



AKSESIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NGA GRUPET NË NEVOJË

KORRIK 2011



FONDACIONI
SHOQËRIA
E HAPUR
PËR SHQIPËRINË

AKSESIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NGA GRUPET NË NEVOJË

KORRIK 2011

VLERËSIM SITUATE
MBËSHTETUR NË SHQYRTIMIN E LITERATURËS DHE STUDIMEVE
DHE NË KONSULTIMIN ME GRUPET NË NEVOJË



FONDACIONI
SHOQËRIA
E HAPUR
PËR SHQIPËRINË

Tabela e Përmbajtjes

SHKURTIMET	6
MIRËNJOHJE	7
1 PËRMBLEDHJE E RAPORTIT	9
2 INFORMACION PËR SITUATËN E PËRGJITHSHME	17
3 METODOLOGJIA E VLERËSIMIT	21
4 PROFILI I GRUPEVE NË NEVOJË	25
4.1.1 Komuniteti Rom	26
4.1.2 Profili i Grupit të Popullsisë së Zonave Rurale	27
4.1.3 Grupi i Personave me Aftësi të Kufizuara	28
4.1.4 Grupi i Personave të Moshuar	29
5 ANALIZA E GJETJEVE	31
5.1 LEGJISLACIONI DHE STRATEGJITË KRYESORE	31
5.1.1 Përshkrim i Përmbledhur i Legjislacionit	31
5.1.2 Përmbledhje e Strategjive Kryesore që prekin Grupet në Nevojë	32
5.2 OFRIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE	38
5.2.1 Shërbime Shëndetësore të Disponueshme	38
5.2.2 Shërbime Shëndetësore të Aksesueshme dhe të Përshtatshme	42
5.2.3 Shërbime Shëndetësore Cilësore	49
6 BURIMET NJEREZORE	53
7 FINANCIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR	57

8	REKOMANDIME	61
9	BIBLIOGRAFIA	64
10	SHTOJCA	67
10.1	Lista e Ligjeve të Sistemit Shëndetësor	67
10.2	Mjetet e Përdorura gjate Konsultimit në Terren	68
10.3	Intervistë e hapur me personelin shëndetësor	69
10.4	Intervista me OJQ që punojnë me grupet në nevojë	70
10.5	Pema e Problemeve të Aksesit për Shërbimet Shëndetësore	72

Shkurtime

ARSIS	Social Organization for the Support of Youth
AK	Aftësia e Kufizuar
DUDNJ	Deklarata Universale për të Drejtat e Njeriut
FSHDPAK	Fondacioni Shqiptar për të Drejtat e Paaftësisë dhe Aftësisë së Kufizuar
GDP	Prodhimi i Brendshëm Bruto
INSTAT	Instituti i Statistikave
KE	Këshilli i Evropës
KKMMK	Konventa Kuadër për Mbrojtjen e Minoriteteve Kombëtare
MPCSSHB	Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta
OSFA	Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë
PAK	Personat me Aftësi të Kufizuara
PKB	Prodhimit Kombëtar Bruto
SAZHSSH	Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të Shërbimeve Shëndetësore
SMS	Strategjia e Mbrojtjes Sociale
SPS	Strategjia e Përfshirjes Sociale
SSHS	Strategjia e Shërbimeve Sociale
SPAK	Strategjia për Personat me Aftësi të Kufizuara

Mirënjohje

Studimi “Vlerësimi i situatës për aksesin në shërbimet shëndetësore për grupet në nevojë në Shqipëri”, është një iniciativë e Fondacionit Shoqëria e Hapur për Shqipërinë (Fondacioni SOROS) në kuadër të Programit të Shëndetit Publik. Ky vlerësim ndryshe mund të konsiderohet si një fotografim i situatës aktuale të rrugëtimit që grupet në nevojë ndjekin për të aksesuar shërbimet shëndetësore.

Fondacioni Soros dëshiron t’i shprehë mirënjohje të thellë grupit të ekspertëve që punuan për realizimin e këtij vlerësimi, të përbërë nga Enkeleda Lopari, Kristina Voko dhe Andia Shabani, të cilët bënë të mundur që përgjatë këtij rrugëtimi të evidentohet dhe analizohet literatura më e rëndësishme e lidhur me aksesin në shërbimet shëndetësore, të eksplorohen hendeqet dhe problematikat e përjetuara nga vetë grupet, të cilët janë marrës të shërbimeve, si dhe të përcillet pikëpamja e personelit shëndetësor të cilët i ofrojnë këto shërbime.

Një falënderim i veçantë u jepet përfaqësuesve të grupeve në nevojë në rrethet Tiranë, Shkodër, Dibër dhe Elbasan, për kontributin e ofruar, gatishmërinë, kohën, si dhe për gjithë mendimet dhe idetë e shprehura gjatë diskutimeve.

Njëkohësisht, Fondacioni shpreh mirënjohje dhe falënderime për personelin mjekësor dhe përfaqësuesit e organizatave të shoqërisë civile, të cilët gjithashtu u treguan të gatshëm dhe të hapur për të ndarë mendimet, idetë dhe sugjerimet mjaft të dobishme për t’u konsideruar si rekomandime për këtë vlerësim. Organizatat e kontaktuar janë Shoqata Kombëtare e Personave me Aftësi të Kufizuara, ARSIS, Fëmijët e Botës Shqipëri, World Vision Albania dhe Qendra e të Moshuarve Kombinat.

1. Përmbledhje e Raportit

“Zhvillimi i një shoqërie, të pasur apo të varfër, mund të gjykohet nga cilësia e shëndetit të qytetarëve të saj, në çfarë mase kujdesi shëndetësor shpërndahet në mënyrë të drejtë dhe të barabartë përgjatë të gjitha kategorive sociale, si dhe nga niveli i mbrojtjes që ofrohet për grupet më në nevojë që vuajnë nga problemet shëndetësore.”
CSDH (2008)

Ndonëse në vitet e fundit janë hartuar dhe zbatuar një sërë politikash sociale të kombinuara me promovimin e zhvillimit ekonomik në vend, varfëria në Shqipëri ende mbetet ndër më të lartat krahasuar me shumë vende të tjera të Evropës. Ajo vazhdon të renditet ndër të fundit e listës, kur krahasohet koeficienti Gini (i cili përfaqëson nivelin e përqendrimit të pasurisë). Ky koeficient tregon se ekziston një shpërndarje e theksuar dhe e pabarabartë e pasurisë në Shqipëri (ADHS, 2010).

Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të Sistemit Shëndetësor në Shqipëri (SAZHSSH 2004), evidenton qartësisht një sërë problematikash në lidhje me situatën aktuale si dhe drejtimet kryesore të fokusimit të vëmendjes së Ministrisë së Shëndetësisë (MSH). Ndër këto problematika, theksohet se aksesimi në shërbimet shëndetësore ndikohet veçanërisht nga pakënaqësia e pacientëve në lidhje me cilësinë e shërbimeve shëndetësore, pagesat nën dorë dhe mungesa e mekanizmave për të tërhequr mendimin e pacientëve për cilësinë e shërbimit. Në këtë dokument strategjik theksohet se ende nuk janë ndërtuar mekanizma efektivë që do të bënin të mundur marrjen parasysh të zërit të qytetarëve në proceset e formulimit të politikave shëndetësore dhe planeve kombëtare apo dhe drejtimet të institucioneve shqiptare. Kur vështrimi hidhet tek grupet më në nevojë apo në kushte të pafavorshme ky problem bëhet dhe më i dukshëm.

Strategjia e Përfshirjes Sociale (2007-2013) thekson se varfëria shoqërohet gjithashtu me karakteristika specifike demografike, të tilla si: familjet e varfra kanë prirje të kenë më shumë anëtarë, më shumë fëmijë dhe ka më shumë mundësi të kenë pjesëtarë të familjes të papunë. Gjithashtu, sipas kësaj strategjie, njerëzit e varfër vuajnë nga

mungesa e aksesit ose nga aksesit i kufizuar në shërbimet bazë, si shkollat, qendrat shëndetësore, telefonat, uji dhe higjiena (Ministria e Integritimit, 2008, fq. 11).

Qëllimi kryesor i këtij vlerësimi është që të evidentojë problemet dhe shqetësimet që hasin grupet në nevojë kur aksesojnë shërbimet shëndetësore. Njëkohësisht, vlerësimi synon të sjellë në vëmendje çështjet që lidhen me ushtrimin e plotë të së drejtës për akses në shërbimet shëndetësore, siç janë politikat, legjislacioni, burimet njerëzore apo shpërndarja e financimit të këtyre shërbimeve. Objektivat specifike të vlerësimit janë:

- Të evidentojë problematikat dhe ndikimin e tyre tek aksesit që kanë grupet në nevojë në shërbimet shëndetësore, përmes rishikimit të politikave dhe strategjive kryesore ndërsektoriale dhe konsultimit drejtpërdrejt me përfaqësuesit e grupeve.
- Të analizojë hendeqet dhe mundësitë për përmirësimin e aksesit në shërbimet nga perspektiva e personelit shëndetësor dhe përfaqësuesve të organizatave të shoqërisë civile që punojnë drejtpërdrejt me grupet në nevojë.
- Të sugjerojë rekomandime mbështetur në rishikimin e literaturës, mendimet e përfaqësuesve të grupeve në nevojë, personelit shëndetësor dhe përfaqësuesve të shoqërisë civile, lidhur me përmirësimin e aksesit në shërbimet shëndetësore.

Evidentimi i këtyre problemeve është bërë duke kombinuar rishikimin e literaturës më të spikatur, studimeve dhe vlerësimeve të ndërmarra në 10 vitet e fundit në Shqipëri, me informacionin e marrë përmes takimeve të drejtpërdrejta me grupet në nevojë, personelin shëndetësor dhe disa përfaqësues të organizatave jofitimprurëse që mbështesin me programe të ndryshme. Për këtë qëllim janë hartuar tri mjete: a) intervistë gjysmë e strukturuar për të intervistuar përfaqësuesit e organizatave jofitimprurëse që punojnë me grupet në nevojë; b) udhëzues për diskutimin në grup, i quajtur “Rrugëtimi nëpër shërbimet shëndetësore”, si dhe c) intervistë gjysmë e strukturuar, e cila u përdor për të mbledhur informacion nga personeli mjekësor në zonat e përcaktuara për vlerësimin.

Përcaktimi i grupeve në nevojë për këtë vlerësim u mbështet duke marrë si referencë përcaktimet e ndryshme për grupet në nevojë në një sërë dokumentesh strategjike kombëtare. Më konkretisht, Strategjia e Mbrojtjes Sociale (2007- 2013),

Strategjia e Përfshirjes Sociale (2007-2013) dhe Strategjia e Shërbimeve Sociale (SSHS) si dhe, përparësitë programatike të programit të shëndetit publik të Fondacionit SOROS. Këto grupe janë: a) popullata që banon në zonat rurale; b) komuniteti rom; c) personat me aftësi të kufizuara dhe d) të moshuarit. Gjatë evidentimit dhe analizës së problematikave i është kushtuar një vëmendje e veçantë grupit të fëmijëve brenda grupeve të përcaktuara për këtë vlerësim, pasi fëmijët konsiderohen si më vulnerabël për shkak të moshës dhe kapaciteteve zhvillimore. Njëkohësisht, të gjitha strategjitë ndërsektoriale u kushtojnë një vëmendje të veçantë çështjeve shëndetësore të fëmijëve të komunitetit rom, fëmijëve me aftësi të kufizuara dhe fëmijëve që vijnë nga zona të thella dhe rurale dhe që kanë një status socio-ekonomik të ulët dhe mjaft të vështirë.

Zonat e përcaktuara për të organizuar diskutimet me grupet në nevojë dhe intervistat me personelin shëndetësor janë Tiranë, Dibër, Elbasan dhe Shkodër.

Duhet theksuar se ky vlerësim synon të sjellë një kontribut në analizën e problematikave komplekse të lidhura me aksesin e grupeve në nevojë për shërbimet shëndetësore. Ky raport nuk synon të sjellë përgjithësim të ngurtësuar dhe nuk është shterues në evidentimin e problematikave, burimeve dhe rekomandimeve për ndërhyrje të mundshme në këtë fushë. Ai synon të hedhë më tepër dritë në mënyrën dhe qasjet për të adresuar çështjet dhe të informojë strategji dhe programe me fokus në këtë drejtim. Përmbledhja e mëposhtme evidenton çështjet kryesore shqetësuese të analizuarra përmes rishikimit të literaturës dhe informacionit të marrë drejtpërdrejtë nga grupet në nevojë, personeli mjekësor dhe përfaqësuesit e organizatave jo fitimprurëse.

- Me gjithë përpjekjet e organizatave të shoqërisë civile për të përfaqësuar zërin e grupeve në nevojë, vetë grupet janë shumë pak ose aspak të përfshira në proceset e konsultimit dhe pjesëmarrjes në hartimin e politikave, legjislacionit apo programeve shëndetësore.
- Përjashtimi nga proceset e konsultimit vjen si rezultat i ndërgjegjësimit të ulët të politikbërësve, ose i mungesës së kapaciteteve për të ndërmarrë procese me pjesëmarrje në nivel lokal. Në të njëjtën kohë, një arsye e rëndësishme është që vetë grupet ndihen të pafuqishme për të ngritur zërin dhe kërkuar të drejtën e tyre për pjesëmarrje.
- Përjashtimi social, diskriminimi dhe stigmatizimi që shoqërojnë grupet, herë për shkak të etnisë apo moshës, herë për shkak të aftësive të kufizuara dhe varfërisë, janë faktorë të cilët ndikojnë drejtpërdrejt në aksesin në shërbime

shëndetësore cilësore të këtyre grupeve.

- Ligji për Kujdesin Shëndetësor parashikon ofrimin e shërbimeve falas për fëmijët (0-14 vjeç). Ndërkohë, sipas Konventës së Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Fëmijëve dhe Ligjit për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve në Shqipëri, përcaktimi i konceptit “fëmijë”, përfshin moshën 0-18 vjeç.
- Mungesë ndërgjegjësimi dhe njohurish nga ana e personelit mjekësor si dhe mungesa e programeve të trajnimit për personelin mjekësor për të ofruar shërbime shëndetësore të përshtatshme për këto grupe.
- Mungesë informimi të grupeve për shërbimet shëndetësore bazë (paketës bazë) si dhe përfitimet për aspekte të caktuara shëndetësore. Kjo shpesh është e shoqëruar me mungesë mjetesh informuese nga ana e personelit shëndetësor për ta ofruar këtë paketë shërbimesh bazë në forma të përshtatshme dhe sa më pranë grupeve.
- Mungon informacioni i përshtatshëm për këto grupe dhe me fokus parandalimin dhe promocionin shëndetësor. Ndonëse ekziston informacion për çështje të caktuara, si p.sh. për planifikimin familjar, përkujdesjen ndaj nënës dhe fëmijës, ka një mungesë të veprimtarive dhe buxhetimit për të organizuar veprimtari me qendër parandalimin dhe promocionin shëndetësor. Po ashtu, aktivitetet janë kryesisht të përqendruara në qytetet kryesore.
- Ndërgjegjësim i ulët për rëndësinë e kulturës shëndetësore nga një pjesë e grupeve. Kjo gjetje është e ndërlidhur me faktorë si niveli arsimor i grupit, por vjen dhe si pasojë e ciklit të vazhdueshëm dhe të mbyllur të varfërisë që i shoqëron shpesh grupet. Shpesh herë grupet në nevojë e kanë të vështirë të paguajnë për mjekimin apo për ta ndjekur shëndetin e tyre në vazhdimësi si rezultat i situatës së vështirë financiare.
- Mungesë e harmonizimit të politikave, procedurave, protokolleve, legjislacionit brenda hallkave të MSH-së, si dhe në nivel ndërministror. Shpesh herë, procedurat janë të ndërlidhura me procedurat për të përfituar ndihmë ekonomike apo ndihmën e aftësisë së kufizuar dhe kjo në vetvete sjell një zinxhir të pafundmë dhe mjaft kompleks të burokracisë me të cilat ndeshen grupet. Rezultat i kësaj mungese harmonizimi është se sistemi shëndetësor është i fragmentuar dhe nuk arrin të prekë dhe të arrijë deri tek grupet më në nevojë.
- Mungesa e politikave të veçanta për këto grupe në nivel lokal dhe qendror e shoqëruar me mungesë të dhënash dhe evidencash të besueshme dhe që ndihmojnë në kuptimin më të mirë të situatës. Nga ana tjetër, ky shqetësim lidhet dhe me nivelin e ndërgjegjësimit të politikbërësve për të hartuar politika

shëndetësore bazuar në nevojat specifike të grupeve dhe me nivelin e ulët të mobilizimit dhe aktivizimit të vetë grupeve në proceset e hartimit të politikave.

- Kufizimet në infrastrukturë, mungesa e ilaçeve dhe mungesa e shërbimeve të specializuara prek drejtpërdrejt disponueshmërinë e sistemit shëndetësor për t'u aksesuar nga ana e popullsisë në tërësi dhe grupeve në nevojë në veçanti. Gjithashtu për grupin e aftësisë të kufizuar duhet theksuar se ka mangësi në politikat e rehabilitimit, si dhe të pajisjeve të veçanta për fëmijët.
- Mungesa e mbulimit të plotë me librezë shëndetësore të grupeve në nevojë dhe korruptimi i sistemit përmes “pagesave nën dorë” e vështirëson aksesin e grupeve në nevojë në shërbimet shëndetësore cilësore.
- Monitorim i dobët dhe i paorientuar i së drejtës për shëndet të popullatës e shoqëruar me aktivizim të ulët të shoqërisë civile për të monitoruar në vazhdimësi të drejtën për shëndet.
- Literatura në lidhje me situatën shëndetësore dhe faktorët socialë që ndikojnë në akses të kufizuar dhe shpërndarje të pabarabartë të shërbimeve shëndetësore cilësore për këto grupe në nevojë është e kufizuar dhe jo mjaft e zhvilluar.
- Në vlerësime, studime dhe strategji të ndryshme sektoriale janë paraqitur problematikat në lidhje me situatën shëndetësore të grupeve si pjesë e çështjeve dhe problematikave të tjera që kanë këto grupe. Kjo vlerësohet si pozitive, pasi analiza e problemeve sociale të këtyre grupeve nuk shihet e shkëputur prej problematikave të shëndetit dhe anasjelltas, problemet shëndetësore dhe pabarazitë shëndetësore që vuajnë këto grupe shihen si faktorë influencues në nxitjen e varfërisë, përjashtimit social dhe vulnerabilitetit të këtyre grupeve.

REKOMANDIME PËR DREJTIME TË MUNDSHME PËR NDËRRHYRJE

- Rritja e Ndërgjegjësimit dhe fuqizimi i këtyre grupeve për të drejtat e tyre për kujdes shëndetësor.
- Rritja e pjesëmarrjes, mobilizimi i këtyre grupeve në konsultim për të drejtën për shëndet, hartim i raporteve alternative, ndërmjetësim takimesh me nivelin e politikbërës në nivel lokal dhe qendror.
- Ndërtimi i një modeli për komunikim për ndryshimin e sjelljeve dhe qëndrimeve të vetë këtyre grupeve dhe raportit të tyre me të drejtat/çështjet e diskriminimit etj.
- Ndërgjegjësimi i personelit shëndetësor mbi çështjet e diskriminimit/stigmatizimit që përjetojnë këto grupe.

- Adresimi i qëndrimeve të personelit përmes strategjive për ndryshim të sjelljes, motivimit përmes promovimit etj.
- Ngritja e kapaciteteve mbi etikën e trajtimit të grupeve si dhe mbi të drejtat e pacientit.
- Organizimi i fushatave, informacionit, gjetja e formave të informimit të grupeve sipas një plani të çdo qendre shëndetësore.
- Përfshirja e vetë përfaqësuesve të këtyre grupeve si dhe e punonjësve socialë në organizimin e fushatave ndërgjegjësuese për komunitetin dhe grupet.
- Konsultimi i grupeve drejtpërdrejt në hartimin e mjeteve të informimit dhe komunikimit.
- Konsultimi i grupeve në matjen e impaktit dhe identifikimi aktiv i çështjeve specifike shqetësuese gjatë procesit të informimit.
- Ndërmarrja e fushatave informuese si në nivel lokal ashtu dhe kombëtar për të adresuar çështjet specifike shëndetësore të grupeve.
- Influencimi për rishikimin e politikave/protokolleve/legjislacionit, duke konsideruar përshtatjet në sistem për të arritur këto grupe , si me Min. Shëndetësisë dhe midis min. të linjës (Min. Punës/Arsimit/Brendshme).
- Influencimi për të hartuar strategji të veçanta për këto grupe duke i konsultuar gjatë gjithë procesit.
- Influencimi i një qasjeje sistematike dhe me bazë të drejtash në sistemin shëndetësor dhe si rezultat i politikave. Kjo do të thotë që grupet nuk duhen parë si tematika të veçanta brenda strategjive por duhet parë sesi sistemi I kujdesit shëndetësor funksionon si një “rrjetë” i cili arrin “t’i kapë” këto grupe dhe t’u ofrojë akses dhe cilësi shërbimi.
- Influencimi për të hartuar politika lokale për shërbime specifike/komunitare si dhe promovimi i modeleve ku afrohet shërbimi tek grupet.
- Mobilizimi i nismave për advokim përmes shoqërisë civile duke i sjellë bashkë për identifikim hendeqesh dhe përdorim të mekanizmave alternative për të mbajtur sistemin të besuar.
- Fuqizim i qeverisjes lokale për të identifikuar nevojat dhe hartuar politika lokale të dobishme dhe të qëllimshme për këto grupe.
- Influencimi për qasje shumëdisiplinore dhe largimi nga modeli tradicional mjekësor.
- Rekomandohet që do të ishte me mjaft vlerë që të zhvilloheshin më tej, instrumente për të vëzhguar dhe analizuar më në thellësi faktorët dhe dimensionet që ndikojnë aksesin në shërbimet shëndetësore, si dhe eksplorimin

më në thellësi të qëndrimeve, sjelljeve të personelit mjekësor në veçanti dhe të profesionistëve të tjerë të cilët punojnë me këto grupe. Përfshirja e drejtpërdrejtë e vetë grupeve në nevojë në procesin e hartimit të metodologjive dhe analizimit të fenomeneve, ndihmon për të hartuar mjete të përshtatshme nga pikëpamja e këtyre grupeve, si dhe lehtëson në kuptimin e situatës nga perspektiva e vetë grupeve në nevojë.

2. Informacion për situatën e përgjithshme

Në vitin 2008 popullsia e Shqipërisë u vlerësua se ishte 3,170,048 banorë, me një dendësi prej 110 banorë për kilometra katrorë. Jetëgjatësia mesatare për periudhën 2005-2008 ishte 72.1 vjet për meshkujt dhe 78.6 vjet për femrat. Kjo jetëgjatësi është më e lartë për zonat urbane sesa në zonat rurale (INSTAT, 2008). Më shumë se 98% e popullsisë në Shqipëri janë popullsi etnike shqiptare. Pjesa tjetër, rreth 2% përbëhet nga minoritetet: greke, maqedonase, vllahe, bullgarë, serb dhe rome (Republika e Shqipërisë, Mars 2010).

Shqipëria mbetet ende një nga vendet më të varfra në Evropë, me gjithë ritmet e kënaqshme të zhvillimit në vitet e fundit. Gjatë dy dekadave të fundit, Shqipëria ka përjetuar ndryshime drastike të ekonomisë duke kaluar nga një ekonomi tërësisht e centralizuar në një ekonomi tregu të decentralizuar, shoqëruar me nivele të larta migrimi si jashtë dhe brenda vendit, si dhe reforma të thella në fushën e shëndetësisë, arsimit, programeve sociale dhe fushën e të drejtave të njeriut. Sipas Raport Progresit të KE-së (2011), papunësia në Shqipëri është në nivelet e 13.7%, ndërkohë që statistikatat mbi tregun e punës mbeten mjaft të fragmentuara për shkak të ekonomisë joformale.

Ndryshimet e thella në sistemin ekonomik, social dhe politik përgjatë dy dekadave të fundit kanë krijuar pabarazi dhe hendeqe të theksuara në nivelin e jetesës, në shpërndarjen e burimeve, të ardhurave dhe shërbimeve, si dhe në krijimin e grupeve të pasura, të mesme dhe të varfra të familjeve në Shqipëri. Gjithashtu, këto pabarazi të kombinuara me ndryshimet demografike, sociale, kulturore, si dhe ndryshimet të modeleve tradicionale të jetesës, kanë theksuar kontrastet në mënyrën sesi këto grupe me më tepër nevoja e kanë gjetur veten më të dobët dhe vulnerabël për t'u përballur me këtë realitet të ri dhe në të njëjtën kohë janë lënë në hije në proceset e ndryshme vendimmarrëse dhe politikbërëse që ndikojnë drejtpërdrejtë cilësinë e jetës së tyre.

Strategjia e Mbrojtjes Sociale (SMS, 2007-2015) vëren se grupet e identifikueshme të popullsisë janë të përjashtuara nga shoqëria në lidhje me “llojet e ndryshme të privimit dhe pengesave, të cilat vetëm apo së bashku, pengojnë pjesëmarrjen e plotë në fusha si papunësia, arsimi, shëndetësia, strehimi, kultura, aksesit në të drejtën e përfitimit të mbështetjes familjare, si dhe të mundësive të trajnimit dhe punësimit” (SMS, 2007; fq. 7).

Sistemi shëndetësor në Shqipëri ende reflekton sfidat e tranzicionit ekonomik dhe social drejt ekonomisë së tregut, si dhe të procesit të vështirë të zhvillimit të institucioneve demokratike. Financimi i shëndetësisë është i ulët, gjë që rrit rrezikun e popullsisë së varfër për të pasur akses

në shërbimet shëndetësorë, si dhe për shërbime shëndetësore cilësore. Ndërsa në vitin 2005, Shqipëria shpenzoi për shërbimet shëndetësore rreth 6 për qind të PBB-së, shpenzimet e qeverisë ishin vetëm 2.5 për qind e PBB-së. Pjesa tjetër ishin pagesa nga xhepi (Banka Botërore 2006).

Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të Sistemit Shëndetësor (2004) evidenton se aksesin e popullsisë për shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor është i kufizuar në zona gjeografike të caktuara të vendit dhe veçanërisht në zonat e thella rurale. Mungesa e personelit në këto zona dhe transporti i vështirë drejt qendrave ku ofrohet shërbimi shëndetësor përbejnë çështje të rëndësishme të cilat kërkojnë vëmendje të veçantë. Këto problematika janë konfirmuar dhe nga të dhënat primare, nga diskutimi me vetë grupet e zonave të thella rurale.

Një tjetër fenomen i përmendur në një sërë raportesh dhe në strategjinë afatgjatë të MSH-së është mitmarrja (pagesat joformale) si një fenomen i përhapur e shqetësues i cili pengon aksesin e popullatës, sidomos shtresat në nevojë, për shërbime shëndetësore.

Aspekti tjetër shqetësues i lidhur ngushtësisht me aksesin për shërbime shëndetësore është cilësia e dobët e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. Kjo cilësi e dobët ndikon gjithashtu në përdorimin e pakët të tij nga ana e popullatës, si dhe transferimin e popullatës drejtpërdrejt

Sipas Strategjisë së Shëndetit (2004) aspektet e aksesit për shërbime shëndetësore përfshijnë:

- a. Minimizimin e barrierave financiare, gjeografike/fizike dhe kulturore. – Janë një grup shërbimesh të cilat njerëzit i identifikojnë se kanë të drejtë t'i marrin falas dhe të cilat realisht ofrohen në vend. Po ashtu, ky aspekt nënkupton që duhet të ketë një shpërndarje të ekuilibruar nga pikëpamja gjeografike dhe ofrim i një shërbimi shëndetësor të përshtatshëm nga pikëpamja kulturore.
- b. Ngritjen e një rrjeti shërbimesh të kujdesit parësor të cilat sigurojnë kujdes shëndetësor të vazhdueshëm.
- c. Ofrimi i shërbimeve shëndetësore publike falas dhe që mbulojnë gjithë popullsinë. Këto shërbime duhet të rishikohen herë pas here për të siguruar ofrimin falas dhe mbulimin e gjithë popullatës.
- d. Sigurimi i mbulimit farmaceutik. Kjo nënkupton aksesin e popullatës në një listë bazë kryesore për ilaçet.

tek shërbimet dytësore dhe tretësore. Përmirësimi i arsyeshëm i cilësisë së shërbimeve të kujdesit parësor përbën një përparësi të rëndësishme dhe një nga drejtimit kryesore të strategjisë së zhvillimit të sektorit shëndetësor.

Strategjia Afatgjatë e Ministrisë së Shëndetësisë (2004) u ka vendosur një theks të rëndësishëm aspekteve të përmirësimit të aksesit, disponueshmërisë dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore, dhe në veçanti të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor për të gjithë pacientët.

SHËRBIMET SHËNDETËSORE ME SYRIN E TË DREJTAVE

Përqasja me optikën e të drejtave i orienton programet dhe ndërhyrjet në fushën e shëndetit drejt njohjes dhe respektimit të së drejtës për shëndet dhe jo thjesht mbi dëshirën, vullnetin apo programet e ndihmave humanitare. Trajtimi i problemeve të shëndetit duke përdorur qasjen e të drejtave të njeriut gjithashtu kërkon që t'u kushtohet një vëmendje edhe më e veçantë grupeve në nevojë siç janë, fëmijët, personat me aftësi të kufizuara, të moshuarit apo personat në kushte të vështira socio-ekonomike. Po ashtu, kjo qasje nxit shtetet palë, nënshkruese të Konventës për të Drejtat e Njeriut, të adoptojnë masa pozitive për të siguruar që këto grupe të mos ndihen të diskriminuara dhe të përfshihen në mënyrë aktive në procesin e konsultimit dhe hartimit të politikave shëndetësore që ndikojnë drejtpërdrejt përmirësimin e shëndetit të këtyre grupeve.

Paketa bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor, miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në vitin 2009, thekson si një nga parimet bazë se ky shërbim duhet të konsiderohet si e drejtë dhe jo si një privilegj. Në diskutimet me përfaqësuesit e grupit të komunitetit rom, u nda shqetësimi se *“kjo e drejtë në fakt është vetëm në teori dhe aspak në praktikë”*.

Duke mirënjohur faktin që, kur flitet për të drejtën për shëndet që shteti duhet t'i garantojë grupeve më në nevojë dhe të përjashtuara nga aksesit për shërbime shëndetësore, Strategjia Afatgjatë për Shërbime Shëndetësore është e paqartë në qasjen që do të përdoret për të arritur grupet në nevojë dhe sesi do ta përmbushë këtë detyrim për këto grupe.

Korniza ndërkombëtare për të drejtat e njeriut është struktura konceptuale e cila ndihmon dhe kontribuon në avancimin e barazisë në fushën e shëndetit. Neni 25 i Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut (DUDNJ) shprehet se: *“Secili ka të drejtën e një standardi të mjaftueshëm jetese për shëndetin dhe mirëqenien e vetes dhe të familjes, përfshirë, ushqimin, veshmbathjen, strehimin, kujdesin shëndetësor dhe shërbimet sociale të nevojshme.”*

Të gjitha shërbimet shëndetësore duhet të ofrohen pa asnjë lloj diskriminimi dhe duhet të jenë: **a) të disponueshme, b) të aksesueshme c) të pranueshme dhe d) me cilësi të lartë** (Zyra e Kombeve të Bashkuara, Shëndeti Botëror).

3. Metodologjia e Kërkimit

Vlerësimi i situatës është mbështetur në gërshetimin e dy metodologjive: rishikimi i literaturës dhe grumbullimi i informacionit drejtpërdrejt nga grupet në nevojë, personeli shëndetësor dhe përfaqësues të organizatave jo fitimprurëse.

Rishikimi i literaturës ekzistuese për çështjet e shëndetit për grupet në nevojë të përcaktuara: a) komuniteti rom; b) personat me aftësi të kufizuara; c) banorë nga zonat rurale dhe c) të moshuarit. Literatura e analizuar përmbledh vlerësime dhe studime të ndryshme për grupet e përcaktuara për këtë vlerësim, legjislacionin bazë, si dhe strategjitë e ndryshme të hartuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta dhe institucione të tjera të linjës. Në të njëjtën kohë, janë shqyrtuar edhe një sërë dokumentesh si vlerësime dhe studime në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar të fokusuara në çështjet e aksesit, cilësisë, së drejtës për shëndet për grupet në nevojë.

Informacioni i grumbulluar drejtpërdrejtë nga vetë grupet dhe personeli shëndetësor në rrethet: *Tiranë, Shkodër, Elbasan dhe Dibër*. Arsyeja e përzgjedhjes së tyre është pozicioni gjeografik (me përfaqësimin e karakteristikave të përbashkëta në zonat veriore, jugore, qendrore, verilindore dhe juglindore) dhe numri i madh i popullatës në nevojë që gjendet në këto rrethe.

Për të grumbulluar informacionin parësor janë realizuar diskutimet me 6 grupe në nevojë (dy grupe me përfaqësues të komunitetit rom, burra dhe gra; dy grupe me përfaqësues të zonave rurale, burra dhe gra; një grup i përzier me të moshuar dhe një grup i përzier me përfaqësues të aftësisë së kufizuar). Për grumbullimin e informacionit drejtpërdrejt nga grupet e përcaktuara për këtë vlerësim, u hartua një udhëzues me pyetje të hapura, e quajtur “Rrugëtimi nëpër shërbime shëndetësore” (*shih Shtojcën*). Udhëzuesi synon të lehtësojë mbledhjen e mendimeve përmes një diskutimi të drejtpërdrejtë me grupet në lidhje me problematikat për të marrë shërbime shëndetësore, aspekte të cilësisë, disponueshmërisë, përshtatshmërisë si dhe përfshirjen e tyre në diskutimet për programet që synojnë përmirësimin e aksesit në shërbime, si dhe sugjerime për përmirësimet të mundshme të sistemit dhe politikave për vetë grupet në nevojë.

Personeli mjekësor u përzgjodh nga të njëjtat zona ku u kryen diskutimet me vetë grupet dhe u intervistua përmes një interviste të hapur (*shih Shtojcën*). Janë kryer 15 intervista me personelin mjekësor. Intervista është fokusuar në eksplorimin e shqetësimeve dhe problematikave me syrin e personelit shëndetësor që ofron shërbime për gupet në nevojë. Gjithashtu, janë mbledhur mendime në lidhje me aspektet e barazisë, mosdiskriminimit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara për këto grupe, si dhe janë mbledhur sugjerime për përmirësimin e aksesit për shërbime cilësore shëndetësore për grupet në nevojë.

Gjithashtu, si pjesë e vlerësimit janë realizuar 5 intervista me përfaqësues të organizatave jofitimprurëse të cilat zbatojnë nisma të ndryshme në fushën e shëndetit me grupet në nevojë. Organizatat e intervistuar janë: World Vision Shqipëri; Shoqata ARSIS, Fëmijët e Botës Shqipëri; Qendra e të Moshuarve Kombinat dhe Shoqata Kombëtare e Personave me Aftësi të Kufizuara (Shtojca). Intervista me përfaqësuesit e organizatave është përqendruar në mbledhjen e mendimeve lidhur me shqetësimet që hasin grupet në nevojë, mundësitë që këto grupe kanë në aksesin në shërbimet shëndetësore, modele pozitive të përfshirjes së grupeve përmes programeve të organizatave si dhe sugjerime për të përmirësuar situatën në lidhje me aksesin në shërbimet shëndetësore.

4. Profili i grupeve në nevojë

Përcaktimi i grupeve në nevojë për këtë vlerësim situatë u realizua duke marrë si referencë përcaktimet e grupeve në nevojë nga një sërë strategjish kombëtare dhe më konkretisht, Strategjia e Mbrojtjes Sociale (2007-2013), Strategjia e Përfshirjes Sociale (2007-2013) dhe Strategjia e Shërbimeve Sociale. Këto strategji përcaktojnë si grupe të varfra dhe në rrezik për t'u përjashtuar grupet e mëposhtme: a) fëmijët; b) personat me aftësi të kufizuara; c) komuniteti rom; d) gratë dhe të moshuarit.

Grupet e përcaktuara për t'u analizuar në këtë vlerësim u përcaktuan duke marrë parasysh gjithashtu edhe prioritetet strategjike të programit të shëndetit publik të fondacionit Soros. Grupet e përcaktuara janë: a) komuniteti rom; b) komunitetet e zonave rurale; c) personat me aftësi të kufizuara dhe d) mosha e tretë.

Sipas Studimit të Demografisë dhe Shëndetit në Shqipëri (2010), të dhënat tregojnë se statusi shëndetësor është i ndërlidhur me moshën, vendbanimin, nivelin arsimor dhe kuintilën e pasurisë. Ndërkohë, në një sërë vlerësimesh dhe studimesh të ndërmarra në Shqipëri (përfshirë këtu dhe Strategjinë për Mbrojtje Sociale; Strategjinë për Përfshirje Sociale), etnia është identifikuar si një faktor që ndikon në vulnerabilitetin dhe statusin shëndetësor. Literatura e shfletuar përcakton komunitetin rom si pakicë etniko-gjuhësore (De Sotto. H, mars 2005), të përcaktuar si vulnerabël, të përjashtuar apo në nevojë, dhe që vuajnë një sërë problemesh shëndetësore.

Një tregues tjetër i rëndësishëm për aksesin në shërbimet shëndetësore është distanca nga qendrat shëndetësore (një orë ose më shumë). Në këtë rast, popullsia e varfër që jeton në zonat rurale, zonat e thella dhe malore konsiderohet gjithashtu popullsi në rrezik për t'u përjashtuar nga mundësia për të aksesuar dhe përdorur shërbimet shëndetësore.

Duhet theksuar që, faktorët social, ekonomik, politik, kulturor, rreziqet dhe vështirësitë me të cilat përballen këto grupe dhe që ndikojnë në vulnerabilitetin e tyre ndryshojnë me kalimin e kohës. Ky ndryshim në kohë i faktorëve dhe konteksteve politike, socio-ekonomike, nënkupton që edhe nevojat, dinamikat dhe vulnerabiliteti i grupeve ndryshon me kohën. Prandaj është e rëndësishme të reflektohet, sesi shërbimet shëndetësore, sikurse dhe shërbimet e tjera, kanë kapacitetin dhe mundësitë për t'iu përgjigjur nevojave në ndryshim, dhe në këtë rast, nevojave shëndetësore në ndryshim të grupeve në rrezik për t'u përjashtuar dhe lënë pas dore.

Më poshtë do të jepet një përshkrim i shkurtër i profilit të secilit prej grupeve dhe problematikave kryesore të identifikuara në fushën e aksesit në shërbimet shëndetësore. Ky përshkrim është hartuar duke u mbështetur në rishikimin e literaturës, studimeve, strategjive apo vlerësimeve të ndërmarra në mënyrë specifike për këto grupe.

4.1.1 Komuniteti Rom

Komuniteti rom njihet si një nga komunitetet etnike në Shqipëri i cili jeton në varfëri, në kushte më të vështira dhe në disavantazh, i diskriminuar dhe “i lënë pas dore”. Komuniteti rom në Shqipëri vlerësohet se është në nivelet nga 70,000 deri në 120,000 banorë, ose ndoshta dhe pak më shumë dhe i shpërndarë në gjithë territorin në grupe që njihen si familje ose fise (De Sotto. H, Gedeshi. I., Gordon. P., 2005).

Sipas Projekt Strategjisë për Përmirësimin e Kushteve të Jetesës së Komunitetit Rom në Shqipëri, numri më i madh i popullsisë rome është përqendruar kryesisht në Shqipërinë qendrore dhe juglindore: Tiranë, Durrës, Elbasan, Fier, Berat, Korçë, Pogradec, Bilisht, Gjirokastrë, Delvinë, Krujë, Shkodër etj. Romët jetojnë ose në qytetet e mëdha, kryesisht në lagje të ndara periferike, ose në fshatra pranë qyteteve (MPCSSHB, 2003). Kjo shpërndarje lidhet dhe me traditat dhe zakonet e këtij komuniteti si një komunitet në lëvizje. Sipas studimit të Bankës Botërore (2005) “Romët dhe Egjiptianët e Shqipërisë: Nga Përrjashtimi Social në Përfshirjen Sociale”, rreth 65% e popullsisë Rome flasin gjuhën rome, 29% flasin si gjuhën romishte dhe gjuhën Shqipe, dhe vetëm 6% flasin vetëm gjuhën shqipe.

Sipas një sërë vlerësimesh dhe studimesh, ky grup karakterizohet nga nivele të larta të papunësisë, nivele të larta të varfërisë, përfshirje e ulët në skemat e ndihmës ekonomike për shkak të mungesës së informacionit dhe lëvizjeve të shpeshta, kushte të vështira higjieno-sanitare, arsimim i ulët dhe si rezultat dhe mungesë aksesit ose akses i kufizuar në shërbimet shëndetësore. Komuniteti rom përballet me fenomenin e përjashtimit social në forma të ndryshme dhe të manifestuara në trajta të ndryshme. Ky përjashtim lidhet me paqëndrueshmërinë ekonomike, papunësinë, varfërinë, kapacitetet e dobëta të qeverisjes dhe diskriminimin. Ky komunitet e vuan përjashtimin social si në nivel individual, ashtu dhe në nivel institucional përmes krijimit të barrierave institucionale (De Sotto. H, Gedeshi. I., Gordon. P., 2005).

Ndërkohë, varfëria përbën një tjetër faktor kryesor që ndikon në aksesin e këtij grupi në shërbimet shëndetësore dhe arsimore si dhe ndër arsyet kryesore për mungesat në infrastrukturë në zonat ku jeton ky komunitet (INSTAT, 2005). Fëmijët e komunitetit Rom në Shqipëri, rrallë herë përfundojnë shkollën 9-vjeçare për shkak të diskriminimit në shkollë, vlerësimit të ulët të rëndësisë së edukimit nga ky komunitet (De Sotto. H, Gedeshi. I., Gordon. P., 2005). Po ashtu, kushtet e vështira ekonomike dhe pamundësia për të përballuar jetesën janë faktorë të cilët nxisin dhe detyrojnë prindërit t’i nxjerrin fëmijët në rrugë për të lypur apo punuar (World Vision Albania,

2007).

Kombinimi i këtyre faktorëve, si dhe dinamikat e këtyre faktorëve, bëjnë që familjet dhe komunitetet rome të gjenden në “çarkun” e pamundësisë për të dalë nga kjo situatë. Kjo situatë shoqërohet dhe me mohimin e të drejtës së tyre për t’u bërë pjesë e vendimmarrjeve dhe politikave që ndikojnë jetën e tyre. Etnia, të qenit ndryshe nga shumica e popullsisë e shoqëruar me një histori të trashëguar dhe aktuale të varfërisë, mungesa e mundësive për burime dhe zhvillim, si dhe shkelja e vazhdueshme e të të drejtave, ka ndikuar në varfërimin dhe përjashtimin e mëtejshëm të komunitetit rom nga aksesit dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore për këtë grup.

4.1.2 Profili i Grupit të Popullsisë së Zonave Rurale

Sipas regjistrimit zyrtar të popullsisë në vitin 2001, popullsia e Shqipërisë është 3.069.275 (INSTAT, 2002 b). Ndërkohë që në vitin 2008, popullsia e regjistruar u vlerësua se kishte arritur në shifrën 3.170.048 banorë.

Sipas një sërë të dhënash në Vëzhgimin për Demografinë dhe Shëndetin (Mars 2010), popullsia e zonave rurale, jeton në kushte varfërie më të mëdha krahasuar me popullsinë urbane. Varfëria nuk është e shpërndarë njësoj në Shqipëri: 15% e popullsisë konsiderohet e varfër, ndërkohë që rreth 30% e popullsisë që jeton në zonat rurale konsiderohet të jetojë në varfëri.

Barrierat gjeografike janë një faktor kyç i cili influencon aksesin e popullsisë rurale në shërbimet shëndetësore. Sipas po këtij studimit 43.8% e të intervistuarve në zonat rurale identifikojnë si probleme kyçe distancën gjeografike si dhe mungesën e mjeteve të transportit si pengesa ose barriera për të marrë shërbime shëndetësore.

Ndërkohë që përmes rishikimit të literaturës, evidentohet se rreth 80% e meshkujve dhe mbi 80% e femrave nga zonat rurale shprehen se nuk kanë asnjë lloj sigurimi shëndetësor. Mungesa e sigurimeve shëndetësore kufizon aksesin në shërbimin shëndetësor dhe nga ana tjetër e detyron këtë grup të paguajë për shërbimin shëndetësor (vizitën dhe recetën e ilaçeve) (Mars 2010). Për më tepër, rreth 1/3 e të anketuarve në zonat rurale raporton se u propozohen nga personeli mjekësor të paguajnë jozyrtarisht ose “nën dorë”. Ndërkohë, për “pagesat nën dorë”, nëse krahasojmë spitalin (35.9%) me qendrën shëndetësore (15.3%) , vihet re se në spitale kërkohet më tepër nga ana e personelit mjekësor që personi të paguajë nën dorë krahasuar me qendrat shëndetësore.

Po ashtu, përveç barrierave gjeografike dhe pagesave nën dorë, probleme të tjera përfshijnë: mungesa e shërbimeve të disponueshme për popullsinë, mungesa e personelit mjekësor të kualifikuar si dhe mungesa e shërbimeve shëndetësore dhe medikamenteve në zonat rurale. Edhe sipas studimit të Bankës Botërore (2006) shprehet se shfrytëzimi i kujdesit është më i vogël në grupet me të ardhura të pakta, të pasiguruarit dhe banorët e zonave rurale dhe malore, që nënkuptojnë pabarazi të shfrytëzimit të kujdesit dhe aksesit të tij.

4.1.3 Grupi i Personave me Aftësi të Kufizuara

Në grupin e Personave me Aftësi të Kufizuara në përputhje me legjislacionin aktual përfshihen: PAK të lindur ose të bërë të tillë jo për shkaqe punësimi

Invalidët e punës

Gjatë vitit 2008, sipas statistikave të MPÇSSH, në Shqipëri ishin 105.972 persona me aftësi të kufizuara dhe 13247 kujdestarë që kishin të drejtë të përfitonin nga skemat e pagesave shtetërore për aftësinë e kufizuar.

Tabela e mëposhtme specifikon kategoritë që legjislacioni shqiptar njeh si përfitues të kësaj asistence. Numri i personave me aftësi të kufizuar në Shqipëri

Lloji i aftësisë së kufizuar	PAK	KUJDESTARE
I. PAK të lindur ose të bërë të tillë nga shkaqe që nuk lidhen me punësimin	57.333	
a. mendorë, sensorë, fizikë	42.803	6.287
b. të verbër	10.868	3.408
c. paraplegjikë e tetraplegjikë	3.662	3.552
II. Invalidë të punës	48.639	
Cjithësej	10.597.213.247	

Të dhënat dhe njohuritë statistikore për pozitën e personave me aftësi të kufizuara janë të pakta. Aktualisht ato reduktohen në numrin e personave me aftësi të kufizuara, llojet kryesore të aftësive të kufizuara, të cilat vlerësohen dhe përcaktohen nga komisione të veçanta specialistësh, pagesat në para që jepen nga buxheti i shtetit, si dhe disa shërbime mbështetëse që ofrohen në qendra rezidenciale dhe në komunitet. Njëkohësisht, numri i personave me aftësi të kufizuara të punësuar është mjaft i ulët.

Në studimin e vitit 2008 të FSHDPAK, mbi kuadrin ligjor për vlerësimin dhe komisionimin e aftësisë së kufizuar në Shqipëri, janë identifikuar një sërë problematikash kryesore të këtij procesi: i) procesi i vlerësimit të aftësisë të kufizuar bazohet tërësisht në modelin mjekësor; ii) kriteret mjekësore të vlerësimit nuk përfshijnë të gjitha llojet e diagnozave, si dhe nuk ka kritere të veçanta të vlerësimit për fëmijët dhe për të rriturit; iii) vendimmarrja nga KMCAP bazohet vetëm në përcaktimin e diagnozës dhe humbjes së aftësisë për punë, pa marrë parasysh kushtet në të cilat jeton personi i komisionuar dhe eliminimin e barrierave për gjithëpërfshirje sociale, nevojën për t'u pajisur me mjete lëvizëse rehabilituese (karrige me rrota), nevojën për terapi fizike të foluri apo okupacional, mbështetje psiko-sociale, nevojën për integrim në shkollë, formim profesional dhe punësim, për aktivitete argëtuese dhe kohën e lirë.

Duke iu referuar problematikës së aftësisë së kufizuar, shërbimet shëndetësore janë të orientuara në: (a) parandalim, (b) diagnostikimin dhe trajtimin e hershëm dhe (c) rehabilitim dhe kujdes shëndetësor. Parandalimi i aftësisë së kufizuar realizohet nëpërmjet (a) promocionit, (b) vaksinimit, (c) diagnostikimi prenatal (analizat gjenetike), (d) kujdesi gjatë shtatzënisë, dhe (e) mundësia e abortit. Për diagnostikimin dhe trajtimin e hershëm ndihmojnë (a) analizat laboratorike gjenetike si edhe (b) depistimet në moshat 0-6 vjeç. Në drejtim të rehabilitimit dhe kujdesit shëndetësor, faktorë të rëndësishëm janë (a) diagnostikimi dhe trajtimi në shërbimin parësor, dytësor dhe tretësor (b) përcaktimi i aftësisë së kufizuar nga KMCAP, (c) përfitimi financiar, (d) përfitimi i shërbimeve, (e) përfitimi i barnave dhe (f) përfitimi në shërbimin stomatologjik.

Me gjithë arritjet në fushën e legjislacionit dhe zbatimit të Strategjisë Kombëtare për Personat me Aftësi të Kufizuara, Raporti i Monitorimit i FSHDPAK (2010) vëren se në vitin 2010, personat me aftësi të kufizuara dhe familjarët e tyre ende i përkasin pjesës së mënjeluar të shoqërisë shqiptare, duke mbetur të varfër, të izoluar në një shoqëri e cila duhet të zhdukë barrierat arkitektonike dhe shoqërore. Raporti thekson në vazhdimësi se shërbimet arsimore, shëndetësore, shoqërore dhe ato të punësimit janë të pakta dhe me cilësi të dobët dhe opinioni i personave me aftësi të kufizuara nuk respektohet.

4.1.4 Grupi i Personave të Moshuar

Shqipëria karakterizohet nga një popullsi me moshë relativisht të re. Në Dokumentin e Politikave Ndërsëktoriale për Moshën e Tretë (2008) theksohen një sërë karakteristikash të strukturës moshore të popullsisë në Shqipëri. Gati gjysma e popullsisë është nën 25 vjeç. Moshë mesatare e popullsisë në 2007 ishte 32.5 vjeç nga 27.4 vjeç në 1990. Personat e moshuar 65 vjeç e lartë, përbëjnë 7,5% të popullsisë së vendit. Përbërja specifike e personave të moshuar ka prirje rritjeje. Zgjatja mesatare e jetës në lindje në Shqipëri është 75.1 vjet: për meshkujt 72.1 dhe për femrat 78.6 vjet. Ky tregues është i krahasueshëm me mjaft vende të zhvilluara të Evropës (MPÇSSHB, 2008).

Sipas Strategjisë për Mbrojtje Sociale (2007- 2013), grupi i personave të moshuar parashikohej që të përbënte 12.2 për qind të popullsisë deri në vitin 2010 nga 10.4 për qind në vitin 2000. Vlerësohet se afër 37.000 njerëz mbi moshën 66 vjeçare jetojnë nën kufirin e varfërisë. Pensionet, sidomos në zonat rurale, janë të ulëta, ose sa 20 për qind e konsumit të familjeve më të varfra në zonat rurale. Me gjithë mungesën e të dhënave mbi shëndetin, mirëqenien dhe përkrahjen sociale për të moshuarit, niveli i lartë i sëmundjeve kronike, barra e paaftësisë tërësisht e mënjanoeshme, privimi ekonomik dhe mungesa e oportuniteteve sociale, nënkuptojnë që shumica e njerëzve në moshë, më shumë përipiqen të mbijetojnë sesa të jetojnë kënaqësitë e oportuniteteve personale.

Migrimi, urbanizimi, transformimi nga familje të mëdha në të vogla, familjet lëvizëse, mungesa e aksesit në teknologji, konsiderohen si faktorë që mënjanojnë të moshuarit ndërsa përshpejtimi i zhvillimit, ridimensionon pozitivisht rolin e tyre ekonomik e social.

5. Analiza e gjetjeve

Analiza e gjetjeve është konceptuar si gërshetim i rishikimit të literaturës me informacionin e grumbulluar nga diskutimet me përfaqësuesit e grupeve në nevojë dhe intervistat me personelin shëndetësor dhe përfaqësues të organizatave jofitimprurëse. Kjo analizë synon të evidentojë problematikat kryesore të lidhura me aksesin si dhe faktorët e ndërlidhur me të. Analiza e gjetjeve është organizuar në katër nivele:

- **Përmbledhje e Politikave dhe Legjislacionit** kryesor që prek aksesin në shërbimet shëndetësore dhe problematikat e evidentuara përmes literaturës dhe legjislacionin bazë mbështetës.
- **Dimensionet e Ofritit të Shërbimeve Shëndetësore.** Analiza e literaturës dhe gjetjeve nga informacioni i grumbulluar drejtpërdrejt nga intervistat dhe diskutimet në grupe për ofrimin e shërbimeve është organizuar duke analizuar aspektet e *disponueshmërisë, aksesit, përshtatshmërisë dhe cilësisë së shërbimeve.*
- **Ndikimi i Burimeve Njerëzore** në aksesin në shërbime. Ndonëse ky faktor nuk ka qenë objekt i drejtpërdrejt i këtij vlerësimi, grupi i vlerësimit ka evidentuar ndikimin e tij në aksesin në shërbime shëndetësore cilësore, përmes rishikimit të literaturës.
- **Ndikimi i Financimit** në aksesin për shërbime shëndetësore. Gjithashtu, ndonëse aspektet e financimit nuk kanë qenë objekt i drejtpërdrejtë i vlerësimit, financimi i shërbimit shëndetësor ndikon drejtpërdrejt në krijimin e aksesit për shërbime shëndetësore, prandaj është parë e arsyeshme që ky aspekt të trajtohet përmbledhtazi në këtë analizë.

5.1 LEGJISLACIONI DHE STRATEGJITË KRYESORE

5.1.1 Përshkrim i përmbledhur i Legjislacionit

Baza e organizimit dhe Funkcionimit të Sistemit Shëndetësor Shqiptar mbështeten në tre ligje kryesore kuadër të miratuara në vitet 2009-2010. Ndërkohë, në seksionin e shtojcave është një listë e të gjitha ligjeve që mbështesin funksionimin ligjor të shërbimeve të ndryshme shëndetësore.

Ligji Kuadër i Sistemit Shëndetësor (rishikuar në vitin 2009). Ky ligj vendos kuadrin e përgjithshëm për organizimin dhe funksionimin e sektorit shëndetësor. Me ndryshimet që janë bërë, janë përfshirë edhe konceptet e reja të rëndësishme, përfshirë konceptin e shërbimeve shëndetësore të përziera publike dhe private, dhënien e lejeve të sigurimit të shërbimeve nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë, pagesën për shërbimet që përcaktohen nga Ligji për Kujdesi Shëndetësor, duke dhënë kështu nocionin e përdorimit krejtësisht falas të kujdesit. Pra, me ofrimin falas të kujdesit shëndetësor përfshihen edhe fëmijët.

Në Nenin 8, pika 2, thuhet se shteti kontribuon për personat joaktive si:

- a. fëmijët, nxënësit dhe studentët me shkaputje nga puna;
 - b. pensionistët
 - c. të paaftët (mendorë dhe fizikë);
 - d. të papunët;
 - e. personat që trajtohen me ndihmë ekonomike dhe asistencë sociale
 - f. nënat me leje lindjeje;
- *Ligji për Shëndetin Publik (prill 2009)* - Ky ligj përcakton funksionet dhe shërbimet e shëndetit publik, zbatimin e tyre, rolin e shtetit në sigurimin dhe financimin e tyre dhe ndarjen e përgjegjësisë midis institucioneve përgjegjëse. Edhe ky ligj është gjithashtu një ligj kuadër.
 - *Ligji për Financimin e shërbimeve shëndetësore* është një tjetër ligj kuadër i cili përcakton mënyrën e financimit të shërbimeve shëndetësore në nivele të ndryshme.

Këto ligje mbështeten nga një sërë aktesh nën ligjore dhe strategji ndërhyrjeje të cilat synojnë të sigurojnë zbatueshmërinë në praktikë të këtyre ligjeve.

5.1.2 Përmbledhje e Strategjive Kryesore që prekin Grupet në Nevojë

Strategjia Afatgjatë të Ministrisë së Shëndetësisë

Strategjia Afatgjatë e Ministrisë së Shëndetësisë thekson se shërbimet shëndetësore duhet të orientohen duke pasur në qendër pacientin. Ndonëse ka pasur përpjekje të vazhdueshme për t'i orientuar këto shërbime me në qendër pacientin, Ministria e Shëndetësisë njih faktin që ende kjo qasje nuk është integruar në mënyrën e duhur. Disa problematika të tjera të evidentuara lidhen me cilësinë e shërbimit që ofrohet, mungesën e disa shërbimeve diagnostikuese dhe pagesat në dorë për shërbimet shëndetësore. Gjithashtu, strategjia thekson se mungon tradita dhe mekanizmat efektivë institucional për të mundësuar dëgjimin dhe marrjen parasysh të zërit të qytetarëve në proceset e formulimit të politikave shëndetësore, të planeve kombëtare apo të drejtimit të institucioneve shëndetësore.

Strategjia e Shëndetit Publik

Kjo strategji u përgjigjet sfidave të shëndetit publik me të cilat po përballlet Shqipëria, si dhe në të njëjtën kohë u kushton vëmendje pikave të forta të sistemit shëndetësor dhe synon të ndërtojë pikërisht mbi këto arritje. Strategjia thekson se nevojitet një përpjekje mjaft e madhe për të parandaluar tendencat të cilat po thellojnë hendeqet në shpërndarjen dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Këto diferencime duhet të ndryshohen dhe bashkë me to të ndryshohen dhe efektet që sjellin këto diferencime sidomos për grupet më të varfra të shoqërisë. Përgjegjësia për shëndetin e çdo individi ndahet mes përgjegjësive individuale dhe asaj shoqërore, ndërkohë që përgjegjësia për pabarazitë në shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore mes grupeve të ndryshme është kryesisht çështje që duhet të shqetësojë shoqërinë si e tërë.

Në strategjinë e Shëndetit Publik përdoret termi “vulnerabilitet” për të shprehur situatat ku si rezultat i faktorëve gjenetik, familjar apo të kontekstit social, ose të sjelljeve të caktuara, disa individë apo grupe janë më të ndjeshëm dhe më të rrezikuar, për t’u përballuar në krahasim me grupe të tjera. Në këtë mënyrë, fëmijët e sapolindur, fëmijët, të moshuarit, njerëzit që lëvizin nga një vend në tjetrin, ose dhe grupime të tjera të ngjashme, kanë nevojë për masa të veçanta shëndetësore. Në disa fusha të caktuara, jeta po ndryshon dhe nevojat janë duke u rritur, duke mos u përputhur me mundësitë për t’i kontrolluar ato. Pikërisht, kjo mospërputhje midis faktorëve përcaktues po bëhet gjithnjë e më tepër një kriter i rëndësishëm për të vendosur prioritetet dhe zgjedhjet mes këtyre faktorëve dhe grupeve të caktuara.

Privimi social dhe ekonomik, përfshirë këtu pabarazitë e theksuara, varfërinë ekstreme dhe përjashtimin social, janë disa nga faktorët më kryesorë për keqësimin e shëndetit të grupeve të caktuara. Kur këta faktorë shoqërohen me nivele të larta të duhanpirjes, përdorimit të alkoolit, depresionit, vetëvrasjeve, sjelljeve asociale, çojnë në rritje të rreziqeve dhe probleme mjaft të mëdha shëndetësore. Për fat të keq asnjë nga këto probleme nuk është tërësisht e evitueshme - prandaj dhe politikat dhe qasjet që synojnë të zhvillojnë më tej solidaritetin social, mes grupeve të ndryshme etnike, shoqërore, me përkatësi të ndryshme gjinore dhe që synojnë të reduktojnë pabarazitë mes tyre, kanë rezultuar si efektive dhe të dobishme.

Strategjia e Shëndetit Publik ka një qasje dhe fokus të mirë në analizimin e faktorëve social, duke i cilësuar ata si mjaft të rëndësishëm në ndikimin që kanë për shpërndarjen e pabarabartë të shërbimeve shëndetësore, sidomos për grupet “vulnerabël” ose në nevojë.

Ndërkohë, një përfaqësues i një organizate jofitimprurëse shpreh: *“Këto strategji kanë një qasje të fragmentuar për grupet në nevojë, dhe mungon qasja sistematike për të siguruar*

që rrjeti i shërbimeve të ofruara është i aksesueshëm nga këto grupe dhe në të njëjtën kohë luan funksionin e 'identifikimit dhe pikasjes' së individëve më vulnerabël dhe është funksional dhe i aftë të ofrojë shërbime të barabarta për të gjithë."

Një vështrim i shkurtër mbi strategjitë ndërsektoriale

Plani Kombëtar i Aksionit për Dekadën Rome (2010 – 2015), përcakton Shëndetin si një nga fushat prioritare të ndërhyrjes. Objektivi kryesor i këtij prioriteti strategjik është, përmirësimi i qëndrueshëm i shëndetit dhe kushteve të jetesës për popullsinë rome. Ndërkohë tre objektivat e këtij prioriteti përfshijnë: a) rritja e ndërgjegjësimit të popullsisë Rome për shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe shëndetit publik; b) rritja e aksesit të te komunitetit rom në sistemin publik shëndetësor dhe c) përmirësimi i kushteve higjienike dhe sanitare në vendbanimet e komunitetit rom. Kjo strategji përmban objektiva specifike të lidhur gjithashtu me mbrojtjen sociale, arsimimin, përfshirjen sociale dhe mundësitë e barabarta si dhe ruajtjen dhe zhvillimin e vlerave kulturore. Ndërkohë që në këtë strategji, disa nga problematikat më të spikatura të cilat duhet të trajtohen janë:

- Zbatimi i vaksinimit të detyrueshëm për të gjithë fëmijët 0-14 vjeç
- Futja e programeve promovuese dhe edukativo-shëndetësore për shëndetin riprodhues në komunitetin rom
- Ndërgjegjësimi i komunitetit rom për përdorimin e metodave moderne të planifikimit familjar (rritja e përdorimit të metodave kontrceptive)
- Rritja e kujdesit për gruan shtatzënë dhe fëmijën e porsalindur
- Asistencë me medikamente dhe ndihma të tjera mjekësore për familjet më shumë fëmijë dhe të varfra
- Evidentimi i familjeve të varfra dhe me shumë fëmijë
- Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës

Strategjia për Personat me Aftësi të Kufizuara

Rishikimi i Strategjisë PAK, Plani i Veprimit i Qeverisë Shqiptare me qëllim përmirësimin e jetës të personave me aftësi të kufizuara është i pasqyruar në Strategjinë Kombëtare të Personave me Aftësi të Kufizuara (PAK). Ky plan përcakton një sërë objektivash kryesore për periudhën 2004-2014.

Një ndër objektivat kryesorë është Promovimi i një Shërbimi Publik të Përgjegjshëm dhe Transparent për Personat. Një ndër fushat e ndërhyrjes lidhet drejtpërdrejtë me shërbimet mjekësore, sociale dhe rehabilituese. Vlerësimi i statusit shëndetësor të

personave me aftësi të kufizuar realizohet përmes KMCAP rajonalë, të cilët funksionojnë pranë 12 qarqeve. Procedurat e këtij komisioni bazohen në procedurat e parashikuara në Urdhrin nr. 362, datë 26.02.2007 “Rregullore e kritereve mjekësore të vlerësimit të aftësisë të kufizuar”.

Në studimin e vitit 2008 të kuadrit ligjor mbi vlerësimin dhe komisionimin e aftësisë së kufizuar në Shqipëri, FSHDPAK identifikoi ndër problematikat kryesore të këtij procesi: i) procesi i vlerësimit të aftësisë të kufizuar bazohet tërësisht në modelin mjekësor; ii) kriteret mjekësore të vlerësimit nuk përfshijnë të gjitha llojet e diagnozave, si dhe nuk ka kriteret të veçanta të vlerësimit për fëmijët dhe për të rriturit; iii) vendimmarrja nga KMCAP bazohet vetëm në përcaktimin e diagnozës dhe humbjes së aftësisë për punë, pa marrë parasysh kushtet në të cilat jeton personi i komisionuar dhe eliminimin e barrierave për gjithpërfshirje sociale, nevojën e tij për t’u pajisur me mjete lëvizëse rehabilituese (karrige me rrota), nevojën për terapi fizike, të foluri apo okupacional, mbështetje psiko-sociale, nevojën për integrim në shkollë, formim profesional dhe punësim, për aktivitete argëtuese dhe kohën e lirë.

Bazuar në këto problematika, në raportin vlerësues mbi përputhshmërinë e legjislacionit ekzistues vendas me Konventën për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuar (UNDP, 2011) sugjerohet zëvendësimi i këtij modeli të vjetruar me një model më të përditësuar bio-psiko-social, i cili merr në konsideratë faktorët që i bëjnë të paaftë personat me aftësi të kufizuara, veçanërisht barrierat sociale të lidhura me qëndrimet, siç përshkruhet dhe në këtë konventë. Ky ndryshim mund të realizohet duke përshtatur Klasifikimin Ndërkombëtar të Funksionimit, Aftësisë së Kufizuar dhe Shëndetit (ICF). Informacion më i detajuar në lidhje me masat që parashikohen të ndërmerren në kuadër të strategjisë PAK mund të gjenden në këtë Strategji si dhe në Raportin e Monitorimit të Zbatimit të Planit të Veprimit të Strategjisë Kombëtare për Personat me Aftësi të Kufizuara për vitin 2010. Vlerësimi i Aftësisë së Kufizuar nga Komisioni Mjekësor për Caktimin e Aftësisë për Punë (KMCAP) vazhdon të përqendrohet tek nevojat mjekësore dhe jo në qasjen shumëdisiplinore të aftësisë së kufizuar.

Ndërkohë, është për t’u theksuar që Raporti i Monitorimit (2010) vëren se me gjithë ndryshimet që ka pasur legjislacioni për personat me aftësi të kufizuar, mosrealizimi i hartimit të ligjit integral për aftësinë e kufizuar vazhdon të mbajë të fragmentuar legjislacionin në këtë fushë duke thëlluar gjithnjë e më shumë diskriminimin edhe brenda grupimit të aftësisë së kufizuar.

Strategjia për Moshën e Tretë – Dokumenti i Politikave ndërsektoriale për moshën e tretë (2009–2013).

Qëllimi kryesor i hartimit të Dokumentit Ndërsektorial Zhvillues dhe Planit të Veprimit për Moshimin (2009-2013), është ndërtimi i instrumenteve që mbështesin të moshuarit të ruajnë dinjitetin dhe pavarësinë e tyre në familje dhe komunitetet ku jetojnë si dhe lehtësimit i procesit të bashkërendimit ndër-sektorial për përdorimin efektiv të burimeve buxhetore në nivel qendror dhe vendor. Në këtë strategji përcaktohen disa objektiva në lidhje me fushën e shëndetit dhe mirëqenies për personat e moshuar. Këto objektiva janë:

Aksesi i barabartë në shërbimet shëndetësore për të moshuarit. Ky objektiv do të realizohet përmes përmirësimit dhe qëndrueshmërisë së gjendjes shëndetësore dhe stilit të jetesës mes individëve të moshuar duke parashikuar ndërhyrjet shëndetësore në mënyrën e duhur në akses e cilësi. Ndërkohë aspekti tjetër është rritja e kapacitetit të specialistëve dhe personelit shëndetësorë për plotësimin e nevojave të personave të moshuar.

Paaftësia kërkon një vëmendje të veçantë për grupin e personave të moshuar. Me rritjen e moshës ngadalësohen mundësitë e përmirësimit dhe kufizimit të aftësive. Gratë e moshuara janë veçanërisht të ekspozuara ndaj aftësisë së kufizuar në moshën e pleqërisë për shkak të diferencave gjinore në jetëgjatësi dhe në sëmundshmëri si dhe në pabarazitë gjinore gjatë gjithë jetës. Efektet e mospërmirësimit dhe të aftësisë së kufizuar shpesh rëndohen nga qëndrimet e krijuara (stereotipet) negative mbi personat me aftësi të kufizuar, që rezulton në shpresa të pakta për aftësimin e tyre si dhe në përfshirjen nëpër politika sociale.

Personat e moshuar me aftësi të kufizuar e kanë riskun e varfërisë shumë më të madh se sa të moshuarit e zakonshëm, për shkak të diskriminimit në vendin e punës, diskriminimin nga punëdhënësit dhe neglizhencën për plotësimin e nevojave të tyre në vendin e punës. Ky objektiv synohet të realizohet përmes ruajtjes së kapacitetit funksional gjatë gjithë jetës dhe nxitja e pjesëmarrjes të personave të moshuar me aftësi të kufizuar në jetën shoqërore.

Gjetjet kryesore nga rishikimi i dokumenteve strategjike:

- Gjatë 10 viteve të fundit, MSH ka ndërmarrë disa hapa pozitivë për të promovuar të drejtat e popullsisë në lidhje me shëndetin. Këtu mund të përmenden: përshtatja e Kartës së të Drejtave të Pacientit; Karta e të Drejtave e Fëmijëve të Shtruar në Spitale. Ky proces duhet të vazhdojë me një vëmendje të veçantë hartimin e politikave apo procedurave lehtësuese në lidhje me ofrimin e shërbimeve shëndetësore për grupet në nevojë.

- Strategjia Afatgjatë për Kujdesin Shëndetësor e MSH, njeh kufizimet që kjo strategji ka në lidhje me shërbimet me në qendër pacientin, pagesat nën dorë dhe cilësinë e ulët të shërbimeve shëndetësore. Kjo strategji thekson se në vendin tonë nuk ka mekanizma për të dëgjuar zërin e qytetarëve për hartimin e politikave, si dhe mungon konsultimi dhe pjesëmarrja e grupeve të interesit në procesin e hartimit të këtyre politikave.
- Ndërkohë që strategjia e Shëndetit Publik ka një përcaktim të mirë të konceptit të “vulnerabilitetit” dhe faktorëve që ndikojnë në këtë “vulnerabilitet”; strategjia e MSH, në mënyrë paradoksale kjo strategji nuk i përmend dhe trajton këto grupe në nevojë.
- Strategjitë dhe politikat e hartuara nuk janë të mbështetura në vlerësime specifike të nevojave të këtyre grupeve, si rezultat ato nuk janë të mbështetura në evidenca dhe fakte të forta. Si pasojë, kjo sjell dhe kufizime në qasjet e nevojshme për të adresuar karakterin specifik dhe kompleks të problemeve me të cilat hasen këto grupe.
- Ligji për Kujdesin Shëndetësor parashikon ofrimin e shërbimeve falas për fëmijët (0-14 vjeç). Ndërkohë sipas Konventës së Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Fëmijëve, dhe Ligjit për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve në Shqipëri, përcaktimi i konceptit “fëmijë”, përfshin moshën 0-18 vjeç.
- Grupet në nevojë janë adresuar në mënyrë të qëllimshme në strategji të tjera ndërsektoriale ku janë prezantuar dhe nevojat e lidhura me statusin shëndetësor të këtyre grupeve. Kjo do të thotë që MSH-së i lindin një sërë detyrimesh dhe përgjegjësish për të adresuar këto nevoja dhe për të shpërndarë burime njerëzore, financiare, si dhe për të ndërtuar programe specifike që u përgjigjen këtyre nevojave. Ndërkohë që në strategjitë ndërsektoriale, mungojnë planet konkrete të veprimit për të adresuar këto nevoja, si dhe mungon përcaktimi i qartë i roleve dhe përgjegjësive dhe mekanizmave monitorues për të siguruar ecurinë.
- Një rekomandim i veçantë dhe prioritar ka lidhje në mënyrë specifike me aftësinë e kufizuar dhe kjo ka lidhje me domosdoshmërinë për riformulimin e Planit të Veprimit të Strategjisë së Personave me Aftësi të Kufizuara (SKPAK) duke e përditësuar me informacion për aktorët përgjegjës, afatet kohore dhe buxhetimet përkatëse.
- Rishikimi i literaturës sugjeron se pjesëmarrja e komunitetit dhe informacioni i marrë nga popullata lidhur me performancën e sistemit janë neglizhuar. Autoritetet lokale dhe përfaqësuesit e komunitetit mund të luajnë një rol shumë të rëndësishëm në sigurimin e përgjegjshmërisë të ofruesve nëpërmjet, p.sh. përfaqësimit në bordet drejtuese të ofruesve dhe nëpërmjet pjesëmarrjes në rishikimet dhe vlerësimet e performancës kombëtare sektoriale.

5.2 OFRIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Një përmbledhje e nivelit të shërbimeve - Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti është ofruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore, i promovimit të shëndetit, parandalimit, i diagnostikimit dhe trajtimit të sëmundjeve. Sektori privat, i cili është ende në zhvillim e sipër, mbulon pjesën më të madhe të shërbimeve farmaceutike dhe dentare, si dhe disa klinika për diagnoza shumë të specializuara, kryesisht në Tiranë dhe një apo dy qytete të tjera kryesore.

Ministria e Shëndetësisë (MSH) është udhëheqëse në zhvillimin dhe planifikimin e politikave shëndetësore si dhe në zbatimin e strategjive të shëndetësisë (ADHS). Nga pikëpamja administrative, Shqipëria është e ndarë në 12 qarqe të cilat përfshijnë 36 rrethe, 65 bashki dhe 309 komuna. Edhe sektori i shëndetësisë ndjek të njëjtën nëndarje në nivel prefekturë dhe rrethi. Secila prefekturë përfshin rreth tri rrethe të cilat janë përgjegjëse për administrimin e spitaleve të rretheve, të poliklinikave dhe të qendrave shëndetësore parësore (KSHP) përmes drejtorive të shëndetit publik në qark dhe në rreth, të cilët janë në varësi të MSH (BB, 2006).

Sipas përcaktimit të OBSH-së, të gjitha shërbimet shëndetësore duhet të ofrohen pa asnjë lloj diskriminimi dhe duhet të jenë: *a) të disponueshme, b) të aksesueshme c) të pranueshme dhe d) me cilësi të lartë*. Përmbledhtazi, këto parime shpjegohen si më poshtë:

- Parimi i *shërbimit të disponueshëm* nënkupton që këto shërbime si dhe infrastruktura shëndetësore në një vend duhet të jetë në sasinë e mjaftueshme që të mbulojë të gjitha nevojat e një vendi, dhe veçanërisht ato të grupeve më në nevojë.
- Parimi i *aksesueshmërisë* nënkupton si aksesin fizik ashtu edhe të drejtën për të kërkuar dhe informuar në mënyra të përshtatshme për këto grupe. Në të njëjtën kohë, ky parim nënkupton që duhet të ruhet parimi i konfidencialitetit për ndarjen e informacionit në lidhje me shëndetin.
- Parimi i *pranueshmërisë dhe përshtatshmëria nga pikëpamja e kulturës*. Shërbimet që ofrohen duhet të respektojnë parimet e etikës, të jenë të përshtatshme nga pikëpamja kulturore si dhe e përkatësisë gjinore.
- Parimi i *shërbimeve cilësore* nga pikëpamja shkencore dhe mjekësore. Kjo kërkon të paktën personel të trajnuar, pajisje dhe medikamente të cilat janë të testuara dhe të paskaduara, kushte higjienike të përshtatshme dhe ujë të pijshëm të sigurt.

5.2.1 Shërbime Shëndetësore të Disponueshme

Disponueshmëria: Parimi i shërbimit të disponueshëm nënkupton që këto shërbime si dhe infrastruktura shëndetësore në një vend duhet të jetë në sasinë e mjaftueshme që

të mbulojë të gjitha nevojat e një vendi si dhe të grupeve më në nevojë në veçanti. Në këtë kontekst, disponueshmëria e kujdesit shëndetësor është analizuar bazuar në tre indikatorë të rëndësishëm: *organizimi dhe shpërndarja e rrjetit të shërbimeve shëndetësore; mbulimi me burime njerëzore; si dhe shpërndarja e burimeve financiare për këtë sektor.*

Analiza e faktorëve që kanë ndikuar në disponueshmërinë e shërbimeve, përmes literaturës sugjeron se “migracioni brenda dhe jashtë vendit gjatë viteve të fundit në Shqipëri, së bashku me shkatërrimin mjaft të madh të qendrave shëndetësore gjatë viteve 1990, ka lënë një rrjet shërbimesh të paekuilibruar/të pabarabartë të kujdesit shëndetësor dhe që nuk përshtatet me nevojat shëndetësore të popullsisë” (BB, 2006).

Shërbimet shëndetësore diagnostikuese dhe kuruese në Shqipëri janë të organizuara në tri nivele: kujdesi shëndetësor parësor, shërbimet dytësore dhe shërbimet spitalore tretësore.

Kujdesi Shëndetësor Parësor: Misioni kryesor i sistemit të kujdesit shëndetësor parësor (KShP) në Shqipëri është të sigurojë që popullsia të ketë kushtet më të mira shëndetësore, në përputhje me synimin kryesor të MSH-së, ‘Shëndet për të Gjithë.’ Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, duke qene pika e parë e kontaktit të pacientit me shërbimin shëndetësor, janë baza mbi të cilën mbështetet sistemi shëndetësor.

Organizimi i KSHP-së gjatë viteve të fundit ka pësuar ndryshime të rëndësishme, bazuar dhe në faktin që ISKSH-ja ka marrë rolin e blerësit të vetëm të shërbimeve në këtë nivel. Që prej vitit 2006, Qendrat Shëndetësore (QSH) janë njësitë bazë të KSHP-së, të cilat duhet të ofrojnë një paketë bazë shërbimesh për komunitetin e zonës së mbulimit. Në pjesën më të madhe të vendit, QSH-ja përfshin disa ambulance, duke ofruar shërbime sa më afër komunitetit. Çdo minibashki, bashki e vogël apo komunë ka detyrimisht një QSH dhe çdo fshat ka nga një ambulancë. Mesatarisht, çdo QSH i shërben një popullate prej 8.000–10.000 banorësh. Numri i institucioneve të KSHP ka pësuar luhatje gjatë viteve të fundit si rrjedhojë e riorganizimit të sistemit (shih tabelën 1).

Tabela 1:
Numri i Qendrave Shëndetësore, Poliklinikave dhe Ambulancave (INSTAT 2008)

Institucioni	Viti		
	1993	2005	2008
Nr. Institucioneve gjithsej	3022	2135	2503
Qendra Shëndetsore	770	580	580
Ambulanca	2191	1505	1877
Poliklinika	61	50	46

Një shqyrtim i shpërndarjes së kapaciteteve fizike në sektorin shëndetësor flet për ndryshime të mëdha në mbulim në rrethe dhe rajon.

Pavarësisht një rrjeti të gjerë dhe të rajonalizuar shërbimesh shëndetësore, ekziston një ndryshueshmëri e theksuar rajonale për sa i takon disponibilitetit dhe mbulimit të objekteve të kujdesit shëndetësor parësor në vend. Gjithashtu, sistemi paraqet ndryshime në disponueshmërinë e shërbimeve të kujdesit parësor për fëmijët nga mosha 0-14 vjeç.

Në nivel komune, rritja dhe monitorimi i fëmijës, si dhe shërbimet bazë të imunizimit mbulohen nga mjeku i familjes dhe infermieri ose infermieri/mami, ndërsa në nivel qyteti, këto shërbime ofrohen nga konsultoret e fëmijëve në të cilat punojnë mjek pediatër dhe infermierë.

Shërbimet dytësore dhe tretësore: Në Shqipëri, niveli i dytë i kujdesit shëndetësor ofrohet nga spitalet. Në vend, ka mbi dyzetë spitale publike, përfshirë 22 spitale rrethesh, 11 spitale rajonale, 2 spitale psikiatrike dhe një Qendër Kombëtare për Zhvillimin dhe Rritjen e Fëmijëve. Shërbimet tretësore ofrohen vetëm në Tiranë nga 4 spitale universitare dhe një Qendër Universitare e Traumave. Numri i madh i spitaleve të vegjël me përqindje (norma) të ulëta të përdorimit dhe frekuentimit flasin për një strukturë spitalore nën optimalen, ku numri i shtrimeve, operacioneve dhe zënies së shtretërve janë shumë të ulëta krahasuar me mesataret evropiane. Megjithatë, konfiguracioni i rrjetit spitalor flet për paefektshmëri të mëdha, si dhe mbivendosje pavijonesh dhe shërbimesh (BB, 2006). Në këtë kuadër, MSH-ja ka ndërmarrë një sërë nismash në riorganizimin e shërbimeve dytësore, ku në vitet në vijim pritet që të mbyllen spitalet e rretheve dhe kujdesi dytësor të ofrohet pranë spitaleve rajonale. Gjithashtu, shumë shpejt pritet që ISKSH-ja të jetë blerësi i vetëm i shërbimeve dhe në këtë nivel.

Shërbimet Farmaceutike dhe Stomatologjike: Në të shumtën e rasteve, shërbimet stomatologjike dhe farmaceutike ofrohen nga sektori privat, duke sjellë si rrjedhojë një shpërndarje jo të barabartë të tyre në rajone të ndryshme të vendit, me përqendrim më të madh pranë qyteteve të mëdha ose QSH-ve dhe vështirësi në akses sidomos për banorët e zonave të thella rurale të vendit. Gjithashtu, këto shërbime bëhen më të vështira për t'u arritur nga grupet më në nevojë.

Rishikimi i literaturës thekson se përmirësimi i aksesit synon mundësinë e arritjes së tij tek shtresat e varfra, grupet më në nevojë dhe vulnerabël, siç janë personat me aftësi të kufizuara, banorët e zonave rurale dhe të thella malore etj. Bazuar në dispozitat ligjore, shërbimet bazë të shëndetit publik ofrohen për të gjithë popullsinë, në mënyrë të përhershme, sipas shpërndarjes gjeografike dhe numrit të popullsisë në të gjithë vendin.

Pavarësisht, se kuadri ligjor garanton të gjithë popullsinë, duke i dhënë karakter universal skemës së sigurimit shëndetësor realisht një pjesë e popullsisë, në kushtet e veprimit të ekonomisë joformale, mbetet jashtë saj, përderisa nuk përmbush detyrimin ligjor për pagesën e kontributeve.

Disa nga gjetjet nga intervistat dhe diskutimet me grupet në zonën rurale ilustronë gjetjet nga literatura:

“Po nuk pate pare dhe mjek specialist në zonë nuk ka shërbim mjekësor”, shprehet një përfaqësues i grupit të aftësisë së kufizuar gjatë diskutimit në grup.

“Edhe po të jesh me librezë nuk të prek me dorë por nuk i dhe 200 lekë. Po nuk i dhe pare, nuk të sheh me sy fare. Po i dhe 500 lek, të sheh pak më mirë”, shprehet një grua nga grupi i banorëve nga zonat rurale.

“Duhet me u sëmur para orës 1.00 të drekës, se po u sëmure pas nuk gjen njeri tek qendra shëndetësore, duhet me shku në spital dhe spitali është 1orë larg nga fshati”, shprehet një banor nga një fshat në zonën e Dibrës.

“Shërbimi dentar mungon fare në zonat rurale. Shkoj në Peshkopi, po ndërkohë duhet të paguaj rrugën për fëmijën dhe për vete se duhet ta shoqëroj, të paguaj dentistin, të kthehem përsëri, po dhe diçka për të ngrënë, dhe të shkon shpenzimi më shumë se dhëmbi”.

“Ka disa raste të personave me aftësi të kufizuara, 3-4 raste. Marrin një pension të vogël ose ndihmë ekonomike. Por varet sa mbrapa i bie familja. Po ndonjë shërbim mjekësor të veçantë nuk ka. Ata marrin pjesë në ndonjë aktivitet te shoqatës dhe pastaj qëndrojnë në shtëpi gjithë kohës”, shprehet një banor i zonës së Dibrës gjatë diskutimit në grup.

Ndërsa në grupin e të moshuarve disa nga shqetësimet janë ilustruar më poshtë:

“Libreza kemi, por nuk e dimë cilat janë ilaçet e rimbursueshme, nuk na e ka thënë njeri, por dhe ne nuk kemi pyetur ndonjëherë. Pastaj përveç librezës, duhet dhe rekomandimi nga mjeku, edhe karta e identitetit por duhet dhe kafja për infermieren a mjekun për ta bërë mirë atë analizë.”

“ Unë jam i vjetër dhe i sëmurë dhe vuaj nga shumë sëmundje; me zor eci dhe nuk kam fuqi të shkoj deri tek klinika e lagjes. Plus që dhe nuk kam lekë të paguaj doktorin në dorë, kështu që shkoj tek farmacia e lagjes se aty m'i jep farmacistja ilaçet se është e zonja dhe nuk ia paguaj 200 lekëshin që do ia paguaja doktorit”, shprehet një grua e moshuar nga zona e

Kinostudios në Tiranë, përfaqësuese e komunitetit rom.

“Të moshuarit janë me shumë probleme, i ka pleqnia këto probleme shëndetësore si tensioni, diabeti, zemra. Po me pensionin që marr, nuk i paguaj dot ilaçet që më jep mjeku, i marr të lira dhe ato të lirat nuk bëjnë, domethënë bëj sikur marr ilaçe po zëre se nuk marr gjë se nuk kanë efekt”, shprehet një i moshuar nga Qendra e të Moshuarve në Tiranë.

Sipas statistikave zyrtare, kjo pjesë e popullsisë është kryesisht në zonat rurale, malore, ku edhe shtrirja e kujdesit shëndetësor mbetet problematike, për shkak të refuzimit të personelit mjekësor të punojë në kushte të vështira. Me synim mbrojtjen e aksesit të popullsisë në shërbimin shëndetësor, infrastruktura e kujdesit shëndetësor parësor ka nevojë për investime për të ofruar kushtet e nevojshme dhe shërbim të disponueshëm për grupet në nevojë.

Disa nga problematikat e evidentuara përmes rishikimit të literaturës dhe gjetjeve të diskutimeve me grupin e personave me aftësi të kufizuara janë përmbledhur si më poshtë:

- Shërbimet ditore dhe komunitare për fëmijët me Aftësi të Kufizuara (AK) janë të pamjaftueshme.
- Nuk ka mbështetje të mjaftueshme psiko-sociale për familjen si dhe mungon ofrimi i shërbimit shëndetësor në familje.
- Nuk ka programe të mjaftueshme për trajnimin e tyre profesional, integrimin në jetën komunitare dhe sensibilizimin e publikut.
- Mungon vlerësimi për AK në të gjitha fazat e zhvillimit të fëmijës dhe nuk ka programe për trajnimin të fëmijëve me AK sipas grup moshave.
- Ka mungesa të pajisjeve të veçanta për fëmijët me AK.
- Shërbimet rehabilituese ballafaqohen me problemet e mëposhtme (SSMS, 2007):
- Mangësi në politikat për rehabilitimin profesional dhe punësimin e PAK
- Njohje nga familjaret dhe vetë PAK i legjislacionit të aftësisë së kufizuar dhe zbatimi i tij nga strukturat publike
- Pengesa në mjedis për një jetë të pavarur të PAK, si papërshtatshmëria e rrugëve, ndërtesave, dhe komunikimit

5.2.2 Shërbime Shëndetësore të Aksesueshme dhe të Përshtatshme

Aksesi në shërbimet shëndetësore - Parimi i aksesueshmërisë nënkupton si aksesin

fizik ashtu dhe të drejtën për të ofruar informacion në mënyra të përshtatshme për grupet. Gjithashtu, parimi i aksesit mbart me vete dhe elementin e pranueshmërisë dhe përshtatshmërisë së shërbimeve nga pikëpamja e kulturës. Shërbimet shëndetësore duhet të respektojnë parimet e etikës, të jenë të përshtatshme nga pikëpamja kulturore si dhe e përkatësisë gjinore.

Sipas Studimit Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri (Mars 2010), problemet më të zakonshme të raportuara nga popullata në mundësinë e marrjes së shërbimeve (aksesi), janë, “gjetja e parave”, “shqetësimi se nuk ka pajisje apo furnizim”, “shqetësimi se nuk ka medikamente” dhe “shqetësimi se nuk ka mjek të disponueshëm”. Në zonat rurale “largësia dhe transporti” përbëjnë një problem akoma më të rëndësishëm në aksesin në shërbime.

Nëse për zonat urbane, vetëm 12.7 % e të anketuarve e identifikojnë largësinë si problematike, për zonat rurale, kjo përqindje shkon në 43.8% e të anketuarve (ADHS, 2009). Po ashtu, një ndër problemet e ngritura nga mjekët është transporti; raportohet se, mbi 50% e të anketuarve nga zonat rurale, shprehen se u duhet të paktën mbi 30 minuta deri në më shumë se 1 orë, për të shkuar në qendrën shëndetësore më të afërt që mbulon zonën e tyre (ADHS, 2009).

Ndërkohë kur flitet për “gjetjen e parave”, sipas studimit të ADHS, rreth 80.2% e të anketuarve me të ardhura të ulëta, raportojnë se ky status i ulët i pasurisë, kushtëzon aksesin e tyre në marrjen e shërbimit shëndetësor. Në lidhje me mungesën e mjekëve dhe medikamenteve, problem i cili është evidentuar dhe nga intervistat me mjekë, literatura tregon se rreth 60% e të anketuarve nga zonat rurale raportojnë mungesë të medikamenteve dhe mjekëve.

Ndërkohë që nga literatura, evidentohet se rreth 80% e meshkujve dhe mbi 80% e femrave nga zonat rurale shprehen se nuk kanë asnjë lloj sigurimi. Kjo lidhet nga njëra anë me aksesin në shërbime, por në të njëjtën kohë, ato detyrohen të paguajnë shërbimin (vizitën dhe recetën). Për më tepër, rreth 1/3 e të anketuarve në zonat rurale raporton se u propozohen nga personeli mjekësor të paguajnë jozyrtarisht ose “nën dorë”. Ndërkohë, po ashtu për “pagesat nën dorë”, nëse krahasojmë spitalin (35.9%) me qendrën shëndetësore (15.3%), ka një diferencë të madhe të raportuar. Ndërkohë që po sipas studimit, për meshkujt, përqindja e atyre që u është kërkuar të paguajnë pagesë dhe nuk kanë marrë faturë, është më e ulët për Tiranën (10%), krahasuar me zonat malore

(38%).

Së fundi, nga studimi i Bankës Botërore (2006), të dhënat tregojnë se shmangia nga kujdesi parësor është më e përhapur në popullsinë rurale dhe grupet me të ardhura të pakta, megjithatë kërkimi i kujdesit në një klinikë më të shtrenjtë rezulton në pagesa më të larta nga xhepi i vet dhe kohë më të gjatë udhëtimi. Kjo tregon se cilësia dhe mundësia e dhënies së shërbimit në qendrat e kujdesit shëndetësor në zonat rurale dhe në periferi të qendrave urbane me një përqendrim të madh të familjeve të varfra është veçanërisht shqetësuese. Studimi tregon që, grupet me të ardhura më të ulëta janë më pak të mbrojtur nga luhatjet shëndetësore dhe kalojnë lehtësisht në varfëri për shkak të pagesave të xhepit për kujdesin shëndetësor.

Në diskutimin me grupin e banorëve të zonës rurale në Dibër, një pjesëmarrëse u shpreh:

“Kur shkon në spital, po nuk ia dhe lekët para, nuk ta viziton fëmijën, as nuk ta sheh fare, megjithëse nuk t’i kërkon vetë. Kështu që e mbaj pesëmijë lekëshin në dorë që ta shohë. Po nuk i pa lekët, thotë, jepi trisolin, po i dhe lekë, thotë shpejt t’i japim ilaçet, serum, recetën; shërbimin ta jep po varet si ta jep”.

Shmangia e popullsisë nga aksesit dhe cilësia e kujdesit parësor, si rezultat i aksesit të kufizuar, largësisë gjeografike, “pagesave nën dorë”, kapaciteti i ulët i personelit, mungesa e shërbimit të specializuar etj. Ndërkohë që kufizimi i aksesit tek shërbimi dytësor dhe tretësor, lidhet kryesisht me “pagesat nën dorë” dhe cilësisë së shërbimit në dytësor.

Disa gjetje nga intervistat me personelin mjekësor dhe diskutimet me grupet në nevojë, ilustron gjetjet nga rishikimi i literaturës në lidhje me faktorët që ndikojnë aksesin për shërbimet shëndetësore. Disa nga këto gjetja janë ilustruar si më poshtë:

- Pavarësisht se banorëve të komunitetit rom mund t’u ofrohet informacion në lidhje me nevojën për pajisjen me librezë shëndetësore për të përfutur shërbimin falas, duket se ka dy vështirësi: e para që ky informacion të kuptohet dhe e dyta, që banorët të arrijnë të aksesojnë plotësisht procedurat dhe skemën për marrjen e librezave shëndetësore dhe më pas përmbushjen e këtyre procedurave për shkak se kërkohen shumë dokumente ose ka vështirësi burokratike të marrjes së dokumentacionit.

Një mjek, i cili shërben pranë komunitetit rom në zonën e Kinostudios në Elbasan,

shprehet se: *“Fillimi dhe mbarimi i çdo problemi është mungesa e informacionit. Pavarësisht nga kushtet dhe standardet e jetesës së gjithsecilit, pak për shkakun tonë se japim informacion të cinguar, por edhe për shkak të komunitetit se jo domosdoshmërisht arrijnë ta përthithin atë”.*

Një infermiere e cila punon në komunitetin rom në zonën e Kinostudios në Tiranë shprehet se: *“Ndonëse ekziston mentaliteti, bukën e le dhe ilaçet nuk i le, për këtë komunitet është ekstremisht e vështirë se aspekti ekonomik është tejet i vështirë, nuk kanë lek në dorë që të blejnë.”*

- Shumica e banorëve nuk janë të pajisur me librezë shëndetësore dhe për rrjedhojë në rast se ata duhet të marrin shërbimin shëndetësor pranë qendrës, duhet të paguajnë një tarifë 1000 lekë të reja, tarifë të cilën siç shprehen ata “shumica prej tyre nuk janë në gjendje ekonomike për ta paguar”. Faturimi vjetor i kësaj qendre është pothuajse zero lek, pikërisht për shkak të pamundësisë së këtij komuniteti për të paguar për shërbimin shëndetësor që supozohet të marrë. Por nga ana tjetër, personeli shëndetësor shprehet se *“nuk mund të mos i ofrosh shërbimin mjekësor kur të vjen një i moshuar apo një fëmijë, nëse nuk janë të pajisur me librezë shëndetësore. Në këtë rast duhet të ndryshojë ligji dhe procedura dhe jo të mos i jepet ndihmë personit të sëmurë”.*
- Në intervistat me përfaqësuesit e shoqërisë civile, është ngritur shqetësimi se shpesh herë rregullat, shërbimet që ofrohen dhe kriteret për përfitimin falas të këtyre shërbimeve janë të paqarta ose informacioni në lidhje me to mungon tek ky komunitet. Ky është faktor që ndikon si tek aksesimi dhe tek cilësia e ofrimit të shërbimit.
- Personeli mjekësor në zonën Tomin, në rrethin e Dibrës shprehet për banorët e zonave të largëta rurale se *“recetat e rimbursueshme dhe gjysmë të rimbursueshme, për shkak se konsiderohen si të pamundura për t’u përballuar, e bëjnë mjaft të vështirë që pacienti të vazhdojë terapinë farmakologjike në rastet kronike. P.sh. shumë raste të hipertensionit paraqiten me urgjencë pikërisht për shkak të neglizhimit të marrjes së ilaçeve në mënyrë të rregullt. Mjeku referon se duke pasur parasysh këtë fakt ai lëshon recetë të tipit R3, të cilat përmbajnë edhe ilaçet me kosto të ulët për këtë komunitet”.*
- Pamundësia e të kuptuarit të informacionit të ofruar nga personeli shëndetësor si rezultat i nivelit të ulët të edukimit mjekësor dhe neglizhimit apo lënies pas dore të problemeve shëndetësore nga ana e këtij komuniteti. Mungesat dhe problematikat e lidhura me aspektin higjieno-sanitare dhe kequshqyerjes janë

probleme që hasen gjerësisht në këtë komunitet.

Një tjetër mjek shprehet se :” Unë nuk kam pothuajse fare të sëmurë kronikë nga komuniteti rom, pasi shpesh herë ose pothuaj në të gjitha rastet vijnë si urgjencë, ndërkohë që nuk ka arsye. Por për shkak të mjekimit jo korrekt, ose sepse nuk i marrin të tëra ilaçet pasi nuk kanë mundësi ekonomike dhe mungesës së kulturës shëndetësore”.

- Përfaqësues të dy organizatave, ARSIS dhe FBSH shprehen gjithashtu se një nga problemet më të mprehta është regjistrimi në gjendjen civile dhe i lindjeve në këtë komunitet, dhe si rezultat përfitimi nga legjislacioni në fuqi. Ministria e Brendshme në bashkëpunim me zyrat e gjendjeve civile, organizatat jofitimprurëse dhe disa donatorë po adresojnë problemin e regjistrimit të kësaj popullsie duke ndjekur veç procesit, edhe sensibilizimin e këtij komunitetit nëpërmjet njoftimeve në radio, televizion etj. Në veçanti, regjistrimi i fëmijëve është një masë me rëndësi, sepse i mbron ata nga çdo abuzim dhe u krijon mundësi për zhvillim dhe kujdes shëndetësor.
- Gjithashtu edhe shumica e rasteve të emergjencës, si p.sh. ulje tensioni, kanë qenë raste të cilat shërbimi ambulator i qendrës mund t’i përballojë, por për shkak të faktit se këto raste kanë ndodhur jashtë orarit të hapjes së qendrës dhe mungesës së besueshmërisë së komunitetit për cilësinë e shërbimeve si edhe mosnjohja e shërbimeve dhe terapive që ofron qendra, kryesisht ato të emergjencës (për arsyet e sipërpërmenduar) kanë bërë që komuniteti t’i drejtohet spitalit për t’u trajtuar. Shërbime të tjera që qendra shëndetësore ofron kryesisht janë vizitat për përcaktimin e diagnozës, ndjekja e terapisë si në rastet akute ashtu edhe ato kronike.
- Përfaqësuesit e Organizatës për Aftësinë e Kufizuar shprehen se, është e nevojshme ngritja e ekipeve shumëdisiplinore jo thjesht për vlerësimin e individëve me aftësi të kufizuara por gjithashtu edhe për trajtimin dhe hartimin e një programi shumëdisiplinor riaftësimi dhe riintegrimi. Kjo nënkupton që vlerësimi i paaftësisë të mos bëhet vetëm mbi bazën e aftësisë për të punuar, por me komisione shumëdisiplinore që hartojnë plane ndërhyrjeje bazuar në nevojat fizike, psikologjike dhe sociale dhe që orientohet drejt integritit të këtyre personave.

Disa rekomandime të tjera të lidhura në mënyrë të veçantë me aftësinë e kufizuar,

të shprehura nga përfaqësues të shoqërisë civile dhe rishikimi i literaturës janë si më poshtë:

- Legjislacioni shqiptar për ofrimin e shërbimeve shëndetësore ka ende mangësi për të mundësuar arritjen e shërbimit shëndetësor deri tek pacienti me aftësi të kufizuar.
- Mungon një strukturë e posaçme për vlerësimin e situatës shëndetësore të fëmijëve me aftësi të kufizuar, për përcaktimin e grupit të tyre të aftësisë së kufizuar.
- Nuk ka mbështetje ligjore për sigurimin shëndetësor për kujdestarët e individëve me aftësi të kufizuara.
- Në trajtimin shëndetësor në të gjitha nivelet, individëve me aftësi të kufizuar mendore u ofrohet niveli më i ulët i shërbimeve.
- Shërbimi i mjekut të familjes për personat me aftësi të kufizuar nuk përputhet me nevojat e tyre.
- Përfitimet nga rimbursimi i barnave për personat me aftësi të kufizuar janë të pjesshme dhe shpesh nuk i përgjigjen nevojës konkrete. Gjithashtu, mungon shërbimi stomatologjik, i përshtatur dhe i arritshëm për personat me aftësi të kufizuar në përgjithësi dhe atyre me aftësi të kufizuara mendore në veçanti. Mungon rimbursimi për protezat dhe syzet optike për njerëzit me aftësi se kufizuara.
- Prania e fenomenit të korrupsionit në mjekësi (pagesat nën dorë) prek në mënyrë të drejtpërdrejtë personat me aftësi të kufizuar që në shumicën e tyre jetojnë në ekstremet e varfërisë.

Ekziston një mospërputhje mes faktorëve të shprehur nga ana e personelit mjekësor për shmangien e grupeve në nevojë nga aksesimi për shërbimet mjekësore dhe faktorëve të shprehur nga ana e përfaqësuesve të grupeve. Personeli mjekësor ia atribuon këtë shmangie kryesisht, mungesës së kushteve ekonomike, nivelit të ulët të kulturës shëndetësore dhe kushtet e vështira infrastrukture që shpesh karakterizojnë qendrat shëndetësore. Ndërkohë, përfaqësuesit e grupeve, përveç këtyre faktorëve, në bisedën me ta, ishte mjaft evidente, çështja e diskriminimit dhe trajtimit stigmatizues nga ana e personelit mjekësor, “pagesave nën dorë” dhe pamundësia ekonomike për të paguar shërbimet shëndetësore kur nuk janë pjesë e skemës. Në këtë mënyrë, nga rishikimi i literaturës dhe biseda me grupin, vihet re se njerëzit me aftësi të kufizuara mendore janë shtresa më e diskriminuar edhe brenda grupimit të aftësisë së kufizuar sa i përket

përfitimit të shërbimeve në përgjithësi, dhe atyre shëndetësore në veçanti.

Në këto kushte, është e nevojshme që të dy këto grupe faktorësh të konsiderohen me kujdes në mënyrën e adresimit të çështjes dhe sugjerohet që të punohet paralelisht me të dy grupet dhe faktorët që influencojnë secilin grup.

Promovimi i së drejtës për kujdes shëndetësor dhe ndërhyrjet parandaluese (e lidhur kjo me pjesën e parandalimit si pjesë e vazhdimësisë së shërbimeve shëndetësore, por në të njëjtën kohë dhe informimin e popullatës për të drejtat, për përfitimet nga skemat e ndryshme, rimbursimi i mjekimeve për informimin për problematika të veçanta etj.).

Rishikimi i literaturës tregon se, në kuadër të promocionit shëndetësor personeli zhvillon takime senzibilizuese me komunitetin dhe grupet të veçanta si p.sh. në shkollë, por ky aspekt nuk është i vazhdueshëm dhe që mbulon gjithë pjesën e parandalimit dhe edukimit të vazhdueshëm. Një tjetër kufizim i shprehur nga personeli mjekësor në qendrat shëndetësore është se nuk ka buxhet për aktivitete ndërgjegjësuere dhe edukative.

Nga diskutimet me grupin e aftësisë së kufizuar u evidentua se, mungon theksimi dhe vlerësimi i veçantë i procesit të parandalimit të aftësisë së kufizuar. Kjo gjetje mbështetet dhe nga rishikimi i literaturës pasi nismat e shëndetit publik mbeten të pazhvilluara dhe me më pak financime, dhe shërbimi shëndetësor është i orientuar ndaj shërbimit klinik.

Kufizimet që lidhen me përshtatshmërinë e infrastrukturës. Në këtë seksion janë përmbledhur gjetjet kryesore të lidhura me mungesën e ilaçeve, mungesën e ambulancave, mungesën e kartotekës dhe aksesit në infrastrukturë për aftësinë e kufizuar

Përshtatshmëria infrastrukturore e QSH-ve dhe ambulanca është përmirësuar ndjeshëm gjatë viteve të fundit, sidomos pas kalimit të godinave nën përgjegjësinë e pushtetit lokal dhe investimeve nga donatorë të ndryshëm. Për sa i përket infrastrukturës, pavarësisht investimeve të shumta të ndodhura gjatë viteve të fundit nga MSH-ja por dhe donatorët e huaj, gjendja e spitaleve, sidomos atyre të rretheve, lë për t'u dëshiruar.

Megjithatë, nga intervistat e kryera nga përfaqësues të grupeve në nevojë, janë identifikuar një sërë kufizimesh për aksesin në shërbime të cilat lidhen drejtpërdrejt me përshtatshmërinë e infrastrukturës:

- Në zonat rurale, pjesëmarrësit në diskutimin në grup, shprehen se ndonëse rreth 90% e banorëve i përfitojnë falas shërbimet shëndetësore në qendrën shëndetësore, pasi janë të pajisur me libreza shëndetësore, mungojnë pajisjet dhe medikamentet e nevojshme për të kryer analizat që parashikohen sipas ISKSH-së; si rrjedhojë pacientët detyrohen të drejtohen direkt për në spital.
- Gjithashtu, sipas rregullores së ISKSHS-së, çdo qendër shëndetësore duhet të pajiset me ambulancë të tipit A2, por në disa fshatra kjo ambulance mungon. Kryesisht, qendrat ambulatorë në fshatra ofrojnë vaksinimin e fëmijëve nga 0-5 vjeç, ndjekjen e shtatzënisë, rastet akute me probleme gastrointestinale dhe sëmundjet kronike nëpërmjet ekzaminimit, matjet e hipertensionit dhe shpërndarjes së terapisë farmakologjike.
- Mungesa e ilaçeve është një tjetër faktor se pse banorët kanë tendencë të shkojnë drejtpërdrejt në spital për t'u trajtuar dhe jo pranë qendrës shëndetësore ose shërbimit parësor. Në të njëjtën kohë, pavarësisht se popullsia meriton t'i marrë falas, kur ndërkohë këto ilaçe nuk merren falas. Kjo është dhe një arsye pse popullata lëviz drejtpërdrejt tek shërbimi dytësor apo tretësor. Po ashtu, nevojiten politika më të mira për grupet më të varfra në këto zona.
- Mungesa e pajisjes me kartotekë bën që shumë nga banorët e komunitetit rom të pajisur me librezë shëndetësore të mos kenë një kartelë shëndetësore të hapur pranë qendrave të shëndetësore. Kartelizimi elektronik do të përbente një avantazh dhe sigurim për ruajtjen e të dhënave të pacientëve. Aktualisht vetëm të dhënat që mblidhen nga formulari vizitave të kryera nga mjeku i familjes hidhen në sistemin elektronik nëpërmjet DSHPR.
- Ndërkohë për grupin e aftësisë së kufizuar, si raporti i monitorimit të strategjisë PAK, ashtu edhe përmes intervistave ka rezultuar se, pavarësisht ndryshimeve dhe përshtatjes së një pjese të qendrave shëndetësore, aksesimi i personave me aftësi të kufizuara mbetet i kufizuar, pasi ndryshimet në infrastrukturë për të përballuar këtë përshtatje duhet të investohen nga pushteti lokal. Në këtë kuadër, nevojiten një bashkëpunim më i madh mes ISKSH-së, Autoriteteve Shëndetësore (Ministrisë së Shëndetësisë) dhe pushtetit lokal.
- Mjekët që ofrojnë shërbime pranë komunitetit Rom shprehen se, shërbimet emergjente që kjo qendër ofron janë trajtimi i rasteve të krizave të hipertensionit edhe pse mungesa e ilaçeve e bën të pamundur që të trajtohen të gjitha rastet e emergjencës për këtë sëmundshmëri apo edhe për raste kardiovaskulare.

5.2.3 Shërbime Shëndetësore Cilësore

Parimi i shërbimeve cilësore nga pikëpamja shkencore dhe mjekësore. Kjo kërkon të paktën, personel të trajnuar, pajisje dhe medikamente të cilat janë të testuara dhe të paskaduara, kushte higjienike të përshtatshme dhe ujë të pijshëm të sigurt.

Sigurimi i cilësisë në shërbimeve shëndetësore realizohet nëpërmjet monitorimit të vazhdueshëm dhe praktikave profesionale bazuar në të dhëna. Në këtë kuadër, gjatë viteve të fundit, QKCSAISH-ja ka hartuar një sërë procedurash dhe standardesh për akreditimin e institucioneve shëndetësore në të gjitha nivelet. Ky proces pritet të nisë sa më shpejt dhe mendohet të kontribuojë në garantimin e cilësisë jo vetëm në cilësinë e shërbimeve të institucioneve publike por edhe atyre private, për të garantuar standardet më të larta të shërbimeve shëndetësore.

Gjatë viteve të fundit për të gjitha nivelet e shërbimit janë hartuar një sërë protokolleesh dhe udhëzuesish klinik. Në këtë paketë, shërbimet e ofruara në kujdesin shëndetësor parësor përmblihen në shtatë grupe: kujdesi në rastet e urgjencës; kujdesi shëndetësor për fëmijët; kujdesi shëndetësor për të rriturit; kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues; kujdesi shëndetësor për të moshuarit; kujdesi shëndetësor mendor; promovimi dhe edukimi shëndetësor.

Për secilin nga këto grupe në paketë përcaktohen: përshkrimi i shërbimit; qëllimi i shërbimit; menaxhimi i gjendjeve të zakonshme në këtë grup; kujdesi parandalues dhe edukimi i pacientit/familjes; aftësitë e personelit të QSH-së; referimet e rekomanduara; shërbimet në komunitet; standardet në dispozicion; pajisjet e kërkuara në QSH; mjekimet dhe materialet e konsumit në QSH; dokumentacioni mjekësor në QSH.

Një dokument i rëndësishëm për KSHP-në është paketa e standardeve të QSH-së (2009). Ky dokument i ndan standardet në tre nivele: *standarde minimale* (licencimi); *standarde optimale* (akreditimi); *standarde të së ardhmes* (objektiva afatgjatë). Bashkë me standardet jepen edhe indikatorët e çdo fushe (112 indikatorë). Në dokument, dimensionet për vlerësimin e cilësisë janë infrastruktura, të drejtat e pacientit, personeli, kujdesi për pacientin, dokumentacioni, menaxhimi i informacionit, shërbimet mbështetëse, financa/buxheti, komiteti/koordinatori i cilësisë dhe siguria.

Kur flitet për Aftësinë e Kufizuar, vihet re se mungon sistemi i akreditimit për ecurinë e qendrave të kujdesit të hershëm, qendrave rehabilituese, trajnuese dhe ritrajnuese për secilin grup të personave me aftësi të kufizuar.

Paketës së standardeve të QSH-së i janë bashkangjitur edhe dy dokumente të tjera të aprovuara nga MSH-ja që janë “Udhëzuesit e praktikës klinike për QSH” (deri tani ka katër udhëzues të plotë - diabeti, HTA, insulti cerebro-vaskular, anemia në sëmundjet renale, dhe një bllok me 15 referenca të shpejta për mjekun e familjes) dhe “Protokollet infermiere për KSHP-në”. Supervizimi mbështetës (SM) është një mekanizëm i ri i përmirësimit të cilësisë, që zbatohet në KSHP (2009). Sa i përket kujdesit shëndetësor spitalor, gjatë vitit 2010, janë hartuar një sërë udhëzuesish klinike të cilët priten të miratohen dhe të vihen në zbatim gjatë vitit 2011. Po ashtu, hartimi i protokolleve nuk mjafton për të përmirësuar cilësinë pasi problemi kryesor i cilësisë në të njëjtën kohë lidhet dhe me skemat e nxitjes së personelit mjekësor. Një tjetër problem i evidentuar në intervista me mjekët është se ata nuk kanë asnjë stimul pasi financimi i bazuar në inputet nuk u jep ofruesve të shërbimit mjekësor asnjë nxitje për të përmirësuar cilësinë apo efikasitetin. Nga ana tjetër kjo ka ndikuar dhe në një shpërndarje gjeografike jo të barabartë të burimeve. Në këtë rast, mënyra sesi sistemi është ndërtuar është problematik dhe aspak nxitës.

6. Burimet Njerëzore

Burimet Njerëzore në shërbimet shëndetësore lidhen me disponueshmëria e mjekëve, shpërndarjen e barabartë, trajnimin dhe kualifikimin në vazhdimësi dhe qëndrueshmëria e këtyre burimeve në kohë. Më poshtë jepet një analizë e rishikimit të literaturës në lidhje me këtë aspekt i cili ndikon drejtpërdrejtë në ekselin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore, si dhe në ofrimin e këtyre shërbimeve për grupet në nevojë.

Sipas rishikimit të literaturës, burimet njerëzore në sektorin publik të shëndetësisë kanë pësuar një tkurrje të ndjeshme gjatë dy dekadave të fundit duke ndikuar kështu dhe në disponueshmërinë e shërbimeve shëndetësore të ofruara për popullatën. Numri i përgjithshëm i mjekëve të punësuar në sektorin publik, sipas statistikave më të fundit të disponueshme nga Sektori i Statistikave të Ministrisë së Shëndetësisë, është ulur nga 4.278 në vitin 1996, në 3.655 në vitin 2009, ndërsa numri i infermierëve në sistem për të njëjtat vite është ulur nga 14.284 në 12.455. Këto ndryshime në shifra, sipas të dhënave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH, 2009), kanë si rezultat faktin që në Shqipëri numri i mjekëve për 10.000 banorë të jetë rreth 3 herë më i ulët se mesatarja e rajonit evropian, ndërsa numri i infermierëve rreth 2 herë më i ulët.

Tabela 3

	Nr. për 10.000 banorë (2007)
Mjeko	12
Mesatarja rajonale	32
Infermierë	41
Mesatarja rajonale	79

Gjithashtu, edhe në shpërndarjen e burimeve njerëzore vihen re ndryshime të konsiderueshme si mes ashtu dhe brenda rajoneve, kryesisht për sa i përket mjekëve specialistë dhe farmacistëve, të cilët janë përqendruar kryesisht pranë qyteteve të mëdha të vendit, duke reflektuar dhe një herë mbizotërimin e kujdesit dytësor kundrejt atij parësor.

Mjekët e familjes kanë luhajtje më të pakta në shpërndarjen e tyre, ashtu si dhe infermierët duke reflektuar në këtë mënyrë strategjitë motivuese të MSH për pagesa më të larta të personelit mjekësor që punon në zonat e thella (BB, 2006).

Numri i vogël i mjekëve të disponueshëm dhe pabarazia e shpërndarjes mes qarqeve ndikon drejtpërdrejt në cilësinë dhe aksesin për shërbime shëndetësore. Nga intervistat me mjekët dhe grupet në nevojë janë evidentuar një sërë problematikash.

- Mungesa e mjekëve pranë qendrave shëndetësore sidomos në fshatra (relativisht një mjek i familjes mbulon 1500-2000 banorë). Për shembull, aktualisht doktoresha e një qendre shëndetësore në Dibër mbulon 4300 banorë (pra 3-fishin e normës). Kjo qendër ka 3 mjekë gjithsej, të cilët mbulojnë 9800 banorë. Kjo mungesë mbulimi në të njëjtën kohë influencon drejtpërdrejt aksesin e banorëve tek mjekët dhe shërbimi i ofruar prej këtyre mjekëve.
- Mungesa e specialiteteve pranë kësaj qendre dhe pajisjes së saj me ambulancë bën që banorët t'i drejtohen spitalit në rastet e emergjencave si për fëmijët ashtu edhe për moshat e rritura.
- Ndërrimi i herëpashershëm i mjekëve pranë qendrës shëndetësore rrit mosbesimin dhe neglizhencën e komunitetit përkundrejt shëndetit dhe qendrës ambulatorie.
- Nuk ekziston një asistencë e vërtetë gjeriatrike dhe as kurse specializimi për mjekë të kësaj fushe. Edhe sistemi i kujdesit në shtëpi është në fillimet e saj. Sipas traditës, kujdesi i të moshuarve i besohet familjes, por në përgjithësi kushtet e tyre të jetës janë kritike.
- Trajnimi dhe kualifikimi i vazhdueshëm i personelit mjekësor i lidhur drejtpërdrejt me cilësinë e ofrimit të shërbimit. Mjekët e zonave rurale kanë mundësi më të pakta për trajnime krahasuar me mjekët e zonave urbane. Zakonisht trajnimet ofroreshin nga organizatat jo fitimprurëse dhe për çështje specifike.

Çështjet kryesore që kanë dalë nga intervistat dhe FGD të shprehura gjatë intervistave me personelin shëndetësor në lidhje me lidhjen mes aksesit për shërbime cilësore dhe burimeve njerëzore janë: mungesa e trajnimit të vazhdueshëm të personelit mjekësor, mungesa e trajnimit për çështje specifike, mungesa e personelit të specializuar dhe ndonjëherë dhe mungesa e kualifikimit për specialitetin që ushtron mjeku. Trajnimet janë një nga indikatorët për përfitimin e bonuseve për mjekët dhe infermierët e shëndetit parësor. Trajnimet që personeli shëndetësor ka përfituar kanë qenë për gratë shtatzëna dhe foshnjat, fëmijët dhe shëndetin mendor.

- Në një komunë të Dibrës, mjekët e familjes (3 gjithsej) janë ata që kane përfituar më shumë nga këto trajnime ndërsa sa i përket personelit të mesëm, vetëm një pjese e tyre kane përfituar (30 infermier vetëm 20% e tyre kanë përfituar në mënyre sistematike nga trajnimet që janë kryer dhe kryesisht janë trajnuar infermierët që merren me kujdesin ndaj grave shtatzënë dhe vaksinimin e

fëmijës, ndërsa infermierët që ndjekin rastet kronike nuk kanë përfituar nga trajnimet).

Qëndrimet dhe sjelljet e personelit mjekësor në lidhje me grupet në nevojë. Vetë përfaqësuesit e këtyre grupeve, veçanërisht në takimet me komunitetin rom dhe personave me aftësi të kufizuara, shprehen se nuk trajtohen mirë, paragjykoen, dhe u jepet minimumi i informacionit dhe trajtimit. Në sjelljet e mjekëve ka qëndrime negative, tallëse, fyese dhe ofenduese dhe shpesh herë vetë pacientët ndihen inferior kur kërkojnë trajtim dhe shërbim. Gjithashtu ky qëndrim përjashtues dhe diskriminues nuk është vetëm nga ana e personelit shëndetësor por edhe nga punonjës të shërbimeve të tjera. Si rezultat, vetë grupet shprehen se ndihen se e gjejnë veten duke kërkuar vazhdimisht favore apo privilegje për atë që u takon.

- Mentaliteti – Ky është ndër problemet kryesor i evidentuar gjatë diskutimeve me grupin e personave me aftësi të kufizuara. Shpesh herë, grupi u shpreh se ndiheshin të gjykuar, ose kanë dëgjuar shprehje si “ nuk kanë për t’u shëruar ndonjëherë”; ose “ ky është fati juaj” etj. Ndonëse është bërë mjaft, përsëri, çështja e mentalitetit është e rrënjësor në kulturë dhe duhen mjaft vite për ta ndryshuar. Ndërkohë u sollën shembuj sesi vetë banorët e komunitetit ishin kujdesur për persona të veçantë me aftësi të kufizuara për të përfituar asistencën e aftësisë së kufizuar pranë komunës, në zonën e Dibrës. Kjo ndjenjë solidariteti u theksua se ishte e rëndësishme për të përkrahur personat me aftësi të kufizuara.
- Një nga pikat e strategjisë është ndryshimi i kurrikulës së mjekut të familjes për identifikimin e hershëm, diagnostikimit dhe trajtimit të problematikave. Por zbatimi nuk ka ndodhur ende. Qendra Kombëtare e Mirërritjes dhe Zhvillimit të fëmijëve është e vetmja qendër që bën diagnostikimin e fëmijëve me aftësi të kufizuara. Kjo sigurisht prek disponueshmërinë dhe aksesin për shërbimin e identifikimit të hershëm, si dhe nxit shmangien nga identifikimi dhe diagnostikimi i hershëm i problemeve të aftësisë së kufizuar.

7. Financimi i Sektorit Shëndetësor

Një objektiv kyç i politikave shëndetësore të shumë vendeve, përfshirë edhe ato të Shqipërisë është të kujdesen që popullata të ketë një mundësi të mjaftueshme përdorimi të shërbimeve esenciale të kujdesit shëndetësor dhe që popullata të jetë sa më shumë e mbrojtur kundrejt pasojave varfëruese të shpenzimeve për shëndetin.

Një tjetër problematik e evidentuar edhe nga rishikimi i literaturës, një tjetër shkak për pabarazinë në shpërndarjen e shërbimit, është shpërndarja e pabarabartë e shpenzimeve për sektorin publik nga një qark tek tjetri duke mbajtur parasysh përqindjen më të lartë të varfërisë.

Qeveria mund t'i influencojë ndjeshëm këto politika përmes politikës së saj për financimin e shëndetësisë. Shtrirja e arritjes së mundësisë për të përdorur shërbimet dhe e mbrojtjes financiare kundrejt rreziqeve shëndetësore influencohet ndjeshëm nga niveli i burimeve që përdoren për sektorin e shëndetësisë, nga mënyra se si mobilizohen këto burime, nga shtrirja e mbledhjes në një vend të këtyre burimeve dhe nga mënyra se si u shpërndahen burimet përdoruesve.

Përzierja e shpenzimeve publike me ato private, përqindja e fondeve të mbledhura në një vend paraprakisht krahasuar me pagesat nga xhepi të kryera në pikën e ofrimit të shërbimeve, mekanizmat që shfrytëzohen për të shpërndarë fondet publike dhe ato të mbledhura dhe për të paguar ofruesit e shërbimit të gjitha kanë një ndikim të drejtpërdrejtë tek efektiviteti dhe efikasiteti me të cilin sistemi i kujdesit shëndetësor arrin rezultatet shëndetësore dhe përballon mbrojtjen e popullatës kundrejt pasojave varfëruese të luhatjeve të shëndetit (BB, 2006).

Sigurimet shëndetësore në Shqipëri janë institucionalizuar në përputhje me ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994, "Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë". Modeli është ai i llojit Bismark të skemës së sigurimeve shëndetësore që filloi në mars 1995. Institucionalizimi i sigurimeve shëndetësore është një element i rëndësishëm i reformës në sistemin shëndetësor dhe është me rëndësi kyçe për financimin e kujdesit shëndetësor, rritjen e burimeve shëndetësore dhe arritjen e përmirësimeve në cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Instituti i Sigurimeve Shëndetësore (ISSH) do të ketë një rol

në rritje në zhvillimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, sepse është përgjegjës për mbulimin e kujdesit shëndetësor parësor dhe kujdesit spitalor (ADHS).

Grupet me të ardhura të pakta janë pak të mbrojtur nga luhatjet shëndetësore dhe kalojnë lehtësisht në varfëri për shkak të pagesave nga xhepi për kujdesin shëndetësor. 17.6% e PBB-së që Shqipëria shpenzon për kujdesin shëndetësor është e ngjashme (në të njëjtin nivel) me mesataren për vendet me të ardhurat më të ulëta mesatare, por sektori publik i Shqipërisë ofron një pjesë poshtë mesatares të këtyre shpenzimeve. Si pasojë e shpenzimit të ulët në sektorin publik (shtetëror), shpenzimet nga xhepi gjatë shërbimit përbëjnë 60% të financimit sektorial.

Niveli i lartë i shpenzimeve të drejtpërdrejta të familjeve do të thotë se sistemi financiar ekzistues i shëndetit ofron mbrojtje të kufizuar për popullsinë e Shqipërisë kundër sëmundjeve katastrofike apo plagosjeve dhe lejon një rishpërndarje të vogël të burimeve për të mbrojtur grupet më të prekshme nga traumat shëndetësore. Megjithëse sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm, të dhënat e sondazheve familjare tregojnë se vetëm 40-45 % e popullsisë kanë në të vërtetë një licencë të sigurimit shëndetësor dhe në këtë mënyrë përfitojnë nga mbulimi. Siç pritet në një vend me një treg pune joformal (jozyrtar), mbulimi është shumë më i lartë në popullsinë urbane dhe grupet më të ardhura më të larta. Kontribuuesit aktivë përbëjnë më pak se një të tretën e forcës aktive të punës, gjë që flet për një evazion të madh kontributësh.

Çekuilibri gjeografik në rrjetin e ofruesëve të shërbimit dhe bazës së burimeve njerëzore, së bashku me aksesin e pabarabartë në sigurimet shëndetësore, kanë rezultuar në një shpërndarje tepër të pabarabartë të shpenzimeve të sektorit publik për kujdesin shëndetësor, ku rajone në të cilat varfëria është më e madhe në përgjithësi marrin shumën më të pakët të shpenzimeve publike për shëndetin për frymë.

8. Rekomandime

Rekomandimet e mëposhtme janë organizuar në katër seksione, duke u mbështetur dhe në konsultimin me Fondacionin SOROS. Ky organizim lehtëson hartimin dhe analizën e Pemës së Problemit dhe hartimin e alternativave të mundshme për të adresuar këto probleme.

Hartimi dhe Zbatimi i Strategjive dhe Politikave të lidhura me Aksesin për Shërbime

- Legjislacioni dhe strategjitë në fushën e shëndetësisë të hartohen përmes një procesi pjesëmarrje të gjerë të grupeve të interesit. Kjo do të sigurojë që këto grupe interesi dhe që njëkohësisht janë më “vulnerabël” apo “në nevojë”, kanë akses në procesin e konsultimit dhe hartimit të legjislacionit dhe strategjive në fushën e kujdesit shëndetësor.
- Të rishikohet parashikimi në Ligjin për Kujdesin Shëndetësor, në lidhje me fëmijët, duke konsideruar fëmijë, përcaktimin që Ligji për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve parashikon, pra 0-18 vjeç.
- Këto strategji duhet të kenë një vëmendje të veçantë për të parashikuar qasje dhe ndërhyrje të hartuara në mënyrë specifike për këto grupe dhe të mbështeten në evidenca nga realiteti dhe përvojat pozitive dhe praktikrat premtuese.
- Sugjerohet që politikat në fushën e shëndetit të orientohen më fort jo vetëm në parandalimin e faktorëve të rrezikut të cilët risin sëmundshmërinë dhe problematikat në lidhje me këto grupe, por njëkohësisht të konsiderojnë organizimin e një rrjeti shërbimesh në vazhdimësi lehtësisht të aksesueshëm veçanërisht nga grupet në nevojë.
- Gjithashtu politikat dhe strategjitë duhet të parashikojnë masa, udhëzime dhe qasje konkrete sesi shërbimet të jenë të përshtatshme dhe lehtësisht të aksesueshme nga pikëpamja kulturore, gjinore, arsimore dhe specifika të tjera të këtyre grupeve.
- Rolet dhe përgjegjësitë e të gjithë aktorëve kryesorë të këtij sektori duhet të përcaktohen qartë dhe duhet të krijohen mekanizma për të siguruar ofrimin e përgjegjshëm të këtyre shërbimeve. Kjo do t'i përgjigjej dhe asaj që raporti i Bankës Botërore thekson që besueshmëria në sektorin shqiptar të shëndetësisë është e dobët për shkak të përcaktimit të paqartë të përgjegjësive, mungesës së

standardeve të duhura të performancës dhe mjeteve të monitorimit, integritit të pamjaftueshëm të informacionit nga aktorët pjesëmarrës në formulimin e politikave dhe vendimmarrjeve.

- Nxitja dhe ndërtimi i një mekanizmi rajonal konsultimi, me synim institucionalizimin e proceseve të konsultimit për të diskutuar në mënyrë transparente dhe gjithëpërfshirëse performancën e sektorit dhe përfshirjen e komunitetit dhe grupeve të tjera të interesit.
- Nxitja e rolit të shoqërisë civile në monitorimin e aksesit në shërbimet shëndetësore nga ana e grupeve në nevojë, si një zë alternativ për këto grupe.

Stigmatizimi dhe Diskriminimi si një çështje etike dhe mentaliteti

- Rritja e ndërgjegjësimit dhe fuqizimi i këtyre grupeve për të drejtat e tyre për kujdes shëndetësor.
- Rritja e pjesëmarrjes/mobilizimi i këtyre grupeve në konsultim për të drejtën për shëndet, hartim i raporteve alternative, ndërmjetësim takimesh me nivelin e politikbërjes në nivel lokal dhe qendror.
- Ndërtimi i një modeli për komunikim për ndryshimin e sjelljeve dhe qëndrimeve të vetë këtyre grupeve dhe raportit të tyre me të drejtat/çështjet e diskriminimit etj.
- Ndërgjegjësimi i personelit shëndetësor mbi çështjet e diskriminimit, stigmatizimit që përjetojnë këto grupe.
- Adresimi i qëndrimeve të personelit përmes strategjive për ndryshim të sjelljes, motivimit përmes promovimit etj.
- Ngritja e kapaciteteve mbi etikën e trajtimit të grupeve si dhe mbi të drejtat e pacientit.

Informimi si një mjet kryesor për të krijuar dhe zhvilluar kulturën shëndetësore

- Organizimi i fushatave, informacionit, gjetja e formave të informimit të grupeve sipas një plani të çdo qendre shëndetësore.
- Përfshirja e vetë përfaqësuesve të këtyre grupeve si dhe e punonjësve socialë në organizimin e fushatave ndërgjegjësuese për komunitetin dhe grupet.
- Konsultimi i grupeve drejtpërdrejtë në hartimin e mjeteve të informimit dhe komunikimit.
- Konsultimi i grupeve në matjen e impaktit dhe identifikimi aktiv i çështjeve specifike shqetësuese përgjatë procesit të informimit.
- Ndërmarrja e fushatave informuese si në nivel lokal dhe kombëtar për të adresuar çështjet specifike shëndetësore të grupeve.

Një Sistem Shëndetësor Funkcional dhe i Aksesueshëm nga të Gjithë

- Influencimi për rishikimin e politikave/protokolleve/legjislacionit, duke konsideruar përshtatjet në sistem për të arritur këto grupe , si me Min. Shëndetësisë dhe midis min. të linjës (Min. Punës/Arsimit/Brendshme).
- Influencimi për të hartuar strategjitë e veçanta për këto grupe duke i konsultuar përgjatë gjithë procesit.
- Influencimi i një qasjeje sistematike dhe me bazë të drejtash në sistemin shëndetësor dhe si rezultat i politikave. Kjo do të thotë që grupet nuk duhen parë si tematika të veçanta brenda strategjive, por duhet parë sesi sistemi i kujdesit shëndetësor funksionon si një “rrjetë” i cili arrin “t’i kapë” këto grupe dhe t’u ofrojë akses dhe cilësi shërbimi.
- Influencimi për të hartuar politika lokale për shërbime specifike/komunitare si dhe promovimi i modeleve ku afrohet shërbimi tek grupet.
- Mobilizimi i iniciativave për advokim përmes shoqërisë civile duke i sjellë bashkë për identifikim hendeqesh dhe përdorim të mekanizmave alternative për të mbajtur sistemin të besuar.
- Fuqizim i qeverisjes lokale për të identifikuar nevojat dhe hartuar politika lokale të dobishme dhe të qëllimshme për këto grupe.
- Influencimi për qasje shumëdisiplinore dhe largimi nga modeli tradicional mjekësor në trajtimin e çështjeve të lidhura me PAK.
- Në mënyrë specifike, në lidhje me AK-në, sugjerohet që të ngrihen shërbime të reja të përkujdesjes, si: ditore, në familje, strehëza, me synim që PAK të qëndrojnë sa më pranë mjedisit familjar ose në mjedise të ngjashme me familjen.
- Hartim i rregulloreve dhe standardeve të shërbimeve për PAK, duke theksuar të drejtën e klientëve për të marrë shërbime të përshtatshme, respektimin e dinjitetit, dhe ruajtjen e aftësive etj.
- Rishikim i kriterëve dhe rregulloreve të institucioneve rezidenciale publike, për PAK dhe për të moshuarit, për të parashikuar masa për PAK të rëndë që nuk u sigurohet shërbimi pranë familjes.
- Vendosja e shërbimit të këshillimit psiko-social në 36 shkolla dhe plotësimi i të gjitha shkollave me këtë shërbim. Plotësimi i shkollave me infrastrukturën e nevojshme për fëmijë me nevoja të veçanta.

9. Bibliografia

1. De Sotto. H, Gedeshi. I., Gordon. P., (2005). *Roma and Egyptians in Albania. From Social Exclusion to Social Inclusion*. Washington D.C: World Bank.
2. European Commission (2011,). *ALBANIA 2011 PROGRESS REPORT Accompanying the document COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL*. Retrieved November 2011, from http://euinfocentre.al/index.php?option=com_content&view=article&id=245%3Aprogress-report-2011-for-albania-&catid=67%3Aneës&Itemid=111&lang=en.
3. FSHDPAK (2010) - Zbatimi i Planit të Veprimit të Strategjisë Kombëtare për Personat me
4. Aftësi të Kufizuara për vitin 2010. Raport Monitorimi. Amshc, Tiranë, Shqipëri.
5. INSTAT – Instituti i Statistikave (2008) – *Shqipëria në Shifra 2008*. Tiranë, Shqipëria.
6. INSTAT, I. o. (2005) – *Vjetari i Treguesve Shoqërorë*, Tiranë, Shqipëri.
7. Ministria e Integritimit (2008) - *Strategjia e Përfshirjes Sociale 2007-2013*. Tiranë, Shqipëri.
8. Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta (2007) - *Strategjia Sektoriale e Mbrojtjes Sociale (2007- 2015)*, Tiranë, Shqipëri.
9. Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta (2003) - *Projekt Strategji. Për Përmirësimin e Kushteve të Jetesës së Komunitetit Rom në Shqipëri*, Tiranë, Shqipëri.
10. Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta (2004) - *Strategjia Kombëtare e Personave me Aftësi të Kufizuara*, Tiranë, Shqipëri.
11. Ministria e Shëndetësisë (2004) - *Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të Sistemit Shëndetësor Shqiptar*, Tiranë, Shqipëri.
12. Ministria e Shëndetësisë – *Drejt një Vendi të Shëndetshëm me Njerëz të Shëndetshëm. Shëndeti Publik dhe Strategjia e Promovimit të Shëndetit. Projekti i Reformës Shëndetësore në Shqipëri*, Tiranë, Shqipëri.

13. Office of the United Nations, World Health (n.d.) - *The Right to Health, factsheet nr. 31*. Retrieved november 2011, from www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf.
14. Republika e Shqipërisë (mars2010) - *Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri (2008-2009)*, Tiranë, Shqipëri.
15. UN Albania (2010) - Special Edition. Albania National Report on Progress toward Achieving
16. Millenium Development Goals, Tirana, Albania. **N PROGREQËR DACHIEVING THE**
17. Vian. T., Gryboski. K., Sinoimeri. Z., Clifford. H. R., (2004) – Informal Payments in the Public Health Sector in Albania: A Qualitative Study Final Report. Partners for Health Reformplus, Tiranë, Albania **OALSANIA NA**
18. World Bank (2006) - Albania Health Sector Note. *Report No.: 32612-AL*. Human Development
19. Sector Unit. South East Europe Country Unit. Europe and Central Asia Region.
20. World Vision Albania (2007) - *Situational Analysis Report. Children in Crisis*, Tiranë, Shqipëri.
21. World Health Organization (2008) - Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
22. World Health Organization (2005) - *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*. A background paper prepared for the Commission on
23. Social Determinants of Health.
24. World Health Organization - A HUMAN RIGHTS-BASED APPROACH TO HEALTH. Human Rights and economic and Social Issues Section & Millennium Development Goals Section. www.ohchr.org

10. Shtojcat

10.1 LISTA E LIGJEVE TË SISTEMIT SHËNDETËSOR

- Për inspektoratin sanitar shtetëror 02/12/1992
- Për parandalimin dhe luftimin e sëmundjeve ngjitëse 19/10/1993
- Për barnat narkotike dhe lëndët psikotrope, 26/07/1995
- Për autopsitë 15/06/1994
- Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, 13/10/ 1994
- Shërbimi i transfuzionit të gjakut, 29/04/1991
- Rreth ndërprerjes së shtatzënisë, 07/12/1995
- Për shëndetin mendor, 21/03/1996
- Për shërbimin shëndetësor stomatologjik, 02/11/1996
- Për transplantin e organeve, 06/02/1997
- Për barnat dhe shërbimin farmaceutik, 25/12/2004
- Për mbrojtjen nga rrezatimet jonizuese, 09/11/1991
- Mbi nxitjen dhe mbrojtjen e ushqyerjes me gji, 23/09/1999
- Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, 01/06/2000
- Për kontrollin e lëndëve që përdoren për fabrikimin e paligjshëm të lëndëve narkotike, 29/03/2002
- Për Shëndetin Riprodhues, 04/04/2002
- Për Urdhrin e Farmacistëve në Republikën e Shqipërisë, 30/10/2003
- Për barnat dhe shërbimin farmaceutik, 25/11/ 2004
- Për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit, 6/11/2006
- Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë, 30/03/ 2009
- Për Shëndetin Publik, 11/05/2009
- Për sigurinë dhe shëndetin në punë, 11/02/ 2010

10.2 MJETET E PËRDORURA GJATË KONSULTIMIT NË TERREN

Udhëzues për Diskutimet me Grupet në Nevojë

Prezantimi i lehtësuesit:

Unë quhem.... . Punoj për këtë vlerësim i cili do të shërbejë për hartimin e programit të shëndetit publik të Fondacionit Soros në Shqipëri, me zyrë në Tiranë.

Prezantimi i qëllimit të vlerësimit:

Qëllimi i këtij vlerësimi është që të identifikojë disa nga problematikat, mundësitë dhe burimet për të përmirësuar aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore për disa grupe më në nevojë në fushën e shëndetit. Ky vlerësim në të njëjtën kohë do të shërbejë si bazë për të hartuar strategjinë e ndërhyrjes së ardhshme në fushën e shëndetësisë të Fondacionit Soros, por ky informacion mund t'u vlejë dhe institucioneve, organizatave dhe gjithë grupeve të interesuara për të kontribuar në këtë fushë.

Prezantimi i qëllimit të takimit dhe mënyra sesi do përdoret informacioni:

Lehtësuesi prezanton qëllimin e takimit (duke u mbështetur në objektivat e mësipërme)

Numri i Pjesëmarrësve në Grup: 7-10 persona

Kohëzgjatja: 1- 1.5 orë

PYETJET:

1. Si e vlerësoni gjendjen tuaj shëndetësore?
2. Me kë konsultoheni zakonisht kur sëmurëni ose kur keni nevojë të merrni mjekim?
3. Mendoni një rast kur keni qenë sëmurë, ose një anëtar i familjes tuaj ka qenë sëmurë, ku keni shkuar dhe pse keni bërë atë zgjedhje? (provo të marrësh informacion sa më konkret për të kuptuar nëse personi ka shkuar tek shërbimi parësor drejtpërdrejt apo tek ai dytësor apo tretësor, si dhe arsyet).
4. Herën e fundit që keni shkuar tek mjeku, na përshkruani çfarë ka ndodhur? Si e keni marrë shërbimin (komunikimi, kartela, pagesa, referimi, receta, rimbursimi)?
5. A i keni kërkuar ndonjëherë mjekut/mamisë të vijnë për vizitë në shtëpi?
6. Herën e fundit që keni shkuar në spital, na përshkruani çfarë ndodhi? Si shkuat, kush ju referoi dhe si e keni marrë shërbimin? (nënpyetje në lidhje me komunikimin e personelit, nëse i është hapur kartela, nëse ka paguar, çfarë lloj pagese, nëse u referua, nëse mori recetë, nëse është rimbursuar).

7. Cilat janë problemet shëndetësore më tipike në komunitetin/grupin tuaj? Pse janë këto probleme? (lehtësuesi përpiqet të jetë i vëmendshëm gjithashtu për të marrë informacion në lidhje me grupe të tjera vulnerabël, dhe po ashtu të interesohet për situatën e fëmijëve).
8. Çfarë shërbimesh shëndetësore ka në komunitetin/lagjen tuaj? Ku ndodhen, a keni qenë ndonjëherë, a mund të na tregoni më tepër? (Lehtësuesi tenton të marrë sa më tepër informacion dhe për grupe si fëmijët, gratë shtatzëna, të moshuarit, aftësinë e kufizuar etj.)
9. Pyetje në lidhje me fëmijët: Nëse keni fëmijë, a mund të na shpjegoni cilat janë problemet më të hasura tek fëmijët? Ku ndodhen dhe kush i ofron shërbimet për fëmijët? Si është cilësia e tyre? Po në shkollë a ka ndonjë program edukimi shëndetësor, kush e ofron, çfarë përmban?
10. A keni marrë pjesë ndonjëherë në ndonjë diskutim për çështjet e shëndetit që ju shqetësojnë juve si grup, apo komunitetin tuaj? (Nëse po, a mund të na tregoni se çfarë arritët?) Po për çështje të tjera shqetësuese në komunitet?
11. A ka organizata, shoqata, kisha që ofrojnë shërbime shëndetësore? (A mund t'i përmendini cilat janë, çfarë ofrojnë?)
12. Cilat janë të ardhurat, punësimi juaj? (pyet për nivelin e të ardhurave, krahasimi qytet/fshat).
13. Cilat janë disa rekomandime për të përmirësuar aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore në zonën tuaj? Po për grupe të veçanta, si fëmijët, gratë, të moshuarit, njerëzit me aftësi të kufizuara, apo dhe ndonjë grup tjetër?
14. Si mund të kontribuoni ju vetë dhe cili mund të jetë roli juaj për të qenë pjesë e disa prej këtyre rekomandimeve për ndërhyrje?

10.3 INTERVISTË E HAPUR ME PERSONELIN SHËNDETËSOR (MJEK/INFERM/MAMI)

Niveli : shërbimi parësor dhe dytësor

Shpërndarja Gjeografike: Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Dibër

Kohëzgjatja: 30-45 minuta

Qëllimi:

- Të merret perspektiva e personelit shëndetësor për shqetësimet/problematikat e ngritura nga vetë grupet vulnerabël.
- Të kuptohet nga vetë personeli shëndetësor, aspektet e barazisë dhe mosdiskriminimit për këto grupe.
- Të mblidhen rekomandime për përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve

shëndetësore për grupet vulnerabël.

***Shënim:** Intervistuesi e fillon intervistën duke prezantuar veten, qëllimin e takimit dhe qëllimin e studimit. Intervistuesi i shpjegon se ky informacion është konfidencial dhe nuk do të identifikohet me emër në raportin e vlerësimit. Po ashtu, intervistuesi i kërkon leje personit për ta incizuar në diktofon intervistën.*

1. Cilat janë problematikat në lidhje me këto grupe që ju keni hasur në përvojën tuaj? (renditi; lehtësuesi synon që informacioni të jetë sa më konkret dhe i lidhur me këto grupe). Pse mendoni se janë këto probleme, cilët janë disa faktorë që ndikojnë?
2. Si informohen këto grupe për të drejtat që kanë në lidhje me shërbimet shëndetësore? (Të eksplorothen aspektet e mosdiskriminimit dhe barazisë për informimin dhe shërbimin).
3. Si e aksesojnë këto grupe paketën bazë të shërbimeve shëndetësore? (Nëse vetë personeli identifikon barriera, lehtësuesi i kërkon të shpjegojë këto barriera).
4. Cilat janë disa problematike në lidhje me aksesin, po me cilësinë? Si ndikohen këto grupe nga aksesin dhe cilësia? (Lehtësuesi sigurohet t'i shpjegojë nëse është e nevojshme çfarë nënkuptohet me cilësi dhe akses.)
5. Si ndikojnë këto aspekte në mënyre të veçantë tek këto grupe, ndryshe nga popullata e gjerë?
6. A keni marrë ndonjë trajnim të veçantë në lidhje me trajtimin e grupeve vulnerabël? (nëse po, a mund të na tregoni për qëllimin dhe si ju shërbeu? Nëse jo, a mund të sugjeroni se për çfarë do të donit të mësonit më tepër për këto grupe në mënyrë që t'i shërbenit më mirë dhe të përmbushni nevojat e tyre?)
7. Cilat janë disa rekomandime për të përmirësuar aksesin dhe cilësinë e shërbimeve për këto grupe?
8. Cili mund të jetë roli i vetë këtyre grupeve për përmirësimin e cilësisë dhe aksesit? Po roli dhe kontributi juaj?

10.4 INTERVISTA ME OJQ –TË QË PUNOJNË ME GRUPET VULNERABËL

Numri total: 5 organizata

Kohëzgjatja: 45– 60 minuta

1. Cili është fokusi i punës në lidhje me shërbimet shëndetësore?
2. Cilin/grup trajtoni dhe me çfarë shërbimesh, programesh? (Këtu mund të eksplorothen dhe çështje të tjera, si p.sh. si lidhen këto shërbime me nevojat e grupit që trajtohet, cilat janë disa çështje të tjera që ndikojnë tek cilësia dhe

shërbimi shëndetësor, etj.)

3. Cilat janë disa nga problematikat në lidhje me aksesin e shërbimeve shëndetësore për grupin që ju trajtoni?
4. Si e konsultoni ju këtë grup në hartimin e ndërhyrjeve dhe në zbatimin e këtij programi? (Lehtësuesi eksploron nëse përdor ndonjë metodë konsultimi të caktuar dhe i kërkohet ta ndajë.)
5. A keni marrë pjesë në ndonjë konsultim të institucioneve, strukturave shtetërore në lidhje me çështjet e shëndetit të grupit për të cilin punoni? Nëse po, a mund të na tregoni, se për çfarë çështjesh, dhe çfarë keni arritur?
6. Cilat janë disa nga problematikat në lidhje me cilësinë e shërbimeve?
7. Cilat janë disa nga problemet/hendeqet që ju jeni ndeshur të cilat lidhen me informimin, kulturën, sistemin?
8. Cilat janë disa rekomandime/sugjerime për orientimin e programeve shëndetësore për këto grupe?
9. Cilat janë disa sugjerime për të fuqizuar rolin e shoqërisë civile në çështjet e advokimit në sektorin e shëndetësisë?
10. Cilat janë orientimet e programit tuaj në të ardhmen në fushën e ofrimit të programeve të lidhura me shëndetin për këto grupe?
11. Ndonjë koment apo sugjerim tjetër që e konsideroni si të rëndësishëm për këtë vlerësim?

10.5 PEMA E PROBLEMEVE TË AKSESIT PËR SHËRBIMET SHËNDETËSORE

