

# **RAPORT VLERËSIMI**

**I PLANIT TË VEPRIMIT TË SËMUNDJEVE  
JO TË TRANSMETUESHME NË SHQIPËRI  
2016-2020**

**PRILL, 2021**

## **PËRMBAJTJA**

PËRMBLEDHJE E PËRGJITHSHME .....	3
HYRJE .....	7
QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT .....	8
METODOLOGJIA.....	9
REZULTATET .....	12
PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME .....	32
BIBLIOGRAFIA E DOKUMENTEVE TË SHQYRTUAR .....	35
ANEKSI 1. LISTA E INFORMATORËVE KYÇ.....	38
ANEKSI 2. REZULTATET NGA INTERVISTAT ME INFORMATORËT KYÇ .....	40
ANEKSI 3. MATRICA E PLOTË E VLERËSIMIT .....	44

## **PËRMBLEDHJE E PËRGJITHSHME**

### **QËLLIMI**

“Plani i veprimit për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme (SJT) 2016-2020 në Shqipëri” përbën një qasje gjithëpërfshirëse duke: integruar politikat dhe veprimet për uljen e pabarazive në shëndet dhe kufizimin e numrit të SJT-ve me anë të zbatimit të programeve parandaluese dhe të promocionit shëndetësor në nivel popullate; targetimit aktiv të nën-grupeve dhe individëve me rrezik të lartë; dhe, maksimizimi i mbulimit të popullatës me shërbime efektive të kujdesit shëndetësor. Qëllimi i këtij raporti është kryerja e një vlerësimi gjithëpërfshirës të “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”. Ky raport vlerësimi do të përmbajë rekomandime operationale dhe specifike, të cilat do të ndihmojnë në zhvillimin e Planit të ri të Veprimit 2021-2030.

### **METODOLOGJIA**

Metodologjia e këtij raporti vlerësimi konsistoi në takime këshilluese, rishqyrtim dokumentar (desk review), intervista me informuesit kyç, dhe një raport vlerësimi përfundimtar. U zhvilluan takime këshilluese me palët kryesore të interesit dhe ekipin e projektit “Shkollat për Shëndetin”. Rishqyrtimi dokumentar (desk review) konsistoi në një vlerëim të hollësishëm të të gjitha ndërhyrjeve dhe aktiviteteve të kryera në kuadrin e implementimit të planit aktual të veprimit të SJT-ve, në raport me objektivat, targetet, dhe indikatorët e parashikuar. Matrica e vlerësimit të hollësishëm të çdo blloku aktiviteteve të përfshirë në “Planin e Veprimit të SJT-ve 2016-2020” paraqitet në Aneksin 3. Intervistat me informuesit kyç u kryen me përfaqësues të institucioneve të ndryshme në nivel qendror dhe lokal. U kryen gjithsej 20 (njëzet) intervista me informuesit kyç, që përfshinë institucione të nivelit qendror dhe lokal nga sektorë të ndryshëm të angazhuar në aktivitetet dhe programet e SJT-ve. Drafti i konsoliduar përmbledh gjetjet e përfuara nga intervistat me informuesit kyç, të cilat u përfshinë në draftin përfundimtar të “Raportit të Vlerësimit” të implementimit të “Planit të Veprimit të SJT-ve, Shqipëri 2016-2020”.

### **PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME**

Procesi i zhvillimit të strategjisë ndodhi në një mjedis politik mbështetës dhe nuk ishte thjesht produkt i analizave teknike. Zhvillimi i saj u parapri nga një sërë politikash dhe ndërhyrjesh të rëndësishme, duke përfshirë programin Check-up. Strategjia e re e SJT-ve u mbështet mbi këto ndërhyrje ose shërbeu si një udhërrëfyes për të siguruar qëndrueshmërinë e tyre. Programi i SJT-ve është hartuar me ndihmën e OBSH-së dhe ka huazuar ide nga strategjia Europiane e SJT-ve të OBSH-së. Ai ka për qëllim reduktimin e pabarazive në shëndet dhe kontrollin e SJT-ve në tre

nivele: promovim i shëndetit në nivel popullate, kategoritë me rrezik të lartë, dhe trajtim për të gjithë. Në anën tjetër, prioritetet dhe aktivitetet e strategjisë u zhvilluan pasi u analizuan të dhënat ekzistuese në fushën e SJT-ve dhe faktorëve të tyre të rrezikut. Veç përlllogaritjeve të barrës së SJT-ve, u përdorën të dhëna origjinale nga studimet e Institutit të Shëndetit Publik. 83% e informuesve kyç të përfshirë në raportin e vlerësimit, raportuan se prioritetet dhe objektivat u mbështetën në të dhëna lokale.

Vetëm një e treta e informuesve mendonin se burimet e dedikuara për masat dhe aktivitetet e programit ishin të mjaftueshme. Kjo ngre shqetësimin për dedikimin e më shumë burime për kontrollin e SJT-ve në strategjinë e ardhshme. Përfaqësuesit e disa palëve të rëndësishme të interesit, si qeverisja lokale dhe industria ushqimore, nuk ishin të pranishëm gjatë procesit të zhvillimit të strategjisë. Veç kësaj, përfshirja e shumë palëve të tjera (ministri të tjera, shoqëri civile, etj.) mbeti e vogël ose e papërfillshme. Megjithë zhvillimin e një procesi këshillues formal, miratimi i strategjisë nuk u pasua me një fushatë të organizuar për të promovuar vizionin, objektivat dhe aktivitetet e reja, me qëllim përfshirjen e të gjithë aktorët potencialë dhe rritjen e ndërgjegjësimit rreth sfidave dhe mundësive. Gjithashtu, dokumenti dhe aktivitetet e përfshira në të nuk iu bënë të ditura të gjithë personave përgjegjës për implementimin e tyre. Më shumë se 34% e informuesve, veçanërisht ata në nivel lokal, nuk kishin dijeni, ose nuk e përdorën programin gjatë punës së tyre. Dokumenti nuk është lidhur në mënyrë eksplicite me strategji të tjera shëndetësore kombëtare në fushën e SJT-ve, si p.sh., Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit të qafës së mitrës. Në total, 75% e informuesve kyç besojnë se aktivitetet dhe masat e duhura të planifikuara në dokumentin e programit janë implementuar.

Parandalimi dhe kontrolli i SJT-ve në mjediset e kujdesit shëndetësor ka përparuar në mënyrë domethënëse gjatë kohëzgjatjes së Programit të SJT-ve. Adultët shqiptarë kanë akses të lehtë në shërbimet shëndetësore bazë për zbulimin e hershëm të faktorëve të rrezikut të SJT-ve, duke përfshirë faktorët metabolikë dhe ato të stilit të jetës. Udhëzime të reja klinike u zhvilluan dhe u miratuan, dhe u krye trajnimi i personelit shëndetësor. Të dhënat tregojnë se dhjetëra mijëra njerëz që nuk ishin të vetëdijshëm për hipertensionin ose diabetin e tyre, tani marrin këshillim dhe kujdes. Gjithashtu, programet e reja të depistimit të kancerit si p.sh. programet e depistimit të kancerit kolorektal, kancerit të qafës së mitrës dhe kancerit të gjirit janë miratuar nga qeveria dhe për shumë prej tyre ka fonde dhe burime të dedikuara. Burimet dhe qendrat e trajtimit për sëmundjen koronare të zemrës dhe kancerin janë rritur ndjeshëm. Ka ende shumë për të bërë në nivelin e sistemit shëndetësor për një monitorim më të mirë të cilësisë së kujdesit dhe përdorimit racional të teknologjisë, si dhe të një shpërndarje gjeografike të burimeve njerëzore. Çështje specifike si edukimi i pacientit kërkojnë përpjekje më të mëdha.

Parandalimi në popullatë ka shënuar progres, veçanërisht me riorganizimin e inspektoriatit shëndetësor dhe përmirësimin e efikasitetit të tij në luftën kundër duhanpirjes në mjediset publike. Aktivitetet sistematike me target fëmijët dhe të rinjtë mbeten të vështira për tu realizuar. Më shumë përpjekje duhen bërë për të adresuar obezitetin, dietën jo të shëndetshme, dhe

pakësimin e ndikimit të reklamave. Probleme si pijet alkoolike, yndyrnat e larta, acidet trans-yndyrore, ushqimet e përpunuara me sheqer ose kripë që synojnë fëmijët dhe të rinjtë, duhet të tërheqin më shumë vëmendje. Mësuesit, prindërit dhe mediat sociale duhet të përfshihen në mënyrë sistematike në aktivitetet parandaluese të SJT-ve. Punonjësit socialë dhe shëndetësorë në mjediset shkollore duhet të zhvillojnë kompetencat, kurrikulën dhe trajnimin lidhur me SJT-të.

Megjithëse ka disa të dhëna të paqëndrueshme që tregojnë për një përmirësim të ndërgjegjësimit dhe trajtimit të hipertensionit në kujdesin shëndetësor parësor, ky faktor rreziku i SJT-ve mbetet një problem madhor në Shqipëri dhe duhet adresuar, së bashku me diabetin, obezitetin dhe duhanpirjen, në nivel popullate.

U desh shumë kohë dhe përkrahje që më në fund të caktohen pika fokale për SJT-të në disa nivele të sistemit shëndetësor. Megjithatë, ky organizim mbetet i përkohshëm dhe ad hoc dhe duhet transformuar në njësi të përhershme kontrolli të SJT-ve, brenda strukturave të Operatorit Rajonal të Kujdesit Shëndetësor. Ata duhet të pajisen me një kuadër të qartë kompetencash dhe të marrin trajnimin e duhur. Veç kësaj, përfshirja e palëve të interesit dhe publikut në fusha të ndryshme të SJT-ve mbetet një sfidë që duhet adresuar në strategjinë e re.

Monitorimi i SJT-ve në Shqipëri ka pësuar ndryshime, që nga miratimi i programit të SJT-ve. Janë hartuar një kornizë e re indikatorësh kombëtarë për SJT-të, sisteme të rinj të kujdesit shëndetësor mbështetur në regjistrat e SJT-ve, si dhe raporte të rinj për SJT-të. Megjithëse SJT-të u përfshinë për herë të parë në ADHS 2018, të dhënat nga popullata mbeten të pakëta. Në Shqipëri duhet futur programi STEPS i OBSH-së, në mënyrë që të monitorohet më mirë progresi në rezultatet shëndetësore. Gjithashtu, matja eurvejancës së rrezikut të SJT-ve në shkolla mund të japë të dhëna thelbësore për monitorimin e politikave. Studime ekzistuese si Health Behaviour at School Study (HBSC), European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) and Youth Risky Behaviour (YRB) duhen mbështetur në vazhdimësi, që të bëhen instrumente sistematikë për informimin e politikave.

Në anën tjetër, regjistrimi i vdekjeve dhe sëmundjeve në Shqipëri duhet përmirësuar. Zbatimi e modelit ICD-10 mund të jetë një mundësi e mirë për përmirësimin e sistemit monitorues të SJT-ve.

Raporti i vlerësimit tregon se vdekshmëria e përgjithshme ndër adultët shqiptarë të moshës 30-69 vjeç, jo vetëm që nuk ka vazhduar rritjen e vëzhguar gjatë dekadës së parë të viteve 2000, por ka pësuar një rënie të lehtë, veçanërisht gjatë 5 viteve të fundit. Kjo kryesisht për shkak të një rënieje në numrin e vdekjeve nga sëmundjet respiratore kronike, dhe në një masë më të vogël, sëmundjes ishemike të zemrës dhe aksidenteve cerebrovaskulare (tek meshkujt). Po ashtu, niveli i vdekshmërisë nga kanceri në këtë grupmoshë ka patur shenja rënieje gjatë këtyre viteve. Shkaku kryesor për nivelin më të lartë të vdekshmërisë (dhe jetëgjatësinë e pritshme më të shkurtër) tek meshkujt është niveli më i lartë i vdekshmërisë nga kanceri, veçanërisht për faktin

se niveli i vdekshmërisë së meshkujve nga kanceri i mushkërisë është pesë herë më i lartë se femrat. Gjithashtu, numri më i lartë vdekjeve kardiovaskulare të parandalueshme në meshkujt e grupmoshës 30-69 vjeç barazpeshohet vetëm në moshë më të madhe, sidomos për shkak të rritjes së rrezikut të aksidenteve cerebrovaskulare tek gratë e moshës 70 vjeç e lart. Ky profil thekson nevojën e këmbënguljes në politikat e kontrollit të duhanpirjes dhe sjelljeve të tjera me rrezik.

## HYRJE

“Plani i veprimit për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme 2016-2020 në Shqipëri”, në bashkërendim të ngushtë me “Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020”, paraqet një qasje gjithëpërfshirëse duke:

- integruar politikat dhe veprimet për uljen e pabarazive në shëndet dhe kufizimin e numrit të SJT-ve me anë të zbatimit të programeve parandaluese dhe të promocionit shëndetësor në nivel popullate;
- targetimi aktiv i nën-grupeve dhe individëve me rrezik të lartë, dhe;
- maksimizimi i mbulimit të popullatës me shërbime efektive të kujdesit shëndetësor.

Aktivitetet prioritare janë grupuar në katër objektiva strategjike që përfshijnë qeverisjen, parandalimin, sistemin shëndetësor dhe survejancën. Me angazhimin dhe vizionin për të ofruar Mbulim Shëndetësor Universal, shërbime shëndetësore cilësore dhe në kohën e duhur për të gjithë banorët e Shqipërisë, Programi Shqiptar për parandalimin dhe kontrollin e SJT-ve synon që të shmangë vdekjet e parakohshme dhe të ulë ndjeshëm barrën e SJT-ve.

Plani i veprimit të SJT-ve parashikon përpjekje dhe aktivitete konkrete për të forcuar vazhdimsinë e kujdesit për menaxhimin e SJT-ve. Së fundi, kombinimi dhe integrimi i përpjekjeve të një game të gjerë aktorësh të sektorit qeveritar dhe joqeveritar do të ndihmojë në arritjen e qëllimeve për SJT-të në përputhje me “Kuadrin monitorues për SJT-të” të OBSH-së.

Plani i Veprimit të SJT-ve mbështetet mbi zhvillimet pozitive dhe progresin e përgjithshëm të Shqipërisë dhe sektorit shëndetësor në veçanti. Plani i Veprimit merr në konsideratë legjislacionin dhe kornizën rregullatore të përditësuar gjatë dekadës së fundit në Shqipëri, në bashkëpunim të ngushtë dhe me asistencë teknike nga organizata partnere dhe agjenci të ndryshme ndërkombëtare.

Plani i Veprimit të SJT-ve adreson sfidat aktuale të shëndetit publik dhe prioretet e përcaktuara nga Qeveria shqiptare, duke u fokusuar sidomos në SJT-të kryesore si sëmundjet kardiovaskulare, kanceri, diabeti dhe sëmundjet respiratore kronike.

Megjithatë, duke qenë se “Planit të Veprimit të SJT-ve 2016-2020” i ka mbaruar afati, lind nevoja për një rishikim gjithëpërfshirës të implementimi të tij, duke paraqitur kështu të dhëna të dobishme për zhvillimin e një plani të ri veprimi në Shqipëri për vitet 2021-2030.

Në këtë kontekst, ky raport vlerësimi i “Planit të Veprimit të SJT-ve 2016-2020” do të ofrojë evindencën e nevojshme për përmirësimin e ndërhyrjeve dhe programeve që do të përfshihen në Planin e Veprimit 2021-2030.

## QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

**Qëllimi** i këtij raporti është kryerja e një vlerësimi gjithëpërfshirës të “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”. Ky raport vlerësimi do të përmbajë rekomandime operacionale dhe specifike, të cilat do të ndihmojnë në zhvillimin e Planit të ri të Veprimit 2021-2030.

**Objektivat specifikë** të këtij raporti vlerësimi janë si më poshtë:

- Të vlerësojë shkallën e përmbushjes së objektivave të pritshëm të “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”.
- Të vlerësojë shkallën e implementimit të ndërhyrjeve dhe aktiviteteve të parashikuara në “Planin e Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”.
- Të japë të dhëna mbi fuqitë dhe dobësitë në implementimin e “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”.
- Të vlerësojë shpenzimet dhe kostot e lidhura me implementimin e aktiviteteve të “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”.
- Të vlerësojë arritjet që lidhen me implementimin e programeve të edukimit shëndetësor në shkolla për kontrollin dhe parandalimin e SJT-ve.
- Të vlerësojë shkallën e arritjes dhe suksesit në krijimin e një mjedisi mbështetës në shkolla sa i përket programeve të edukimit shëndetësor me qëllim kontrollin dhe parandalimin e SJT-ve.
- Të vlerësojë shkallën e arritjes/suksesit të aktiviteteve për rritjen e kapaciteteve (trajnimi dhe zhvillimi i vazhdueshëm profesional) për mësuesit dhe veçanërisht personelin shëndetësor lokal mbi kontrollin dhe parandalimin e SJT-ve.
- Të vlerësojë shkallën e shtrirjes dhe mbulimit të familjeve shqiptare dhe komuniteteve në tërësi, duke përfshirë kategoritë vulnerabël dhe të margjinalizuara.
- Të vlerësojë nivelin e pjesëmarrjes dhe kontributit të popullsisë në përgjithësi dhe grupeve specifike në implementimin e ndërhyrjes që synojnë kontrollin dhe parandalimin e SJT-ve.
- Të identifikojë, formulojë dhe rekomandojë veprime specifike dhe konkrete, si dhe ndërhyrje për Planin e ri të Veprimit 2021-2030.
- Të identifikojë, formulojë dhe rekomandojë ndërhyrje specifike dhe konkrete në promovimin shëndetësor dhe programet e edukimit shëndetësor në shkolla për Planin e ri të Veprimit 2021-2030.



## METODOLOGJIA

Metodologjia e këtij raporti vlerësimi mbështetet në qasjet e mëposhtme:

- 1) Takime këshilluese
- 2) Rishqyrtim dokumentar/Desk review (raport vlerësimi paraprak)
- 3) Intervista me informuesit kyç
- 4) Draft i konsoliduar (raport vlerësimi përfundimtar)

Secili nga hapat metodologjikë është përshkruar me hollësi më poshtë.

- 1) **Takime këshilluese:** me palët kryesore të interesit dhe ekipin e projektit “Shkollat për Shëndetin”<sup>1</sup>. Qasja për vlerësimin e planit të veprimit të SJT-ve u diskutua dhe u dakordësua me ekspertë të rëndësishëm të SJT-ve, kryesisht të Institutit të Shëndetit Publik.

Më pas, metodologjia e propozuar për rishqyrtim dokumentar (desk review) të Planit të Veprimit të SJT-ve u miratua nga ekipi i projektit “Shkollat për Shëndetin”.

**Rishqyrtim dokumentar/Desk review (raport vlerësimi paraprak):** që konsistoi në një vlerësim të hollësishëm të të gjitha ndërhyrjeve dhe aktiviteteve të kryera në kuadrin e implementimit të planit aktual të veprimit të SJT-ve, në raport me objektivat, targetet, dhe indikatorët e parashikuar. Veç kësaj, u vlerësuan edhe shpenzimet dhe kostot e lidhura me implementimin e aktiviteteve të planit të veprimit, mbështetur në të dhënat e disponueshme.

Matrica e vlerësimit të hollësishëm të çdo blloku aktiviteteve të përfshirë në “Planin e Veprimit të SJT-ve 2016-2020” paraqitet në Tabelën 1.

**TABELA 1. FORMULAR RAPORTIMI PËR IMPLEMENTIMIN E AKTIVITETEVE TË PËRFSHIRA NË “PLANIN E VEPRIMIT TË SJT-ve, 2016-2020”**

OBJEKTIVAT STRATEGJIKË	OBJEKTIVAT SPECIFIKË	TARGETI	AKTIVITETET	INDIKATORË T	REALIZIMI	KOMENTE	KOSTO
OBJEKTI VI STRATEGJIK I:1:	Objektivi specifik I.1:						

<sup>1</sup> Projekt zviceran i implementuar në Shqipëri nga “Save the Children”.

Mbështetur në informacion e mbledhur nga rishqyrtimi dokumentar (desk review), u përgatit drafti fillestar i “Raportit të Vlerësimit” të planit aktual të veprimit të SJT-ve.

- 2) **Intervista me informuesit kyç:** u kërkua reagimi i palëve të interesit duke intervistuar informues kyç, ku u përfshinë përfaqësues të institucioneve të ndryshme në nivel qendror dhe lokal.

Qëllimi i intervistimit të informuesve kyç ishte që të merret informacion i vlefshëm për të kuptuar më në hollësi arritjet kryesore, indikatorët e suksesit, shembuj konkretë të praktikave të dobishme, dhe, më e rëndësishmja, të identifikohen pengesat, vonesat dhe sfidat që mund të kenë vënë në rrezik implementimin efiçient dhe në kohë të ndërhyrjeve të përcaktuara në planin e veprimit të SJT-ve, veçanërisht aktiviteteve që synojnë fëmijët e shkollave dhe familjet e tyre.

Intervistat me informuesit kyç u realizuan me ekspertë dhe profesionistë nga institucionet e mëposhtme:

- i) *nivel qendror:* institucionet dhe organizatat kryesore të sektorit shëndetësor si Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS), Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), Drejtoria Qendrore e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (DQOSHKSH), dhe Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH);
- ii) *nivel rajonal dhe lokal:* punonjës të Drejtorive Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (DROSHKSH) dhe Njësiive Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH).

Më hollësisht, u kryen gjithsej **20 (njëzet) intervista me informuesit kyç**, që ishin përfaqësues të institucioneve dhe organizatave të mëposhtme:

- *Nivel qendror* (10 intervista me informues kyç):
  - MSHMS (3 informues kyç)
  - ISHP (4 informues kyç)
  - DQOSHKSH (2 informues kyç)
  - FSDKSH (1 informues kyç)
- *Nivel rajonal dhe lokal* (10 intervista me informues kyç):
  - DROSHKSH (4 informues kyç)
  - NJVKSH (6 informues kyç)

Lista e detajuar e informuesve kyç të intervistuar paraqitet në Aneksin 1.

Formulari i intervistës së përdorur për informuesit kyç në nivel qendror dhe lokal paraqitet në Tabelën 2.

<b>TABELA 2. FORMULARI I INTERVISTËS PËR INFORMUESIT KYÇ NË NIVEL QENDROR DHE LOKAL (N=20)</b>
<i>Karakteristika të përgjithshme: moshë; gjinia; arsimit/diploma; pozicioni i punës; profili i punës; vitet në pozicionin aktual; vitet e punës.</i>
<i>A mund të përshkruani shkurtimisht detyrat/përgjegjësitë tuaj kryesore?</i>
<i>A mund të përshkruani shkurtimisht misionin, qëllimin e punës dhe shërbimet që ofron institucioni juaj lidhur me implementimin e planit të veprimit të SJT-ve 2016-2020?</i>
<i>Sipas mendimit tuaj, a kishte të <u>dhëna</u> të mjaftueshme për të vendosur <u>prioritete</u> për qëllimin kryesor të parashikuar (të planit të veprimit)?</i>
<i>A u propozuan <u>masat</u> e përshtatshme për të arritur qëllimin përfundimtar?</i>
<i>A u <u>implementuan</u> masat dhe ndërhyrjet e aprovuara? Nëse jo, atëherë përmendni ndërhyrjet dhe aktivitetet kryesore që nuk janë implementuar dhe arsytet përkatëse (sipas mendimit tuaj).</i>
<i>A u adresuan <u>pabarazitë</u> sociale nga masat dhe ndërhyrjet e propozuara? Ju lutem përmendni të paktën një shembull.</i>
<i>A kishte burime <u>financiare</u> të mjaftueshme për implementimin e planit të veprimit? Nëse jo, atëherë specifikoni përgjigjen.</i>
<i>Sipas mendimit tuaj, cilat ishin <u>pengesat</u> dhe <u>sfidat</u> kryesore të implementimit të të gjithë aktiviteteve të përfshira në planin e veprimit të SJT-ve 2016-2020?</i>
<i>Cilat janë rekomandimet tuaja kryesore për planin e ri të veprimit 2021-2030?</i>
<b>Pyetje shtesë për informuesit kyç të sektorit lokal (specialistë të SJT-ve)</b>
<i>Sa <u>aktivitete</u> të lidhura me SJT-të keni kryer me ekipin tuaj gjatë vitit të kaluar?</i>
<i>Gjatë punës tuaj, a i jeni referuar ju dhe/ose anëtarët e ekipit tuaj Planit kombëtar të veprimit të SJT-ve 2016-2020?</i>
<i>Cilat janë <u>pengesat</u> konkrete që keni hasur në punën tuaj?</i>
<i>Çfarë duhet bërë në mënyrë që ndërhyrjet e SJT-ve të jenë më <u>efektive</u> në komunitetin tuaj?</i>
<i>Çfarë këshillash mund t'i jepni ekipit që do të përgatisë draftin e planit të ri të veprimit?</i>
<i>Çfarë <u>informacioni tjetër</u> mund të na jepni lidhur me eksperiencën tuaj të punës për kontrollin dhe parandalimin e SJT-ve?</i>

Formulari i intervistës me informuesit kyç u hartua në bashkëpunim me aktorët e rëndësishëm dhe ekipin e projektit “Save the Children” gjatë takimeve këshillues fillestarë.

- 3) **Drafti i konsoliduar (raporti përfundimtar):** gjetjet e përfuara nga intervistat me informuesit kyç u përblodhën dhe u përfshinë në draftin përfundimtar të “Raportit të Vlerësimit” të implementimit të “Planit të Veprimit të SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020”.

## REZULTATET

### 1. Procesi i zhvillimit të strategjisë

Informacioni i përfshirë në këtë seksion u bë i mundur nga analiza e opinioneve dhe eksperiencave të marra nga intervistat me informuesit kyç.

Për herë të parë në vitin 2016, Qeveria e Shqipërisë zhvilloi një strategji gjithëpërfshirëse që i konsideroi Sëmundjet jo të Transmetueshme si prioritet shëndetësor. Ky dokument u quajt “Programi Kombëtar mbi Parandalimin dhe Kontrollin e SJT-ve në Shqipëri, 2016-2020” dhe ishte i pajisur me një Plan Veprimi. Të dy dokumentet u miratuan me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë (Nr. 4963, dt. 03/10/2016), i cili përcaktonte përgjegjësitë për implementimin e tyre në departamente të ndryshëm të Ministrisë së Shëndetësisë.

#### *Faktorët që ndikuan në zhvillimin e strategjisë.*

Procesi i zhvillimit të strategjisë ndodhi në një mjedis politik mbështetës dhe nuk ishte thjesht produkt i analizave teknike. Zhvillimi i saj u parapri nga një sërë politikash, vendimesh dhe ndërhyrjesh si:

- SJT-të dhe kujdesi universal ishin pjesë e fushatës elektorale të vitit 2013 dhe u përfshinë në programin e ri të qeverisë.
- Kontrolli i SJT-ve dhe kujdesi universal ishin arsyt kryesore për Programin e kontrollit mjekësor bazë (Check-Up).
- U ngrit një Komitet Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e SJT-ve me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë gjatë gjysmës së parë të vitit 2015 (Nr. 1719, Dt. 07.04.2015). Megjithëqë në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë, Komiteti kishte natyrë ndërdisiplinore, duke përfshirë 5 përfaqësues nga ministri të tjera dhe shoqëria civile.
- Raporti Shëndetësor Kombëtar i përgatitur për herë të parë nga Instituti i Shëndetit Publik në vitin 2014, paraqiti të dhëna të hollësishme mbi barrën e SJT-ve në popullatën shqiptare dhe prioritetet shëndetësore në vendin tonë.
- Vendimi i Këshillit të Ministrave i vitit 2014 për rregullimin e sistemit të informacionit shëndetësor, përfshiu 4 modele të rinj të regjistrave të sëmundjeve, si regjistri i kancerit, atakut kardiak, aksidenteve cerebrovaskulare dhe diabetit (VKM Nr. 327, dt. 28.05.2014 ‘Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes e të raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat’.

Strategjia e re e SJT-ve u mbështet mbi këto ndërhyrje dhe shërbeu si një udhërrëfyes për të siguruar qëndrueshmërinë e tyre.

Ekipi përgjegjës për përgatitjen e këtij dokumenti përbëhej nga ekspertë të Ministrisë së Shëndetësisë, Insitutit të Shëndetit Publik dhe Spitalit Universitar. U përfshinë edhe ekspertë të tjerë nga Kujdesi Shëndetësor Parësor, Shoqëria Civile dhe Ministri të tjera, por roli i tyre ishte marginal dhe kryesisht këshillues gjatë pjesëmarrjes në takime. Megjithatë, u përfshi një numër i konsiderueshëm pjesëmarrësish gjatë aktiviteteve këshillimore.

Mbështetja kryesore u ofrua nga ekspertët e OBSH-së në Tiranë dhe OBSH Europë në Kopenhagen. Drafti parë u konceptua gjatë një takimi të ekspertëve shqiptarë me ekspertët e OBSH-së në Kopenhagen, duke u mbështetur në Strategjinë e OBSH-së për SJT-të. Strategjia u mbështet në një qasje gjithëpërfshirëse, me qëllim uljen e pabarazive shëndetësore dhe kontrollin e SJT-ve në tre nivele: promovim i shëndetit në nivel popullate, kategoritë me rrezik të lartë, dhe trajtim për të gjithë. Gjithashtu, fushat prioritare kryesore u skicuan duke u mbështetur në një strukturë të propozuar nga OBSH: Qeverisje, Parandalim, Sisteme shëndetësore dhe Survejancë.

Prioritetet dhe veprimet e strategjisë u zhvilluan pasi u analizuan të dhënat në fushën e SJT-ve dhe faktorëve të tyre të rrezikut. Veç përlllogaritjeve të barrës së SJT-ve, u përdorën të dhëna origjinale nga studimet e Institutit të Shëndetit Publik. Këto të dhëna shërbyen për të përcaktuar disa tendenca kryesore si bazë për strategjinë:

Pirja e duhanit mbetet e lartë tek meshkujt dhe kishte tendencë rritjeje tek femrat.

Mbipesha dhe obeziteti ishin në rritje së bashku me mungesën e aktivitetit fizik.

Kontrolli i presionit të lartë të gjakut dhe diabeti mbetet një problem kyç, ku shumica e popullatës mbetet e pavetëdijshme për to.

Më hollësisht, rreth 83% e informuesve kyç të përfshirë në vlerësimin e programit, raportuan se prioritetet dhe objektivat ishin mbështetur në të dhëna lokale. E njëjta përqindje e tyre ra dakord se masat e propozuara ishin të përshtatshme për të arritur qëllimin e përgjithshëm të Programit. 75% e informuesve kyç mendonin se edhe pabarazitë sociale ishin adresuar në mënyrë të përshtatshme. Në anën tjetër, vetëm një e treta (33.3%) e informuesve mendonte se burimet e dedikuara për masat dhe veprimet e Programit ishin të mjaftueshme.

Dokumenti dhe aktivitetet që ai përfshinte nuk iu bënë të ditur të gjithë personave përgjegjës për implementimin e tij. Më tepër se 34% e informuesve deklaruan se nuk ishin në dijeni të tij, ose që nuk e përdorën dokumentin e programit gjatë punës së tyre.

<b>TABELA 3. OPINIONET E STRUKTURARA TË INFORMUESVE KYÇ PËR PROGRAMIN</b>	
<i>Prioritetet dhe objektivat e Programit të SJT-ve u mbështetën në të dhëna dhe studime lokale.</i>	Plotësisht dakord 41.7% Dakord 41.7% Neutral 16.7%
<i>U propozuan masat e duhura për arritjen e qëllimit të përgjithshëm të Programit të SJT-ve.</i>	Plotësisht dakord 16.7% Dakord 66.7% Neutral 16.7%
<i>Pabarazitë sociale u adresuan në mënyrë të përshtatshme nëpërmjet masave dhe veprimeve.</i>	Plotësisht dakord 8.3% Dakord 66.7% Neutral 25.0%
<i>Kishte burime të dedikuara të mjaftueshme për implementimin e Programit të SJT-ve.</i>	Dakord 33.3% Neutral 50.0% Nuk jam dakord 16.7%
<i>Gjatë punës, unë ose anëtarë të ekipit tim kemi konsultuar dokumentin e Programit të SJT-ve.</i>	Plotësisht dakord 8.3% Dakord 58.3% Neutral 25.0% Nuk jam dakord 8.3%

### ***Probleme të lidhura me procesin e zhvillimit të strategjisë dhe strukturën e saj***

- Strategjia duhet kuptuar si një program ndërdisiplinar, me shumë veprime që i tejkalojnë kufijtë tradicionalë të sistemit shëndetësor apo jashtë institucioneve në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë. Megjithatë, përfaqësues nga palët më të rëndësishme të interesit, si qeverisja lokale dhe industria ushqimore, nuk morën pjesë në procesin e zhvillimit të strategjisë. Veç kësaj, përfshirja e palëve të tjera (ministri të tjera, shoqëri civile, etj.) mbeti e vogël ose e papërfillshme.
- Vendimet për Komitetin Kombëtar të SJT-ve dhe miratimi i strategjisë merren vetëm nga Ministri i Shëndetësisë dhe nuk përfshijnë partnerë të tjerë në qeveri.
- U zhvillua një proces formal këshillimi, por miratimi i strategjisë nuk u pasua me një fushatë të organizuar për promovimin e vizionit, synimeve dhe veprime të reja, me qëllim

përfshirjen e të gjithë aktorëve potencialë dhe rritjen e ndërgjegjësimit për sfidat dhe mundësitë.

- Dokumenti nuk i referohet qartë strategjive të tjera në fushën e SJT-ve, si Strategjisë së Kontrollit të Kancerit ose Reduktimit të Përdorimit të Dëmshëm të Alkoolit. Gjithashtu, dokumenti nuk trajton disa probleme të lidhur me SJT-të, si sëmundjet respiratore kronike, shëndetin oral ose sëmundje të tjera të rralla (politikat për kategorinë e fundit janë kërkesa specifike të procesit të integritimit në BE).
- Ndonëse e strukturuar mirë, strategjia dhe plani i saj i veprimit nuk janë plotësisht në përputhje me formatin e ri të miratuar nga Këshilli i Ministrave për dokumentat e politikave kombëtare. Formatin e ri mundëson ndër-referenca të hollësishme me politika të tjera të qeverisë, si dhe monitorim të strukturuar të indikatorëve.

## **2. Implementimi i aktiviteteve të përfshira në planin e veprimit**

Fushat prioritare të planit të veprimit të sëmundjeve jo të transmetueshme 2016-2020 u organizuan brenda 4 objektivave strategjikë: qeverisja, parandalimi, sistemi shëndetësor dhe survejanca. Vlerësimi ndjek këto fusha gjatë analizës së implementimit të tyre. Një vlerësim më i strukturuar sipas çdo objekti dhe aktiviteti paraqitet në një matricë të veçantë (Aneksi 2 i këtij raporti).

Në total, 75% e informuesve kyç besojnë se veprimet dhe masat e duhura të planifikuara në dokumentin e Programit janë implementuar.

### *I. Qeverisja: Forcimi dhe zgjerimi i bashkëpunimit ndërsektorial dhe partnershipit në SJT*

Sa i përket këtij objekti strategjik, ishin parashikuar 14 (katërmëdhjetë) aktivitete, nga të cilat 9 (nëntë) prej tyre ishin arritur plotësisht dhe 5 (pesë) prej tyre vetëm pjesërisht.

Një vlerësim i kujdesshëm i aktiviteteve me qëllim arritjen objektivave të *qeverisjes*, zbuloi se karakteristikat kryesore të *suksesit* për veprimet e arritura plotësisht ishin:

- vendosja e IC, pikës fokale, etj. është e arritshme;
- zhvillimi i rekomandimeve, strategjive, përfshi SJT-të në programe ose strategji të ndryshme etj. është e arritshme;
- prioritet i lartë politik (për shembull PPP-të);
- rishikimi, përditësimi, ndryshimi, adaptimi i legjislacionit dhe rregulloreve është i arritshëm;
- identifikimi i targeteve, përgjegjësive dhe hapave është i arritshëm, dhe;
- hartimi i raporteve të fizibilitetit është i arritshëm.

Me fjalë të tjera, duket se aktivitetet e kryera plotësisht janë ato që kërkojnë kryesisht shqyrtim dhe arsyetim teorik; përndryshe, prioriteti i lartë politik është i nevojshëm për suksesin dhe implementimin e aktiviteteve përkatëse.

Karakteristikat kryesore *penguese* të aktiviteteve të arritura pjesërisht përfshinin:

- vështirësi për t'iu përmbajtur takimeve të rregullta të planifikuara;
- bashkëpunimi ndërsektorial për parandalimin dhe kontrollin e SJT-ve është i vështirë;
- implementimi i rekomandimeve është i vështirë;
- përfshirja e palëve të interesit dhe publikut në fusha të ndryshme të SJT-ve është i vështirë;
- shtimi i burimeve njerëzore dedikuar SJT-ve është disi i vështirë.

Aktivitetet e arritura pjesërisht duket se janë ato që kërkojnë implementim aktual në terren (zbatimi i teorisë në praktikë ose “të bërit e gjërave”).

*II. Parandalimi: Përshkallëzimi i ndërhyrjeve (equity-sensitive) në popullatë për adresimin e faktorëve të riskut dhe determinantëve kryesorë social.*

Sa i përket këtij objektivi strategjik, ishin parashikuar 42 (dyzet e dy) aktivitete, nga të cilat 20 (njëzet) u arritën plotësisht, 10 (dhjetë) u arritën pjesërisht dhe 12 (dymbëdhjetë) nuk u arritën.

Një vlerësim i kujdesshëm i aktiviteteve me synim arritjen e objektivave të lidhur me *parandalimin*, zbuloi se karakteristikat kryesore të *suksesit* për veprimet e arritura plotësisht ishin:

- rritja e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës të inspektoriatit shëndetësor është e arritshme;
- vullneti politik për vendosjen e taksave;
- zhvillimi i protokolleve, udhëzimeve, kuadrit rregullator mbi alkoolin dhe duhanin etj. është i arritshëm;
- trajnimi dhe fushatat kundër alkoolit, duhanit, aktivitetit fizik dhe ushqyerjes janë të arritshme;
- prioriteti i lartë politik për të implementuar programe të caktuara parandalimi (Check-up).

Me fjalë të tjera, aktivitetet parandaluese që kanë më shumë gjasa për sukses janë ata që merren me burimet njerëzore dhe infrastrukturën për fuqizimin e inspektoriatit shëndetësor, vendosja e taksave dhe implementimi i prioritetit të lartë politik, si dhe aktivitetet që kërkojnë shqyrtim dhe arsyetim teorik. Trajnimi i stafit të kujdesit shëndetësor parësor është gjithashtu i arritshëm.

Karakteristikat kryesore *penguese* të aktiviteteve të arritura pjesërisht përfshinin:

- vlerësimi i impaktit të ndërhyrjeve është i vështirë;



- rishikimi i rregulloreve/iniciativave ekzistuese që lidhen me ndikimin e reklamave për ushqimet dhe pijet jo alkoolike për fëmijë është i vështirë;
- organizimi i tryezave të rrumbullakta për të ndryshuar rregulloret që lidhen me reduktimin e ndikimit të reklamave të ushqimeve për fëmijë është i vështirë;
- rritja e burimeve njerëzore dedikuar aktiviteteve parandaluese të veçanta është e vështirë.
- bashkëpunimi ndërsektorial dhe brenda sektorit për paralandalimin dhe kontrollin e SJT-ve është i vështirë;
- trajnimi i stafit shëndetësor në shkolla për aktivitetin fizik dhe dietën është i vështirë.

Thënë ndryshe, aktivitetet që merren me vlerësimin e impaktit të ndërhyrjeve, me reduktimin ndikimit të reklamave, dhe aktivitetet që kërkojnë bashkëpunim ndërmjet palëve të interesit ka gjasë që të arrihen vetëm pjesërisht.

Karakteristikat kryesore të *dështimit* të aktiviteteve të pakryera:

- shtimi i një produkti në listën e drogave të rimbursueshme;
- ngritja e infrastrukturës së re për të mbështetur aktivitete të ndryshme parandaluese;
- aktiviteti fizik dhe ushqyerja konsiderohen më pak të rëndësishme se alkooli dhe duhani, pra nuk marrin vëmendjen e duhur;
- të shkuarit kundër rrjedhës së tregut dhe reklamës (p.sh. acidet trans-yndyrore, reduktimi i kripës).

Në mënyrë të përmbledhur, aktivitetet parandaluese që kërkojnë burime të mëdha financiare, ata që shkojnë kundër interesave të industrisë ushqimore për mallrat të caktuar, dhe aktivitetet që nuk konsiderohen si prioritare ka shumë gjasë që të dështojnë.

*III. Sistemi shëndetësor: Forcimi i integritit, llogaridhënies dhe përdorimit racional të shërbimit për përmirësimin e menaxhimit të SJT-ve.*

Ky objektivi strategjik përfshinte 30 (tridhjetë) aktivitete, nga të cilët 20 (njëzet) u arritën plotësisht dhe 10 (dhjetë) prej tyre u arritën pjesërisht.

Një shqyrtim i kujdesshëm i aktiviteteve që lidhen me objektivat e sistemit shëndetësor zbuloi se karakteristikat kryesore të *suksesit* për veprimet e arritura plotësisht ishin:

- kryerja e vlerësimit të sistemit shëndetësor, udhëzimeve dhe rrugëve klinike, raportet e monitorimit, etj. janë të arritshme;
- trajnimi i stafit shëndetësor dhe stafit të urgjencës janë të arritshme;
- organizimi i konferencave për të paraqitur rezultatet e ndërhyrjeve është i arritshëm;
- rritja e numrit të qendrave të kemioterapisë është e arritshme;

- prioritet i lartë politik (p.sh. kujdesi dhe rrjeti i urgjencës, zgjerimi i mbulimit universal, paketa check-up, stimuj për të mbuluar fusha jashtë shërbimeve të SJT-ve, sistem ricertifikimi për mjekët dhe infermieret, mbulimi i kujdesit spitalor privat nga FSDKSH, implementimi i gjetjeve dhe rekomandimeve nga depistimi pilot i kancerit të qafës së mitrës, sistem gjurmimi për drogat, etj.)

Me fjalë të tjera, aktivitetet që kanë të bëjnë me shqyrtim dhe arsyetim teorik dhe kanë prioritet të lartë politik ka shumë gjasë që të kenë sukses.

Karakteristikat kryesore *penguese* të aktiviteteve të arritura pjesërisht përfshinin:

- shtimi i indikatorëve të rinj për monitorimin e cilësisë së kujdesit është i vështirë;
- raportet që vlerësojnë cilësinë e kujdesit dhe përdorimin racional të teknologjisë është i vështirë;
- shtimi i produkteve në listën e barnave të rimbursueshme është i vështirë;
- krijimi i modeleve dhe ngritja e kabineteve për edukimin e pacientit është e vështirë;
- zgjerimi i shërbimeve të kujdesit paliativ dhe trajnimi i stafit të kujdesit shëndetësor për të është i vështirë;
- balancimi i shpërndarjes së stafit shëndetësor të SJT-ve është i vështirë.

Në mënyrë të përmbledhur, aktivitetet që lidhen me monitorimin dhe vlerësimin e cilësisë së kujdesit, aktivitetet me kërkesa financiare dhe alokim të burimeve njerëzore të SJT-ve kanë më shumë gjasë të arrihen vetëm pjesërisht.

IV. *Survejanca dhe kërkimi shkencor: Krijimi i një sistemi survejance të koordinuar dhe gjithëpërfshirës*

Sa i përket këtij objektivi strategjik, ishin parashikuar 22 (njëzet e dy) aktivitete, nga të cilët 12 (dymbëdhjetë) prej tyre u arritën plotësisht, 8 (tetë) u arritën pjesërisht dhe 2 (dy) nuk u arritën.

Një vlerësim i kujdesshëm i aktiviteteve me qëllim arritjen e objektivave të *survejancës dhe kërkimit shkencor* zbuluan se karakteristikat kryesore të *suksesit* për veprimet e arritura plotësisht ishin:

- Vullnet dhe prioritet i lartë politik (survejanca e ushqyerjes së fëmijëve nën 5 vjeç, krijimi i regjistrave kombëtare të SJT-ve, sistemi eHealth);
- Përgatitja e manualeve, raporteve, publikimeve, konferencave, analizave të disagreguara;
- Standardizimi i anketave kombëtare për të qenë në përputhje me indikatorët ndërkombëtarë.

Mund të arrijmë në përfundimin se aktivitetet e këtij objektivi strategjik të arritur plotësisht janë

ato që kërkojnë kryesisht shqyrtim dhe arsyetim teorik; përndryshe, vullneti i fortë politik është i nevojshëm për suksesin dhe implementimin e aktiviteteve përkatëse.

Karakteristikat kryesore *penguese* të aktiviteteve të arritura pjesërisht përfshinin:

- përfundimi i aktiviteteve të planifikuara është i vështirë (p.sh. implementimi i ICD-10, indikatorët e cilësisë së Check-up);
- kryerja e anketave kombëtare periodike është e vështirë (p.sh., HBSC, COSI, GYTS, ESPAD, YRBS, GPS, etj.);
- disagregimi i të dhënave për të dhënat e shërbimeve është i vështirë;
- shtimi i numrit të ekspertëve të trajnuar në vlerësimin e impaktit në shëndet është i vështirë.

Me fjalë të tjera, anketat periodike dhe aktivitetet që lidhen me elementë sensitivë ka gjasë që të arrihen vetëm pjesërisht.

Karakteristikat kryesore *të dështimit* të aktiviteteve të pakryera:

- Mekanizmi koordinues për menaxhimin e përditësimeve dhe adaptimin e informacionit shëndetësor sipas ICD-10 nuk është realizuar;
- Krijimi i një programi shkëmbimi me Qendrën Evropiane.

Në mënyrë të përmbledhur, aktivitetet që varen nga elementë që mund të kenë impakt tek SJT-të (p.sh. informacioni shëndetësor i SJT-ve) dhe aktivitetet që kërkojnë bashkëpunim ndërmjet palëve të interesit ka gjasë që të dështojnë.

### **3. Progresi në arritjen e objektivave të SJT-ve dhe forcimi i përgjigjes së sistemit**

Programi kombëtar i parandalimit dhe kontrollit të SJT-ve duhet të sillte ndryshime direkte ose indirekte në rezultatet shëndetësore, si dhe në indikatorët e sistemit shëndetësor.

Ka patur mjaft procese dhe instrumente monitorimi të realizuar gjatë periudhës që mbulon strategjinë dhe nën ndikimin direkt të saj. Ata janë të vlefshëm për matjen e progresit në terma të rezultateve shëndetësore të lidhura me SJT-të. Gjithashtu, ata mund të jenë të vlefshëm për të dhënë evidencë rreth efektivitetit të disa ndërhyrjeve të implementuara.

Instrumentat e monitorimit të zhvilluar dhe proceset e realizuar ishin:

- Plani i monitorimit të SJT-ve dhe progresi në kontrollin e tyre në Shqipëri gjeneroi një kornizë indikatorësh dhe metadata për to. Këto ndihmuan në standardizimin e monitorimit në disa nivele:

Ekspozimet
Faktorët e rrezikut që lidhin me stilin e jetës: duhanpirja, dieta, mungesa e aktivitetit fizik, abuzimi me alkoolin. Faktorët metabolik të rrezikut: hipertensioni, mbipësia/obeziteti, kolesterolit i lartë, niveli i lartë i sheqerit. Determinantët socialë: arsimit, të ardhurat, aksesit në shërbimet shëndetësore.
Rezultatet shëndetësore
Niveli vdekshmërisë: niveli i vdekshmërisë sipas sëmundjeve specifike. Sëmundshmëria: incidenca dhe/ose prevalenca e nivelit të sëmundshmërisë për SJT specifike
Vlerësimi i kapaciteteve të sistemit shëndetësor
Vlerësimi i ndërhyrjeve dhe kapaciteteve: Infrastruktura dhe burimet, politikat dhe programet, aksesit dhe mbulimi me shërbime esenciale për zbulimin e hershëm, trajtimin ose urgjencat.

- Mbështetur në kornizën e mësipërme, Instituti i Shëndetit Publik përgatiti për herë të parë një raport kombëtar mbi SJT-të<sup>2</sup>.
- Siç ishte planifikuar në strategjinë e SJT-ve, u përfshi një modul i ri për SJT-të në Studimin Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2018<sup>3</sup>.
- U organizua një forum kombëtar mbi SJT-të nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në bashkëpunim me Institutin e Shëndetit Publik në vitin 2019. Forumi shërbeu edhe si një provë për vlerësimin afatmesëm të strategjisë së SJT-ve<sup>4</sup>.
- Instituti i Shëndetit Publik përgatiti një buletin për programin e Check-up në vitin 2018, dhe më pas u organizua një forum me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale<sup>5</sup>.
- Një ekip ekspertësh, me mbështetjen e UNFPA-së, përgatiti një raport kombëtar mbi sfidat demografike dhe shëndetësore në Shqipëri në Shekullin e 21-të, në vitin 2020. Për herë të parë, raporti përfshinte një analizë gjithëpërfshirëse të rezultateve shëndetësore dhe faktorëve të rrezikut të SJT-ve<sup>6</sup>.
- Fakulteti i Mjekësisë dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me mbështetjen e OBSH-së, analizoi progresin e Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm. SJT-të dhe faktorët përkatës të rrezikut u paraqitën në një raport të zgjeruar.

<sup>2</sup> Instituti i Shëndetit Publik. Raporti Kombëtar mbi Sëmundjet Jo Të Transmetueshme. Vdekshmëria, Sëmundshmëria dhe Faktorët e Riskut. 2018

<sup>3</sup> Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik, dhe ICF. 2018. Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2017-18. Tiranë, Shqipëri: INSTAT, ISHP, dhe ICF.

<sup>4</sup> Instituti i Shëndetit Publik, MSHMS. Forumi mbi SJI-të, 2019. I pa botuar.

<sup>5</sup> Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Instituti i Shëndetit Publik. Buletin: Programi i Kontrollit Shëndetësor Bazë “Si je?”, Prill 2018.

<sup>6</sup> Gjonca A., Burazeri G., Ylli A. Sfidat Demografike dhe Shëndetësore të Shqipërisë në Shekullin 21. Janar 2021. UNFPA.

Të gjithë indikatorët dhe tendencat e analizuara në raportet e lartpërmendur japin një vlerësim të progresit në rezultatet shëndetësore të SJT-ve. Në këtë seksion, shqyrtohet ky vlerësim sipas ‘Objektivave të përgjithshëm’, siç janë rreshtuar në Strategjinë e SJT-ve;

- ***Objektivi 1. Stop rritjes së vdekjes parakohe nga SJT: Mundësisë të pakushtëzuar të vdekjes nga moshë 30-70 vjeç nga SKV, kanceri, diabeti apo sëmundje kronike respiratore.***

Vlerësimi tregon se niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë ndër adultët shqiptarë të moshës 30-69 vjeç jo vetëm që nuk ka vazhduar rritjen e vëzhguar gjatë dekadës së parë të viteve 2000, por ka filluar të ulet lehtë, sidomos gjatë 5 viteve të fundit. Kjo kryesisht për shkak të uljes së numrit të vdekjeve nga sëmundjet respiratore kronike dhe, në një shkallë më të vogël, sëmundjes ishemike të zemrës dhe aksidenteve cerebrovaskulare (tek meshkujt). Gjithashtu, niveli i vdekshmërisë nga kanceri në këtë grupmoshë ka patur shenja rënieje gjatë këtyre viteve.

Sëmundja ishemike e zemrës pësoi një rënie tek meshkujt (rreth 82 vdekje në 2014 krahasuar me 67 vdekje për 100,000 banorë në 2018), por më pak tek femrat (përkatësisht 29 vs. 28 vdekje për 100,000 banorë). Po kështu, niveli i vdekshmërisë nga aksidentet cerebrovaskulare në grupmoshën 30-69 vjeç u ul për meshkujt, por mbeti e pandryshuar për femrat.

Niveli i vdekshmërisë nga të gjitha neoplazmat për grup-moshën 30-69 vjeç në të dy gjinitë ka shfaqur shenja rënieje që nga viti 2014. Megjithatë, niveli i vdekshmërisë nga kanceri i mushkërisë nuk ka pësuar ndryshime domethënëse gjatë viteve të fundit; në 2018, ishte gati pesë herë më i lartë tek meshkujt se sa tek femrat (rreth 50 dhe 11 vdekje për 100,000 banorë, përkatësisht). Në vitin 2018, numri i vdekjeve nga kanceri i gjirit ndër femrat shqiptare të moshës 30-69 vjeç ishte 23.6 për 100,000 banorë, me një rënie të papërfillshme krahasuar me vitin 2014 (24.7 vdekje për 100,000 banorë).

Niveli i vdekshmërisë nga diabeti në vitin 2018 ishte 5.6 dhe 4.2 vdekje për 100,000 banorë në meshkujt dhe femrat e grupmoshës 30-69 vjeç dhe nuk ka patur ndryshime domethënëse gjatë 5 viteve të fundit.

Numri i vdekjeve nga sëmundjet respiratore kronike duket se ka pësuar ulje për të dy gjinitë gjatë shtatë viteve të fundit të raportimit, siç tregohet në tabelën 4.

Shkaku kryesor për nivelin më të lartë të vdekshmërisë (dhe jetëgjatësinë e pritshme më të shkurtër) të meshkujve është niveli më i lartë i vdekshmërisë nga kanceri, sidomos për faktin se niveli i vdekshmërisë nga kanceri i mushkërisë është pesë herë më i lartë tek meshkujt se sa tek femrat. Gjithashtu, numri më i lartë vdekjeve kardiovaskulare të parandalueshme në meshkujt e grupmoshës 30-69 vjeç barazpeshohet vetëm në moshë më të madhe, sidomos për shkak të rritjes së rrezikut të aksidenteve cerebrovaskulare tek gratë e moshës 70 vjeç e lart.

Ky profil thekson nevojën e këmbënguljes në politikat e kontrollit të duhanpirjes dhe sjelljeve të tjera me rrezik.

**TABELA 4. VDEKSHMËRIA E PËRGJITHSHME DHE SPECIFIKE PËR SËMUNDJE TË CAKTUARA GJATË VITEVE 2012-2018 NË POPULLATËN SHQIPTARE TË GRUPMOSHËS 30-69 VJEÇ**

Të gjithë shkaqet (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								Tendenca
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Total	404.4	396.1	395.4	401.5	385.8	393.8	384.9	Rënie e lehtë
Sëmundje kardiovaskulare (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	214.1	206.7	211.3	216.6	210.9	215.6	209.5	
Femra	104.5	108.6	102.1	109.9	108.1	115.7	112.9	
Total	158.5	157.1	156.2	162.9	159.3	165.3	160.8	Stabël
Sëmundja ishemike e zemrës (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	87.6	78.0	82.4	80.5	63.0	80.1	67.3	
Femra	31.4	31.5	28.6	27.1	24.8	31.3	27.6	
Total	59.1	54.5	55.2	53.7	43.8	55.6	47.3	Rënie e lehtë
Aksidente cerebrovaskulare (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	47.1	44.8	47.6	45.6	42.9	39.6	34.3	
Femra	29.3	32.7	28.0	31.3	27.5	33.6	28.7	
Total	38.1	38.7	37.7	38.4	35.2	36.5	31.5	Rënie e lehtë
Neoplazmat (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	169.2	167.6	169.1	166.0	151.9	154.4	160.1	
Femra	107.6	99.7	108.2	104.7	102.9	101.9	101.2	
Total	137.9	133.3	138.4	135.2	127.3	128.0	130.4	Rënie e lehtë
Kanceri i mushkërisë (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	49.3	54.0	48.5	50.6	44.5	47.4	49.6	
Femra	9.2	9.8	11.6	11.0	11.6	10.9	10.9	
Total	29.0	31.6	29.9	30.6	28.0	29.1	30.1	Stabël
Kanceri i gjirit (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Femra	27.1	22.3	24.7	23.1	20.5	23.9	23.6	
Total	13.8	11.3	12.4	11.6	10.3	12.0	11.9	Stabël
Diabeti (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	6.1	6.0	4.4	5.1	4.6	4.4	5.6	
Femra	4.3	4.2	3.9	7.1	4.6	3.8	4.2	
Total	5.1	5.1	4.2	6.1	4.6	4.1	4.9	Stabël
Sëmundja respiratore kronike (numri i vdekjeve për 100,000 banorë)								

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Meshkuj	5.3	4.0	3.7	6.4	4.9	4.2	3.7	
Femra	1.8	1.8	1.0	2.6	2.0	1.8	0.8	
Total	3.5	2.9	2.3	4.5	3.5	3.0	2.3	Rënie e lehtë

Analiza e bazuar në të dhënat e INSTAT.

Sipas përlogaritjeve të Barrës Globale të Sëmundjeve (Global Burden of Disease, GBD) numri i standardizuar i vdekjeve në Shqipëri (vdekje nga të gjitha SJT-të për 100,000 banorë, standardizuar sipas moshës) shfaq një tendencë të fortë zbritëse, sidomos gjatë 2 viteve të parë të Strategjisë. Kjo tendencë vihet re pas një rritje që vazhdoi gjatë dekadës së parë të viteve 2000. Kjo tregon për ndikimin që ka ndryshimi i strukturës moshore në tendencat e vdekshmërisë nga SJT-të.

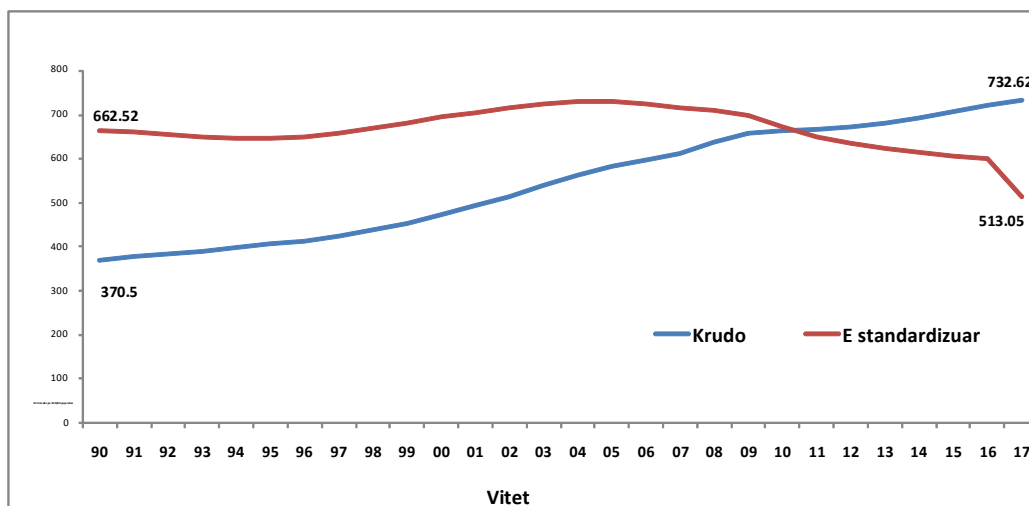


Figura 1. Numri i vdekjeve krudo dhe i standardizuar nga SJT-të në Shqipëri, 1990-2017

- **Objektivi 2. Alkooli. Ndalimi i rritjes e përdorimit të dëmshëm të alkoolit në femra. Reduktimi i përdorimit të dëmshëm të alkoolit në meshkuj. Ndalimit të rritjes së përdorimit të tepërt “binge drinking” tek adoleshentët.**

Për fat të keq, të dhënat mbi përdorimin e alkoolit në Shqipëri nuk janë të plota. Ndërkohë që pirja e duhanit është dokumentuar në një mënyrë të standardizuar gjatë 2 dekadave të fundit, mungojnë të dhëna të fundit mbi abuzimin me alkoolin, veçanërisht për indikatorin ‘binge drinking’.

Tendencat kohore mbështetur në të dhënat kombëtare (ADHS, RHS) tregojnë një ulje të prevalencës së pirjes  $\geq 5$  ditë në javë gjatë vitit të fundit ndër personat e moshave 15-49 vjeç, ndërsa prevalenca e pirjes në femra mbetet e qëndrueshme.

Gjithashtu, ka një ulje të prevalencës së *episodeve të dehjeve gjatë jetës tek fëmijët* siç tregohet nga HBSC 2018 krahasuar me HBSC 2013/14. Kështu, në studimin HBSC 2013/14, 13.6% e të rinjve raportuan një episod dehjeje krahasuar me 9.8% të HBSC 2017/18; 4.7% raportuan 2-3 episode dehjeje në 2013/14 vs. 3.4% në 2017/18.

**TABELA 5. TENDENCAT PËRDORIMIT TË DËMSHËM TË ALKOOLIT NË SHQIPËRI, MBËSHTETUR NË BURIME TË NDRYSHME KOMBËTARE**

<b>Anketa /burimi</b>	<b>Indikatori</b>	<b>Mosha</b>	<b>Gjinia</b>	<b>Vlera e indikatorit (dhe viti)</b>			<b>Tendenca</b>
ADHS, 2008-09, 2017-18, RHS 2002	Prevalenca (%) e pirjes $\geq 5$ ditë në javë gjatë vitit të fundit	15-49	Meshkuj	41.1% (2002)	16.3 (2008)	6.4 (2018)	Rënie e ndjeshme
		15-49 (15-44 in RHS)	Femra	4.8 (2002)	0.8 (2008)	0.8 (2018)	Rënie
Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore (HBSC), 2013-14, 2019	Përqindja (%) e numrit të dehjeve gjatë jetës	11, 13, 15	Të dy		19.5% (2014)	14.2% (2018)	Rënie



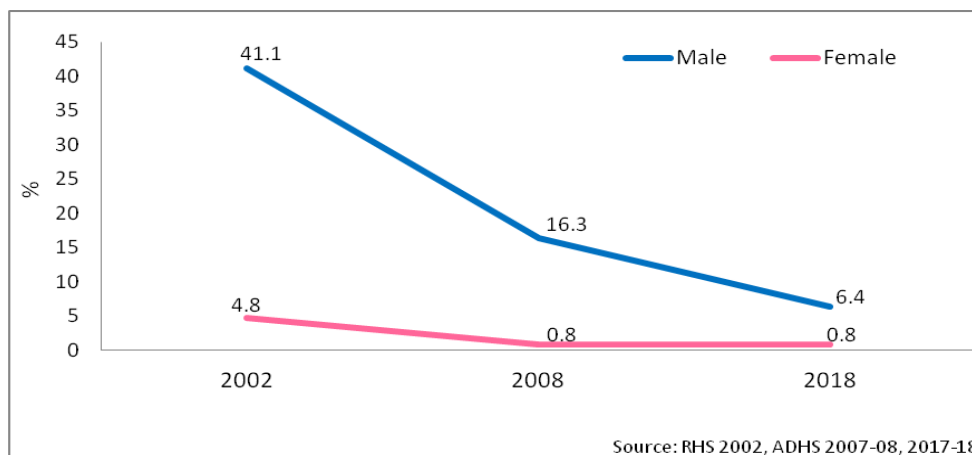


Figura 2. Prevalenca (%) e pirjes  $\geq 5$  ditë në javë gjatë vitit të fundit

- **Objektivi 3. Duhanpirja. Reduktimi i prevalencës së duhanit tek adoleshentët. Ndalimi i rritjes së prevalencës tek femrat. Reduktimi i prevalencës tek të rriturit.**

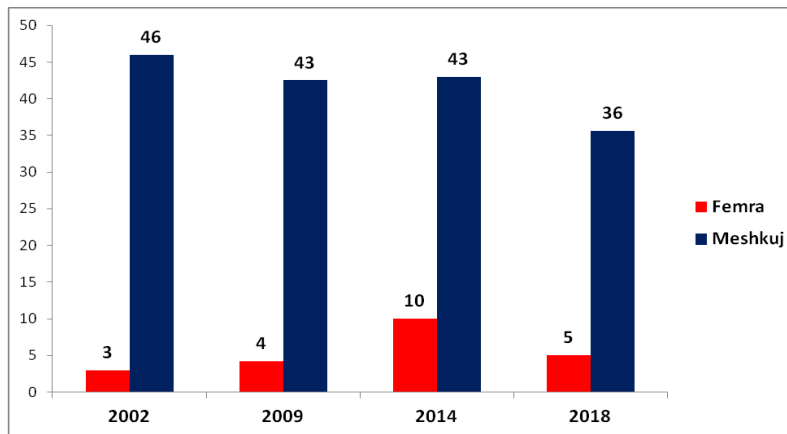
Të dhënat mbi duhanpirjen në Shqipëri mbështeten në anketa periodike në popullatë, të cilat janë bërë mbi grupmosha të ndryshme. Krahasimi i tri studimeve të mëdha që përdorin të njëjtën metodologji, siç janë Anketa e Shëndetit Riprodhues dhe dy raundet e ADHS, tregon për një ulje graduale të prevalencës së duhanpirjes te meshkujt e moshës 15-49 vjeç (nga 46% në vitin 2002, në 36% në 2018), por edhe për një rritje të lehtë graduale te femrat (nga 3% në vitin 2002, në 5% në 2018). Megjithatë, po të krahasohet me të dhënat e GPS 2014, edhe tendenca tek femrat shfaq shenja ngadalësimi.

Në anën tjetër, dy raundet e studimit të “Sjelljeve të shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollorë” (HBSC) 2013-14 dhe 2019 tregojnë se prevalenca e duhanpirjes tek fëmijët ka mbetur e pandryshuar.

**TABELA 6. TENDENCAT E DUHANPIRJES NË SHQIPËRI, NGA BURIME TË NDRYSHME KOMBËTARE DHE NDËRKOMBËTARE**

Anketa/burimi	Indikatori	Mosha	Gjinia	Vlera e indikatorit (dhe viti)				Tendenca
Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)	Prevalenca e duhanpirjes së përditshme %	10+	Të dy	48.3 (1990)	52.2 (2000)	51.2 (2010)	52.8 (2018)	Stabël
ADHS, 2008-09, 2017-18,	Prevalenca (%) e	15-49	Meshkuj		46.3 (2002)	42.5 (2008)	35.3 (2018)	Rënie e fortë

RHS 2002	duhanpirjes aktuale	15-49	Femra		3.0 (2002)	4.2 (2008)	5.0 (2018)	Rritje
	Ndër duhanpirësit, % e atyre që kanë pirë 10+ cigare gjatë 24 orëve të fundit	15-49	Meshkuj			92.8 (2008)	89.7 (2018)	Rënie e lehtë
			Femra			61.0 (2008)	54.5 (2018)	Rënie e moderuar
Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollë (HBSC), 2013-14, 2018	Përqindja (%) që ka pirë duhan muajin e fundit	11, 13, 15	Të dy			4.4 (2014)	4.5 (2018)	Stabël
			Meshkuj			6.8 (2014)	6.7 (2018)	Stabël
			Femra			2.2 (2014)	2.7 (2018)	Rritje e lehtë



**Figura 3. Tendanca e duhanpirjes. Anketat kombëtare në popullatë**

- **Objektivi 4. Aktiviteti fizik. Reduktimi i inaktivitetit fizik tek fëmijët e moshës shkollë me 10 %.**

Për fat të keq, aktiviteti fizik nuk është monitoruar në mënyrë sistematike për moshë të ndryshme të popullsisë shqiptare. Në popullatën e përgjithshme u mat për herë të parë nga ADHS 2018 dhe nga një anketë me të moshuar në vitin 2017. I vetmi studim që na mundëson vëzhgimin e tendencave kohore është anketa mbi “Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollë”

(HBSC), raundi i parë 2013-14 i së cilës u pasua nga raundi i dytë në vitin 2019. Krahasimi tregon një përmirësim të lehtë sa i përket prevalencës së aktivitetit fizik tek djemtë dhe vajzat.

<b>TABELA 7. TENDENCAT E AKTIVITETIT FIZIK SIPAS BURIMEVE TË NDRYSHME KOMBËTARE</b>						
<b>Anketa/burimi</b>	<b>Indikatori</b>	<b>Mosha</b>	<b>Gjinia</b>	<b>Vlera e indikatorit (dhe viti)</b>		<b>Tendenca</b>
ADHS, 2017-18	Prevalenca (%) e praktikimit të ushtrimeve të përjavshme që rritin rrahjet e zemrës dhe frymëmarrjen	15-49	Meshkuj		24.4 (2018)	NA
			Femra		18.4 (2018)	NA
MOSHA 2016-2017	Prevalenca (%) e atyre që kanë zhvilluar një aktivitet fizik specifik ose sport gjatë vitit të fundit.	>65	Meshkuj	17.9	2017	NA
		>65	Femra	10.9	2017	NA
Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore (HBSC), 2013-14, 2018	Prevalenca (%) e fëmijëve që kryejnë aktivitet fizik për $\geq 3$ ditë në javë	11, 13, 15	Të dy	74.2 (2013)	77.4 (2018)	Rritje (përmirësim)
			Meshkuj	82.0 (2013)	86.8 (2019)	Rritje (përmirësim)
	Prevalenca (%) e jetës sedentare në fundjavë (TV ose përdorim i pajisjeve elektronike për $\geq 2$ orë në ditë)	11, 13, 15	Femra	70.0 (2013)	73.8 (2019)	Rritje (përmirësim)
			Të dy	74.6 (2103)		NA

- **Objektivi 5. Presioni i lartë arterial. Reduktim relativ i prevalencës me 10%.**

Ndërkohë që disa burime ofrojnë të dhëna mbi presionin e lartë arterial, ka një mungesë vazhdimësie në të dhënat e standardizuara. Shtrimet në spital dhe rastet e raportuara të regjistruar në kujdesin shëndetësor parësor ndikohen nga përdorimi i kujdesit shëndetësor dhe nuk reflektojnë me vërtetësi prevalencën e këtij në problemi në popullatë. Analizat e tendencave kohore të hipertensionit në kujdesin shëndetësor tregojnë se, megjithëqë ka patur rritje të të

regjistruarve në kujdesin shëndetësor parësor, numri i të shtruarve në spital është i qëndrueshëm ose në ulje. Ky profil mund të reflektojë një menaxhim më të mirë të hipertensionit në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor pas fillimit të programit Check-up. Kjo gjetje konfirmohet edhe nga një tjetër studim tek të moshuarit, i cili tregoi se hipertensioni i rëndë pothuajse është përgjysmuar (nga 29.2% në 14.8%) në kujdesin shëndetësor parësor në Tiranë. Studimi Muaji Maj i Matjes (MMM) së presionit arterial në vitin 2018 dhe 2019 evidentoi rritje të nivelit të ndërgjegjësimit (nga 52% në 65%).

Në anën tjetër, për të monitoruar në mënyrë korrekte objektivin 5 të strategjisë së SJT-ve duhen bërë studime në popullatë. Studime të tilla janë të rralla dhe të largëta në kohë. Gjithashtu, metodat e përdorura në këto studime mund të jenë thellësisht të ndryshme. Sidoqoftë, të dhënat tregojnë vazhdimisht për nivele shumë të lartë të prevalencës në popullsinë adulte të Shqipërisë. Po ashtu, presioni i lartë arterial ishte faktori i rrezikut që renditej i pari në vitin 2018, sa i përket vdekjeve që i atribuohen hipertensionit.

**TABELA 8. TENDENCAT E HIPERTENSIONIT SIPAS BURIMEVE TË NDRYSHME**

BURIMI	VITI				Tendenca
	2015	2016	2017	2018	
Dalje nga spitali (episode incidenti, të gjitha moshat)	118 raste për 100,000	115 raste për 100,000	112 raste për 100,000	109 raste për 100,000	Rënie e lehtë
Rastet kumulative të regjistruar, të gjitha moshat (KSHP)	267,280 raste	269,077 raste	281,857 raste		Rritje
Studim i vulnerabilitetit, e vetëraportuar, përdorues të KSHP (≥18 vjeç)				51.9%	NA
Studimi MOSHA, e vetëraportuar, popullsi e përgjithshme (≥60 vjeç)			43.1%		NA
Check-up, e matur, përdorues të KSHP (35-70 vjeç)		46.5%			NA
ADHS 2017-8, e matur, kampion në popullatën e përgjithshme: 40-44 vjeç 45-49 vjeç 50-59 vjeç			53.8% meshkuj; 36.1% femra 60.4% meshkuj; 52.0% femra 65.1% meshkuj; 68.8% femra		NA
MMM 2018, e matur, kampion në popullatën e përgjithshme (≥18 vjeç)				37.2%	NA
IMIAS 2016, e matur, përdorues të KSHP në Tiranë (69-79 vjeç)		56.6%			NA

- **Objektivi 6. Diabeti dhe obeziteti. Ndalimi i rritjes së obezitetit.**

Sipas studimeve kombëtare te fëmijët (COSI) dhe adultët në Shqipëri (ADHS), prevalenca e mbipeshës është në rënie si te fëmijët edhe te adultët, dhe shifrat e fundit tregojnë arritjen e objektivave të strategjisë SJT në këtë fushë. Megjithatë, ndërkohë që prevalenca e përgjithshme e mbipeshës ka qenë në ulje gjatë periudhës së strategjisë, obeziteti është rritur.

**TABELA 9. TENDENCAT E DIABETIT DHE OBEZITETIT SIPAS BURIMEVE TË NDRYSHME KOMBËTARE**

Anketa/burimi	Indikatori	Mosha	Gjinia	Vlera e indikatorit (dhe viti)		Tendenca
ADHS, 2008-09, 2017-18,	Prevalenca (%) e mbipeshës (përcaktuar si BMI = 25-29.9 kg/m <sup>2</sup> )	15-49	Meshkuj	44.8 (2008)	39.7 (2018)	Rënie e lehtë
			Femra	29.6 (2008)	28.8 (2018)	Rënie e lehtë
	Prevalenca (%) e obezitetit (BMI ≥30 kg/m <sup>2</sup> )	15-49	Meshkuj	8.5 (2008)	13.4 (2018)	Rritje e madhe
			Femra	9.7 (2008)	16.4 (2018)	Rritje e madhe
Childhood Obesity Survey Initiative (COSI), 2013, 2016	Prevalenca (%) e mbipeshës	8.0-8.99	Të dy	14.5 (2013)	12.5 (2016)	Rënie e lehtë
			Meshkuj	15.0 (2013)	12.9 (2016)	Rënie e lehtë
			Femra	14.1 (2013)	12.2 (2016)	Rënie e lehtë
	Prevalenca (%) e obezitetit	8.0-8.99	Të dy	7.9 (2013)	9.2 (2016)	Rritje e lehtë
			Meshkuj	9.9 (2013)	12.3 (2016)	Rritje e lehtë
			Femra	5.9 (2013)	5.8 (2016)	Stabël
Healthy	Prevalenca (%) e	11, 13, 15	Meshkuj		17.1	NA

Behaviour School Survey, 2013-14	mbipeshës (vetëraportuar)	(e				(2013)	
				Femra		7.5 (2013)	NA
	Prevalenca (e obezetitit vetëraportuar)	e	11, 13, 15	Meshkuj		5.5 (2103)	NA
				Femra		1.6 (2013)	NA

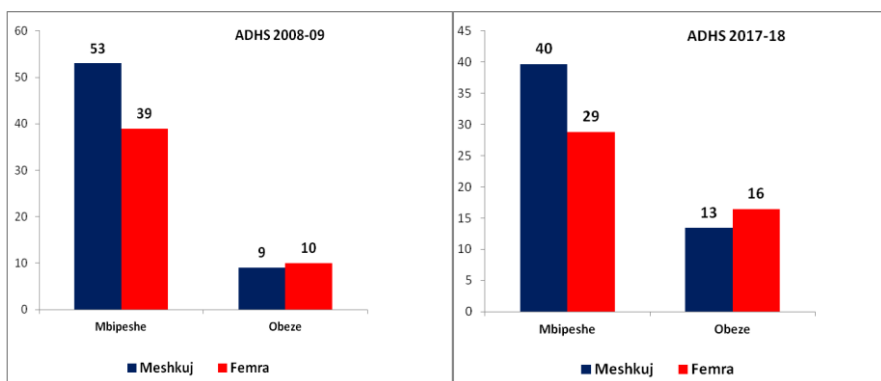


Figura 4. Tendencat e mbipeshës dhe obezitetit

- **Objektivi 7. Përgjigja e sistemit shëndetësor: Të paktën 50% e popullatës në rrezik është nën terapinë e duhur. Përmirësimi i aksesit ndaj medikamenteve bazë për të trajtuar SJT (me 25%).**

Ndërkohë që kemi veprime të qarta të ndërmarrë nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për të përmirësuar aksesin në kujdes për të gjithë ata që kanë nevojë, nuk ka të dhëna sistematike për progresin në rezultate. Megjithatë, ka disa studime që kanë hulumtuar aksesin në kujdes shëndetësor në grupe me rrezik të lartë në popullatë; studimi i vulnerabilitetit shëndetësor i vitit 2018, studimi MOSHA i vitit 2017, vlerësimi i vitit të parë të programit për depistimin e kancerit të qafës së mitrës, etj.

Këto studime tregojnë se nga 75% deri 95% e atyre që kishin nevojë për kujdes/trajtim, ose që ishin këshilluar për të kryer ekzaminime të mëtejshme, mundën ta merrnin atë në sektorin publik. Aksesin është më i ulët në grupet me vulnerabilitet të lartë (individët e varfër, të papunët, komuniteti Rom, etj.) dhe në disa kategori specifike bie edhe nën targetin 50% të strategjisë së SJT-ve.

75-80% e individëve kanë raportuar se kanë marrë medikamentet bazë që i kishte përshkruar

mjeku. Një studim tek të moshuarit tregoi progres domethënës sa i përket aksesit në medikamente. Krahasuar me raundin e 2008-ës, studimi i viti 2017 tek të moshuarit konfirmoi përmirësime domethënëse në aksesin për medikamentet bazë; rreth 75% e tyre e kishin të lehtë të marrin medikamentet e përshkruara në vitin 2017, krahasuar me vetëm 40% në vitin 2008.

Një tjetër mënyrë për të vlerësuar arritjet e objektivave të aksesit në kujdes shëndetësor është analiza e tendencave kohore të shtrimeve në spital për SJT të përzgjedhura që kanë nevojë për trajtim të kushtueshëm. Buxheti i trajtimit të kancerit ka patur rritje, veçanërisht pas miratimit të Strategjisë së SJT-ve. Gjithashtu, aksesin duket se është përmirësuar ndjeshëm. Për shembull, ndërkohë që incidenca e kancerit të gjirit ka qenë relativisht e qëndrueshme gjatë pesë viteve të fundit me rreth 700 raste të rinj në vit, shtrimet në spital janë rritur në mënyrë të qëndrueshme nga 4669 raste në 2015 në 6571 në vitin 2017. Ky profil tregon për një rritje të kontakteve me kujdesin shëndetësor të specializuar nga njerëzit që kanë nevojë për trajtim.

## **PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME**

Procesi i zhvillimit të strategjisë ndodhi në një mjedis politik mbështetës dhe nuk ishte thjesht produkt i analizave teknike. Zhvillimi i saj u parapri nga një sërë politikash dhe ndërhyrjesh të rëndësishme, duke përfshirë programin Check-up. Strategjia e re e SJT-ve u mbështet mbi këto ndërhyrje ose shërbeu si një udhërrëfyes për të siguruar qëndrueshmërinë e tyre.

Programi i SJT-vë është hartuar me ndihmën e OBSH-së dhe ka huazuar ide nga strategjia Europiane e SJT-ve të OBSH-së. Ai ka për qëllim reduktimin e pabarazive në shëndet dhe kontrollin e SJT-ve në tre nivele: promovim i shëndetit në nivel popullate, kategoritë me rrezik të lartë, dhe trajtim për të gjithë. Në anën tjetër, prioritetet dhe aktivitetet e strategjisë u zhvilluan pasi u analizuan të dhënat ekzistuese në fushën e SJT-ve dhe faktorëve të rrezikut. Veç përlogaritjeve të barrës së SJT-ve, u përdorën të dhëna origjinale nga studimet e Institutit të Shëndetit Publik. 83% e informuesve kyç të përfshirë në raportin e vlerësimit, raportuan se prioritetet dhe objektivat u mbështetën në të dhëna lokale.

Vetëm një e treta e informuesve mendonin se burimet e dedikuara për masat dhe aktivitetet e programit ishin të mjaftueshme. Kjo ngre shqetësimin për dedikimin e më shumë burime për kontrollin e SJT-ve në strategjinë e ardhshme.

Përfaqësuesit e disa palëve të rëndësishme të interesit, si qeverisja lokale dhe industria ushqimore, nuk ishin të pranishëm gjatë procesit të zhvillimit të strategjisë. Veç kësaj, përfshirja e shumë palëve të tjera (ministri të tjera, shoqëri civile, etj.) mbeti e vogël ose e papërfillshme.

Megjithë zhvillimin e një procesi këshillues formal, miratimi i strategjisë nuk u pasua me një fushatë të organizuar për të promovuar vizionin, objektivat dhe aktivitetet e reja, me qëllim përfshirjen e të gjithë aktorët potencialë dhe rritjen e ndërgjegjësimit rreth sfidave dhe mundësive. Gjithashtu, dokumenti dhe aktivitetet e përfshira në të nuk iu bënë të ditura të gjithë njerëzve përgjegjës për implementimin e tyre. Më shumë se 34% e informuesve, veçanërisht ata në nivel lokal, nuk kishin dijeni për të, ose nuk e përdorën programin gjatë punës së tyre. Dokumenti nuk është lidhur në mënyrë eksplicite me strategji të tjera shëndetësore kombëtare në fushën e SJT-ve, si p.sh. Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit të qafës së mitrës.

Në total, 75% e informuesve kyç besojnë se aktivitetet dhe masat e duhura të planifikuara në dokumentin e programit janë implementuar.

Parandalimi dhe kontrolli i SJT-ve në mjediset e kujdesit shëndetësor ka përparuar në mënyrë domethënëse gjatë kohëzgjatjes së Programit të SJT-ve. Adultët shqiptarë kanë akses të lehtë në shërbimet shëndetësore bazë për zbulimin e hershëm të faktorëve të rrezikut të SJT-ve, duke përfshirë faktorët metabolikë dhe ato të stilit të jetës. Udhëzime të reja klinike u zhvilluan dhe u



miratuan, dhe u krye trajnimi i personelit shëndetësor. Të dhënat tregojnë se dhjetëra mijëra njerëz që nuk ishin të vetëdijshëm për hipertensionin ose diabetin e tyre, tani marrin këshillim dhe kujdes. Gjithashtu, programet e reja të depistimit të kancerit si p.sh. programet e depistimit të kancerit kolorektal, kancerit të qafës së mitrës dhe kancerit të gjirit janë miratuar nga qeveria dhe për shumë prej tyre ka fonde dhe burime të dedikuara. Burimet dhe qendrat e trajtimit për sëmundjen koronare të zemrës dhe kancerin janë rritur ndjeshëm. Ka ende shumë për të bërë në nivelin e sistemit shëndetësor për një monitorim më të mirë të cilësisë së kujdesit dhe përdorimit racional të teknologjisë, si dhe të një shpërndarje gjeografike të burimeve njerëzore. Çështje specifike si edukimi i pacientit kërkojnë përpjekje më të mëdha.

Parandalimi në popullatë ka shënuar progres, veçanërisht me riorganizimin e inspektoriatit shëndetësor dhe përmirësimin e efikasitetit të tij në luftën kundër duhanpirjes në mjediset publike. Aktivitetet sistematike me target fëmijët dhe të rinjtë mbeten të vështira për tu realizuar. Më shumë përpjekje duhen bërë për të adresuar obezitetin, dietën jo të shëndetshme, dhe pakësimin e ndikimit të reklamave. Probleme si pijet alkoolike, yndyrnat e larta, acidet trans-yndyrore, ushqimet e përpunuara me sheqer ose kripë që synojnë fëmijët dhe të rinjtë, duhet të tërheqin më shumë vëmendje. Mësuesit, prindërit dhe mediat sociale duhet të përfshihen në mënyrë sistematike në aktivitetet parandaluese të SJT-ve. Punonjësit socialë dhe shëndetësorë në mjediset shkollore duhet të zhvillojnë kompetencat, kurrikulën dhe trajnimin lidhur me SJT-të.

Megjithëse ka disa të dhëna të paqëndrueshme që tregojnë për një përmirësim të ndërgjegjësimit dhe trajtimit të hipertensionit në kujdesin shëndetësor parësor, ky faktor rreziku i SJT-ve mbetet një problem madhor në Shqipëri dhe duhet adresuar, së bashku me diabetin, obezitetin dhe duhanpirjen, në nivel popullate.

U desh shumë kohë dhe përkrahje që më në fund të caktohen pika fokale për SJT-të në disa nivele të sistemit shëndetësor. Megjithatë, ky organizim mbetet i përkohshëm dhe ad hoc dhe duhet transformuar në njësi të përhershme kontrolli të SJT-ve, brenda strukturave të Operatorit Rajonal të Kujdesit Shëndetësor. Ata duhet të pajisen me një kuadër të qartë kompetencash dhe të marrin trajnimin e duhur. Veç kësaj, përfshirja e palëve të interesit dhe publikut në fusha të ndryshme të SJT-ve mbetet një sfidë që duhet adresuar në strategjinë e re.

Monitorimi i SJT-ve në Shqipëri ka pësuar ndryshime që nga miratimi i programit të SJT-ve. Janë hartuar një kornizë e re indikatorësh kombëtarë për SJT-të, sistemi të rinj të kujdesit shëndetësor mbështetur në regjistrat e SJT-ve, si dhe raporte të rinj për SJT-të. Megjithëse SJT-të u përfshinë për herë të parë në ADHS 2018, të dhënat nga popullata mbeten të pakëta. Në Shqipëri duhet futur programi STEPS i OBSH-së, në mënyrë që të monitorohet më mirë progresi në rezultatet shëndetësore. Gjithashtu, matja eurvejancës së rrezikut të SJT-ve në shkolla mund të japë të dhëna thelbësore për monitorimin e politikave. Studime ekzistuese si Health Behaviour at School Study (HBSC), European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) and Youth Risky

Behaviour (YRB) duhen mbështetur në vazhdimësi, që të bëhen instrumente sistematikë për informimin e politikave.

Në anën tjetër regjistrimi i vdekjeve dhe sëmundjeve në Shqipëri duhet përmirësuar. Zbatimi i modelit ICD-10 mund të jetë një mundësi e mirë për përmirësimin e sistemit monitorues të SJT-ve.

Raporti i vlerësimit tregon se vdekshmëria e përgjithshme ndër adultët shqiptarë të moshës 30-69 vjeç, jo vetëm që nuk ka vazhduar rritjen e vëzhguar gjatë dekadës së parë të viteve 2000, por ka pësuar një rënie të lehtë, veçanërisht gjatë 5 viteve të fundit. Kjo kryesisht për shkak të një rënie në numrin e vdekjeve nga sëmundjet respiratore kronike, dhe në një masë më të vogël, sëmundjes ishemike të zemrës dhe aksidenteve cerebrovaskulare (tek meshkujt). Po ashtu, niveli i vdekshmërisë nga kanceri në këtë grupmoshë ka patur shënja rënieje gjatë këtyre viteve.

Shkaku kryesor për nivelin më të lartë të vdekshmërisë (dhe jetëgjatësinë e pritshme më të shkurtër) tek meshkujt është niveli më i lartë i vdekshmërisë nga kanceri, veçanërisht për faktin se niveli i vdekshmërisë së meshkujve nga kanceri i mushkërisë është pesë herë më i lartë se femrat.

Gjithashtu, numri më i lartë vdekjeve kardiovaskulare të parandalueshme në meshkujt e grupmoshës 30-69 vjeç barazpeshohet vetëm në moshë më të madhe, sidomos për shkak të rritjes së rrezikut të aksidenteve cerebrovaskulare tek gratë e moshës 70 vjeç e lart. Ky profil thekson nevojën e këmbënguljes në politikat e kontrollit të duhanpirjes dhe sjelljeve të tjera me rrezik.

## **BIBLIOGRAFIA E DOKUMENTEVE TË SHQYRTUAR**

1. National Program on Prevention and Control of NCDs in Albania, 2016-2020
2. National Strategy for Development and Integration 2015-2020
3. Order of Minister of Health, date 07.08.2015, No. 163, on "Setting up a national committee for the prevention and control of chronic diseases"
4. National Health Strategy 2016-2020
5. National Strategy on Sexual and Reproductive Health 2017-2021
6. Government Program 2017-2021
7. Guideline for the follow-up of cases based on findings of Basic Medical Check-Up for citizens age 35-70 years old
8. Country programme document for Albania 2017-2021, UNPFA
9. Decision of Council of Ministers on the approval of the package of health services, in primary public health care, financed by compulsory health insurance fund, 2019
10. Decision of Council of Ministers on list of reimbursable drugs, 2019
11. Decision of Council of Ministers on financing of hospital health services from the CHCIF, 2019
12. Decision of Council of Ministers on determination of categories of insured individuals excluded from direct payments of health services, 2016
13. Model set of documents for accreditation of health centers, Ministry of Health and Social Protection, HAP. 2018
14. Decision of Council of Ministers on determining the format and manner of data collection and reporting by public and private health care service providers, 2014
15. Law on Health Care, updated in 2019
16. Plan of monitoring NCDs and progress in their control in Albania (framework indicators and their metadata), 2017
17. Inventory of existing protocols on non-communicable diseases and elderly people care for family medicine in Albania, 2019
18. Annual reports of Compulsory Health Care Insurance Fund

19. Primary Health Care in Albania. Comprehensive assessment. WHO. 2018
20. National food and nutrition action plan 2013-2020
21. National health promotion action plan 2017-2021
22. Political document of the strategy for the prevention and reduction of alcohol related harms in Albania 2017-2021
23. Demographic and health challenges facing Albania in the 21st century 2020
24. Country programme document for Albania 2017-2021, UNDP
25. Programme of cooperation for sustainable development 2017-2021, Progress Report 2019
26. Law No. 74/2018 for some amendments and additions to law no. 9518, dated 18.4.2006, "On the protection of minors from alcohol use"
27. Order of Minister of Health and Social Protection No. 76/1 date 24.01.2018 on "Approval of changes in the food menus of kindergartens, for children 0-6 years"
28. Law "On excises in the Republic of Albania" No. 61, date 2012 was changed in 2018 and envisaged increase of excise tax on tobacco products
29. Law "On protection of health from tobacco products" No. 9636 date 6.11.2006 was changed and updated into Law No. 56/2019 and consuming electronic cigarettes is considered smoking tobacco.
30. Albanian Demographic and Health Survey 2017-18
31. Albanian Demographic and Health Survey 2008-09
32. Law "On protection of minors from alcohol use" No. 9518 date 18.4.2066 was changed and updated into Law 74/2018.
33. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC 2017-18 and HBSC 2013-2014)
34. Law "On promotion and protection of breastfeeding" updated in 2019
35. Clinical guidelines for prevention, diagnosis and control of several chronic diseases (for cardiovascular diseases, diabetes, hypertension, cancer, chronic pulmonary disease including asthma, mental conditions, elderly people, etc.), were updated in 2019
36. Primary Health Care Strategy 2020-2025

37. Guidance of the Minister of Health and Social Welfare no. 499 date 02/07/2019 on patronage and bonus systems; binding contracts for new specialists to work in districts outside the capital for free training
38. NCDs report, Institute of Public Health. 2018
39. 2019 NCD country capacity assessment for Albania, WHO

## ANEKSI 1. LISTA E INFORMATORËVE KYÇ

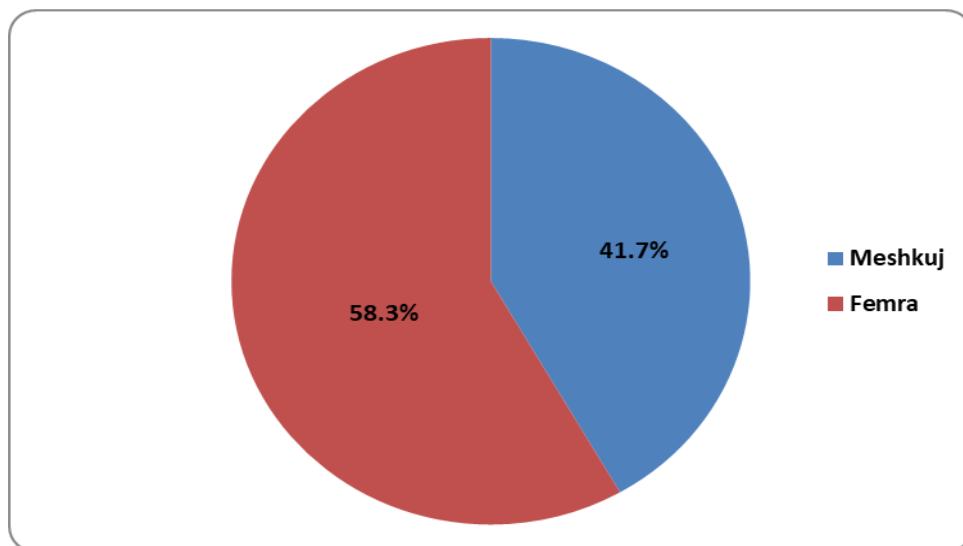
Lista e plotë e informatorëve kyç të intervistuar, të cilët përfaqësojnë institucione dhe organizata të ndryshme në nivel qendror dhe local paraqitet në tabelën mëposhtë:

NR.	EMRI	INSTITUCIONI	POZICIONI PUNËS
1	Merita Xhafaj	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	Drejtor i Përgjithshëm i Politikave Sociale dhe Shëndetësore
2	Erol Çomo	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	Specialist i Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor
3	Ilsa Dede	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	Specialist i Politikave Sociale
4	Albana Fico	Instituti i Shëndetit Publik	Drejtor i Përgjithshëm
5	Gentiana Qirjako	Instituti i Shëndetit Publik	Shef i Sektorit të Promocionit Shëndetësor
6	Enver Roshi	Parlamenti Shqiptar	Kryetar i Komisionit Parlamentar të Shëndetësisë, Punës dhe Çështjeve Sociale
7	Alban Ylli	Instituti i Shëndetit Publik	Shef i Departamentit të Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike
8	Mirela Cami	Drejtorja e Përgjithshme e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor	Drejtor
9	Naum Sinani	Drejtorja e Përgjithshme e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor	Shef i Sektorit të Shërbimeve Shëndetësore
10	Albana Adhami	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm i Kujdesit Shëndetësor	Drejtor
11	Areti Beruka	Inspektorati Shtetëror Shëndetësor	Kryeinspektor i Rajonit Tiranë
12	Lindita Haxhia	Drejtorja Rajonale e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor Shkodër	Drejtor i Njësisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Shkodër

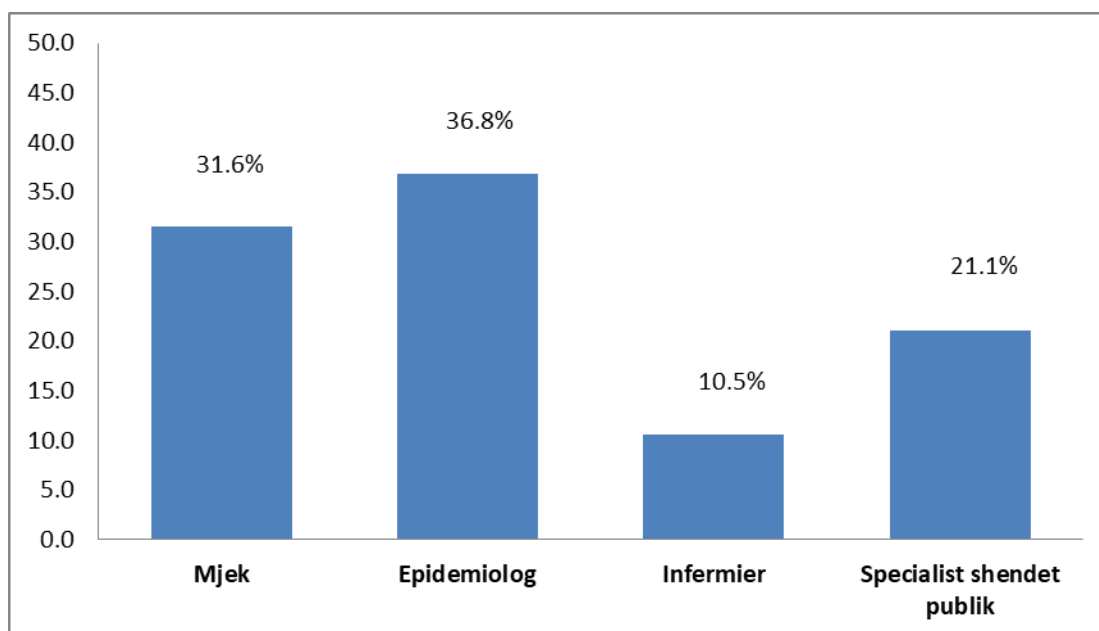
13	Ervin Hoxha	Drejtoria Rajonale e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor, Vlorë	Drejtor i Njesisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Vlorë
14	Xhevair Budani	Drejtoria Rajonale e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor, Elbasan	Drejtor
15	Bora Salaj	Drejtoria Rajonale e Operatorit Të Kujdesit Shëndetësor, Tiranë	Drejtor i Njesisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Tiranë
16	Mikel Llogori	Njësisa Vendore e Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Korçë	Drejtor i Njesisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Korçë
17	Ariela Malaj	Njësisa Vendore e Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Tiranë	Shef i Shërbimit Të Kujdesit Parësor (NJVKSH), Tiranë
18	Megi Bilali	Njësisa Vendore e Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Shkodër	Shef i Shërbimit Të Kujdesit Parësor (NJVKSH), Shkodër
19	Majlinda Gjika	Njësisa Vendore e Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Vlorë	Shef i Shërbimit Të Kujdesit Parësor (NJVKSH), Vlorë
20	Eriona Petro	Njësisa Vendore e Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH), Durrës	Shef i Shërbimit Të Kujdesit Parësor (NJVKSH), Durrës

## ANEKSI 2. REZULTATET NGA INTERVISTAT ME INFORMATORËT KYÇ

Vlerësimi i Planit Kombëtar të Veprimit mbi Kontrollin e Sëmundjeve jo të Trasmetueshme 2016-2020, në kushtet kur ka filluar puna për përgatitjen e planit të ri për 5 vitet e ardhshme.

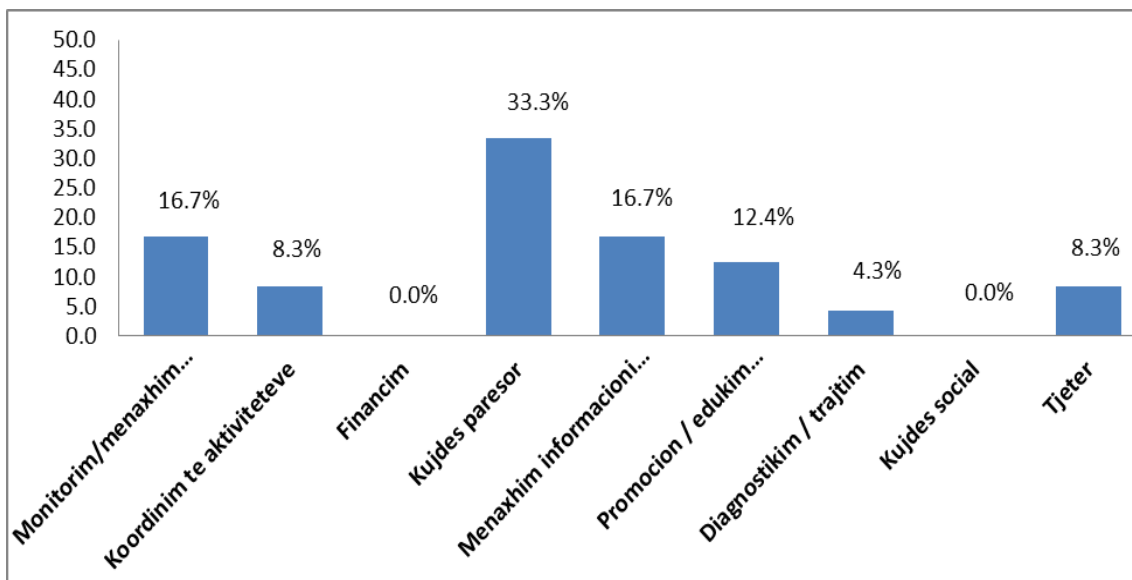


Grafiku 5. Shpërndarja e gjinisë së pjesëmarrësve në intervistë



Grafiku 6. Shpërndarja e profesionit të pjesëmarrësve në intervistë





**Grafiku 7. Shpërndarja e pozicionit të punës të pjesëmarrësve në intervistë**

*Opinionet kryesore të aktorëve më të rëndësishëm lidhur me Planin Kombëtar të Veprimit mbi Kontrollin e Sëmundjeve jo të Trasmetueshme 2016-2020.*

Çështjet e diskutuara mbi Planin Kombëtar të Veprimit të SJT-ve (Sëmundjeve kronike)	Opinionet e aktorëve të intervistuar, hartues dhe zbatues të Planit Kombëtar të Veprimit
<b><i>Prioritetet dhe objektivat e Planit të SJT-ve u bazuan në të dhëna dhe studime kombëtare.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Studime kombëtare, raportime të progresit, raportime në organizma ndërkombëtare (Agjenci të Kombeve të Bashkuara, Komisioni Evropian, etj).</li> <li>➤ Deri diku se pse kishte disa mungesa dhe disa raporte ishin relativisht të vjetra. janë përdorur të dhëna nga ADHS 2009, shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, dhe të dhëna nga INSTAT, të dhëna nga Ministria e Shëndetësisë etj.</li> <li>➤ Prioritetet dhe objektivat e Planit të SJT-ve, përveç studimeve kombëtare janë bazuar dhe në të dhënat e grumbulluara nga regjistrat dheurvejancat e sëmundjeve kronike, nga të dhënat e programeve të depistimit (check-up, kanceri i gjirit, i qafës së mitrës), të dhëna nga institucione të tjera të tilla si Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, INSTAT etj.</li> </ul>
<b><i>U propozuan masat e përshtatshme për arritjen e qëllimit të përgjithshëm të Planit të SJT-ve.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Masat e propozuara janë diskutuar në disa takime me ekspertë të vendit dhe të huaj.</li> <li>➤ Disa aktivitete të kryera kanë qenë në funksion të arritjes së objektivave të Planit të SJT-ve, (depistimi i kancerit të gjirit, qafës së mitrës, check-up, edukimi dhe promovimi për faktorët e rrezikut të SJT-ve, etj).</li> <li>➤ Në përgjithësi janë propozuar dhe realizuar disa nga masat e përshtatshme për arritjen e qëllimit të përgjithshëm të Planit të SJT-ve që është shmangia e vdekjeve të parakohshme për disa nga sëmundjet kronike duke përfshirë dhe disa lloje kancerash; është ulur përdorimi i alkoolit dhe duhanpirjes sipas studimeve</li> </ul>

	<p>kombëtare tek të rriturit dhe të rinjtë; është ulur prevalenca e obezitetit si tek meshkujt dhe tek femrat; është shtuar numri i medikamenteve tek e barnave lista të rimbursushme për të sëmuret kronikë; zbatimi i programeve kombëtare depistuese, etj.,.</p>
<p><b><i>Janë zbatuar masat dhe ndërhyrjet e duhura për Planin e SJT-ve.</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Një pjesë e masave janë zbatuar siç duhet, një pjesë jo.</li> <li>➤ Një numër masash janë zbatuar të frymëzuara apo të mbështetura nga strategjia.</li> </ul> <p>Këtu bëjnë pjesë sidomos një sërë aktivitete, programesh dhe politikash që përmiresojnë aksesin në kujdesin shëndetësor për kapje të hereshme të NCD dhe faktorëve risk, si dhe trajtimin e tyre, të tilla janë programi i check-up, politikat për kujdes universal, qendrat e reja të diagnozës së koronarografisë, politikat e shpërndarjes së operacioneve bypass në spitale private me fonde publike, programi i depistimit për Ca cervix dhe Ca e zorrës së trashë, zgjerimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe rritja substanciale e financimit të barnave për trajtimin e kancereve etj. Gjithashtu janë zbatuar edhe disa masa lidhur me monitorimin e përshtatshëm të NCD-ve, si përgatitja e indikatorëve të standartizuar, ngritja e sistemit të regjistrave për Ca, sëmundjet kardiovaskulare dhe diabetin etj. Raportet e para kombëtare në këtë fushë (raporti kombëtar i NCD, raportet dy vjeçare të vlerësimit të sistemit për NCD, studimet tek të moshuarit, etj.), janë një tregues i progresit. Gjithashtu, në parim u miratua ICD 10 dhe pret zbatimin përfundimtar. Në fushën e parandalimit parësor apo të kontrollit të sjelljeve ka pasur më pak progres. Raporti lidhur me uljen e konsumit të kripës, është një hap në këtë drejtim. Megjithatë, ka pasur përpjekje në drejtimin e duhur, përfshi iniciativat e disa qeverive lokale për promovimin e jetës aktive, transportit alternativ (biçikletat etj.) dhe ushqyerjes së shëndetshme në shkolla (buka në strajs).</p> <p>Është forcuar bashkëpunimi ndërsektorial në drejtim të kontrollit dhe parandalimit të Sjt-ve në vendin tonë. Është fuqizuar Inspektorati Shëndetësor dhe janë marrë masa në drejtim të rritjes së akcizës së produkteve të duhanit, alkoolit, pijeve energjike dhe me sheqer të shtuar. Janë trajnuar mjekët e familjes në kujdesin shëndetësor parësor për këshillime rreth dëmeve në shëndet të alkoolit, produkteve të duhanit, ushqyerjes jo të shëndetshme, inaktivitetit fizik etj.,. Janë shtuar orët mësimore të aktivitetit fizik në shkolla. Por ka nevojë për fuqizimin e rolit të shkollave për promovimin tek nxënësit të një stili të shëndetshëm jetese dhe ka nevojë për aktivitete promovuese dhe edukuese për popullatën e gjerë. Gjithashtu ka nevojë për fuqizimin e kapaciteteve të mjekëve të kujdesit shëndetësor parësor për edukimin e popullatës rreth një stili të shëndetshëm jetese.</p>
<p><b><i>Pabarazitë sociale janë adresuar në mënyrë të përshtatshme përmes masave dhe ndërhyrjeve.</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Programi i Kontrollit Mjekësor Bazë 35-70 vjeç; Aksesi universal tek mjeku i familjes.</li> <li>➤ Masat lidhur me kujdesin universal kanë synuar të përmirësojnë aksesin për grupet më pak të favorizuara; ata me të ardhura më të ulëta, ata që banojnë në fshat etj.,. Rezultatet e vlerësimit të parë</li> </ul>

	<p>të programit check-up dhe programit të depistimit për Ca të qafës së mitrës, janë një dëshmi e mirë për këtë.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depistimi i Ca gjirit dhe qafës së mitrës, check-up p.sh., janë ofruar për të gjithë, pavarësisht aftësisë paguese, duke reduktuar paparazitë sociale në aksesin ndaj këtyre shërbimeve.</li> <li>➤ E gjithë popullata ka akses pa pagesë në shërbimet e kujdesit shëndetësor, sidomos kur ndiqet sistemi i referimit. Më konkretisht në programin e depistimit të kancerit të qafës së mitrës, mjeku i familjes e fton dhe e kontakton çdo grua të moshës target për të kryer depistimin me testin HPV, pavarësisht mundësive ekonomike dhe vendbanimit të saj, gjithashtu të njëjtën procedurë ndjek dhe programi i kontrollit shëndetësor bazë (check-up).</li> </ul>
<p><i>U siguruan burime të mjaftueshme financiare për zbatimin e Planit të SJT-ve.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Moshatimi i aktiviteteve lidhet pjesërisht me mungesën e koordinimit dhe monitorimit të zbatimit të Planit të SJT-ve, pjesërisht me mos alokimin e fondeve të nevojshme.</li> <li>➤ Nuk jam shumë në dijeni të burimeve financiare të dedikuara për zbatimin e Planit të Veprimit të SJT-ve, por pavarësisht sukseseve dhe arritjeve të deritanishme, ka nevojë për më shumë burime financiare në drejtim të programeve depistuese dhe programeve të tjera të lidhura me parandalimin parësor të SJT-ve.</li> <li>➤ Duhet më shumë burime financiare për zbatimin e Planit.</li> </ul>
<p><i>Në opinionin tuaj, cilat ishin pengesat dhe sfidat kryesore për zbatimin e aktiviteteve të "Planit të Veprimit të SJT-ve, 2016-2020 në Shqipëri".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mungesa e një strukture funksionale në MSHMS për koordinimin dhe monitorimin e zbatimit të Planit të SJT-ve.</li> <li>➤ Krijimi i Operatorit të Kujdesit Shëndetësor ka qenë një sfidë lidhur me ndarjen e detyrave/përgjegjësisë në këtë fushë, në nivel kombëtar dhe lokal. Përcaktimi i pikave fokale në rrethe është kryer me vonesë, pavarësisht kërkesave dhe raporteve të vazhdueshme nga ana e ISHP.</li> <li>➤ Pandemia ka krijuar një problem të madh në aksesin në shërbime dhe zhvendosjen e vëmendjes dhe burimeve gjatë vitit të fundit. Ka një raport të papublikur lidhur me masat dhe pasojat e pandemisë.</li> </ul>
<p><i>Çfarë këshillash keni për ekipin që do të hartojë planin e ardhshëm të veprimit të SJT-ve?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Një proces konsultativ gjithëpërfshirës.</li> <li>➤ Duhet të përfshihen me shumë masa të karakterit të parandalimit dhe të lidhura me organizimin më të mirë të punës. Duhet të mendohet për kurrikulat e trajnimit të pikave fokale dhe profesionistëve të tjerë të shëndetit publik, (mjekët e shkollave, punonjësit socialë etj.).</li> <li>➤ Duhet përfshirë programe në shkolla.</li> <li>➤ Duhet përfshirë mediat sociale në programet e ndërgjegjësimi.</li> <li>➤ Duhet që STEPS të zëvendësojë ADHS.</li> </ul>
<p><i>Cilat janë rekomandimet tuaja për planin e ardhshëm të veprimit të SJT-ve?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fokusim në fuqizimin e strukturave koordinuese dhe monitoruese.</li> <li>➤ Sa më shumë burime njerëzore profesionale.</li> <li>➤ Pikat fokale në rrethe kanë nevojë për përcaktimin e kompetencave/aftësive dhe detyrave specifike.</li> <li>➤ Forcimi i bashkëpunimit ndërsektorial në drejtim të hartimit dhe zbatimit të politikave parandaluese të SJT-ve në vendin tonë.</li> <li>➤ Plani duhet të mbështetet në dy shtylla kryesore: programi check-up dhe raporti i vulnerabilitetit në Shërbimin e Kujdesit Shëndetësor parësor.</li> <li>➤ Rritje investimesh në infrastrukturë dhe logjistikë për Q.SH.</li> </ul>

### **ANEKSI 3. MATRICA E PLOTË E VLERËSIMIT**

Matrica e plotë e vlerësimit të Planit të Veprimit të Sëmundjeve jo të Transmetueshme mund të aksesohet ne dokumentin e mëposhtëm Excel (CTRL+Click):

[Final - Reporting Form Review of NCDs Action Plan.xls](#)