, në veçanti me Direktivat 96/29 dhe 97/43. Shërbimet e imazherisë në klinika e spitale përdorin radiografinë konvencionale, fluoroskopine, mamografinë dhe tomografinë e kompjuterizuar. Shumica e tyre janë të përqendruara në zonat urbane si: Tirana, Durrësi, Shkodra, Korça dhe Vlora. Përdorimi i teknikave dhe pajisjeve të reja imazherike, diagnostike dhe terapeutike, si dhe përdorimi i radionuklideve do të zgjerohet në vitet që vijnë.

3.3.9. Strehimi

Strehimi social është një prioritet kyç i programit të Qeverisë dhë një çështje me ndjeshmëri dhe ndikim të madh social. Strehimi, si një një e drejtë themelore e çdo qytetari, është vendimtar për shëndetin dhe mirëqenien, dhe qeveria po punon për përmirësimin e politikave për strehimin cilësor, efikas dhe të përballueshëm për të gjithë.

3.3.10. Përballimi i fatkeqësive ndërkufitare

Si firmëtare e Rregullores Ndërkombëtare të Shëndetit (2005), Shqipëria punon ngushtësisht me 196 vende të tjera për sigurinë në fushën e shëndetësisë. Përpjekjet janë fokusuar në ngritjen e kapaciteteve për të zbuluar, vlerësuar dhe raportuar ngjarje me rëndësi për shëndetin publik, si edhe për të komunikuar rregullisht me OBSH-në. Shqipëria zbaton masat e duhuranë portet, aeroportet dhe pikat e kalimit të kufirit, për të kufizuar përhapjen e rreziqeve ndaj shëndetit në vendet fqinje, dhe shmangur kufizimet e panevojshme për qarkullimin e njerëzve dhe të mallrave.

Shqipëria po ben perpjekje per zbatimin ne kushtet e vendit te planit te veprimit të OBSH kundër rezistencës ndaj antibiotikëve që synon: fuqizimin e koordinimit ndërsektorial; survejancën e rezistencës ndaj antibiotikëve; promovimin e përdorimit të arsyeshëm të antibiotikëve; fuqizimin e parandalimit, survejimit dhe kontrollit të infeksioneve në ambjentet shëndetësore; parandalimin e shfaqjes së rezistencës ndaj antibiotikëve në sektorin e veterinarise dhe ushqimor; promovimi i inovacionit dhe punës kërkimore për medikamentet e reja; përmirësimi i ndërgjegjësimit, kujdesit ndaj pacientit dhe partneriteteve.

3.3.11. Barazia Gjinore

Politikat për barazinë gjinore synojnë angazhimin efektiv të institucioneve publike në luftën kundër dhunës ndaj grave; rritjen e rolit të sistemit të drejtësisë në parandalimin dhe mbështetjen e viktimave të dhunës dhe dënimin e dhunuesve; fuqizimin e pozitës së grave dhe vajzave përmes punësimit, nxitjes së sipërmarrjes, formimit dhe kualifikimit profesional; zgjerimin e mbështetjes për nënat e reja në periudhën e parë të jetës së fëmijëve; përfitimin e lejes së lindjes për çdo nënë, pavarësisht nga kontributet në sigurimet shoqërore; kujdesje të veçantë për fëmijën e sapolindur dhe për nënën.

PJESA E KATËRT

ZBATIMI I STRATEGJISË: QEVERISJA, PARTNERITETET, FINANCIMI

## 4.1. Strukturat e qeverisjes dhe zbatimit

Strategjia mishëron vullnetin politik për zhvillimin e shëndetësisë deri në 2020. Qasja ndërsektoriale përfshin programimin e koordinimit sistematik dhe hierarkinë e bashkëveprimit, prej qeverisë dhe shoqërisë, të veprimeve lidhur me shëndetin. Roli dhe përgjegjesia e qeverisë për mirë administrimin e sistemit, shërbime cilësore, eficiente dhe efektive të shëndetit publik dhe kujdesit për individët, janë në sinergji me kontributet e individëve dhe komuniteteve për përmirësimin e shëndetit dhe të mirëqenies.

Roli i Ministrisë së Shëndetësisë do të forcohet, duke kaluar nga trajtimi i sëmundjeve dhe përgjegjësisë për veprimtarinë rutinore të sistemit shëndetësor, drejt ndikimit në përcaktorët social-ekonomik të shëndetit, bashkëpunimit me sektorë të tjerë dhe politikave shëndetësore të mbështetura në evidenca. Sistemi shëndetësor do të jetë jo thjesht sistemi për sëmundjet, por sistemi për shëndetin.

## 4.2. Bashkëpunimi ndërsektorial

Sistemi i Planifikimit te Integruar, SPI, i miratuar nga Qeveria Shqiptare në 2005, është korniza e planifikimit dhe monitorimit, e cila synon të sigurojë që proçeset bazë të politikave dhe financimit të hartuara nga qeveria të funksionojnë në mënyrë të integruar. Proçeset kryesore të SPI përfshijnë:

1. Strategjia Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim, SKZHI 2013-2020, përcakton qëllimet dhe strategjitë afatmesme dhe afatgjata për të gjithë sektorët si edhe objektivat e Programit Buxhetor Afatmesëm (trevjeçar). SKZHI është sinteza e strategjive sektoriale e ndërsektoriale (22 sektorë dhe 17 strategji ndërsektoriale) dhe planeve të veprimit afatmesme dhe afatgjata.
2. Programi Buxhetor Afatmesëm (PBAM), kërkon që secila ministri të hartojë një plan trevjeçar, i cili specifikon aktivitetet dhe treguesit për arritjen e objektivave brenda tavanit të shpenzimeve të Ministrisë.

Zbatimi i Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë do të monitorohet nga Ministria e Shëndetësisë dhe do të raportohet në Kryeministri, në mënyrë të përvitshme, si pjesë e raportimit të SKZHI.

Objektivat dhe mekanizmat për bashkëpunimin ndërsektorial janë identifikuar në dokumentin e SKZHI. Mekanizmat ligjore që Ministria e Shëndetësisë do të përdorë për të fuqizuar bashkëpunimin dhe kontributin e sektorëve të tjerë, përfshijnë, por nuk janë të kufizuar në ngritjen e komiteteve ndërsektoriale, organizimin e forumeve për diskutime me perfaqësues të sektorëve të tjerë, si dhe nxitjen e pjesëmarrjes aktive të komuniteteve dhe publikut.

## 4.3. Bashkëpunimi ndërkombëtar

Çështjet e shëndetit i kalojnë kufijtë e një vendi e të një rajoni, dhe e bëjnë bashkëpunimin ndërkombëtar të pazëvendësueshëm në përpjekjet për t’iu përgjigjur sfidave globale të shëndetit dhe sistemeve shëndetësore.

Bashkëpunimi ndërkombëtar luan një rol të rëndësishëm për përmbushjen e vizionit dhe objektivave strategjike, sidomos në lidhje me asistencen teknike, zhvillimin e aktiviteteve rajonale ndërkufitare dhe shkëmbimin e praktikave e përvojave më të mira. Ministria e Shëndetësisë ka ndërmarrë një rol udhëheqës në nxitjen e bashkëveprimit ndërkombëtar e rajonal në përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies.

Ministria e Shëndetësisë bashkëvepron dhe koordinon investimet në shëndetësi me partneret ndërkombëtare, OBSH, agjensitë e tjera te Kombeve të Bashkuara (UNICEF, UNFPA, UNDP), Bankën Botërore, USAID, SWISS Cooperation, BE, si dhe me iniciativa të tjera rajonale si Rrjeti i Shëndetësisë në Europën Juglindore SEEHN.

## 4.4. Partneritetet në shëndetësi

Strategjia është një platformë për partneritet dhe bashkëpunim në shëndetësi. Angazhimi i shoqërisë, publikut, komuniteteve dhe pacientëve do të mundësojë zbatimin e suksesshëm të monitoruar të saj. Duke vendosur qytetarët në qendër të politikave, programeve e shërbimeve, strategjia shërben si bazë për fuqizimin e çdo individi, klienti e pacienti, të punonjësve të shëndetësisë dhe faktorëve të tjerë, brenda dhe jashtë sistemit, që garantojnë arritjen e rezultateve, qëndrueshmërinë dhe vazhdimësinë e Strategjisë. Strategjia nxit e mundëson partneritetet në shëndetësi, për aktivitetet specifike për realizimin e vizionit dhe objektivave. Ministria e Shëndetësisë, si institucioni kryesor vendimmarrës, koordinon këto partneritete.

**5.5. Financimi i Strategjisë**

Financimi i Strategjisë së Shëndetësisë do të bëhet me anë të politikave e instrumenteve të mëposhtëm:

1. Politikat strategjike publike, të përcaktuara në Programin e Buxhetit Afatmesëm tre vjeçar, që siguron përqasjen sistematike në zbatimin e buxhetit publik;
2. Financimet dhe mbështetja teknike për projektet dhe programet e bashkëpunimit dy dhe shumëpalësh.

Ministria e Shëndetësisë ka përgjegjësinë/të drejtën të koordinojë financimet e brendshme ose të jashtme të dedikuara për zbatimin e Strategjisë, me anë të njësisë së saj për koordinimin ndërkombetar, për të shmangjur mbivendosjet në financime ose mungesën e tyre.

Rritja e financimit buxhetor për shëndetësinë është një prioritet i programit qeverisës. Aktualisht shpenzimet publike për shëndetësinë kanë arritur në 2.8% të PBB dhe kanë tendencë rritjeje. Gjatë tre viteve të fundit janë arritur rezultate të dukshme në përmirësimin e raportit midis shpenzimeve publike dhe private në shërbimet shëndetësore. Nëse në vitin 2013 raporti midis shpenzimeve publike e private ka qenë 48%-52%, në vitin 2015 ky raport u përmbys në 55%-45%. Pra, kemi arritur në një situatë kur shpenzimet publike janë më të mëdha se shpenzimet private për shëndetin.

Qeveria eshte e angazhuar të rrisë financimin në shëndetësi, duke rritur financimet publike deri në masën 4% të PBB në 2025, si dhe uljen e pagesave nga xhepi deri në 30%.

Ulja e shpenzimeve nga xhepi është e lidhur ngushtë me përpjekjet e Qeverisë për të penguar rënien e familjeve në varfëri për shkak të kostos së papërballueshme të shpenzimeve për shëndetin. Ministria e Shëndetësisë po zbaton për herë të parë referimin ndaj Shpenzimeve Shëndetësore Katastrofike (Catastrophic Health Expenditures)[[29]](#footnote-30), si një tregues i shmangies së rënies së popullatës në varfëri për shkak të shpenzimeve shëndetësore. Shpenzimet për shëndetësinë konsiderohen katastrofike nëse arrijnë në të paktën 40% të shpenzimeve të familjes, që mbeten pas zbritjes së shpenzimeve për ushqim. Sipas INSTAT-it, aktualisht në këtë gjendje janë 5,142 familje ose rreth 0.5% e familjeve shqiptare. Ky tregues është më i mirë sesa në shumicën e vendeve të rajonit dhe kontinentit.

Veprimet konkrete dhe hapat e ndërmjetëm për arritjen e këtyre objektivave do të përcaktohen nga Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me Ministrinë e Financave.

PJESA E PESTË

LLOGARIDHËNIA, MONITORIMI DHE VLERËSIMI

## 5.1. Llogaridhënia

Për të siguruar llogaridhënien dhe transparencën, Ministria e Shëndetësisë do të grumbullojë dhe publikojë në platformën elektronike informacion mbi aktivitetet e realizuara. Publikimi do të nxisë llogaridhënien dhe transparencën gjatë zbatimit të strategjisë.

**5.2. Monitorimi dhe Raportimi**

Në përputhje me kërkesat dhe duke kontribuar në raportin e progresit të SKZHI, Ministria e Shëndetësisë do të raportojë zbatimin e Strategjisë së Shëndetësisë në mënyrë të përvitshme. Mekanizmat e raportimit vjetor do të përmirësohen, për të siguruar llogaridhënien manaxheriale dhe politike midis Strategjisë së Shëndetësisë dhe SKZHI. Raportime shtesë do të bëhen sipas kërkesave të anëtarësimit në BE dhe proçeseve të tjera integruese.

Raportet vjetore do përgatiten nga Ministria e Shëndetësisë dhe do t’i paraqiten autoritetit përgjegjës për monitorimin e SKZHI. Sipas kërkesave të mekanizmave monitorues të SKZHI, raportet do të:

1. vlerësojne progresin në zbatimin e strategjisë;
2. analizojne tendencat dhe krahasimet me vendet e rajonit;
3. identifikojmë çështje të veçanta me rëndësi kritike në arritjen e synimeve të zhvillimit dhe integrimit të vendit.

Këto raporte do të përgatiten në kohën e duhur në mënyrë që institucionet qeveritare dhe partnerët e zhvillimit të ndërmarrin veprimet e nevojshme. Përgatitja e raporteve vjetore do të mund të bëhet në mënyrë të përbashkët me konferencat vjetore qeveritare ose të partnerëve të zhvillimit.

**5.3. Treguesit kombëtarë**

Zbatimi i Strategjisë së Shëndetit si pjesë e SKZHI do të monitorohet dhe vlerësohet nëpërmjet dy paketave të treguesve. Treguesit e parë (Aneksi 3.1) janë përcaktuar në SKZHI dhe masin rezultatet e përvitshme për të mundësuar monitorimin e zbatimit të SKZHI. Treguesit e dytë (Aneksi 3.2) janë tregues të sistemit, të cilët do të maten në mënyrë specifike për të monitoruar arritjen e prioriteteve të Strategjisë.

##

## 5.4. Vlerësimi

Vlerësimi përfundimtar i ndërhyrjeve të parashikuara në Strategji do të kryhet në vitin 2020. Vlerësimi afatmesëm do të kryhet në fund të vitit 2017. Vlerësimi dhe raportimi do të bëhet sipas kërkesave të SZHKI. Informacioni dhe evidencat e gjeneruara mund të përdoren edhe për raportimet e proçesit të negociatave për anëtarësimin në BE.

**SHTOJCAT**

## Shtojca 1 Bibliografia dhe burimet

**Shtojca 2 Plani i Veprimit**

**Shtojca 3 Treguesit e monitorimit**

## Shtojca 4 Raportimi

**Shtojca 2 Plani i Veprimit për Zbatimin e Strategjisë së Shëndetësisë**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.1:**  | **Promovimi i stilit te shendetshem te jetes dhe mundesimi i zgjedhjeve te shendetshme**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Sensibilizim në rritje dhe qëndrim i përmirësuar drejt zgjedhjeve të shëndetshme dhe programeve ekzistuese dhe atyre në zhvillim e sipër për zbulim dhe parandalim të hershëm në mbështetje të jetesës  |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 1.1.1 | Krijimi i kushteve me te mira per shendetin | Prevalenca e duhanpirjes, konsumit të rrezikshëm të alkoolit dhe drogave ilegale në popullatën adulte. Prevalenca e aktivitetit fizik, mbipeshës dhe obezitetit në popullatën adulte.  | Në vitin 2015, prevalenca e duhanpirjes në popullatën ≥15 vjeç ishte 51.2% në meshkuj dhe 7.6% në femra. Në vitin 2015, konsumi i ekzagjeruar episodik i alkoolit gjatë muajit të fundit të intervistës në popullatën ≥15 vjeç ishte 11.7% në meshkuj dhe 1.0% në femra. Nga ana tjetër, prevalenca e çrregullimeve të lidhura me alkoolin ishte 8.7% në meshkuj dhe 2% në femra. Në vitin 2015, prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit në popullatën ≥18 vjeç ishte 54.5% në meshkuj dhe 46.5% në femra. Prevalenca vetëm e obezitetit ishte 14.6% në meshkuj dhe 17.5% në femra.  | Në fund të vitit 2017, prevalenca e duhanpirjes në popullatën ≥15 vjeç duhet të jetë 45% në meshkuj dhe 6% në femra.  Në fund të vitit 2017, prevalenca e konsumit të ekzagjeruar episodik të alkoolit në popullatën ≥15 vjeç duhet të jetë 8% në meshkuj dhe 0.5% në femra. Prevalenca e çrregullimeve të lidhura me alkoolin duhet të jetë 5% në meshkuj dhe 1.5% në femra. Në vitin 2017, prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit në popullatën ≥18 vjeç duhet të jetë 50% në meshkuj dhe 43% në femra. Prevalenca vetëm e obezitetit duhet të jetë 12% në meshkuj dhe 15% në femra. | Në fund të vitit 2020, prevalenca e duhanpirjes në popullatën ≥15 vjeç duhet të jetë 35% në meshkuj dhe 4% në femra.Në fund të vitit 2020, prevalenca e konsumit të ekzagjeruar episodik të alkoolit në popullatën ≥15 vjeç duhet të jetë 5% në meshkuj dhe 0.3% në femra. Prevalenca e çrregullimeve të lidhura me alkoolin duhet të jetë 3% në meshkuj dhe 1% në femra.Në vitin 2020, prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit në popullatën ≥18 vjeç duhet të jetë 40% në meshkuj dhe 35% në femra. Prevalenca vetëm e obezitetit duhet të jetë 8% në meshkuj dhe 10% në femra. | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  | Ref. Plani veprimit I NCD |
| 1.1.2 | Permiresimi i kultures shendetesore | Niveli i kompetencave shëndetësore | Akoma nuk ka studime të mirëfillta për vlerësimin e nivelit të kompetencave shëndetësore në popullatën adulte shqiptare.  | Në fund të vitit 2017, të udhëhiqet një studim mbarëkombëtar për vlerësimin e kompetencave shëndetësore të popullatës adulte shqiptare.  | Në fund të vitit 2020, të rivlerësohet niveli i kompetencave shëndetësore në popullatën adulte dhe të ketë një përmirësim (rritje) të këtij niveli me 5%.  | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.1.3 | Krijimi i kushteve per nje shtatezani te sigurte | Numri i vizitave antenatale | Numri i rekomanduar i vizitave antenatale nuk përmbushet sidomos për gratë shtatzëna vulnerabël (me nivel social-ekonomik të ulët, si dhe të minoriteteve të caktuara).  | Në fund të vitit 2017, numri i vizitave antenatale të jetë 4 për 70% të grave shtatzanë. | Në fund të vitit 2020, numri i vizitave antenatale të jetë 4 për çdo grua shtatzanë.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.1.4  | Mbrojtje shendetesore per femijet dhe te rinjte | Numri i programeve kombëtare për fëmijët dhe të rinjtëPrevalenca e duhanpirjes, përdorimit të alkoolit dhe drogave tek të rinjtëPrevalenca e aktivitetit fizikPrevalenca e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët dhe të rinjtë  | Ekzistojnë disa programe kombëtare për promovimin e sjelljeve të shëndetshme tek fëmijët dhe të rinjtë, por prevalenca e lartë e sjelljeve jo të shëndetshme është shqetësuese.Problem i veçantë mbetet prevalenca në rritje e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët.  | Në fund të vitit 2017, prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët të ulet me 5%.Në fund të vitit 2017, niveli i aktivitetit fizik tek fëmijët të rritet me 5%.  | Në fund të vitit 2020, prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët të ulet me 10%.Në fund të vitit 2020, niveli i aktivitetit fizik tek fëmijët të rritet me 10%.  | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.1.5 | Promovimi i vendeve te sigurta te punes | Përqindja e vendeve të sigurta të punës  | Aktualisht, shumë vende pune nuk garantojnë masa të sigurta dhe nuk promovojnë shëndet.  | Në fund të vitit 2017, të rritet me 5% numri i vendeve të sigurta të punës. | Në fund të vitit 2020, të rritet me 10% numri i vendeve të sigurta të punës. | MSHISHP | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.1.6 | Mbeshtetja per nje pleqeri te shendetshme | Shërbimet geriartrike sipas protokolleve dhe standardeve të duhura të ofruara në njësitë shëndetësore  | Aktualisht, nuk ekzistojnë protokolle standarde specifike për shërbimet geriartrike në njësitë e kujdesit shëndetësor parësor.  | Në fund të vitit 2017, hartimi dhe miratimi i protokolleve standarde për shërbimet geriartrike në kujdesin shëndetësor parësor.  | Në fund të vitit 2020, zbatimi i protokolleve standarde për shërbimet geriartrike në të gjitha njësitë e kujdesit shëndetësor parësor. | MSHISHPQSUT | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.2:**  | **Fuqizimi i programeve parandaluese dhe promovuese të shëndetit publik (depistimi, shendeti ne shkolle, imunizimi)** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Programet ekzistuese parandaluese dhe promovuese të shëndetit publik, të cilat po arrijnë rezultate efikase, si edhe programet e reja në zhvillim e sipër do të vazhdojnë të implementohen si pjesë të integruara të kësaj strategjie: aktivitetet e planit të ri shëndetësor të veprimit do të fokusohen në përmirësimin e stilit të jetesës të popullsisë shqiptare, veçanërisht në zonat rurale.Ky objektiv do të përmbushet si rezultat i zbatimit të programeve të zbulimit të hershëm (kanceri i: gjirit, i qafës së mitrës, kolorektal; check-up-i popullatës 40-65; programet kombëtare të foshnjeve dhe fëmijëve). |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 1.2.1 | Zbatimi i dokumentit strategjik: Programi Kombetar i Kontrollit te Kancerit 2011-2020 (në veçanti, kanceri i gjirit, kanceri i qafes se mitres, kanceri kolo-rektal). | Raportet vjetore shkencore mbi situatën e kancerit në Shqipëri.Hartimi i regjistrit të kancerit.   | Objektivat dhe plani i aktiviteteve të paracaktuara në dokumentin: Programi Kombetar i Kontrollit te Kancerit 2011-2020. | Në fund të vitit 2017 do të jetë botuar raporti i parë shkencor vjetor mbi situatën e të gjitha llojeve të kancerit në Shqipëri. | Në fund të vitit 2018 do të jetë hartuar versioni paraprak i regjistrit të të gjitha llojeve të kancerit. Konsolidimi gradual dhe përsosja e regjistrave të llojeve të ndryshme të kancerit deri në vitin 2020.Hartimi i raporteve vjetore mbi situatën e llojeve të ndryshme të kancerit në Shqipëri nga fund-viti 2017 e në vazhdim.  | MSHISHP | MSHISHPQSUTFSDKSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.2.2 | Zbatimi i dokumentit strategjik dhe planit te veprimit “Per shendetin riprodhues” 2016-2020 (draft) (kanceri i gjirit, qafes se mitres, shendeti i te porsalindurve dhe femijeve) | Raportet vjetore mbi situatën e kancerit të gjirit dhe qafës se mitrës. Përqindja e njësive shëndetësore që ofrojnë shërbimet bazë për foshnjet dhe fëmijët sipas standardeve të parashikuara.  | Objektivat e paracaktuara në planin e veprimit: “Per shendetin riprodhues” 2016-2020.  | Në fund të vitit 2017 do të jetë botuar raporti i parë shkencor vjetor mbi situatën e kancerit të të gjirit dhe qafës se mitrës.Në fund të vitit 2017, shumica dërrmuese e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë për foshnjet dhe fëmijët sipas standardeve të parashikuara.  | Hartimi i raporteve vjetore mbi situatën e kancerit të të gjirit dhe qafës se mitrës nga fund-viti 2017 e në vazhdim.Në fund të vitit 2020, të gjitha njësitë shëndetësore të vendit do të ofrojnë shërbimet bazë për foshnjet dhe fëmijët sipas standardeve të parashikuara. | MSHISHP | MSHISHPQSUTFSDKSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.2.3 | Zbatimi i Programit Kombetar te Kontrollit te Rregullt per qytetaret shqipetare te moshes 40-65 vjeç. | Numri i personave të grup-moshës 40-65 vjeç të ekzaminuar.  | Ky shërbim do të ofrohet rregullisht në vitet në vazhdim; efektet konkrete të këtij programi do të vlerësohen në vijim.  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një pjesëmarrje në këtë program e 50% të individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | Në fund të vitit 2020, do të ekzaminohen 70% e individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.2.4  | Zbatimi i planit kombetar per zhvillimin e sherbimeve te shendetit mendor 2013-2022. | Përqindja e njësive shëndetësore që ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit mendor sipas standardeve të parashikuara. | Objektivat e paracaktuara në planin kombëtar për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor 2013-2022.  | Në fund të vitit 2017, 30% e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit mendor sipas standardeve të parashikuara. | Në fund të vitit 2020, 70% e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit mendor sipas standardeve të parashikuara. | MSH | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.3:**  | **Zvogëlimi i nivelit të vdekshmërisë foshnjore dhe amtare dhe sigurimi për një fillim të shëndetshëm të jetës** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Vdekshmeria zvogelohet me tej per te arritur nivelet Europiane duke adresuar arsyet kryesore te saj si dhe duke siguruar sherbime me te mira per nenen dhe te porsalindurin.Ky objektiv do të përmbushet si rezultat i zbatimit të politikave dhe programeve konkrete mbi shëndetin riprodhues dhe shendetin e nenes dhe femijes.  |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 1.3.1 | Hartimi i dokumentit mbi politikat dhe planin e veprimit për shëndetin riprodhues në Shqipëri, duke u fokusuar në: * Programet e imunizimit;
* Ushqyerjen me gji;
* Kujdesin prenatal dhe shëndetin mëmësor.
 | Miratimi i dokumentit mbi politikat dhe planin e veprimit për shëndetin riprodhues në Shqipëri. Përqindja e njësive shëndetësore që ofrojnë shërbimet e kujdesit prenatal dhe amtar sipas standardeve të parashikuara.  | Mbulesa vaksinale sipas kalendarit të parashikuar: 98%.98% e lindjeve asistohen nga personeli i kualifikuar shëndetësor.Niveli i vdekshmërisë foshnjore: 13 për 1,000 lindje të gjalla (viti 2015)Niveli i vdekshmërisë neonatale: 6 për 1,000 lindje të gjalla (viti 2015)Niveli i vdekshmërisë së fëmijëve 0-5 vjeç: 14 për 1,000 lindje të gjalla (viti 2015)Niveli i vdekshmërisë amtare: 29 për 100,000 lindje të gjalla (viti 2015) | Në vitin 2017, mbulesa vaksinale sipas kalendarit të parashikuar dhe asistenca e lindjeve nga personeli i kualifikuar shëndetësor do të jenë në masën 99%.Në vitin 2017, niveli i vdekshmërisë foshnjore: 12 për 1,000 lindje të gjallaNë vitin 2017, niveli i vdekshmërisë neonatale: 5 për 1,000 lindje të gjallaNë vitin 2017, niveli i vdekshmërisë së fëmijëve 0-5 vjeç: 13 për 1,000 lindje të gjallaNë vitin 2017, niveli i vdekshmërisë amtare: 25 për 100,000 lindje të gjalla | Në vitin 2020:* 80% e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit riprodhues sipas standardeve të parashikuara.
* Mbulesa vaksinale sipas kalendarit të parashikuar do të jetë në masën 100%;
* 100% e lindjeve do të asistohen nga personeli i kualifikuar shëndetësor;
* Niveli i vdekshmërisë foshnjore: 9 për 1,000 lindje të gjalla
* Niveli i vdekshmërisë neonatale: 4 për 1,000 lindje të gjalla
* Niveli i vdekshmërisë së fëmijëve 0-5 vjeç: 10 për 1,000 lindje të gjalla
* Niveli i vdekshmërisë amtare: 20 për 100,000 lindje të gjalla
 | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.3.2 | Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve te punes:* Dokumenti strategjik dhe plan-veprimi “Per shendetin riprodhues” 2016-2020 (draft);
* Strategjia Kombetare per Sigurine e Kontraceptiveve 2017-2021 (draft).
 | Përqindja e njësive shëndetësore që ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit riprodhues sipas standardeve të parashikuara. | Rreth 50% e njësive shëndetësore ofrojnë shërbime adekuate të shëndetit riprodhues në përputhje me standardet e parashikuara. | Në vitin 2017, 60% e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit riprodhues sipas standardeve të parashikuara. | Në vitin 2020, 80% e njësive shëndetësore do të ofrojnë shërbimet bazë të shëndetit riprodhues sipas standardeve të parashikuara. | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.4:**  | **Ulja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së parandalueshme me anë të veprimeve të përcaktuara**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Veprime konkrete ndermerren per te parandaluar shkaqet e vdekshmerise dhe semundshmerise lidhur me semundet kardiovaskulare, endokrine dhe kancerin, nepermjet nderhyrjes mbi faktoret e modifikueshem të riskut  |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 1.4.1 | * Kontrolli i kancerit;
* Sëmundjet kardiovaskulare;
* Diabeti;
* Faktorët e riskut (duhani, alkooli, ushqyerja, kripa, aktiviteti fizik);
* Akses në diagnozë të hershme dhe trajtim;
* Parandalimet dytësore dhe terciare.
 | * Përqindja e depistimit dhe diagnozës së hershme të kancerit të gjirit dhe qafes së mitrës.
* Niveli i hiperglicemisë.
* Prevalenca e hipertensionit arterial.
* Konsumi i kripës.
* Prevalenca aktivitetit fizik.
 | * Depistimi dhe diagnoza e hershme e kancerit te gjirit dhe mitres është akoma oportunistik.
* Në vitin 2015, prevalenca e hiperglicemisë në popullatën ≥18 vjeç ishte 8.1% në meshkuj dhe 7.5% në femra.
* Në vitin 2015, prevalenca e hipertensionit arterial në popullatën ≥18 vjeç ishte 32.1% në meshkuj dhe 25.7% në femra.
 | Në fund të vitit 2017, të jetë hartuar plani spcifik i punës për depistimin dhe diagnozën e hershme të kancerit të gjirit dhe të mitrës. Në fund të vitit 2017, prevalenca e hiperglicemisë të ulet me 5%, ndërsa prevalenca e hipertensionit arterial të ulet me 10%.  | Në fund të vitit 2020, të rritet me 10% niveli i diagnostikimit të hershëm të kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës.Në fund të vitit 2020, prevalenca e hiperglicemisë të ulet me 10%, ndërsa prevalenca e hipertensionit arterial të ulet me 15%.  | MSHISHP | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.4.2 | Zbatimi i dokumentave strategjike, programeve dhe planeve te punes si me poshte:* Programi Kombetar per Parandalimin dhe Kontrollin e Semundjeve jo te transmetueshme 2016-2020 (draft);
* Buxheti Afat-mesem i Rishikuar (2017-2019);
* Plani i Racionalizimit te Spitaleve (Banka Boterore);
* Plani Kombetar per Integrimin Europian 2015-2020.
 | Hartimi dhe miratimi i dokumentave strategjike.  | Disa dokumente strategjike janë hartuar ose janë në proces e sipër.  | Në fund të vitit 2017, të jetë miratuar dhe të ketë filluar zbatimi i Programit Kombetar per Parandalimin dhe Kontrollin e Semundjeve jo te transmetueshme 2016-2020. | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i Programit Kombetar per Parandalimin dhe Kontrollin e Semundjeve jo te transmetueshme 2016-2020. Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i Planit Kombetar per Integrimin Europian 2015-2020. | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 1.5:**  | **Aksesi në rritje ndaj ndërhyrjeve parandaluese dhe të bazuara në popullatë në komunitet** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Sigurimi i aksesit ne sherbimet parandaluese dhe atyre ne komunitet |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 1.5.1 | Zgjerimi i gamës së ndërhyrjeve me bazë komunitare për përmirësimin e praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve dhe krijimin e mjediseve të përshtatshme për rritjen dhe zhvillimin e tyre | Numri i ndërhyrjeve me bazë komunitare për përmirësimin e praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve dhe krijimin e mjediseve të përshtatshme për rritjen dhe zhvillimin e tyre | Objektivat e paracaktuara ne Planin e Veprimit te Promocionit Shëndetësor, 2016-2010, dhe në Planin e Veprimit të Shëndetit Riprodhues 2016-2020 | Në fund të vitit 2017, do të jenë realizuar ndërhyrje me bazë komunitare në të paktën 3 qarqe të Shqipërisë | Në fund të vitit 2020, do të jenë realizuar ndërhyrje me bazë komunitare në të gjitha qarqet e Shqipërisë | MSHISHP | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.5.2 | Hartimi i “Strategjisë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura” dhe Planit të saj të Veprimit (në proces hartimi) | “Strategjia Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura” dhe Planit i Veprimit, të zhvilluara | Objektivat e paracaktuara në Planin e Veprimit të Strategjisë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura | Në fund të vitit 2017, do të ketë filluar zbatimi i Strategjisë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura | Në fund të vitit 2020, Strategjia do të jetë zbatuar në masën 80%  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.5.3 | Zbatimi i Strategjise Kombetare dhe Plani i Veprimit per HIV/SIDA 2015-2019, lidhur me testimin vullnetar të HIV/AIDS  | Numri i individëve që kryejnë testimin vullnetar për HIV-AIDS | Objektivat e paracaktuara në Strategjine Kombëtare dhe Plani i Veprimit për HIV/SIDA 2015-2019 lidhur me testimin vullnetar për HIV-AIDS | Në fund të vitit 2017, do të ketë filluar zbatimi i Strategjisë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura | Në fund të vitit 2020, zbatimi i Strategjisë do të rritje të individëve që kryejnë testimin vullnetar për HIV  | MSHISHPQSUT | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 1.5.4  | Ofrimi i shërbimeve të Promovimit të shëndetit Mendor në Shkolla | * Trajnimi në mënyrë periodike e stafit shëndetësor, psikosocial dhe arsimor mbi Shëndetin Mendor dhe aftësimi mbi mënyrën e identifikimit, menaxhimit dhe referimit të rasteve me probleme të shëndetit mendor
* Organizmi i leksioneve dhe seminareve të hapura, si dhe aktivitete ndërgjegjësuese për shëndetin mendor me nxënësit në shkollat në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal
* Ngritja e programeve/ndërhyrjeve parandaluese të shëndetit mendor nëshkollat në të gjitha qarqet e vendit
 | Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor | Në fund të vitit 2017, do të jenë organizuar të paktën një trajnim me mjekët, infermierët, psikologët dhe punonjësit social të shkollave në çdo qark të vendit  | Trajnimi i stafit psikosocial, mjekësor dhe arsimor në të gjitha shkollat e vendit.  | MSHMAISHPDRA | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 2.1:**  | **Ofrimi i mbrojtjes financiare për të gjithë qytetarët**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Zgjerimi i games se sherbimeve qe i ofrohet falas te gjithe qytetareve nderkohe qe sigurohet financim nga taksimi i pergjithshem  |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 2.1.1 | Programi Kombetar i Kontrollit te Rregullt Mjekesor per qytetaret shqipetare te moshes 40-65 vjeç (check-up) | Numri i personave të grup-moshës 40-65 vjeç të ekzaminuar.  | Ky shërbim do të ofrohet rregullisht në vitet në vazhdim; efektet konkrete të këtij programi do të vlerësohen në vijim.  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një pjesëmarrje në këtë program e 50% të individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | Në fund të vitit 2020, do të ekzaminohen 70% e individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.1.2 | Programi i ekzaminimit për kancerin e gjirit  | Numri i grave të ekzaminuara falas në pikën ku ofrohet shërbimi. | Ky shërbim do të ofrohet rregullisht në vitet në vazhdim; efektet konkrete të këtij programi do të vlerësohen në vijim.  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një pjesëmarrje në këtë program e 10% të grave me risk të lartë.  | Në fund të vitit 2020, do të ekzaminohen 30% e grave me risk të lartë për zhvillimin e kancerit të gjirit.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.1.3 | Heqja graduale e shërbimeve me pagesë në sistemin shëndetësor publik për të pasiguruarit | Numri i shërbimeve me pagesë në sistemin shëndetësor publik për të pasiguruarit. | Shërbimet shëndetësore që janë aktualisht me pagesë për personat e pasiguruar.  | Në fund të vitit 2017, do të hiqet pagesa për 20% të shërbimeve që aktualisht janë me pagesë për të pasiguruarit. | Në fund të vitit 2020, do të hiqet pagesa për 50% të shërbimeve që aktualisht janë me pagesë për të pasiguruarit. | MSHFSDKSH | MSH FSDKSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.1.4 | Financimi i sistemit shëndetësor me anë të taksimit të përgjithshëm | Mënyra e financimit të shërbimeve shëndetësore  | Aktualisht, sigurimet shëndetësore.  | Në fund të vitit 2017, do te hartohet dokumenti i planit konkret të masave për të garantuar mënyrën e re te financimit shëndetësor (përmes taksimit të përgjithshëm).  | Në fund të vitit 2020, financimi i sistemit shëndetësor do të bëhet tërësisht përmes taksimit të përgjithshëm. | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.1.5 | Përcaktimi i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar si burimi unik financues për sistemin shëndetësor | Burimi unik financues për sistemin shëndetësor.  | Aktualisht, disa burime (kryesisht sigurimet shëndetësore).  | Në fund të vitit 2017, do te hartohet plani i veprimit për ngritjen e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar si burimi unik financues për sistemin shëndetësor.  | Në fund të vitit 2020, Shërbimi Shëndetësor Kombëtar do të jetë burimi unik financues për sistemin shëndetësor.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 2.2:**  | **Ofrimi i drejtësisë dhe disponueshmërisë së shërbimit shëndetësor profesional, i cili përmbush nevojat e popullatës** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Nevojat shendetesore te popullates plotesohen me ane të riorganizimit të shërbimeve shëndetësore bazuar mbi parimet e barazisë, cilësisë dhe drejtësisë, në përputhje me lëvizjen e popullsisë dhe përdorimin efiçient të burimeve |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 2.2.1 | Zbatimi i Planit të Racionalizimit te Spitaleve (mbështetur nga Banka Botërore) | Numri i spitaleve që kanë zbatuar “Planin e Racionalizimit të Spitaleve”  | Plani i Racionalizimit te Spitaleve (mbështetur nga Banka Botërore)  |  0% | Në fund të vitit 2020, plani do të jetë zbatuar në masën 100% | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.2.2 | Zbatimi i programit të Pilotimit të DRG-ve  | Numri i spitaleve ku është zbatuar programi i Pilotimit të DRG-ve | Plani i Racionalizimit te Spitaleve (mbështetur nga Banka Botërore) |  0% | Në fund të vitit 2020, plani do të jetë zbatuar në masën 100% | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.2.3 | Forcimi i kapaciteteve të profesionistëve shëndetësorë për paketat e reja shëndetësore (të zgjeruara) lidhur me shërbimin parandalues, kujdesin ndaj adoleshentëve dhe kujdesin paliativ | Perqindja e njesive shendetesore qe ofrojne paketat e reja shëndetësore sipas standarteve te parashikuara;Numri i trajnimeve të zhvilluara me personel shëndetësor për paketat e përmirësuara shëndetësore lidhur me shërbimin parandalues, kujdesin ndaj adoleshentëve dhe kujdesin paliativNumri i pjesëmarrësve të trajnuar sipas çështjeve | Paketat e reja shëndetësore (të zgjeruara) lidhur me shërbimin parandalues, kujdesin ndaj adoleshentëve dhe kujdesin paliativ janë pjesë e aktiviteteve të Planit Kombëtar të Veprimit për Rininë 2015-2020, Programit Kombetar të Kontrollit te Kancerit 2011-2020 | Në fund të vitit 2017, do të jenë trajnuar 20% e profesionistëve shëndetësorë për paketat shëndetësore të zgjeruara | Në fund të vitit 2020, do të jenë trajnuar 100% e profesionistëve që merren me shëndetin e adoleshentit, kujdesin paliativ dhe kujdesin parandalues.  | MSHISHP | MSH ISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.2.4 | Zgjerimi i shërbimeve paliative në të gjitha (11) rajone të Shqipërisë | Numri i shërbimeve paliative që ngrihen  | Ekziston urdhër ministri qe lejon fuqizimin nga ana teknike e shërbimeve paliative me ndihmën e strukturave private që punojnë në fushën e kujdesit paliativ | Në fund të vitit 2017, do te jepet sherbim paliativ i kualifikuar ne 90% (10 rajone) | Në fund të vitit 2020, do te jepet sherbim paliativ i kualifikuar ne100% të rajoneve | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.2.5 | Hartim i paketave për kujdes shëndetësor special për pacientët jo të hospitalizuar (autizmi, sindroma Down, kujdesi paliativ, etj.); | Numri i paketave për kujdes shëndetësor special të hartuara, miratuara dhe zbatuaraNumri i shërbimeve ku aplikohen paketat shëndetësore speciale | Drejtoria e Kujdesit Paresor | Në fund të vitit 2017, do te  | Në fund të vitit 2020,  | MSH | MSHQSUTISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.2.6 | Hartimi i paketave për shërbimet e kujdesit shëndetësor sekondar të lidhura me DRG-të (duke përfshirë paketat për SJT kryesore) | Numri i paketave për shërbimet e kujdesit shëndetësor sekondar të lidhura me DRG-të të hartuara, miratuara dhe zbatuaraNumri i spitaleve ku aplikohen paketat shëndetësore speciale |  | Në fund të vitit 2017, do te  | Në fund të vitit 2020,  | MSH | MSHQSUT | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 2.3:**  | **Fuqizimi i rolit të skuadrave të kujdesit shëndetësor parësor si portier të sistemit** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Skuadrat e kujdesit shendetesor paresor jane te fuqizuara te manaxhojne depistimin e hershem dhe trajtimin e pacienteve, referimin direkt ne nivelet e larta te sherbimeve shendetesore, si dhe te maksimizojne perdorimin e burimeve |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 2.3.1 | Programi Kombëtar i Kontrollit te Rregullt Mjekësor për qytetaret shqiptarë të moshës 40-65 vjeç (check-up) | Numri i personave të grup-moshës 40-65 vjeç të ekzaminuar.  | Ky shërbim do të ofrohet rregullisht në vitet në vazhdim; efektet konkrete të këtij programi do të vlerësohen në vijim.  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një pjesëmarrje në këtë program e 50% të individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | Në fund të vitit 2020, do të ekzaminohen 70% e individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.3.2 | Hartimi dhe zbatimi i programeve që rrisin transparencën dhe llogaridhënien e shërbimit shëndetësor parësor ndaj strukturave të pushtetit lokal  | Numri i programeve të hartuaraNumri i shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor ku janë zbatuar programet e llogaridhënies | Këto programe do të ofrohet në vitet në vazhdim; efektet konkrete të tyre do të vlerësohen në vijim.  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një përfshirje e 20% të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në programet e llogaridhënies dhe transparencës ndaj strukturave të pushtetit lokal.  | Në fund të vitit 2020, programet e llogaridhënies dhe transparencës do të jenë aplikuar në të gjitha shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 2.3.3 | Blerja e shërbimeve e bazuar në paketa  | Numri i paketave shëndetësore të blera | Ky shërbim do ofrohet rregullisht ne vitet ne vazhdim | Në fund të vitit 2017, do të ketë 0 paketa shëndetësore të blera | Në fund të vitit 2020,do të ketë dy paketa shëndetësore:  - Paketa per kataraktin (okulistika)2. Paketa për kirurgjinë vazale | MSH | MSH  | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

Objektivi 2.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Indikatorët** | **Institucionet përgjegjëse të përfshira** | **Baza nga nisemi** | **Periudha kohore e zbatimit** | **Objektivi për 2017** | **Objektivi për 2020** | **Mënyra e verifikimit/Produkti** |
| **Prioriteti Strategjik 1 –**Fuqizimi i Agjensisë Kombëtare të Medikamenteve dhe Pajisjeve Mjekësore |
| 1.1 | Ngritja e nje laboratori te certifikuar prane AKBPM-se per kryerjen e analizave te barnave te importuara dhe te prodhuara ne RSH. | Agjencia Kombetare e eBarnave dhe Pajisjeve Mjekesore, | Ligji nr. 105/2014 “Per barnat dhe shërbimin farmaceutik”, i ndryshuar | 2016 – 2020 | %20 | %80 |  |
| 1.2 | Trajnimi i Inspektoreve per pajisjet mjekesore | Agjencia Kombetare e eBarnave dhe Pajisjeve Mjekesore, | Ligji nr. 89/2014 “Per pajisjet mjekesore | 2016 – 2020 | %20 | %80 |  |
| 1.3 | Trajnimi i Inspektoreve per kryerjen e inspektimeve ne subjektet farmaceutike (depo/farmaci) mbi praktikën e mire te ruajtjes dhe te shperndarjes se barnave. | Agjencia Kombetare e eBarnave dhe Pajisjeve Mjekesore, | Ligji nr. 105/2014 “Per barnat dhe shërbimin farmaceutik”, i ndryshuar | 2017-2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 3.1:**  | **Disponueshmëria e rritur e shërbimeve të diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit në nivele rajonale dhe lokale**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Shërbime cilësore ofrohen për të gjithë në të gjitha nivelet. Hartohen dhe zbatohen protokolle dhe procedura standarde për diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin. Standartet e cilësisë zbatohen në të gjitha njësitë shëndetësore |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 3.1.1 | Ulja e infeksioneve spitalore përmes përmirësimit të cilësisë dhe sigurisë së mjeteve kirurgjikale, RAM.  | Numri i spitaleve që kanë përmirësuar cilësinë dhe kanë siguruar mjetet kirurgjikale  |   | Në fund të vitit 2017, të gjithë spitalet rajonale dhe universitare do të kenë ulje të prevalencës së infeksioneve spitalore | Në fund të vitit 2020, të gjithë spitalet e rretheve do të kenë ulje të prevalencës së infeksioneve spitalore  | MSHISHPQSUT | MSHISHPQSUT | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.1.2 | Trajnim i personelit në kujdesin shëndetësor sekondar dhe terciar mbi standardizimin e pajisjeve spitalore | Numri i trajnimeve të kryeraNumri i personelit nga kujdesi shëndetësor sekondar dhe terciar i trajnuarNumri i strukturave spitalore të përfshira në trajnime | Sektori i Pajisjeve Mjekesore, MSH | Në fund të vitit 2017, do të jenë trajnuar 30 % e personelit shëndetësor sekondar dhe terciar  | Në fund të vitit 2020, do të jenë trajnuar 100 % e personelit shëndetësor sekondar dhe terciar | MSHQSUT | MSHQSUT | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.1.3 | Zbatimi i programit të recetës elektronike në të gjithë Shqipërinë |  | MSH, FSDKSH | Në fund të vitit 2017, receta elektronike do të jetë zbatuar në xx qarqe të Shqipërisë | Në fund të vitit 2020, receta elektronike do të jetë zbatuar në të gjitha qarqet e Shqipërisë | MSHFSDKSH | MSHFSDKSH | MSHÇdo vit |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 3.2:**  | **Gjenerimi i evidencave qe perdoren per te informuar dhe monitoruar politikat shendetesore nepermjet fuqizimit te sistemit te informacionit shendetesor dhe regjistrave te semundjeve**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Evidenca e gjeneruar nepermjet sistemeve te informacionit shendetesor dhe regjistrave te semundjeve (kanceri dhe SKV) perdoret per te influencuar percaktimin e prioriteteve te nderhyrjeve shendetesore si dhe monitorimin e zbatimit te ketyre politikave. Informacioni shendetesor mblidhet, analizohet dhe ndahet me te gjitha nivelet e vendimarrjes ne kohen e duhur. Cilesia e informacionit permiresohet ne menyre te vazhdueshme. |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 3.2.1 | Përditësimi i sistemit të mbikqyrjes “alert”. | Raportet periodike të sistemit të mbikqyrjes “alert”.  | Aktualisht, raportimi i sistemit të mbikqyrjes “alert” është i varfër. Të dhëna janë të agreguara dhe ka shumë mangësi në metodologjinë e grumbullimit dhe raportimit të informacionit.  | Në fund të vitit 2017, do të miratohet formati i raporteve periodike shkencore të sistemit të mbikqyrjes “alert”.  | Në fund të vitit 2020, raportet periodike të sistemit të mbikqyrjes “alert” do të përdoren për planifikimin racional (të bazuar në evidencë) të shërbimeve shëndetësore përkatëse.  | ISHP | ISHP | ISHPÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.2.2 | Zhvillimi i regjistrave të kancerit dhe të regjistrave të sëmundjeve kardiovaskulare. | Raportet vjetore shkencore mbi situatën e kancerit dhe sëmundjeve kardiovaskulare në Shqipëri. | Hartimi i regjistrit të kancerit dhe sëmundjeve kardiovaskulare.  | Në fund të vitit 2017 do të jetë botuar raporti i parë shkencor vjetor mbi situatën e të gjitha llojeve të kancerit në Shqipëri. | Në fund të vitit 2018 do të jetë hartuar versioni paraprak i regjistrit të të gjitha llojeve të kancerit. Konsolidimi gradual dhe përsosja e regjistrave të llojeve të ndryshme të kancerit dhe sëmundjeve kardiovaskulare deri në vitin 2020.Hartimi i raporteve vjetore mbi situatën kancerit dhe sëmundjeve kardiovaskulare në Shqipëri.  | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.2.3 | Hapja e një Qendre Kombëtare të Informacionit Shëndetësor. | Ngritja e Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetësor.  | Akoma nuk ekziston ne vendin tonë një Qendër Kombëtare e Informacionit Shëndetësor. | Në fund të vitit 2017, do të jetë materializuar plani i veprimit për ngritjen e Qendrës Kombëtare të Informacionit Shëndetësor. | Në fund të vitit 2020, Qendra Kombëtare e Informacionit Shëndetësor do të jetë tërësisht funksionale. |  | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.2.4 | Përdorimi maksimal i databazës së check-up-it. | Raportet (buletinet) periodike te programit check-up.  | Ende nuk ka një raport integral të rezultateve të programit check-up.  | Në fund të vitit 2017 do të jetë botuar një raport i plotë mbi rezultatet e programit check-up. | Në fund të vitit 2020, bazuar në vlerësimin e rezultateve të programit check-up, do të bëhet ofrimi bazuar në evidencë i shërbimeve të nevojshme mjekësore.  | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.2.5 | Zbatimi i dokumentave strategjike:* Programi Kombetar i Kontrollit te Kancerit 2011-2020 (Kanceri i gjirit, qafes se mitres, atij kolo-rektal)
* Strategjia “Agjenda Digjitale e Shqiperise 2015-2020”
* Programi Permiresimit te Sistemit Shendetesor 2016-2021 (Banka Nderkombetare per Rindertim dhe Zhvillim)
 | Raportet vjetore shkencore mbi situatën e kancerit në Shqipëri.Hartimi i regjistrit të kancerit.  | Objektivat dhe plani i aktiviteteve të paracaktuara në dokumentin: Programi Kombetar i Kontrollit te Kancerit 2011-2020.  | Në fund të vitit 2017 do të jetë botuar raporti i parë shkencor vjetor mbi situatën e të gjitha llojeve të kancerit në Shqipëri. | Në fund të vitit 2020, konsolidimi dhe përsosja e regjistrave të llojeve të ndryshme të kancerit.Hartimi i raporteve vjetore mbi situatën e llojeve të ndryshme të kancerit në Shqipëri nga fund-viti 2017 e në vazhdim. | MSHISHP | MSHISHP | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

Objektivi 3.3 (Petro & Brataj)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Indikatorët** | **Institucionet përgjegjëse të përfshira** | **Baza nga nisemi** | **Periudha kohore e zbatimit** | **Objektivi për 2017** | **Objektivi për 2020** | **Mënyra e verifikimit/Produkti** |
| **Prioriteti Strategjik 1 –** |
| 1.1 | Ndertimi i Godines se Qendres Kombetare te Urgjences Mjekesore(QKUM) | Ministria e Shendetesise,Qendra Kombetare e Urgjhences Mjekesore | Ligji 147/2014 | 2016 – 2020 | % | % |  |
| 1.2 | Ngritja e Njesise se Koordinimit te QKUM per Qarkun Tirane |   QKUM | Ligji Nr. 147/2014 |  Maj 2017  |  100% | % |  |
| 1.3 | Shtrirja e funksionit te Njesise se Koordinimit te QKUM ne gjithe territorin e Republikes se Shqiperise. |   QKUM |  Ligji Nr. 147/2014 |  Maj 2018 |  50% | 50% ne 2018 |  |
| 1.4 | Trainimi i personelit mjekesor te Sherbimit Mjekesor te Urgjences (SHMU) |  QKUM |   Ligji Nr. 147/2014 | 20% |  50% |  100% |  |
| 1.5 | Pajisje mjekesore per SHMU |  Ministria e Shendetesise QKUM |  Ligji Nr. 147/2014 | 15% |  35% | 100% |  |
| 1.6 | Organizimi dhe shperndarja e autoambulancave te urgjences ne territor. |   QKMU Drejtoria e Administrimit Spitalor | Ligji Nr. 147/2014 |  30 % |  Maj 2018  100% |  |  |

**Objektivi 3.4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Indikatorët** | **Institucionet përgjegjëse të përfshira** | **Baza nga nisemi** | **Periudha kohore e zbatimit** | **Objektivi për 2017** | **Objektivi për 2020** | **Mënyra e verifikimit/Produkti** |
| 1.1 | Rritje e numrit te aktiviteteve te akredituara te edukimit te vazhduar mjekesor ne institucione qe adresojne njohjen dhe zbatimin korrekt te standardeve, procedurave dhe protokolleve | MSH, drejtorite rajonale te shendetesise, drejtorite e shendetit publik dhe drejtorite spitalore, QKEV | Numri aktual i aktiviteteve institucionale te edukimit ne vazhdim | 2016 – 2020 | 50% | 100% | Te dhenat a aktiviteteve te akredituara nga database i QKEV |
| 1.2 | Rritje e numrit te krediteve te infermiereve te fituara nga ndjekja e aktivitetev te edukimit ne vazhdim (AEV)  | MSH, drejtorite rajonale te shendetesise, drejtorite e shendetit publik dhe drejtorite spitalore, QKEV | Numri aktual i krediteve te infermiereve | 2016 - 2020 | 30% | 100% | Te dhenat e regjistrit te certifikimit ne QKEV |
| 1.3 | Kryerja e studimi vleresues per nevojat per edukim te vazhdueshem mjeksor ne lidhje me paketat e sherbimeve baze | QKEV, MSH, FSDKSH, , drejtorite rajonale te shendetesise, drejtorite e shendetit publik dhe drejtorite spitalore | n/a | 2016-2020 | 50% | 100% | Raporti i vleresimit te nevojave |
| 1.4 | Rritje e numrit te monitorimeve (proceseve te verifikimit te cilesise) te aktiviteteve te edukimit ne vazhdim  | QKEV | Numri aktual i monitorimeve | 2016-2020 | 50% | 100% | Te dhenat a aktiviteteve te monitoruara nga database i QKEV |
| 1.5 | Rritje e numrit te aktiviteteve te akredituara te edukimit ne distance | MSH, QKEV | Numri aktual i aktiviteteve te eduimit ne distance | 2016-2020 | 50% | 100% | Te dhenat a aktiviteteve te akredituara nga database i QKEV |
| 1.6 | Permiresim i sistemit te menaxhimit te informacionit qe lidhet me procesin e akreditimit te AEV | MSH, QKEV | n/a | 2016-2020 | 100% |  | Sistem online funksional i akreditimit dhe certifikimit  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 3.5:**  | **Inkurajimi i çeljes dhe zhvillimit të shërbimeve komunitare shëndetësore në të gjithë vendin në partneritet me qeverinë dhe partnerët lokalë** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Qendra te kujdesit ne komunitet jane hapur ne te gjithe vendin per te koordinuar dhe ofruar sherbime mbeshtetese ne shendet mendor, kujdes paliativ, sherbime miqesore ndaj te rinjve, programe te kontrollit te substancave abuzuese |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 3.5.1 | Plotësimi i sistemeve të integruara të shërbimeve të shëndetit mendor (Tiranë, Shkodër, Elbasan, Vlorë)Ngritja e sistemeve të integruara të shërbimeve të shëndetit mendor në 7 qarqe: Berat, Diber, Durres, Fier, Gjirokaster, Kukes, Lezhe.  |  Në secilën nga rajonet do të ngrihen të paktën: - Një qendër komunitare e shëndetit mendor - Një qendër ditore - Një shtëpi e mbështetur - Një pavion me shtretër pranë spitaleve rajonale | Objektivat dhe plani i aktiviteteve të paracaktuara në dokumentin e Planin kombëtar për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor 2013-2022 | Në fund të vitit 2017-2018 do të jetë ngritur 4 qendra ditore si dhe ngritja e pavioneve psikiatrike prane spitaleve rajonale |  Në fund të vitit 2020 në secilin nga rajonet do të ngrihen të paktën:-Një qendër komunitare e shëndetit mendor (11)-Një qendër ditore (32)-Një shtëpi e mbështetur (9)-Një pavion me shtretër pranë spitaleve rajonalë (7) | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.5.2 | Zbatimi i Planit të Veprimit për Rininë 2015-2020 lidhur me hapjen e qendrave miqësore për të rinjtë në të paktën një për çdo prefekturë  |  Numri i qendrave miqësore për të rinjtë që ngrihen  | Objektivat e paracaktuara në Planin e Veprimit për Rininë, 2015-2020 | Në fund të vitit 2017 do të jenë ngritur 3 qendra miqësore për të rinjtë në 3 prefektura. | Në fund të vitit 2020, në çdo prefekturë do të jetë hapur nga një qendër rinore  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 3.5.3 | Ngritja e shërbimeve te integruara ne nivel komunitar per trajtimin e varesise nga substancat ilegale  | Nr i qendrave te ngritura  | Objektivat e paracaktuara në Strategjinë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura” dhe Planit i Veprimit, të zhvilluara | Këto objektiva do të përcakton me finalizimin e Strategjinë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura” dhe Planit i Veprimit | Këto objektiva do të përcakton me finalizimin e Strategjinë Kombëtare për Minimizimin e Dëmeve Alkool-lidhura” dhe Planit i Veprimit | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 4.2:**  | **Sigurimi i qeverisjes së mirë, integritetit, transparencës dhe aksesit të shërbimeve shëndetsore nderkohe qe ngrihet nje partneritet llogaridhënës publik-privat dhe modele të tjera për mobilizimin e burimeve shtesë për shëndetin për të siguruar një akses më të drejtë** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Përveç implementimit të Check-up-ëve për popullatën e grupmoshës 40-65 vjeç, Partneriteti Publik Privat do të shtrihet drejt programeve dhe shërbimeve madhore shëndetësore, si për shembull instrumentave kirurgjikalë; Dializa; paketa e trajtimit të SJT; shërbimeve laboratorike; mbetjeve spitalore, etj. |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 4.2.1 | Zbatimi i Programit Kombetar te Kontrollit te Rregullt per qytetaret shqipetare te moshes 40-65 vjeç. | Numri i personave të grup-moshës 40-65 vjeç të ekzaminuar.  | Objektivat dhe plani i aktiviteteve të paracaktuara në programin e kontrollit bazë | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një pjesëmarrje në këtë program e 50% të individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | Në fund të vitit 2020, do të ekzaminohen 70% e individëve të grup-moshës 40-65 vjeç.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.2.2 | Zbatimi i kontratës koncensionare të financimit të të koncesionarittë shërbimit të hemodializës |  Numri i pacientëve të cilët kanë marrë shërbimin e dializës | Objektivat e paracaktuara në programin e shëndetësisë lidhur me paketat e shërbimeve shëndetësore  | Realizimi i shërbimit të koncensionarit në pesë rajone dhe financimi i tij | Realizimi i shërbimit të koncensionarit në pesë rajone dhe financimi i tij | MSHFSDKSH | MSHFSDKSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.2.3 | Zbatimi i Kontratës koncensionare për shërbime të integruara për ofrimin e setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale, furnizimin me material mjekësor steril njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, si dhe trajtimin e mbetjeve biologjike dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale | Raporte mbi realizimin periodik të furnizimit të spitaleve publike sipas kontratës të  | Objektivat e paracaktuara në programin e shëndetësisë lidhur me shërbimet koncensionare  | Në fund të vitit 2017, të sigurohet një furnizimi i plotë në spitalet universitare e në 2 spitale rajonale  | Në fund të vitit 2020, të sigurohet një furnizimi i plotë në të gjitha spitalet publike të përfshira në kontratën koncensionare  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.2.4  | Lidhja dhe zbatimi i kontrates koncensionare të shërbimeve laboratorike |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2.5 | Kontrolli dhe monitorimi i inventarëve të depove farmaceutike dhe farmacive mbi bazen e nje programi informatik ne nderveprim me Agjencine e Kontrollit te Barnave dhe Pajisjeve mjeksore | Monitorimi on line i Lëvizjeve të barnave në depot e kontraktuara | Plani Strategjik për zhvillimin e Sistemeve të Informacionit përFondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor | Realizimi i Regjistrimit on line i aktivitetit të distributorëve farmaceutikë | Regjistrimi i vazhdueshëm on line i aktivitetit të distributorëve farmaceutikë | FSDKSH | FSDKSH | FSDKSH çdo vit | dhjetor 2017 e në vazhdim |  |  |  |
| 4.2.6 | Regjistri Elektronik i Rekordeve Shëndetësore (Electronic Health Record (EHR)) | Portal mbi historikun e pacientit nga informacioni i sistemeve që Fondi disponon | Plani Strategjik për zhvillimin e Sistemeve të Informacionit përFondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor | Krijimi i databazës shëndetësore për çdo pacient  | Plotësimi në vazhdimësi i databazës shëndetësore për çdo pacient | FSDKSH | FSDKSH  | FSDKSH çdo vit | 2017 e në vazhdim |  |  |  |
| 4.2.7 | Receta Elektronike (e-Prescription) | Përshkrimi on line i barnave të rimbursuara | Plani Strategjik për zhvillimin e Sistemeve të Informacionit përFondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor | Përdorimi i Recetës Elektronike (e-Prescription) në të gjithë vendin | Përdorimi i në vazhdimësi i Recetës Elektronike (e-Prescription)  | FSDKSH | FSDKSH | FSDKSH çdo vit | 2017 e në vazhdim |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 4.3:**  | **Zhvillimi i mekanizmit për qasjen e integruar në implementimin e politikave shëndetësore dhe mekanizmat koordinues ndërsektorial për çështjet madhore të shëndetit publik, duke perfshire dhe mekanizmave të koordinimit për grupet vulnerable dhe minoritetet drejt integrimit të tyre social** |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Politikat e shëndetit, programet dhe masat do të harmonizohen me politika dhe programe të tjera të mirëqënies, si për shembull mbrojtja sociale, përfshirja sociale, reduktimi i varfërisë dhe papunësisë, promovimi i punësimit, sistemi i pensioneve, strehat sociale, mbrojtja e të drejtave të fëmijëve, shërbimet dhe përfitimet e veteranëve dhe të moshuarve, ish të përndjekurit politikë, etj. Gjithashtu, vëmendje e veçantë do t’iu kushtohet minoriteteve etnike, komuniteteve të romëve dhe egjiptianëve, njerëzve me aftësi të kufizuara, etj.  |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 4.3.1 | Themelimi i komiteteve mbikqyrëse, të cilat do të adresojnë dinamikat e impaktit të determinantëve social, ekonomik dhe mjedisorë dhe faktorëve të riskut ndaj shëndetit (sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet infektive, rezistenca anti-mikrobiale, përdorimi i drograve, abuzimi me alkolin, duhanpirja, siguria rrugore dhe kequshqyerja, siguria dhe shëndeti profesional, menaxhimi strategjik i kimikateve, menaxhimi i mbeturinave dhe dhuna në familje). | Ngritja dhe funksionimi i komiteteve mbikqyrëse profesionale. | Akoma nuk ekzistojnë komitete mbikqyrëse për monitorimin e përcaktorëve social-ekonomikë dhe mjedisorë të shëndetit.  | Në fund të vitit 2017, të jetë ngritur komiteti mbikqyrës per adresimin e impaktit të determinantëve social, ekonomik dhe mjedisorë dhe faktorëve të riskut.  | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i plotë i dinamikës dhe impaktit të përcaktorëve social-ekonomikë dhe mjedisorë të shëndetit.  | MSHISHP | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.3.2 | Vlerësimet e impaktit në shëndet në lidhje me implementimin e politikave, programeve dhe masave do të organizohen periodikisht dhe do të reflektojnë vlerësimin e shërbimeve shëndetësore nga publiku, komunitetet, shoqëria civile, pacientët dhe qytetarët.  | Ngritja dhe funksionimi i bordeve të shëndetit me pjesëmarrje nga shoqëria civile dhe komuniteti. | Akoma nuk ekzistojnë borde realisht funksionale të shëndetit me pjesëmarrje nga shoqëria civile dhe komuniteti.  | Në fund të vitit 2017, të ngrihet bordi kombëtar i shëndetit me pjesëmarrje nga shoqëria civile dhe komuniteti.  | Në fund të vitit 2020, të shtrihet në nivel lokal ngritja e bordeve të shëndetit me pjesëmarrje nga shoqëria civile dhe komuniteti.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.3.3 | Zbatimi i dokumentit:Strategjia Kombetare per Mbrojtjen Sociale 2015-2020 (VKM 1071, dt 23/12/ 2015). | Zbatimi i aktiviteteve të përcaktuara në këtë dokument strategjik.  | Strategjia Kombetare per Mbrojtjen Sociale 2015-2020 është miratuar tashmë me një VKM të veçantë.  | Në fund të vitit 2017, të zbatohet Strategjia Kombëtare per Mbrojtjen Sociale.  | Në fund të vitit 2020, të vlerësohet impakti i zbatimit të Strategjisë Kombëtare per Mbrojtjen Sociale.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objektivi 4.4:**  | **Fuqizimi i bashkëpunimit rajonal dhe ndërkombëtar në lidhje me reagimin ndaj çështjeve globale të shëndetit**  |
| **Përshkrimi i objektivit:** | Pjesëmarrje aktive në bashkëpunime rajonale dhe ndërkombëtare për shëndetin, me anë të dhe duke kontribuar në Rrjetin e Shëndetit të Europës Jug-Lindore (SEEHN), duke nënshkruar dhe implementuar marrëveshje dypalëshe dhe shumëpalëshe, duke fuqizuar bashkëpunimin ekzistues me OBSH-në, OKB, dhe duke implementuar BE-në. Vëmendje e veçantë do t’i kushtohet harmonizimit të standardeve kombëtare të shëndetit, sipas legjislacionit dhe standardeve të BE |
| **Aktivitetet** | **Treguesit** | **Baza e referimit** | **Objektivat** **2017** | **Objektivat** **2020** | **Burimi i të dhënave** | **Organi përgjegjës** | **Monitorimi****/raportimi** | **Afati kohor** | **Buxheti** |
| **Qeveria e Shqipërisë** | **Donatorët** | **Totali** |
| 4.4.1 | Bashkëpunimi në rastet e krizave humanitare. | Niveli i bashkëpunimit rajonal në raste krizash humanitare.  | Ekzistojnë disa marrëveshje bashkëpunimi, por niveli i zbatueshmërisë është i paqartë.  | Në fund të vitit 2017, të hartohet një plan specifik i masave për bashkëpunimin rajonal ne raste krizash humanitare.  | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i planit të bashkëpunimit rajonal ne raste krizash humanitare. | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.4.2 | Bashkëpunimi për problemet e emigracionit.  | Niveli i bashkëpunimit rajonal dhe me BE-në për çështjet e emigracionit.  | Bashkëpunimi me BE-në për çështjet e emigracionit është përgjithësisht në nivelin e duhur.  | Në fund të vitit 2017, të jetë hartuar një plan pune për adresimin e problemeve më te mprehta të emigracionit në bashkëpunim me BE-në.  | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i nivelit dhe efikasitetit të bashkëpunimit rajonal dhe me BE-në për çështjet e emigracionit.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.4.3 | Bashkëpunimi për fatkeqësitë e ndryshme natyrore. | Niveli i bashkëpunimit rajonal në raste fatkeqësish natyrore.  | Ekzistojnë disa marrëveshje bashkëpunimi, por niveli i zbatueshmërisë është i paqartë.  | Në fund të vitit 2017, të hartohet një plan specifik i masave për bashkëpunimin rajonal ne raste fatkeqësish natyrore.  | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i planit të bashkëpunimit rajonal ne raste fatkeqësish natyrore.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.4.4  | Bashkëpunimi për ndryshimet klimatike. | Niveli i bashkëpunimit rajonal dhe me BE per çështjet e lidhura me ndryshimet klimatike.  | Ekzistojnë disa marrëveshje dhe traktate lidhur me ndryshimet klimatike.  | Në fund të vitit 2017, të hartohet në bashkëpunim me vendet e rajonit një plan specifik masash për adresimin e problemeve të lidhura me ndryshimet klimatike.  | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i bashkëpunimit rajonal lidhur me ndryshimet klimatike.  | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |
| 4.4.5 | Bashkëpunimi për kërcënimet ndërkufitare. | Niveli i bashkëpunimit rajonal për kërcënimet ndërkufitare.  | Ekzistojnë disa marrëveshje dhe traktate lidhur me kërcënimet ndërkufitare.  | Në fund të vitit 2017, të hartohet në bashkëpunim me vendet e rajonit një plan specifik masash për adresimin e kërcënimeve ndërkufitare. | Në fund të vitit 2020, të bëhet vlerësimi i bashkëpunimit rajonal lidhur me adresimin e kërcënimeve ndërkufitare. | MSH | MSH | MSHÇdo vit | Deri në 2020 |  |  |  |

|  | **Activity** | **Responsible Institution** | **Other involved sectors/institutions** | **Time frame** | **Budget** | **Indicator**  | **Periodicity** | **Relatedness to existing strategies** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STRATEGIC PRIORITY 1:** |
|  | **OBJECTIVE 1.1** |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OBJECTIVE 1.2** |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OBJECTIVE 1.3** |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3.4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OBJECTIVE 1.4** |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4.1 | Etc. |  |  |  |  |  |  |  |

**Shtojca 3. Treguesit per monitorimin e Strategjise se Shendetesise**

1. **Treguesit e lidhur me SKZHI**

| **NSDI Pillars** | **Sector** |  | **Indicators** | **Responsible Institution** | **Determination/Measurement** | **Source** | **Basic Year 2012** | **Last available value**  | **Goal 2017** | **Goal 2020** | **Periodicity** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOCIAL DEVELOPMENT AND COHESION THROUGH INVESTING IN PEOPLE | Health | 1 | Infant mortality rate (per 1000 live births) | Ministry of Health + INSTAT | Number of deaths per 1000 live births | Ministry of Health | 2012 | 7.8/1000 live births | 2013 | 7.3/1000 live births | 7.1 | 6.8 |   |
| 2 | Mortality rate, under 5 (per 1,000 live births) | Ministry of Health + INSTAT | Number of deaths in children under 5 years per 1,000 live births | Ministry of Health | 2012 | 8.9/1000 live births | 2013 | 8.4/1000 live births | 8.1 | 7.7 |   |
| 3 | Mother mortality rate (per 100,000 live births) | Ministry of Health + INSTAT | Number of deaths per 100,000 live births | Ministry of Health | 2012 | 5.7/100000 live births | 2013 | 11.8/100000 live births | 11.1 | 10.8 |   |
| 4 | Sustainability of vaccines | Ministry of Health + ISHP | % of vaccinated children of 0-6 years | Ministry of Health + ISHP | 2012 | 0.95 | 2013 | 0.95 | 0.96 | 0.98 |   |
| 5 | Rate of earlier depistation of population 40-65 years | Ministry of Health | % of testing of population subject to the basic health check of 40-65 years | Ministry of Health | 2012 | n/a | 2013 | n/a | 600,000 | 700,000 | annual |

1. **Treguesit per monitorimin e Strategjise se Shendetësisë**

|  | **Indicators** | **Responsible Institution** | **Determination/****Measurement** | **Source** | **Basic Year 2012** | **Last available value**  | **Goal 2017** | **Goal 2020** | **Periodicity** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | (1.1.a) Standardized overall premature mortality rate (from 30 to under 70 years) for four major non-communicable diseases (cardiovascular diseases, cancer, diabetes mellitus and chronic respiratory disease), disaggregated by sex. | ISHP | Data on deaths (from 30 to under 70 years) disaggregated by sex for four major non-communicable diseases (cardiovascular diseases, cancer, diabetes mellitus and chronic respiratory disease) are collected using national death registration systems or sample registration systems, per 100.000 population as rate. | INSTAT | 2012 | 18.8% | 2012 | 18.8% | 18% | 17% | Every 3 years |
| 2 | (1.1.b) Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 18+ years. | ISHP | Current tobacco smoking is measured using the standard questionnaire during a health interview of a representative sample of the population aged 18 years and over.  | Survey-based | - | - | 2015 | 51.2% Male and 7.6% Fe male (15+ years)  | 50% Male and 7% Fe male (15+ years)  | 45% Male and 5% Fe male (15+ years)  | Every 5 years |
| 3 |  (1.1.c) Total (recorded and unrecorded) per capita alcohol consumption among persons aged 15+ years within a calendar year (litres of pure alcohol). | ISHP | The amount of recorded alcohol consumed per adult (15+ years) during a calendar year, in litres of pure alcohol, divided with resident population (15+ years) for the same calendar year. | Survey-based (INSTAT) | - | - | 2015 | 6.6 litres | 6 litres | 5 litres | Annually |
| 4 |  (1.1.d) Age-standardized prevalence of overweight and obesity in persons aged 18+ years (defined as a body mass index > 25 kg/m2 for overweight and > 30 kg/m2 for obesity). | ISHP | % of defined population aged 18 years and over with overweight or obesity(defined as a body mass index ≥ 25 kg/m2 for overweight and ≥ 30 kg/m2 for obesity) | Survey-based  | 2008 (WHO, 2014) | 21.3% | 2008 | 21.3% | 20% | 18% | Every 5 years |
| 5 |  Age-standardized prevalence of overweight and obesity in persons aged 7-10 years (defined as a body mass index > 25 kg/m2 for overweight and > 30 kg/m2 for obesity). | ISHP | % of defined population aged 7-10 years with overweight or obesity (defined as a body mass index ≥ 25 kg/m2 for overweight and ≥ 30 kg/m2 for obesity) | COSI | 2012 | Overweight 13.9%,Obesity 7.7% | 2016 | Overweight 12.9% (boys) and 12.2% (girls)Obesity 12.3% (boys) and 5.8% (girls)  |  Overweight: 12% in boys and 11% in girlsObesity: 11% in boys and 5% in girls  |  Overweight: 10% in boys and 9% in girlsObesity: 10% in boys and 4% in girls  | Every 4 years |
| 6 | (1.3.a) Age-Standardized mortality rates from all external causes and injuries, disaggregated by sex. |  | Data on deaths from all external causes and injuries disaggregated by sex are collected using national death registration systems or sample registration systems,per 100.000 population as rate. | INSTAT | 2010 (GBD) | 45.8 deaths per 100,000 population  | 2010 | 45.8 deaths per 100,000 population  | 40 deaths per 100,000 population  | 35 deaths per 100,000 population  | Every 3 years |
| 7 | (3.1.b) Life expectancy at birth, disaggregated by sex. |  | The average number of years that a newborn could expect to live, if exposed to the sex specific death rates prevailing at the time of birth, for a specific year in a given country. | INSTAT | 2012 | 77.59 years | 2015 | 77.8 years | 78 years | 79 years  | Annually |
| 8 | (3.1.e) National and/or sub-national policy addressing health inequities established and documented. |  |  | MoH | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every three years  |
| 9 | (4.1.a) Life satisfaction. |  |  | Survey-based | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every five years  |
| 10 |  (4.1.b) Indicators of objective well-being in different domains; to be developed and potentially already covered by other areas of Health 2020 targets. |  |  | Survey-based  | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every five years  |
| 11 | (5.1.a) Private household out-of-pocket expenditure as a proportion of total health expenditure |  | Household out of pocket expenditure for health during the past 12 months, divided with household income. | INSTAT (SILC) | 2011 | 52.1% | 2011 | 52.1% | 45% | 35% | At least every 5 years  |
| 12 | (5.1.c) Total health expenditure on health (as a percentage of GDP). |  | Total health expenditureis measured as the sum of spending of all financing agents managing funds to purchase health goods and services. | INSTAT (SILC) | 2011 | 6% | 2011 | 6% | 7% | 8% | At least every 5 years  |
| 13 | (5.1.c) Government (public) expenditure on health (as a percentage of GDP). |  | Government expenditure on health is the sum of total outlays for health maintenance, restoration or enhancement paid for in cash or supplied in kind by government entities. | MoH | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every year  |
| 14 | (6.1.a) Establishment of process for target-setting documented. |  | Under development  | MoH | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every three years  |
| 15 | (6.1.b) Evidence documenting: (a) establishment of national policies aligned with Health 2020 policy, (b) implementation plan, (c) accountability mechanism. |  | Under development  | MoH | \_ | \_ | \_ | \_ |  |  | Every three years  |

## Shtojca 4. Raportimi për zbatimin e Strategjise së Shendetësisë

(Në përputhje me SKZHI-II 2015-2020: Treguesit dhe objektivat)

**APPENDIX. GUIDANCE ON SECTOR STRATEGY STRUCTURE (excerpt from Order 93 from 7.8.2012)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chapter** | **Activities** |
| **1. Current conditions** | Use the latest statistical information. Ensure that authoritative studies on the sector by Albanian or foreign authors are consulted. The overvieë should incorporate the findings of joint evaluation activities ëith donors, such as the Public Expenditure and Institutional Revieë. |
|  | Revieë the broad performance of public expenditure in the sector (by reference to the expenditure structure and analytic documents, such as public expenditure revieës) and the envisaged role for the government (for Chapter 1 and part of Chapter 2) |
| **2. Mission, strategic priorities and goals** | Formulate the concise statement on the mission, strategic priorities and goals ëith reference to:* Draft statement on the vision, strategic priorities and strategic goals of the NSDI (to be available by July 2006)
* Technical analysis on the determinants of groëth (to be available by July 2006)
* European integration commitments, as specified in the Stabilisation and Association Agreement, the European Partnership and the respective government action plans

Government programme |
|  | Revisit the goals and adjust the targets after the initial costing. |
|  | Approve the statement on the mission, strategic priorities and goals. |
| **3. Policies** | Revieë the assumptions regarding links betëeen the major policies and achieving goals in the sector. |
|  | Revieë the correspondence betëeen strategic priorities and budget programmes in the sector. |
|  | On the basis of the participation in an Inter-Ministerial Committee, assess ëhether the corresponding crosscutting strategy issues are reflected in the sector strategy. |
| **4. Resource implications** | Examine the soundness of the cost assumptions behind sector goals and the realism of goals relative to the ëorking assumptions of the macroeconomic frameëork included in the Instruction. |
| **5. Accountability, monitoring and evaluation** | Provide a draft list of monitoring indicators and, if some of these indicators cannot be currently measured, outline plans for future data collection in association ëith INSTAT. |
|  | Develop joint ëork plan ëith the Sector Advisory Group and the External Assistance Technical Ëorking Group. |

1. Anketa e Forcës së Punës, INSTAT, Tiranë, 2016 [↑](#footnote-ref-2)
2. Ëorld Bank 2007 Shqipëria: Zhvillimi Urban, Migrimi dhe Ulja e Varfërisë,Tiranë [↑](#footnote-ref-3)
3. Anketa e Matjes së Nivelit të Jetesës, INSTAT, Tiranë, 2013 [↑](#footnote-ref-4)
4. Instituti i Sigurimeve Shoqërore, Tiranë, 2016 [↑](#footnote-ref-5)
5. INSTAT, 2014 [↑](#footnote-ref-6)
6. OBSH, HFA, 2014 [↑](#footnote-ref-7)
7. INSTAT, 2014 [↑](#footnote-ref-8)
8. GBD, 2010 [↑](#footnote-ref-9)
9. Raporti Shëndetësor Kombëtar (2014) [↑](#footnote-ref-10)
10. GBD 2010 [↑](#footnote-ref-11)
11. Organizata Botërore e Shëndetësisë (2011) [↑](#footnote-ref-12)
12. Organizata Botërore e Shëndetësisë (2014) [↑](#footnote-ref-13)
13. Raporti Shëndetësor Kombëtar (2014) [↑](#footnote-ref-14)
14. Raporti Shëndetësor Kombëtar (2014) [↑](#footnote-ref-15)
15. PISA 2012 Results: What Students Know and Can Do Student Performance in Mathematics, Reading and Science Volume I, Revised edition, OECD, February 2014 [↑](#footnote-ref-16)
16. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Tiranë 2016 [↑](#footnote-ref-17)
17. Drejtoria Farmaceutike, Ministria e Shëndetësisë, Tiranë, 2016 [↑](#footnote-ref-18)
18. Raporti Shëndetësor Kombëtar (2014) [↑](#footnote-ref-19)
19. Barjaba, K., Gedeshi, I. (2016) *Te aven saste sare oroma*: aspekte të zhvillimit njerëzor të romëve të Shqipërisë, UET: POLIS, 13, Vjeshtë, 2014 [↑](#footnote-ref-20)
20. OBSH, 2014 [↑](#footnote-ref-21)
21. Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë, neni 55; [↑](#footnote-ref-22)
22. Po aty, neni 21 [↑](#footnote-ref-23)
23. Po aty, neni 25 [↑](#footnote-ref-24)
24. Po aty, neni 49 [↑](#footnote-ref-25)
25. Po aty, neni 52 [↑](#footnote-ref-26)
26. Po aty, neni 54 [↑](#footnote-ref-27)
27. Karta Nderkombetare për Edukimin Fizik dhe Sportet, UNESKO, 1978; [↑](#footnote-ref-28)
28. Karta Evropiane e Sportit, Këshillit i Europës, 1992; [↑](#footnote-ref-29)
29. #  Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical brief for policy-makers, Number 2/2005, WHO/EIP/HSF/PB/05.02

 [↑](#footnote-ref-30)