

RAPORTI “HIJE”



FUSHA E KUJDESIT
SHËNDETËSOR –
RASTI I SHQIPËRISË

Dorëzuar pranë Komitetit të Kombeve të Bashkuara
për Konventën mbi Eliminimin
e të Gjitha Formave të Diskriminimit kundër Grave





Botuar nga: Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPZH)
Adresa : Bul " Gjergj Fishta", Kompleksi "Tirana 2000" Kulla 4, kati 2, Tiranë
Web: www.acpd.al.org

Mbështetur nga:



Raporti Hije është mbështetur nga UNFPA me mbështetje financiare nga Qeveria Suedeze dhe UNFPA.



Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të dokumentit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNFPA-s, Shqipëri.

RAPORTI “HIJE”

FUSHA E KUJDESIT SHËNDETËSOR – RASTI I SHQIPËRISË

**Dorëzuar pranë Komitetit të Kombeve të Bashkuara për Konventën
mbi Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit kundër Grave**

Shkurt 2016

Përgatitur nga Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPZH) dhe organizatat jo-fitimprurëse të poshtëshënuara:

- Aksion Plus
- Aleanca Kundër Diskriminimit LGBT
- Ambasada PINK/LGBT Pro Shqipëri
- Fondacioni Shqiptar për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara (FSHDPAK)
- Forumi i Gruas, Elbasan (FGE)
- Komiteti Shqiptar i Helsinkit (KSHH)
- Linja e këshillimit për Gra dhe Vajza
- Në Dobi të Gruas Shqiptare (NDGSH)
- Observatori për të Drejtat e Fëmijëve (Observatori)
- Qendra “Aleanca Gjinore për Zhvillim” (QAGJZH)
- Qendra Kombëtare për Studime Sociale (QKSS)
- Qendra për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve në Shqipëri (CRCA)
- Qendra për Nisma Ligjore Qytetare (QNL)
- Qendra për Zhvillim Komunitar “Sot për të Ardhmen”
- Qendra “Të Drejtat e Njeriut në Demokraci” (QDNJD)
- Qendra Psiko-Sociale “Vatra”, (Q.P.S “Vatra”)
- Shoqata Acli-Ipsia në Shqipëri
- Shoqata Kristiane e Grave Shqiptare/YWCA
- Shoqata Shqiptare e Personave që Jetojnë me HIV/AIDS
- Shoqëria Shqiptare për të Gjitha Moshat/ASAG

TABELA E LËNDËS

Lista e Shkurtimeve	4
I. Pjesa e Parë: Hyrëse dhe Përmbledhëse	7
A. Falënderime	7
B. Metodologjia	7
C. Hyrje	8
D. Përmbledhje dhe rekomandimet e raportit.....	9
II. Pjesa e Dytë: Analizë e standardeve lidhur me mosdiskriminimin në çështjet e kujdesit shëndetësor	18
A. Qasjet juridike me standardet e CEDAW në fushën e kujdesit ndaj shëndetit.....	18
1. Kuadri ligjor në fuqi - nevoja e përjasjes me standardet e nenit 12 etj të CEDAW dhe Rekomandimit të Përgjithshëm 24 të Komitetit CEDAW	18
2. Strukturat administrative në nivel qendror e vendor lidhur me kujdesin shëndetësor.....	24
3. Roli i OJF-ve në çështje që lidhen me shëndetin e grave.....	27
B. Qasje praktike me standardet e CEDAW në fushën e kujdesit ndaj shëndetit.....	29
1. Të dhëna të përgjithshme mbi shëndetin e grave.....	29
2. Qasja në shërbime dhe ndërgjegjësimi i grave	30
3. Shëndeti dhe ushqyerja e nënave dhe fëmijëve.....	30
4. Shëndeti seksual dhe shëndeti riprodhues: Planifikimi familjar dhe kontracepsioni.....	32
5. Ofrimi i shërbimit të planifikimit familjar	33
6. Ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë	34
7. Infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST) dhe HIV/AIDS-i	35
8. Ofrimi i shërbimit për grupet e rrezikuara.....	37
9. Tumoret e traktit riprodhues: Kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës.....	38
10. Shëndeti i grave viktime të dhunës në familje	39
11. Viktimat e trafikimit (VT/VMT) dhe adresimi i problemeve shëndetësore.....	43
12. Kujdesi shëndetësor i grave në zonat rurale	45
13. Gratë me aftësi të kufizuar	47
14. Gratë e komunitetit rom dhe egjiptian	48
15. Shëndeti i LGBTI dhe i grave LBT.....	50
16. Shëndeti i grave të moshuara.....	51
17. Gratë që vuajnë dënimin me heqje lirie.....	52
18. Marrëdhëniet e punës dhe problematikat konkrete të shëndetit të grave	53
19. Roli i edukimit dhe kurrikulat shkollore lidhur me shëndetin dhe shërbimet shëndetësore.....	54
ANEKSE	55
Aneksi 1 Lista e OJF-ve.....	55
Aneksi 2 Pyetësori.....	56
Aneksi 3 Bibliografi e përzgjedhur.....	58

Lista e Shkurtimeve

CEDAW	Konventa për Eliminimin e diskriminimit ndaj Gruas
DHF	Dhuna në Familje
ISHP	Inspektorati Shtetëror i Punës/Instituti i Shëndetit Publik
ISHSH	Inspektorati Shtetëror Shëndetësor
ISSH	Instituti i Sigurimeve Shoqërore
INSTAT	Instituti i Statistikave
IST	Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme
KC	Kodi Civil
KP	Kodi i Punës
KF	Kodi i Familjes
KMD	Komisioneri për mbrojtjen nga diskriminimi
KSHP	Kujdesi i Shëndetit Parësor
LBGJ	Ligji i barazisë gjinore në shoqëri
LGBTI	Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex
MSH	Ministria e Shëndetësisë
MMSR	Ministria e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë
MSA	Marrëveshje Stabilizim Asociimin me BE
OJF	Organizatë jo Fitimprurëse
ONP	Organizata Ndërkombëtare e Punës
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PAK	Persona me Aftësi të Kufizuara
PKKK	Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit
RH	Raporti Hije
RSH	Republika e Shqipërisë
SDSHSH	Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri
SKBGJDHF	Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore dhe Dhunën në Familje
SHKP	Shërbimi Kombëtar i Punësimit
SHR	Shëndeti Riprodhues
SHSR	Shëndeti Seksual dhe Riprodhues
SHSSH	Shërbimi Social Shtetëror
TQNJ	Trafikimi i Qenieve Njerëzore
TTAT	Tryeza Teknike Anti-Trafik
UM	Urdhër Mbrojtje
UN Women	Njësia e Kombeve të Bashkuara për barazinë gjinore dhe fuqizimin e grave
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
VT/VMT	Viktima të Trafikimit/Viktima të Mundshme Trafikimi

PJESA E PARË

A. FALËNDERIME

Ky Raport Hije [më tej RH] lidhur me mbrojtjen e të drejtave të grave në sferën e shëndetit kundrejt standardeve të CEDAW, u përgatit nga Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin [QSHPZH] në bashkëpunim me 20 Organizatat Jofitimprurëse.

Falënderojmë gjithë organizatat jo-fitimprurëse që iu përgjigjën pozitivisht kësaj nisme dhe dhanë kontributin e tyre për realizimin e informacionit të nevojshëm përmes plotësimit të pyetësorit, intervistave, pjesëmarrjes në aktivitet konsultuese, etj:

QSHPZH falënderon UNFPA-në që mundësoi mbështetjen financiare për hartimin e këtij RH lidhur me standardet e CEDAW dhe gjendjen e tyre de facto dhe de jure në Shqipëri.

Dëshirojmë gjithashtu të falënderojmë Komisioneren për Mbrojtjen nga Diskriminimi, Znj. Irma Baraku, e cila u takua me Ekipin e ekspertëve, dha mendime dhe bëri komentet e saj në këtë drejtim.

Njëkohësisht, falënderojmë të gjithë ata persona, përfaqësues të institucioneve qendrore dhe vendore, si dhe përfaqësues të komuniteteve dhe grupeve të ndryshme të interesit, që bashkëpunuan duke ofruar të dhëna dhe mendime rreth fushave të trajtuara në këtë raport.

QSHPZH dëshiron të falënderojë në mënyrë të veçantë Ekipin e ekspertëve që kontribuan për përgatitjen e raportit Prof. Dr. Arta Mandro-Balili, Dr. Ditila Doracaj dhe Dr. Irida Agolli-Nasufi.

Ky studim do të kishte qenë i pamundur pa kontributin e vlefshëm të stafit të QSHPZH, i cili punoi gjatë gjithë kohës nën drejtimin e ekspertëve për grumbullimin e të dhënave primare dhe përgatitjen e informacionit bazë mbi të cilin u realizuan analizat e bëra në raport.

B. METODOLOGJIA

1. *Struktura*: RH është i përbërë nga dy pjesë. Pjesa e Parë, në të cilën jepen informacione hyrëse dhe përmbledhëse, përfshirë këtu edhe rekomandimet e raportit; dhe Pjesa e Dytë, e cila ndalet në një analizë të standardeve lidhur me mosdiskriminimin në çështjet e kujdesit shëndetësor në planin juridik dhe faktik. Veç analizës juridike, pjesa me e gjallë e këtij RH janë faktet e marra mbi situatën e shëndetit të grave dhe diskriminimin e tyre. Me bazë ligjore kuptojme jo vetëm ligjin, por edhe dokumentet ndërkombëtare të ratifikuara, aktet nënligjore, dokumentet strategjike, protokollet, etj, që imponojnë detyrime.
2. *Boshti i analizës*: Grupi i punës ka analizuar me kujdes komponentet e nenit 12 të CEDAW dhe kuptimin e dhënë në Rekomandimin e Përgjithshëm 24 të Komitetit CEDAW për të konfirmuar arritjet dhe adresuar nevojat për përmirësim. Vemendja kryesore e gjithë teknikave metodologjike, ishte evidentimi i çështjeve kritike bazuar edhe në progresin e bërë pas Concluding observation për Shqipërinë të komitetit CEDAW në korrik 2010. Pyetja kryesore e shtruar është: a është kuadri ligjor dhe situata faktike në përputhje me objektivat e nenit 12 të Konventës CEDAW.

3. *Metoda*: informacioni i sjellë në këtë RH përfshin një periudhë prej afro 5 vitesh, që shtrihet nga korriku 2010 deri në dhjetor 2015. Ekspertët përdorën informacionin në lidhje me çështjet e shëndetit që gjendet në raporte, studime, analiza e statistika bërë *publike*/botime nga institucione shtetërore, organizata ndërkombëtare, OJF, etj. Fillimisht puna u përqendrua në studimin e legjislacionit dhe analizave lidhur me të, si dhe ndryshimet dhe evoluimi i tij. Pyetësorët e përgatitur dhe përgjigjet e marra ndihmuan në një shkallë të lartë për të testuar gjetjet e para të arritura nga puna kërkimore me legjislacionin dhe studimet. Takimet me OJF, aktorë kyç në fushën e shëndetit, ekspertë, institucione me rëndësi në vend, dhanë mundësinë e marrjes së informacion të dorës së parë lidhur me legjislacionin, e në mënyrë të veçantë, mbi zbatimin në praktikë. Në pjesën falënderuese të këtij raporti kemi përmendur gjithë kontribuesit, çka i jep RH një autorësi shumë të gjerë dhe problemet e evidentuara i paraqet si të qenësishme e të gjithëpranuara.

C. HYRJE

1. Shqipëria ratifikoi Konventën CEDAW më 1993 [Ligji 1769/ 9.11.1993], dhe në vitin 2003, Protokollin Opsional të saj [Ligji 9052/17.4.2003], miratuar nga Asambleja e Përgjithshme më 6 tetor 1999, dhe hyrë në fuqi në 22 dhjetor 2000. Teksti zyrtar i CEDAW u botua për herë të parë në Fletoren Zyrtare rreth 15 vjet pas ratifikimit.
2. Sipas Kushtetutës së RSH [neni 122/1], “Çdo marrëveshje ndërkombëtare e ratifikuar përbën pjesë të sistemit të brendshëm juridik *pasi botohet në Fletoren Zyrtare të Republikës së Shqipërisë*”.
3. Në zbatim të nenit 18 të Konventës CEDAW, Shqipëria ka miratuar dhe paraqitur raportin e parë, të dytë dhe të tretë periodik në kuadër të CEDAW-t¹ dhe aktualisht ka miratuar raportin e 4-t periodik kombëtar². Në çdo raport, sikurse në atë aktual, janë bërë përpjekje për të pasqyruar masat legjislative, gjyqësore, administrative apo të tjera, që janë ndërmarrë nga shteti në zbatim të Konventës, si edhe çdo faktor që ka ndikuar pozitivisht apo ka vështirësuar afrimin drejt standardeve të CEDAW.
4. Ratifikimi, njohja dhe zbatimi i Konventës CEDAW ka kontribuar në një përparim të dukshëm të barazisë ligjore dhe substantive të grave me burrat. Megjithatë, duhet të vihet në dukje se, zbatimi në praktikë i këtyre instrumenteve në Shqipëri, është ende i kufizuar.
5. Në këtë RH, ndërsa kemi gjetur vend të nënvizojmë rezultatet e arritura nga qeveria shqiptare, jemi përqendruar në ato që shoqëria civile konsideron si probleme dhe mangësi të cilat ende cenojnë standardet e barazisë, duke i lënë terren diskriminimit ndaj gruas shqiptare në çështje të shëndetit në përgjithësi dhe të shëndetit seksual dhe riprodhues në veçanti duke u fokusuar në nenet 12/1, 14/1 të CEDAW. Disa prej arritjeve ashtu dhe disa prej mosarritjeve janë të lidhura me faktin se zhvillimi dhe ecja përpara janë një proces i pafund në mbarëvajtjen e të cilit ka vend për të gjithë si për merita ashtu edhe përgjegjësi. Disa mangësi kanë të bëjnë me masat jo adekuate të ndërmarra nga qeveria. Të tjera mosarritje lidhen me veçoritë e stereotipeve që ende kanë terren të fortë nisur nga kushtet e Shqipërisë. Eliminimi i tyre do të kërkojë më shumë kohë e investim. Disa mangësi mund të eliminoreshin nëse shoqëria civile do të ishte më konsekuente dhe e ndërgjegjësuar, duke ushtruar presion mbi qeverinë.
6. Në këtë RH kemi analizuar vetëm çështjet e shëndetit. Në këtë mënyrë, analiza është më shumë

1 Raporti për Shqipërinë daton më 23 maj 2002 dhe konsiderohet një raport i kombinuar i parë dhe i dytë – Nr. Reference. CEDAW/C/ALB/1-2 dhe u shqyrtua nga Komiteti i CEDAW-t në sesionin e tij të 28^{te} në janar 2003; Raporti i tretë është miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave (VKM) 1082/23.7.2008. Ky raport është shqyrtuar nga Komiteti i CEDAW-t në sesionin e tij të 46^{te} në korrik 2010.

2 Raporti i Katërt periodik miratuar me VKM Nr. 806/26.11.2014.

cilësore se sa sasiore dhe është përqendruar në çështjet e shëndetit riprodhues dhe seksual, në shëndetin e grave të dhunuara dhe trafikuar, te gratë me HIV/AIDS, te gratë në zonat rurale, etj.

7. Ndonëse mund të thuhet se shoqëria civile ka luajtur një rol aktiv në eliminimin e diskriminimit ndaj grave dhe promovimin e barazisë gjinore, si pjesë e pandarë e këtij shteti dhe shoqërie, ajo ndihet gjithashtu përgjegjëse për mos mbërritjen tek standardet e kërkuara. Në këtë mënyrë konkluzionet dhe rekomandimet kanë *karakter* konstruktiv, racional dhe gjithëpërfshirës, dhe një pjesë e tyre i atribuohen edhe një vëmendjeje më të madhe të shoqërisë civile në vend. Ndaj RH kujdeset të bëjë një analizë të vetë rolit aktiv apo të mirë/keqadresuar të OJF-ve që veprojnë në këtë drejtim.
8. Të prekësh në realitet standardet e CEDAW është rrugë e gjatë. Këto janë shpesh herë sfida edhe për vende me demokraci më të konsoliduar. Në Rekomandimet që kemi guxuar të sugjerojmë, jemi përpjekur të mbështetemi në mundësitë dhe perspektivën e Shqipërisë në mënyrë sa më realiste dhe jo utopike. Kështu, ndërsa parimet dhe standardet janë unike, diskrecioni i masave të marra ka koloritin e diversitetit që i përshtaten një vendi dhe një shoqërie të caktuar. Për këtë arsye, vetë Konventa i ka lënë disa nga këto “masa” në dorë të shteteve.

D. PËRMBLEDHJE, KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

1. Në bazë të nenit 12, Shtetet kanë marrë përsipër detyrime të menjëhershme për të eliminuar diskriminimin kundër grave në fushën e kujdesit shëndetësor, për të garantuar që gratë të kenë akses të barabartë në shërbime shëndetësore. Këtu përfshihet detyrimi i shteteve për të siguruar shërbime shëndetësore për të cilat kanë nevojë vetëm gratë³. Ndaj edhe gjetjet dhe rekomandimet ne vijim lidhen me shëndetin e grave.
2. Pavarësisht nga dispozitat e paragrafit 1 të nenit 12, shtetet palë do t’u sigurojnë grave gjatë barrës, lindjes dhe pas lindjes, shërbime të përshtatshme, nëse është e nevojshme pa pagesë, si dhe ushqim të përshtatshëm gjatë barrës dhe mbajtjes së fëmijës me gji.
3. Detyrimet janë të menjëhershme, sepse sipas nenit 12 (2) përdoret folja “sigurojnë”⁴. Të tilla detyrime mund të jenë p.sh., parandalimi i disa sëmundjeve, si vdekshmëria e nënave dhe tuberkulozi⁵. Detyrimet mund të jenë më graduale në rastin e miratimit të një medikamenti terapeutik si të sigurtë dhe efektiv, por që fillimisht është shumë i kushtueshëm për t’u shpërndarë në publik. Neni 12 i kërkon shteteve të garantojnë akses në shërbime specifike “që lidhen me planifikimin familjar” dhe shërbime të përshtatshme për shtatzëninë, periudhën pas lindjes dhe ushqyerjen e nevojshme gjatë shtatzënisë dhe dhënies gji foshnjës. Por neni 12(2) është specifik edhe përsa i përket dhënies së shërbimeve falas kur është e nevojshme⁶. Ndërsa Neni 12(1) përfshin edhe detyrime jo specifike duke qenë se shtetet palë mund të zgjedhin vetë masat që ata vlerësojnë të nevojshme për garantimin e aksesit të barabartë në shërbime shëndetësore, megjithëse këto masa i mbikqyr Komiteti CEDAW⁷.
4. *RH vë në dukje se Shqipëria ka një kuadër të ri dheose të përmirësuar ligjor, ku përditësimi me CEDAW dhe standartet e dokumentave të tjerë të rëndësishëm është i dukshëm.* Disa prej të cilëve janë: Ligji nr. 10221/4.2.2010, “Për Mbrojtjen nga Diskriminimi”; Ratifikimi i Konventës së OKB-së “Për të drejtat e personave me aftësi të kufizuara”, Ligji nr. 108/2012; Ligji kuadër nr. 93/2014 “Për

3 Rekomandimi i Përgjithshëm 24, para 14, Komentari fq. 329.

4 Komentari fq. 329.

5 Rekomandimi i Përgjithshëm 24, para. 17.

6 Komentari fq. 329-330.

7 Rekomandimi i Përgjithshëm 24 para 9.

përfshirjen dhe aksesueshmërinë e PAK⁸; Ratifikimi në vitin 2012 i Konventës së Këshillit të Europës “Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje”⁸; ndryshimet në dispozita të veçanta në vitin 2012 dhe 2013 në Kodin Penal për veprat penale që lidhen me dhunën në familje dhe dhunën me bazë gjinore; ndryshimet në Ligjin nr.9669/18.12.2006, “Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare” në vitin 2010, përparim në drejtim të angazhimit për ngritjen e një qendre kombëtare për shërbime të përkujdesit social për viktimat e dhunës në familje, mbrojtja e konfidencialitetit të të dhënave dhe informacionit vetjak të viktimës dhe përmirësimit të urdhrave të mbrojtjes; Ratifikimi i Konventës të Organizatës Ndërkombëtare të Punës “Për sigurinë dhe shëndetin në ndërtim”, 1988, miratuar me Ligjin nr. 5/30.01.2014, dhe “Për kuadrin promocional të sigurisë dhe të shëndetit në punë”, 2006, me miratimin e Ligjit nr. 4/30.01.2014. Më shumë informacione lidhur me kuadrin ligjor gjenden në vijim të RH.

5. RH përshëndet dhe ndalet në rezultatet e arritura nga qeveria shqiptare. Por më së shumti, jemi përqëndruar në ato që shoqëria civile konsideron si probleme dhe mangësi të cilat ende cenojnë standardet e barazisë duke i lënë mundësi diskriminimit të gruas në lidhje me çështjet e shëndetit.
6. Problemet e nënvizuara në raport prezantojnë nevojën për përmirësim/rishikim të kuadrit ligjor në lidhje me shëndetin seksual dhe riprodhues, mbrojtjen e ushqyerjes me gji, njohjen e identitetit gjinor, ekzaminimet depistuese dhe parandaluese lidhur me shtatzëninë, shëndetin mendor, depistimin e grave për kanceret e traktit riprodhues, etj, si dhe nevojën për reformimin e kujdesit shëndetësor me qëllim sigurimin e shërbimeve cilësore dhe gjithëpërfshirëse, etj.
7. RH thekson nevojën për përmirësime strukturore, trajnim të burimeve njerëzore, rritje të buxhetit në nivel të mjaftueshëm dhe realist për zbatimin e ligjeve, strategjive dhe politikave që kanë në fokus shëndetin e nënës dhe fëmijës.
8. RH vë theksin në mënyrë të veçantë në shëndetin e grave vulnerabël, të cilat kanë një akses shumë më të ulët në marrjen e shërbimeve shëndetësore dhe që kanë nevojë për një qasje ndryshe të shërbimeve.

RH ndalet dhe arrin në këto konkluzione dhe rekomandime:

1. Rekomandime të përgjithshme mbi legjislacionin për shëndetin e grave

1. *Legjislacioni shqiptar në tërësi është i plotë dhe parashikon mbështetje të posaçme dhe shërbime shëndetësore të veçanta ndaj gruas, nënës dhe fëmijës. Problemet qëndrojnë në zbatimin e ligjit dhe jo thjesht në përmbajtjen e tij. Në këtë RH kemi evidentuar disa problematika lidhur me kuadrin ligjor, të tilla si: nevoja që Ligji nr.10107/30.3.2009, “Për Kujdesin Shëndetësor”, ndryshuar me ligjin nr. 51/14.2.2013, të parashikojë ofrimin e shërbimeve falas për fëmijët deri në 18 vjeç; Ligji “Për nxitjen dhe mbrojtjen e ushqyerjes me gji” të parashikojë edhe masa për mbështetjen e nënës për ushqyerjen e fëmijës me qumështin e gjirit; Ligji “Për ndërprerjen e shtatzënisë”, ndryshuar me ligjin nr. 57/14.2.2013, të parashikojë ofrimin e kujdesit shëndetësor falas, si kryerja e analizave para abortit, procedura e abortit apo vizitat pas tij, si dhe të ketë një dispozitë për detyrimin e institucioneve shëndetësore për të raportuar numrin e aborteve, ndonëse kjo ka rregullime në akte të tjera. Është e nevojshme të bëhen përmirësime në legjislacion në drejtime të tilla si: në lidhje me ekzaminimet depistuese dhe parandaluese lidhur me shtatzënitë e hershme, dhunën në familje dhe masat për parandalimin e saj, si dhe dhunën me bazë gjinore, shëndetin mendor, depistimin e grave për tumoret e traktit riprodhues, etj. Po kështu, është evidentuar nevoja për draftimin dhe*

⁸ Ligj Nr. 104/11.08.2012 “Për Ratifikimin e Konventës së Këshillit të Europës “Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje”.

miratimin e një ligji që garanton njohjen e identitetit gjinor, [Gender recognition law] si dhe të drejtën e femrave trans për të njohur identitetin gjinor. Nevoja për rishikime dhe përmirësime të kuadrit ligjor në lidhje me shëndetin duhet të jetë proces i vazhdueshëm dhe progresiv.

2. Ligjet kanë nevojë për akte të tjera plotësuese si udhëzues, protokolle, urdhra, etj., me qëllim që të japin rezultatin e kërkuar. Kuadri ligjor duhet të shoqërohet me buxhetet përkatëse. Amendimet e herëpashershme të legjislacionit janë të nevojshme dhe duhen bërë në përputhje me ndryshimet dinamike që vijnë si rezultat i problemeve dhe nevojave të reja që lindin në fushën e shëndetit të grave si dhe konsultimeve me grupet e interesit.
3. *Financimet e strategjive të cilat konsiderohen si të nënfinancuara. E tillë është Strategjia e shëndetit riprodhues, ku, veç të tjerash, shëndeti i gruas nuk përbën një zë më vete, duke e bërë të vështirë planifikimin afat-mesëm dhe afat-gjatë të ndërhyrjeve në këtë sektor.*

2. Shëndeti seksual dhe shëndeti riprodhues: Planifikimi familjar dhe kontracepsioni

Konkluzione: Problemet e shëndetit të grave janë evidente dhe cenojnë mirëqënien dhe potencialet e tyre për përmbushjen e të drejtës për shëndet. Shkaqet kryesore të vdekshmërisë mes grave raportohet të jenë sëmundjet kardiovaskulare dhe neoplazitë. Ndërgjegjësimi dhe aksesimi i pamjaftueshëm i grave në shërbime, kthehen në pengesa kryesore për përfitimin e shërbimeve shëndetësore. Pavarësisht nga përmirësimi i treguesve shëndetësor dhe të ushqyerjes së nënës dhe fëmijës, ka pabarazi shëndetësore të lidhura me moshën, gjininë, mentalitetin, nivelin social-ekonomik, zonën gjeografike dhe vendbanimin. Ka një mungesë faktike të shërbimeve të integruara, që rezultojnë në boshllëqe kritike shëndetësore të cilat kufizojnë efektivitetin e programeve të SHSR dhe kompromentojnë shëndetin e njerëzve, si dhe ushqejnë damkosjen dhe diskriminimin ndaj grupeve vulnerabël. Pavarësisht arritjeve, OJF-të raportojnë si problematike një nivel të ulët të përdorimit të metodave kontraceptive moderne, veçanërisht mes adoleshentëve/të rinjve dhe grupeve të tjera të rrezikuara. Burimet jo zyrtare tregojnë për një numër më të lartë abortesh sesa ato të publikuara.

Rekomandime

1. Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të nënës dhe fëmijës nëpërmjet unifikimit të protokolleve dhe standardeve për ndjekjen e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Hartimi i një plani kombëtar të konsultuar me grupet e interesit për shëndetin e grave dhe vajzave.
2. Marrja e masave për ofrimin e shërbimit të integruar të shëndetit riprodhues dhe seksual në nivelin parësor të kujdesit shëndetësor sipas paketës së shërbimeve bazë të KSHP të miratuar.
3. Shpërndarja e udhëzuesve dhe protokolleve klinike të trajtimit në nivel qendrash shëndetësore, hartimi i manualeve të trajnimit dhe trajnimit të personelit si dhe përditësimi i dokumenteve të tjera orientuese të shërbimit me qëllim zbatimin në praktikë të tyre.
4. *Buxheti:* Prania dhe evidentimi i pabarazive në shëndetin dhe ushqyerjen e fëmijës kërkojnë t'u jepet përparësi nënave dhe fëmijëve më të rrezikuar në procesin e planifikimit për mbulim universal shëndetësor. Sigurimi i buxhetit të mjaftueshëm dhe realist për zbatimin e strategjisë së shëndetit riprodhues, së bashku me burimet njerëzore dhe ato administrative. Përmirësimi i politikave të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën, e shprehur nëpërmjet shpërndarjes më të mirë e më efektive të burimeve financiare dhe njerëzore në sektorin e shëndetit, me qëllim sigurimin e një aksesimi të barabartë në shërbime shëndetësore cilësore për të gjitha gratë dhe fëmijët, përfshirë gratë në zonat rurale dhe nga komuniteti rom. Buxheti duhet të jetë i tillë që të sigurojë cilësinë e shërbimeve dhe mbulimin me aparatura teknologjike cilësore.
5. *Personeli dhe Infrastruktura:* Rritja e nivelit të njohurive dhe të aftësive të personelit shëndetësor nëpërmjet edukimit të vazhdueshëm. Pajisja e qendrave shëndetësore dhe ambulancave me

kompletin e pajisjeve të nevojshme të përcaktuara në paketën bazë të shërbimit parësor. Ofrimi i shërbimeve të PF sa më afër grupeve të rrezikuara: në vendet e punës, si pjesë e paketës së shërbimit shëndetësor që ofrohet në këto vende; në nivel ambulance në zonat rurale, në vendet që frekuentojnë të rinjtë, aty ku jetojnë popullsia rome, etj. Zgjerimi i shërbimeve miqësore që ofrojnë këshillim dhe shërbime për planifikimin familjar me grupet më të rrezikuara.

6. *Aksesi*: Ofrimi i vizitave shëndetësore falas dhe pranë vendbanimeve për gratë dhe vajzat që i përkasin grupeve vulnerabël. Ofrimi i këtyre shërbimeve shëndetësore të bëhet sipas një qasjeje të bazuar në nevojat e veçanta të kësaj popullsie.
7. *Ndërgjegjësimi*: i grave në lidhje me të drejtat e tyre në marrjen e shërbimit shëndetësor dhe përfitimeve për shërbime të veçanta; ndërgjegjësim i komunitetit. Fuqizimi i komponentit promovues dhe parandalimi shëndetësor, duke përdorur ndërhyrje që sjellin risi dhe janë efektive, për sa kohë mënyrat tradicionale nuk kanë dhënë rezultat. Zhvillimi i strategjive të duhura të komunikimit për të adresuar nevojat e grupeve të ndryshme të popullsisë, të të rinjve, grave dhe vajzave rome, grave me AK etj., dhe duke njohur rëndësinë e ndërhyrjeve të mirëmenduara. Forcimi i bashkëpunimit dhe mbështetja e OJF-ve dhe komuniteteve lokale për zbatimin e aktiviteteve informuese dhe edukuese dhe ndryshimit të sjelljeve lidhur me kontracepsionin në grupet e rrezikuara.
8. *Vlerësimi dhe Monitorimi*: Pavarësisht nga rënia e konsiderueshme e vdekshmërisë amtare, fëmijore dhe foshnjore në vitet e fundit, niveli i tyre duhet të vlerësohet në vazhdimësi nga ana e shtetit, duke i krahasuar me vendet e tjera të rajonit si dhe sipas zonave të ndryshme brenda vendit. Vendosija e një sistemi monitorimi dhe vlerësimi të cilësisë së shërbimeve të ofruara. Sistemi i monitorimit të performancës, supervizimit dhe sigurimit të cilësisë së shërbimit është i mangët, çka reflektohet në mungesën e të dhënave dhe treguesve. Të monitorohet zbatimi i ligjeve, urdhrave, protokolleve në fushën e shëndetit, etj.
9. *Statistikat*: Mbledhja e të dhënave të ndara sipas seksit për të gjitha çështjet e shëndetit riprodhues. Ngritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor në periferi dhe atij në MSH për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave cilësore.
10. *Përgatitja e një studimi kombëtar* mbi aksesin e grave dhe vajzave në sistemin shëndetësor.

3. Ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë

1. *Ligjore*: Rishikimi dhe përmirësimi i legjislacionit në lidhje me ndërprerjen e shtatzënisë me qëllim rritjen e sigurisë në kryerjen e abortit dhe minimizimin e ndërlikimeve me pasoja në shëndetin e përgjithshëm dhe atë riprodhues të gruas. Përcaktimi i protokolleve të unifikuara për abortin e sigurt me futjen e teknikave bashkëkohore dhe kujdesitpas abortit për të gjitha institucionet shëndetësore që kryejnë abortin. Të merret parasysh prioriteti i marrjes së pëlqimit nga ana e gruas në ndërprerjen e shtatzënisë dhe jo kthimi në domosdoshmëri të dhënies së pëlqimit nga bashkëshorti.
2. *Raportimi dhe monitorimi*: Përmirësimi i sistemit të mbikqyrjes përmes forcimit të rregullave administrative në lidhje me raportimin e aborteve dhe vendosja e sanksioneve për institucionet/ personelin shëndetësor që nuk raporton. Këto masa do të rrisin ndjeshëm cilësinë e raportimit të numrit të aborteve, sidomos atyre që kryhen në sektorin privat, duke ndihmuar në një vlerësim më të saktë të situatës së abortit në vend dhe një planifikim më të mirë të ndërhyrjeve për përmirësimin e kujdesit cilësor për abortin e sigurt. Pasurimi i të dhënave të mbledhura me shkaqet që i shtyjnë gratë në abort, moshën dhe statusin social, do të shërbejë për parandalimin social të qasjeve të tilla të padëshiruara. Forcimi i sistemit të monitorimit dhe vlerësimit të cilësisë dhe performancës së shërbimeve shëndetësore publike dhe private që kryejnë (realizojnë) abort.
3. Marrja e masave për regjistrimin e medikamenteve që përdoren për abortin medikamentoz, me qëllim monitorimin më të mirë të përdorimit të tyre dhe përfundimin e një pasqyre reale të numrit

të aborteve që ndodhin në vendin tonë.

4. *Informimi dhe edukimi i publikut* mbi përfitimet dhe rreziqet që vijnë nga përdorimi i medikamenteve që përdoren për ndërprerjen e shtatzanisë.
5. *Studime*: Ndërmarrja e një studimi të thelluar mbarëkombëtar për vlerësimin e dukurisë dhe përmasave të abortit selektiv në Shqipëri. Marrja e këtij informacioni do të ndihmojë politikëbërësit në hartimin e strategjive për kontrollin deri në eliminimin e këtij fenomeni.

4. Gratë me HIV/AIDS: Infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST) dhe HIV/AIDS-i

1. *Ligjore dhe politike*: Përmirësimi i kuadrit ligjor për përfshirjen e strategjive të reja si shërbimet e zvogëlimin të rrezikut dhe financimi i tyre. Hartimi i një strategjie gjithëpërfshirëse në nivel shumë të gjerë të IEC / BCC që përdor kanale të ndryshme të komunikimit për të promovuar testimin dhe këshillimin vullnetar në parandalimin e transmetimit të HIV-it nga nëna te fëmija . Hartimi dhe sigurimi i zbatimit të politikave dhe të një mjedisi rregullator që mbështet aktivitetet e nevojshme dhe ndërhyrjet e qëndrueshme për eliminimin e transmetimit vertikal të HIV-it nga nëna tek fëmija.
2. *Administrative - këshillimore*: Krijimi i shërbimeve antenatale specifike të depistimit të grave shtatzëna për HIV, dhe zbatimi i programeve të këshillimit dhe testimit për HIV për të gjitha gratë shtatzëna në qendrat e shërbimeve shëndetësore të nënës dhe fëmijës, siç parashikohet në paketën e shërbimeve bazë të parësorit. Rritja e numrit dhe përmirësimi i kapaciteteve dhe cilësisë së shërbimit që ofrohet nga qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar si dhe sigurimi i burimeve financiare për funksionimin e tyre.
3. *Parandaluese dhe të aksesit*: Krijimi i një mjedisi mbështetës për vajzat dhe gratë, për identifikimin, adresimin dhe eliminimin e barrierave që pengojnë programet e parandalimit dhe ndërhyrjet tek gratë në moshë seksualisht aktive.
4. *Monitorimi*: Plotësimi dhe monitorimi i protokollit kombëtar për parandalimin e HIV-it nga nëna tek fëmija nga një ekip multidisiplinor i udhëhequr nga ISHP. Sistemi i kontrollit biologjik dhe i sjelljeve me rrezik për grupet e rrezikuara për IST-t ka qenë i paaftë të gjenerojë të dhëna në lidhje me prevalencën dhe incidencën e HIV-it, numrin e rasteve të infektuara të pa diagnostikuara, të sigurojë ndjekjen e rasteve të reja të diagnostikuara, të vlerësojë madhësinë e grupeve më të rrezikuara dhe të monitorojë cilësinë e shërbimeve të ofruara për njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS.
5. *Ndërgjegjësimi*: Programe ndërgjegjësimi mes grave që i përkasin grupeve të rrezikuara për të rritur mundësinë e identifikimit.

5. Tumoret e traktit riprodhues: Kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës

1. *Emergjenca*: Ministria e Shëndetësisë, së bashku me institucionet e tjera përgjegjëse, duhet të fillojë menjëherë nga zbatimi i programit kombëtar të kontrollit të kancerit sipas ndërhyrjeve prioritare të përcaktuara në planin e veprimit.
2. *Informacioni i përfituar nga regjistri aktual* i kancerit është i mangët dhe shpeshherë jo i besueshëm dhe lidhet me mungesën e shërbimeve shëndetësore onkologjike në të gjithë vendin, "humbjen e rasteve" nga lëvizjet demografike të popullsisë, mungesën e një kodi unik identifikimi të rasteve të sëmundjeve tumorale, mungesë kapacitetesh mes personelit shëndetësor për mbledhjen e të dhënave, mungesë e ndjekjes së rasteve me kancer, mungesë aksesi ndaj certifikatave të vdekjes, dhe plotësimi jo cilësor i tyre.

6. Shëndeti i grave vulnerabël

Konkluzion:Në përgjithësi gratë e grupeve vulnerabël përballen më shumë me përjashtimin shoqëror dhe mungesën e aksesit në shërbimet shëndetësore. Mund të përmendim gra nga grupe të ndryshme si: gratë që jetojnë në zonat rurale, gratë me aftësi të kufizuara, gratë që jetojnë me HIV/AIDS, gratë e komunitetit rom dhe egjiptian, gratë LGBTI, gratë që vuajnë dënimin, etj. Ndërhyrjet në kuadrin ligjor ekzistues duhet të sigurojnë një mbrojtje më të mirë të të drejtave të grave vulnerabël për të garantuar akses të plotë në shërbime shëndetësore.

Rekomandime të përgjithshme

1. Përfshirja në mënyrë specifike e çështjeve të grave vulnerable në legjislacionin dhe protokollet e punës së punonjësve të shëndetësisë.
2. Realizimi i studimeve të thelluara për të njohur nevojat e grave vulnerabël në fushën e shëndetësisë.
3. Ofrimi i shërbimeve shëndetësore në zonat ku ato jetojnë dhe sipas një qasje të bazuar në nevojat e veçanta të këtyre grupeve.

7. Shëndeti i grave viktimat të dhunës në familje

Konkluzion:Rritja e numrit të rasteve të dhunës ndaj grave që kërkojnë ndihmë në strukturat e ndryshme shtetërore tregon domosdoshmërinë e vënies në funksionim të një sistemi sa më eficient për t'iu përgjigjur në kohë rasteve të paraqitura.Megjithëse kuadri ligjor për dhunën në familje është i plotë, qendrat shëndetësore vazhdojnë të mos kryejnë detyrimet e parashikuara në ligj apo aktet nënligjore.

Rekomandohet marrja e masave në vijim:

1. *Administrative:* vënia në funksionim në mënyrë progresive e një sistemi sa më eficient dhe të mirë-koordinuar për t'iu përgjigjur në kohë dhe me efektivitet rasteve të paraqitura, si dhe ofrimin të një sërë shërbimesh mbështetëse dhe rehabilituese; Zbatimi i përqasjes holistike në adresimin e dhunës, duke rishikuar strukturën e QSH (përfshirjen e profesionistëve, si punonjës socialë, psikologë), dhe iniciuar ndërhyrje (advokaci/koordinim/ndërgjegjësim për parandalim) me target aktorët jashtë sektorit të shëndetësisë (qeveritarë, joqeveritarë, privatë), e mbi të gjitha pushtetin vendor dhe komunitetin.
2. Drejtimi/planifikimi i shërbimit të DHBGJ si pjesë e shëndetit publik/parësor dhe çështje e të drejtave të njeriut.
3. Prioritizimi i përmbushjes së nevojave komplekse të grupeve më të cenueshme të popullatës përmes njohjes së këtyre nevojave (grupeve), e strategjive të ndërhyrjeve.
4. Mbështetja e shërbimit DHBGJ përmes integritit të tij në të gjitha shërbimet e tjera të shëndetit publik/parësor dhe planifikimi i shërbimit sipas përqasjes 'holistike' të adresimit të çështjes së dhunës si dhe duke e përfshirë në kuadër të zhvillimit të programeve paralele.
5. *Statistikat:* Për sa kohë dhuna seksuale do të vijojë të mbetet tabú, statistikat e denoncimit të saj nuk do të kenë ndryshime, pra duhet thelluar më tej analiza e fenomenit, shkaqeve, pasojave, si dhe efektivitetit të zbatimit të masave të planifikuara.
6. *Parandalimi:* Zbatimi i masave të pasqyruara në dokumentet politike e ligjore nga institucionet, për parandalimin dhe adresimin e rasteve të dhunës – për viktimat dhe komunitetin dhe adresimi i faktorëve/përcaktuesve të dhunës në strategjitë e ndryshme sektoriale/ ndërsektoriale. Koordinimi efektiv i përpjekjeve në të gjitha nivelet dhe me të gjithë aktorët për të adresuar dhunën.

8. Viktimat e trafikimit (VT/VMT) dhe adresimi i problemeve shëndetësore

Konkluzione: Të dhënat e strategjisë kundër trafikimit të personave 2014-20 tregojnë rritje të trafikimit të brendshëm të të miturve dhe të rriturve, kryesisht në zonat urbane dhe ato turistike. Mekanizmi kombëtar i referimit të trafikimit të personave është përmirësuar dhe është rritur koordinimi i autoriteteve përkatëse dhe aktorëve të përfshirë në nivel lokal, por ende ka shumë vend për përmirësime. OJF-të raportojnë si problematike mungesën e shërbimeve komunitare dhe rezidenciale për VT dhe të dhunës të cilat kanë probleme të shëndetit mendor dhe kërkojnë një ndjekje të vazhdueshme dhe të specializuar.

Rekomandohet marrja e këtyre masave

1. *Administrative:* Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të shëndetit mendor që ofrohen për VT/VMT. Rritja e aksesit në marrjen e shërbimeve në qendrat shëndetësore ku VT/VMT jetojnë. Ofrimi dhe garantimi i shërbimeve psiko-sociale, ligjore, shëndetësore dhe mbështetjes së përshtatshme për viktimat e mundshme dhe grupet/personat e trafikuar për riintegrimin e tyre në shoqëri.
2. *Parandalimi/ndërgjegjësimi:* Fuqizimi i aktorëve shtetërorë dhe jo-shtetërorë që punojnë me grupet “në rrezik”, përfshirë punonjësit e shëndetit publik, mbi kontributin e specialistëve të shëndetit në lidhje me identifikimin fillestar, parandalimin, asistencën shëndetësore dhe referimin e VT/VMT, si dhe klientët/shfrytëzuesit e mundshëm. Ndërgjegjësimi dhe informimi i viktimave/viktimave të mundshme të trafikimit mbi çështje të kujdesit shëndetësor, si mbi IST, HIV/AIDS, shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar

9. Kujdesi shëndetësor i grave në zonat rurale

1. *Administrative dhe të aksesit:* Ofrimi i shërbimeve shëndetësore për gratë në zonat rurale, pranë qendrave shëndetësore pranë vendbanimeve të tyre është imediat. Ka mungesa të personelit shëndetësor të specializuar, veçanërisht në zonat rurale. Shërbimi i urgjencës obstetrikale është i kufizuar ose mungon në rrethet e vogla duke rritur në këto zona përqindjet e vdekshmërisë amtare. Konstatohen mungesa në infrastrukturën e ofrimit të shërbimit⁹, dhe distanca të largëta të qendrave shëndetësore¹⁰.
2. *Monitorimi:* Vlerësime kualitative dhe me pjesëmarrje të komunitetit lidhur me shpërndarjen e shërbimeve dhe problematikat shëndetësore në zonat rurale me fokus të veçantë gratë që jetojnë në këto zona.
3. *Ndërgjegjësimi:* Fuqizimi i grave në zonat rurale që të marrin vendime të drejta për shëndetin e tyre dhe të ofrojnë modele pozitive të mirërritjes dhe kujdesit për fëmijët.

10. Gratë me aftësi të kufizuar [PAK]

1. *Ligjore:* Përfshirje në mënyrë specifike të çështjeve të grave me aftësi të kufizuara në legjislacionin dhe protokollet e punës së punonjësve të shëndetësisë. Të përfshihen në mënyrë aktive gra me aftësi të kufizuara në zhvillim dhe zbatim programesh, politikash dhe protokolleesh në lidhje me çështje shëndetsore dhe sociale. Përcaktimi i masave të veçanta për identifikimin, trajtimin dhe mbrojtjen që iu duhet ofruar grave me aftësi të kufizuara që rrezikojnë ose kanë qenë pre e abuzimeve të ndryshme në familje apo institucione.
2. *Aksesi:* Rritja e aksesit në shërbime shëndetësore të grave me aftësi të kufizuara duke vlerësuar nevojat dhe mundësitë që kanë këto gra për të përfutuar nga shërbimet.
3. *Monitorimi:* ngritja e një sistem indikatorësh me bazë gjinore dhe aftësinë e kufizuar me qëllim

⁹ SOROS 2011. Aksesimi i shërbimeve shëndetësore nga grupet në nevojë.

¹⁰ Hazizaj A., Elezi P., Ballo M., Vlerësim Kombëtar 2014: Aksesi i fëmijëve romë në Shërbimet e edukimit dhe shëndetësisë në Shqipëri, UNICEF / CRCA / YWCA / Observatori, Tiranë 2014.

monitorimin e zbatimit të të gjitha strategjive për aftësinë e kufizuar dhe barazinë gjinore.

4. *Studimet*: Realizimi i studimeve të thelluara për të njohur nevojat specifike të grave me aftësi të kufizuar në fushën e shëndetësisë.

11. Gratë e komunitetit rom dhe egjiptian

1. *Ligjore etj*: Përfshirjen e komunitetit rom gjatë formulimit të politikave dhe masave të tilla dhe adoptimin e tyre për nevojat e komunitetit rom, si dhe garantimin e pjesëmarrjes efektive të romëve në hartimin, zbatimin, monitorimin dhe vlerësimin e politikave, programeve dhe masave shëndetësore.
2. *Ndërgjegjësimi*: Qendrat shëndetësore pranë komuniteteve rome dhe egjiptiane duhet të nxisin planifikimin familjar nëpërmjet trajnimeve, informimit dhe shpërndarjes falas të mjeteve moderne kontraceptive. Marrja e masave të veçanta për të edukuar dhe rritur ndërgjegjësimin e komuniteteve rome për çështje themelore të shëndetit, duke synuar në veçanti prindërit, gratë dhe nënat e reja, si dhe fëmijët në shkolla. Të përgatiten fushata të synuara me informacione, për të rritur njohuritë e grave, vajzave, burrave dhe djemve të komunitetit rom në fushën e edukatës seksuale, riprodhimin dhe mbrojtjen nga shtatzënia.
3. *Administrative*: Organizimi i vizitave të rregullta në lokalitetet rome dhe lagjet e varfra nëpërmjet njësive të lëvizshme mjekësore që ofrojnë shërbime të kujdesit shëndetësor për fëmijët, nënat shtatzëna dhe nënat e reja, si dhe për të moshuarit.

12. Shëndeti i LGBTI dhe i grave LBT

1. *Ligjore*: nevoja për hartimin e ligjit për "Njohjen e identitetit gjinor" për të garantuar akses të plotë të personave Trans në shërbimet shëndetësore shtetërore, falas dhe pa diskriminim. Hartimi i politikave mbështetëse për t'iu përgjigjur nevojave shëndetësore të personave LGBTI në stad promovimi, parandalimi dhe trajtimi. OJF që punojnë me personat LGBT raportojnë se njohja Ligjore e Gjinisë është dhe do të mbetet prioritet për të drejtat e personave Trans në Shqipëri. Pa një ligj të tillë mbrojtja shëndetësore e personave trans do të jetë e pamundur për vite të tëra. Hartimi i politikave dhe planeve të veprimit gjithpërfshirëse edhe për vajzat dhe gratë LBT dhe përfshirja e këtij komponenti në çdo praktikë dhe politikë atje ku kjo gjë është e përshtatshme apo e kërkuar nga vetë komuniteti i vajzave dhe grave LBT.
2. Ndërhyrjet në kuadrin ligjor ekzistues duhet të synojnë *mbrojtjen e të drejtave të LGBTI* për të realizuar një përafrim të legjislacionit ekzistues me Ligjin Nr.10 221/4.2.2010 "Për Mbrojtjen nga Diskriminimi", gjë që do të rrisë garancitë ligjore edhe për mbrojtjen e të drejtave të komunitetit LGBTI. Kjo kërkesë është parashtruar edhe nga Komisioneri për Mbrojtjen nga Diskriminimi¹¹. Edhe në Raport Progresin e BE-së për Shqipërinë 2013 në lidhje me të drejtat e këtij komuniteti, theksohet se "Autoritetet shqiptare duhet të zbatojnë edhe legjislacionin ekzistues edhe të hartojnë legjislacion të ri në fushën e anti-diskriminimit".
3. *Akresi*: ofrimi i kujdesit shëndetësor cilësor dhe etik bazuar në orientimin seksual dhe identitetin gjinor, si dhe:
4. *Edukim & ndërgjegjësim*: Rritja e njohurive dhe ndryshimi i qëndrimeve të profesionistëve të shëndetësisë lidhur me nevojat shëndetësore të personave LGBTI, nëpërmjet ndryshimeve në kurrikul dhe trajnimeve, që duhet të fokusohen jo vetëm në ofrimin e informacionit të përshtatshëm mjekësor, por dhe në çështje lidhur me respektimin e të drejtave të personave LGBT dhe përmirësimin e aksesit të tyre në shërbimet shëndetësore.
5. Trainimi dhe rritja e kapaciteteve të profesionistëve të shëndetit në të gjitha institucionet ku kjo është e domosdoshme dhe e përshtatshme.

11 KMD, 2014. Raporti Vjetor.

6. Fuqizimi i grave dhe vajzave LBT në lidhje me edukatën seksuale, mbrojtjen nga dhuna dhe abuzimi, mbrojtjen nga IST-të etj, si dhe ndërgjegjësimi për impaktin dhe pasojat e diskriminimit dhe dhunës në shëndetin e vajzave dhe grave LBT.

13. Shëndeti i grave të moshuara

1. *Administrative dhe të Aksesit:* rritja e numrit të shërbimeve shëndetësore dhe sociale që kanë në fokus nevojat e veçanta të grave të moshës së tretë.
2. *Ofrimi i shërbimeve shëndetësore falas* për të moshuarit për të rritur cilësinë e jetesës së tyre.
3. *Njohjen me Planin Ndërkombëtar* për veprim mbi Moshimin, Madrid 2002, dhe fillimin e implementimit, meqenëse jetëgjatësia është rritur dhe gratë jetojnë më shumë se burrat dhe vuajnë më shumë nga sëmundjet kronike.

14. Marrëdhëniet e punës dhe problematikat konkrete të shëndetit të grave

1. *Monitorimi:* monitorimi dhe kontrolli i vazhdueshëm nga ana e instiucioneve publike ndaj institucioneve private, për të bërë të mundur respektimin e të drejtave shëndetësore të grave gjatë marrëdhënieve të punës.
2. *Ndërgjegjësimi:* i grave me paketën e të drejtave lidhur me shëndetin dhe sigurinë në punë.

15. Rekomandime për OJF-të që veprojnë në fushën e shëndetit

1. Zhvillimi prej OJF-ve i programeve që kanë në fokus shëndetin e grave dhe me një qasje të veçantë shëndetin e grave të grupeve vulnerable. *Ka shumë zona urbane dhe rurale ku mungon prezenca e OJF-ve të grave dhe njëkohësisht institucionet shëndetësore nuk bëjnë punë informuese dhe ndërgjegjësuere në lidhje me shëndetin e grave*
2. Informim dhe fuqizim të grave dhe komuniteteve ku ato jetojnë mbi të drejtën për shëndet.
3. Programe edukimi, avokacie dhe ofrimi shërbimesh që kanë në qendër gratë dhe të drejtat e tyre.
4. *Nevojitet bashkëpunim/partneritet në zbatimin e projekteve të përbashkëta mes OJF-ve dhe institucioneve shëndetësore shtetërore në drejtim të informimit, ndërgjegjësimit dhe ofrimit të shërbimeve cilësore për shëndetin e grave. Nevoja për konsultime me OJF-të në hartime legjisacionesh, politikash dhe planesh veprimi.*

16. Rekomandime për partnerët ndërkombëtarë që mbështesin fushën e shëndetit

5. Thirrje për propozime që përfshijnë përjasje multidisiplinare dhe përfshirjen në plane strategjike të grupeve të marginalizuara;
6. Avokim dhe presion pranë qeverisë shqiptare që të marrë masat e duhura në përmirësimin e aksesit të të gjitha grave në shërbimin shëndetësor falas.
7. Ofrimi i modeleve pozitive, të marra nga eksperiencia të vendeve të zhvilluara, për të luftuar diskriminimin në shëndetësi.

PJESA E DYTË: Analizë e standardeve lidhur me mosdiskriminimin në çështjet e kujdesit shëndetësor

A. Qasjet juridike me standardet e CEDAW në fushën e kujdesit ndaj shëndetit

1. Kuadri ligjor në fuqi - nevoja e përqasjes me standardet e nenit 12 etj, të CEDAW

1. *Hyrje*: Sipas kërkesave të nenit 12 të Konventës CEDAW dhe Rekomandimit të Përgjithshëm Nr. 28 të Komitetit CEDAW, ndërsa shtetet kanë të drejtën për përzgjedhjen e masave për arritjen e barazisë në fushën e kujdesit shëndetësor, është Komiteti që vendos në fund nëse Shteti i ka miratuar të gjitha masat e përshtatshme¹². Ndaj, përmes këtij RH do të ndalemi shkurtimisht në legjislacionin shëndetësor, planet dhe politikat e ndërmarra nga shtetit shqiptar dhe nëse këto bazohen në kërkitime shkencore dhe në vlerësime të gjendjes shëndetësore dhe të nevojave të grave, si edhe nëse këto janë mbështetur në tregues të shëndetit dhe nëse shërbimet shëndetësore për gratë janë monitoruar, duke bërë që ato të jenë të përshtatshme dhe të përballueshme financiarisht¹³.
2. *Legjislacioni shqiptar në tërësi* parashikon mbështetje të posaçme dhe shërbime shëndetësore të veçanta për nënëndhe fëmijën.
3. *Standardet kushtetuese*: E drejta e nënës dhe e fëmijës për kujdes shëndetësor përcaktohet në *Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë (1998 ndryshuar)*. Neni 55 i Kushtetutës nënvizon se “shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti dhe kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor”. Ky angazhim kushtetues mbështetet në parimet për shërbime cilësore e gjithëpërfshirëse shëndetësore të cilat gjenden në ligjet nr.8876/4.4.2002, “Për shëndetin riprodhues” (ndryshuar) dhe nr.10138/11.5.2009, “Për shëndetin Publik”, etj.
4. *Marrëdhëniet e punës*: Kodi i Punës dhe Ligji nr. 10 237/18.2.2010, “Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë”, përmbajnë një sërë dispozitash që lidhen me punët që janë veçanërisht të vështira ose të dëmshme për shëndetin dhe përmbajnë dispozita të veçanta për mbrojtjen e shëndetit të nënës dhe fëmijës, duke përcaktuar qartë kushtet e punës për gruan shtatzënë¹⁴. Në vitin 2014 u ratifikuan dy konventa të Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO), ajo “Për sigurinë dhe shëndetin në ndërtim” (Ligji Nr. 5/30.01.2014 për C167), dhe “Për kuadrin promocional të sigurisë dhe të shëndetit në punë” (Ligji Nr. 4/30.01.2014 për C187).
5. *Ligji “Për shëndetin riprodhues”* njeh dhe mbron të drejtat riprodhuese të individit e të çiftit dhe

12 Rekomandimi i Përgjithshëm 28, paragrafi 23.

13 Rekomandimi i Përgjithshëm 24, paragrafi 29 dhe 31(d).

14 Ligji nr.7961/12.7.1995, “Kodi i Punës i Republikës së Shqipërisë”, me ndryshimet e vitit 2015, në nenin 104/6, parashikon: “Këshilli i Ministrave përcakton listën joshteruese të faktorëve, proceseve dhe kushteve të punës që dëmtojnë sigurinë ose shëndetin e nënës dhe/ose të fëmijës, si dhe rregulla të veçanta për kushtet e punës për gratë shtatzëna, gratë që sapo kanë lindur dhe ato me fëmijë në gj”.

garanton që këto të drejta të mbrohen në përputhje me ligjet dhe politikat kombëtare e me parime të tjera të njohura ndërkombëtare. Në përgjithësi ligji parashikon një sërë masash për mëmësi të sigurt, siç është e drejta e çdo gruaje për të marrë kujdesin që i nevojitet, në mënyrë që të gëzojë një shëndet të mirë gjatë shtatzënisë deri në lindjen e fëmijës. Ligji parashikon të drejtën e të gjitha grave shtatzëna të përfitojnë falas ndjekjen periodike mjekësore të shtatzënisë, të lindjes dhe të paslindjes, veçanërisht ekzaminimet e paralindjes dhe të paslindjes, të detyrueshme, që caktohen me akt të Ministrit të Shëndetësisë. Ligji siguron kujdes shëndetësor gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës. Ai përcakton gjithashtu parimet bazë të kujdesit shëndetësor gjatë viteve të riprodhimit për gratë dhe burrat, dhe mbi të gjitha respekton edhe parimin e mosdiskriminimit të sanksionuar në Kushtetutë dhe dokumentet e rëndësishme ndërkombëtare. Aktet nënligjore të nxjerra nga Ministria e Shëndetësisë (MSH) plotësojnë kuadrin ligjor në fuqi¹⁵. Në udhëzimet e nxjerra nga MSH bazuar në ligjin “Për shëndetin riprodhues”, është e paqartë nëse udhëzimi për ndjekjen falas të gruas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, është e detyrueshme edhe për sektorin privat. Në udhëzim nuk përcaktohen mekanizmat e monitorimit dhe të cilësisë për zbatimin e ligjit si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat, dhe masat administrative që duhen marrë në rast se ai nuk zbatohet.

6. Ligji nr.10107/30.3.2009, “Për Kujdesin Shëndetësor”, ndryshuar me ligjin nr. 51/14.2.2013, parashikon ofrimin e shërbimeve falas për fëmijët (0-14 vjeç). Ndërkohë, sipas Konventës së OKB “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.
7. Ligji “Për nxitjen dhe mbrojtjen e ushqyerjes me gjii”¹⁶ ka si qëllim kryesor mbështetjen e ushqyerjes me qumësht gjiri kundrejt atij artificial (në rastet kur nuk përcaktohet nga rrethana të veçanta), si dhe për të rregulluar dhe kontrolluar tregtimin e zëvendësuesve të qumështit të gjirit për ushqyerjen e shëndetëshme të fëmijëve. Duhet thënë se me gjithë ndryshimet e bëra, ligji përmban dispozita të pakta e të pamjaftueshme për të garantuar ushqyerjen e fëmijës me qumështin e gjirit të nënës. Pjesa më e madhe e dispozitave i kushtohet rregullimit të tregtimit, reklamimit dhe shitjes së qumështit alternativ dhe nuk parashikon masa për mbështetjen e nënës për ushqyerjen e fëmijës me qumështin e gjirit.
8. Ligji “Për ndërprerjen e shtatzënisë”, ndryshuar me ligjin nr. 57/14.2.2013: Ndryshimet e bëra nuk kanë cenuar thelbin e ligjit, por kanë nxjerrë në pah rolin e inspektoriatit që mbulon fushën e shëndetësisë. Ligji garanton respektimin e çdo qenieje njerëzore që në fillim të jetës, parim i cili nuk shkelet, përveç rasteve kur është e domosdoshme dhe në kushtet e përcaktuara në ligj. Ky ligj përshkohet nga parimi se “Çdo grua ka të drejtën e informacionit të saktë dhe të këshillimit para ndërprerjes së shtatzënisë”. Në këtë kuadër, një rol të rëndësishëm luan personeli shëndetësor, i cili e informon gruan mbi rreziqet shëndetësore që mund të sjellë ndërprerja e shtatzënisë dhe e njeh me të drejtat e parashikuara në ligj mbi familjen, nënën dhe fëmijën. Në kushtet e një vajze të mitur deri në moshën 16 vjeç, ligji përcakton që, veç miratimit nga vetë vajza, është i domosdoshëm edhe miratimi i prindit ose i kujdestarit ligjor të saj. Në këtë ligj parashikohen masa të veçanta administrative në rast se shkelen parimet dhe dënimi me gjobë. Ligji përcakton qartë se aborti në asnjë rast nuk duhet konsideruar si një metodë e planifikimit familjar. Në ligj nuk parashikohet ofrimi i kujdesit shëndetësor falas, si kryerja e analizave para abortit,

15 Udhëzimet e nxjerra nga Ministri i Shëndetësisë, konkretisht aime nr. 146/11.4.2003, bazuar në ligjin “Për shëndetin riprodhues”, në pikën 1 të tij, nënvizohet se: të gjitha institucionet shëndetësore publike dhe jo publike që ofrojnë kujdes shëndetësor për nënën dhe fëmijën në kujdesin shëndetësor parësor, të zbatojnë rregulloren e shërbimeve të shëndetit riprodhues. Ndërsa pika 3 dhe 4 e këtij udhëzimi, specifikon se grave shtatzëna duhet t’iu sigurohet falas ndjekja shëndetësore gjatë shtatzënisë (përfshirë triekzaminime ekografike falas), gjatë lindjes dhe pas lindjes, në institucionet shëndetësore të kujdesit për nënën dhe fëmijën.

16 Ligj nr.8528/23.9.1999, ndryshuar me ligjin 58/2013: “Për nxitjen dhe mbrojtjen e të ushqyerit me gjii”.

procedura e abortit apo vizitat pas tij. Vërehet mungesë e dispozitave për detyrimin e institucioneve shëndetësore për të raportuar numrin e aborteve. Ndonëse kjo ka rregullime në akte të tjera, mendojmë se përfshirja në këtë ligj e një rregullimi telegrafik do të ishte adekuate.

9. Ligji nr. 9952/14.07.2008, "Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it", trajton aspektet juridike më të rëndësishme të HIV/AIDS-it, duke përfshirë diskriminimin, të drejtën për ruajtjen e vendit të punës, dhënien e pëlqimit për marrjen e informacioneve, ruajtjen e informacionit të rezervuar dhe mundësinë për trajtim falas, krijimin e "vendeve të sigurta" ku njerëzit të kenë mundësi të marrin trajtim që u shpëton jetën, si edhe një mekanizëm për ankesat. Ligji parashikon të drejtën për trajtim dhe kujdes, mbështetjen për parandalimin dhe kontrollin e transmetimit nga nëna te fëmija si dhe mundësitë për punë kërkimore-shkencore të mëtijshme në fushën e HIV/AIDS-it. Ky ligj vendos rregullat për parandalimin dhe kontrollin në marrjen e masave për HIV/AIDS-in, kujdesin, trajtimin dhe mbështetjen për njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS. Aktet nënligjore që rrjedhin nga ky ligj, si VKM nr. 113/17.2.2011¹⁷, respektojnë parimet e barazisë, mosdiskriminimit dhe ruajtjes së fshehtësisë së statusit shëndetësor të njerëzve të infektuar me HIV/AIDS. Vendimi përqendrohet edhe në parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it në sistemin arsimor, insitucionet social-shëndetësore dhe ato të riedukimit. Në lidhje me IST-të e tjera, në vitin 2011 doli urdhri i Ministrit të Shëndetësisë¹⁸, qëllimi i të cilit është forcimi i mbikëqyrjes etiologjike ndaj IST.
10. Dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje: Shqipëria ratifikoi në vitin 2012 Konventën e Këshillit të Europës "Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje"¹⁹; në vitin 2012 dhe 2013, në Kodin Penal u shtuan dispozita të veçanta për veprat penale që lidhen me dhunën në familje dhe dhunën me bazë gjinore; në vitin 2010 u bënë disa ndryshime në Ligjin nr.9669/18.12.2006, "Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare", në drejtim të angazhimit për ngritjen e një qendre kombëtare për shërbime të përkujdesit social për viktimat e dhunës në familje, të mbrojtjes së konfidencialitetit të të dhënave dhe informacionit vetjak të viktimës dhe përmirësimit të urdhrave të mbrojtjes; ligji "Për ndihmën dhe shërbimet shoqërore" u ndryshua më 2011 duke shtuar dispozita lidhur me të drejtën e viktimave të dhunës në familje për të përfituar ndihmë ekonomike në rast pajisjeje me UM; ligji "Për ndihmën juridike"²⁰ u ndryshua duke përfshirë ngritjen dhe funksionimin e klinikave ligjore vendore; u hartua dhe nisi zbatimi i strategjisë kombëtare "Për barazinë gjinore, reduktimin e dhunës në baza gjinore dhe dhunën në familje 2011-2015". VKM nr.334/17.2.2011, "Për mekanizmin e bashkërendimit të punës për referimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare dhe mënyrën e procedimit të tij", përcaktoi pushtetin vendor si autoritetin kryesor për udhëheqjen e komitetit drejtues, përcaktoi përbërjen e ekipit teknik ndërdisiplinor dhe rolin e koordinatorit vendor. Bashkitë me anë të strukturave të tyre trajtojnë rastet e dhunës në familje edhe me ndihmë ekonomike²¹. Me Urdhër të Kryeministrit Nr.36/18.03.2011, "Ngrihet qendra e parë kombëtare për trajtimin e viktimave të dhunës në familje"²².
11. Gratë me aftësi të kufizuara: Shqipëria ratifikoi Konventën e OKB-së "Për të drejtat e personave me aftësi të kufizuara", me ligjin nr. 108/2012 dhe ligjin kuadër nr. 93/2014 "Për përfshirjen dhe

17 VKM Nr.113/17.2.2011, "Për parandalimin dhe kujdesin e personave që jetojnë me HIV/AIDS".

18 Urdhër Nr. 199/17.05.2011, "Për raportimin laboratorik të infeksioneve seksualisht të transmetueshme", në zbatim të ligjit nr. 7761/19.10.1993, i ndryshuar.

19 Ligj Nr. 104/11.08.2012, "Për Ratifikimin e Konventës së Këshillit të Evropës "Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje".

20 Ligji Nr 143/2013, "Për disa shtesa në ligjin Nr 10 039/22.12.2008 "Për ndihmën juridike".

21 Instituti Studimor Data Centrum, 2012. Raporti i studimit bazë mbi dhunën në familje dhe policinë e shtetit shqiptar.

22 Qendra po funksionon prej 25.04.2011 dheka për qëllim rehabilitimin e grave, vajzave dhe fëmijëve [deri në 16 vjeç] si viktimat të dhunës në familje; ofrimin e ndihmës sociale dhe shërbimeve cilësore, të qendrueshme dhe me standarte bashkëkohore, me qëllim që të nxitet pavarësia, përfshirja, dinjteti si edhe integrimi i tyre në jetën normale. Ngritja e kësaj qendre u mbështet nga UNDP në kuadrin e Programit "Një OKB".

aksesueshmërinë e PAK”, që merr masa për të garantuar përfshirjen dhe aksesueshmërinë e të gjithë PAK në nivelin maksimal që e lejojnë burimet e disponueshme, pa cenuar të drejtat e fituara, të cilat janë në përputhje me Konventën e OKB-së për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara. Kjo Konventë përmban një nen të veçantë për gratë me aftësi të kufizuara, sipas të cilit gratë e vajzat me aftësi të kufizuara janë subjekt i një diskriminimi të shumëfishtë dhe se shtetet duhet të marrin masa që të garantojnë të drejtat e tyre.

12. *Gratë rome dhe egjiptiane*: vëmendja kryesore paraqitet në disa politika zhvillimi si Strategjia mbi Përfshirjen Sociale, Strategjia për Zhvillim dhe Integrim si edhe Planin Kombëtar të Veprimit për Integrimin e Romëve dhe Egjiptianëve në Republikën e Shqipërisë, 2015-2020. Kuadri ligjor dhe institucional kundër diskriminimit është përmirësuar dukshëm në Shqipëri. Pothuajse të gjitha konceptet kryesore kundër diskriminimit të zhvilluara nga Direktiva e BE-së për Barazi Raciale²³, janë konsideruar në Kushtetutën e Shqipërisë dhe legjislacionin përkatës. Në vitin 2010, u miratua Ligji nr. 10221/4.02.2010, “Për mbrojtjen nga diskriminimi”, në përputhje të plotë me katër direktivat kryesore europiane përkatëse. Rezultati i menjëhershëm pozitiv i miratimit të këtij ligji ishte ngritja e Zyrës së Komisionerit për Mbrojtjen nga Diskriminimi.
13. *LGBTI*: Ligji nr. 10221/04.02.2010, *Për mbrojtjen nga diskriminimi*, ndalon diskriminimin në lidhje me gjininë, identitetin gjinor, orientimin seksual, predispozicionet gjenetike. Në nenin 20 ndalohet diskriminimi në formën e refuzimit për t’i dhënë një personi apo grupi personash të mira apo shërbime, ndër të tjera edhe për shkak të orientimit seksual dhe identitetit gjinor. Qeveria po punon për finalizimin e Planit Kombëtar të Veprimit (PKV) për personat LGBTI në Shqipëri 2015-2020, që ka si qëllim përmirësimin e cilësisë së jetës për personat LGBTI në Shqipëri.
14. *Strategji dhe akte nënligjore me rëndësi në fushën e shëndetit të grave*: Në mbështetje të kuadrit ligjor dhe politikave shëndetësore për plotësimin e nevojave të çdo individi, veçanërisht nevojave të grave dhe fëmijëve për ofrimin e shërbimeve të përshtatshme, cilësore dhe të përbalueshme nga ana financiare, me qëllim përmirësimin e gjendjes së tyre shëndetësore, po zbatohen disa strategji kombëtare, si: Strategjia dhe Plani i Veprimit ishëndetit riprodhues 2009-15; Plani i Veprimit i shëndetit amtar 2009-15²⁴ dhe ai për fëmijë 2012-15²⁵; Strategjia kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV/AIDS-it 2010-14, me prioritet parandalimin e shpërthimeve të mundshme epidemike në grupet me rrezik, si homoseksualët, përdoruesit e drogave me injektim, punonjëset e seksit, etj. *Strategjia e shëndetit riprodhues është e nënfinancuar*. Për më tepër, evidentojmë si problematike faktin se në buxhetin e shëndetësisë *shëndeti i gruas nuk përbën një zë më vete, duke e bërë të vështirë planifikimin afat-mesëm dhe afat-gjatë të ndërhyrjeve në këtë sektor. Megjithatë ekzistojnë të dhëna të ndara sipas seksit në MSH, për nga sasia dhe cilësia e tyre këto janë të pamjaftueshme për informimin në hartimin e politikave shëndetësore dhe për të planifikuar e buxhetuar programet dhe ndërhyrjet lidhur me shëndetin e grave*.
15. Vendin e Strategjisë së parë kombëtare të sigurimit të kontraceptivëve 2003-10²⁶, e cila kishte si objektiv madhor arritjen e pavarësisë në sigurimin e kontraceptivëve modernë në vitin 2010, e ka zënë Strategjia e dytë kombëtare për sigurimin e kontraceptivëve, e cila mbulon periudhën 2012-16²⁷. Në këtë strategji synohet përmirësimi i aksesit dhe cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar dhe shëndetit riprodhues, për të rritur përdorimin e metodave moderne të planifikimit familjar për të ulur numrin e aborteve dhe për të përmirësuar shëndetin e nënës dhe fëmijës në Shqipëri. Sipas kësaj strategjie, sigurimi i mbulesës kombëtare për plotësimin

23 Direktiva e Këshillit 2000/43/KE.

24 <http://www.shendetesia.gov.al/al/baza-ligjore/dokumenta-strategjike>

25 http://www.unicef.org/albania/Action_Plan_Shqip13.pdf

26 Ministria e Shëndetësisë (2002): Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve 2003 – 10.

27 Ministria e Shëndetësisë (2011): Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve 2012 – 16.

e nevojave për kontraktivë kalon në dy faza: faza e parë (2012-13) parashikon sigurimin falas të të gjithë gamës së kontraktivëve modernë për të gjithë popullsinë në nevojë nëpërmjet shërbimit shëndetësor publik, dhe faza e dytë (2014-16) parashikon dhënien falas të kontraktivëve modernë vetëm për grupet më të rrezikuara të popullatës. Faza e dytë e strategjisë është konsideruar e parakohshme për kushtet dhe situatën e SHR dhe planifikimit familjar në vendin tonë, ku niveli i përdorimit të metodave moderne kontraktive është ende i ulët dhe një pjesë e mirë e grave, sidomos moshat e reja, nuk arrijnë të plotësojnë nevojat për kontraksion modern²⁸.

16. Një nga arritjet më të rëndësishme të realizuara gjatë periudhës që mbulon ky raportim, është përmirësimi i kornizës rregullatore të shërbimit për nënën dhe fëmijën në kujdesin shëndetësor parësor. Miratimi i udhëzuesve dhe protokolleve të kujdesit dhe ushqyerjes së nënës dhe fëmijës, përcakton standardet më të mira të kujdesit dhe praktikave të ofruara²⁹. Në kuadër të përmirësimit të kujdesit perinatal, u adoptua për herë të parë protokollin ndërkombëtar për vlerësimin e cilësisë ndaj kujdesit të nënës dhe të porsalindurit në maternitete. Ky përbën një instrument të unifikuar për të vlerësuar cilësinë e shërbimeve të kujdesit për lindjen dhe për foshnjën e porsalindur mbi bazën e standardeve ndërkombëtare. Janë hartuar dhe akredituar nga Qendra Kombëtare e Akreditimit dhe Cilësisë 15 protokolle klinike kombëtare për obstetrikën dhe neonatologjinë, si dhe 27 protokolle klinike për pediatri. Këto protokolle bazohen mbi evidencën shkencore mjekësore dhe janë të përshtatura për kontekstin kombëtar.
17. Protokollin kombëtar i planifikimit familjar, i hartuar në vitin 2009 nga MSH, u shpërnda në të gjitha institucionet dhe qendrat e kujdesit shëndetësor që japin shërbime të shëndetit riprodhues dhe të planifikimit familjar. Ky është një dokument i rëndësishëm strategjik, i cili bazohet mbi normat dhe standardet ndërkombëtare dhe sjell një informacion të standardizuar në lidhje me efektshmërinë dhe përdorimin e metodave moderne kontraktive, si dhe këshillimin e klientit sipas nevojave specifike të tij. MSH parashikon që deri në fund të vitit 2015 të përfundojë hartimin e udhëzuesit të PF dhe përditësimin e protokollit kombëtar të PF.
18. Në kuadrin e përmirësimit të kornizës rregullatore mbi abortin, në fillim të vitit 2015, u ngrit grupi i punës për përgatitjen e udhëzuesit për ndërprerjen e shtatzënisë. Miratimi i udhërrëfyesit të praktikës klinike për abortin³⁰, i hartuar në bashkëpunim me QSHPZH, ka për qëllim uljen e numrit të shtatzanive të padëshiruara si dhe ofrimin e kujdesit të duhur shëndetësor për një abort të sigurt. Në udhërrëfyes përshkruhen: metodat standarte dhe bashkëkohore të kryerjes së abortit bazuar në evidenca shkencore, duke përfshirë për herë të parë abortin medikal dhe procedurën e marrjes së medikamenteve për kryerjen e tij; ndjekja dhe monitorimi i gruas pas abortit; dhe dhënia e informacionit mbi përdorimin e metodave bashkëkohore të planifikimit familjar.
19. Në përpjekjet për parandalimin e transmetimit vertikal të HIV-it, MSH në bashkëpunim me ISHP dhe mbështetur nga UNFPA, ka filluar ndërtimin e Programit të Parandalimit të Transmetimit të HIV nga nëna te fëmija. Hartimi i udhëzuesit për testimin e gruas shtatzënë për disa agjentë infektive si HIV, sifiliz, hepatit B dhe rubeolë, dhe miratimi për përfshirjen e tij në paketën e shërbimeve bazë të KSHP, ka shënuar arritjen e parë drejt përmbushjes së qëllimit.
20. Ka edhe një sërë ligjesh të tjera e aktesh nënligjore me rëndësi të miratuara, siç janë ligji nr. 138/2014, "Për kujdesin paliativ në Republikën e Shqipërisë"; urdhri i Ministrit të Shëndetësisë

28 Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (2013). Raporti alternativ i OJF-ve mbi situatën në vend lidhur me komponentët e shëndetit riprodhues.

29 Ministria e Shëndetësisë, Urdhër Nr.62/18.02.2014 dhe 157/26.04.2014.

30 Ministria e Shëndetësisë, Urdhër nr. 491/17.11.2015, "Për miratimin e Udhërrëfyesit të praktikës klinike për abortin e sigurt, Fletëve Informative dhe Marrjen e Pëlqimit të Pacientit në spital për abortin kirurgjikal, metodën e kyretazhit dhe abortin medikal".

për përfitimin e kujdesit shëndetësor falas për të sëmurët me sëmundje tumorale³¹, përfshirë edhe gratë me tumore të traktit riprodhues; Strategjia kombëtare për kontrollin e kancerit dhe Plani i Veprimit 2011–20, ku përcaktohen hapat dhe aktivitetet konkrete për secilën nga shtyllat kryesore të programit kombëtar të kontrollit të kancerit (PKKK): 1) parandalimi parësor: shmangia e faktorëve të rrezikut; 2) parandalimi dytësor: zbulimi i hershëm; 3) parandalimi tretësor: trajtimi efektiv; 4) parandalimi katërsor: kujdesi paliativ; dhe 5) regjistri i kancerit bazuar në popullatë.

21. *Legjislacioni lidhur me TQNJ ka disa arritje:* me ligjin nr. 141/2014 është ndryshuar Ligji nr. 10383/24.02.2001, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, duke përcaktuar sigurimin e detyrueshëm shëndetësor për viktimat e trafikimit si persona ekonomikisht joaktivë dhe pagesën e kontributeve për VT nga buxheti i shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj. VKM nr.762/12.11 2014, për “Mënyrën e Organizmit dhe të Dhënies së Kujdesit për Shëndetin Mendor për Personat që gjenden në Institucionet Rezidenciale të Përkujdesjes Sociale”, krijon mundësinë që VT të përfitojnë edhe kujdesin e shëndetit mendor. VKM nr. 582/27.7.2011, “Për Miratimin e Proçedurave Standarde të Veprimit për Identifikimin dhe Referimin e VT/VMT”, shërben për identifikimin e viktimave të trafikimit nga profesionistë të trajnuar posaçërisht (oficerë policie, punonjës socialë, inspektorë të punës, mjekë, ofruar të shërbimeve mbështetëse, etj). Masat e nevojshme kanë synuar detyrimet për përjasje me Konventën e Këshillit të Europës “Për masat kundër trafikimit të qenieve njerëzore”, ratifikuar me ligjin nr. 9642/20.11.2006. Strategjia e luftës kundër trafikimit të personave dhe plani i veprimit 2014-20 përfshin detyrime për punonjësit e shëndetit publik si dhe mundëson ofrimin e shërbimeve psiko-sociale, ligjore, shëndetësore dhe mbështetjes së përshtatshme për VT/VMT për riintegrimin e tyre në shoqëri. Marrëveshja e Bashkëpunimit për Funkcionimin e Mekanizmit Kombëtar të Referimit për VT/VMT, nënshkruar për herë të parë më 2005, u zgjerua më tej me pjesëmarrjen e anëtarëve të tjerë (15.06.2012), palë e së cilës janë disa ministri, përfshirë edhe Ministrinë e shëndetësisë dhe disa OJF.

Problemet ligjore të raportuara nga OJF të intervistuar lidhur me kuadrin ligjor:

22. Duke u ndalur në analizën e kuadrit ligjor, OJF-të shprehën se ‘Ligjet janë pothuaj të mjaftueshme, por ka probleme me zbatueshmërinë e tyre’. Ky është vlerësimi i 10 nga 19 OJF-të e intervistuar. 13 prej 21 OJF-ve të intervistuar raportojnë se ligjet kanë nevojë për akte të tjera plotësuese, si udhëzues, protokolle, urdhra, etj., me qëllim që të japin rezultatin e kërkuar. Kuadri ligjor duhet të shoqërohet me buxhetet përkatëse. Amendimet e herëpashershme të legjislacionit janë të nevojshme të bëhen në përputhje me ndryshimet dinamike që vijnë si rezultat i problemeve dhe nevojave të reja që lindin në fushën e shëndetit të grave, si dhe konsultimeve me grupet e interesit. OJF-të e intervistuar sugjerojnë se është e nevojshme të bëhen përmirësime në legjislacion në disa drejtime të tilla, si: në lidhje me ekzaminimet depistuese dhe parandaluese lidhur me shtatzënitë e hershme, dhunën në familje dhe masat për parandalimin e saj, si dhe dhunën me bazë gjinore, shëndetin mendor, depistimin e grave për tumoret e traktit riprodhues, etj. Po kështu, është evidentuar nevoja për përgatitjen dhe miratimin e një ligji që garanton njohjen e identitetit gjinor [Gender recognition law] si dhe të drejtën e femrave trans për të njohur identitetin gjinor.

31 Urdhër Nr. 528, datë 01.10.2013, “Për përjashtimin nga aplikimi i tarifave për shërbimet mjekësore të ofruara për të sëmurët me sëmundje tumorale dhe gratë shtatzëna”

2. Strukturat administrative në nivel qendror e vendor lidhur me kujdesin shëndetësor

Strukturat e ofrimit të kujdesit shëndetësor për gratë dhe fëmijët

1. Tri nivelet e kujdesit shëndetësor (parësor, dytësor dhe tretësor) ofrojnë kujdes ndaj nënës dhe fëmijës si pjesë e shërbimeve të shëndetit riprodhues. Në nivelin parësor (KSHP), këto shërbime në zonat urbane ofrohen përmes konsultoreve të nënës dhe fëmijës, qendrave të planifikimit familjar dhe qendrave të grave në maternitete, ndërsa në zonat rurale ofrohen përmes qendrave shëndetësore dhe ambulancave të fshatit nga mjekët e familjes, infermieret dhe mamitë/infermiere. Në kujdesin shëndetësor dytësor, shërbimet e shëndetit riprodhues ofrohen në maternitete dhe në shërbimet pediatrike në nivel rrethi. Inspektorët e shëndetit riprodhues, në varësi të Drejtorive të Shëndetit Publik në rrethe, janë përgjegjës për menaxhimin dhe monitorimin e shërbimeve shëndetësore seksuale dhe riprodhuese në KSHP.
2. Institucionet e kujdesit shëndetësor parësor (KSHP) janë të organizuara dhe funksionojnë sipas kuadrit ligjor në fuqi dhe përcaktimeve të formuluara nga Ministria e Shëndetësisë³². Detyrat dhe shërbimet e ofruara bazohen në paketën bazë të shërbimeve të KSHP të rishikuar me VKM nr. 101/04.02.2015 [pas asaj të miratuar në 2008], bazuar në përditësimet që kanë pësuar kryesisht kapitujt e kujdesit shëndetësor të fëmijës, kujdesit shëndetësor të gruas dhe të shëndetit riprodhues. Siç parashikohet në paketën bazë të shërbimeve, institucionet e KSHP janë përgjegjëse për sigurimin e shërbimeve kyçe për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve dhe promovimin shëndetësor, duke përfshirë shëndetin seksual dhe riprodhues, kujdesin para dhe pas lindjes të nënës dhe fëmijës, ushqyerjen, monitorimin e rritjes, zhvillimin psiko-motor, si dhe vaksinimin e fëmijës.
3. Reformimi i sistemit të kujdesit shëndetësor me qëllim sigurimin e shërbimeve cilësore gjithëpërfshirëse, është një nga objektivat themelore të programit të ri të qeverisë aktuale³³. Në këtë program i kushtohet vëmendje zvogëlimit të pabarazive, si dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve shëndetësore, duke përcaktuar edhe ndryshime thelbësore në mënyrën e financimit, me qëllim mbulimin e plotë të kostos dhe zvogëlim të barrës financiare mbi qytetarët, sidomos të atyre që vijnë nga grupe shoqërisht të përjashtuara. Mbrojtja dhe përmirësimi i vazhdueshëm i shëndetit të nënës dhe fëmijës, *ndonëse nuk trajtohet si komponent i veçantë i reformës shëndetësore të ndërmarrë*, konsiderohet prioritet i politikës publike të kujdesit shëndetësor. Për vitin 2013, financimi i kujdesit shëndetësor parësor, kundrejt 2012, është rritur me 4.4%³⁴
4. Gjatë periudhës që mbulon ky raportim, 3 maternitete të reja janë certifikuar si "Spitale miqësore të fëmijëve", duke e çuar kështu në 9 totalin e tyre në rang vendi. Tashmë, treguesit e ushqyerjes me gji janë pjesë e survejancës së ushqyerjes së fëmijëve, hartuar nga Instituti i Shëndetit Publik dhe aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë në vitin 2013. Gjatë viteve 2011-2012, repartet e materniteteve në 16 rrethe të vendit u pajisën me komplete aparaturash mjekësore bashkëkohore, çka përmirësoi ndjeshëm infrastrukturën e tyre dhe ndikim të drejtpërdrejt në përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës.
5. Në bazë të gjetjeve dhe nevojave specifike, personeli shëndetësor i 6 materniteteve rajonale iu nënshtrua paketës së trajnimit mbi kujdesin efektiv para lindjes dhe kujdesin për foshnjën e porsalindur. Instrumenti i miratuar i vlerësimit të cilësisë u përdor në periudhën 2013-2014 në dy maternitete të tjera të vendit dhe u ndoq nga trajnimi i personelit shëndetësor, dhe hartimi

32 Ligji nr. 10107/30.03.2009, "Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë"; Ligji nr.10138/11.05.2009, "Për shëndetin publik"; Ligji 7870/13.10.1994, "Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë" indryshuar.

33 Programi i Qeverisë për shëndetin, 2013-2017.

34 Ekuivalent me 278.6 milionë lekë. ISDKSH (2014). Raporti Vjetor 2013.

i planeve të ndërhyrjes në këto institucione³⁵.

Institucionet që grumbullojnë statistika për shërbimet si dhe informacion logjistik mbi kontraktivët

6. Prej vitit 2006, pranë Institutit të Shëndetit Publik, është ngritur dhe funksionon Sistemi kombëtar i informacionit dhe menaxhimit logjistik në varësinë e MSH, i cili grumbullon statistika për shërbimet si dhe informacion logjistik mbi kontraktivët. Të dhënat e gjeneruara nga ky sistem ndihmojnë në planifikimin më të mirë të aktiviteteve për rritjen e cilësisë së shërbimit të PF.

Strukturat kryesore për zbatimin e luftës kundër HIV/AIDS-it

7. Programi kombëtar për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it pranë Institutit të Shëndetit Publik është përgjegjës për koordinimin e aktiviteteve të strukturave shtetërore, të OJF-ve dhe të organizatave ndërkombëtare, si dhe garanton kryerjen e të gjitha aktiviteteve sipas politikave dhe standardeve kombëtare të miratuara. Programi kombëtar, që përfshin një ekip multidisiplinar dhe të dedikuar me mjekë, epidemiologë, psikologë dhe punonjës socialë, është qendra kombëtare e referencës në lidhje me parandalimin, diagnostikimin, këshillimin dhe mbështetjen psiko-sociale të njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS dhe bashkëpunon ngushtë me Laboratorin Kombëtar të referencës në Institutin e Shëndetit Publik, i cili përgjigjet për diagnostikimin e HIV-it dhe të IST-ve të tjera. Pas vitit 2012, programi në tërësi dhe veçanërisht aktivitetet parandaluese për grupet më të rrezikuara, janë të nënfinancuara, duke rritur shanset për një shpërthim epidemik në këto grupe popullore.

8. Programi për parandalimin bashkërendohet nga MSH dhe përfshin ministrinë kryesore të linjës³⁶. Komitetit ndërministror për HIV/AIDS-in, i krijuar në vitin 2003, është vlerësuar për një kontribut të papërfillshëm dhe mungesë të iniciativave³⁷. Kjo strukturë u zëvendësua me Mekanizmin Koordinues të Vendit, i cili pas vitit 2012 është ridimensionuar duke përfshirë përfaqësues nga institucionet shtetërore, OJF-të dhe individë të prekur nga HIV/AIDS dhe tuberkuloz.

9. Sistemi i kontrollit biologjik dhe i sjelljeve me rrezik për grupet e rrezikuara për IST-t ka për qëllim mbikëqyrjen e brezit të dytë dhe funksionon si një sistem i vetëm monitorimi dhe vlerësimi. Ky sistem deri tani ka qenë i paaftë të gjenerojë të dhëna në lidhje me prevalencën dhe incidencën e HIV-it, numrin e rasteve të infektuara të padiagnostikuara, të sigurojë ndjekjen e rasteve të reja të diagnostikuara, të vlerësojë madhësinë e grupeve më të rrezikuara dhe të monitorojë cilësinë e shërbimeve të ofruara për njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS.

Shërbimet diagnostikuese dhe kuruese të tumoreve

1. Ka vetëm një qendër publike diagnostikuese dhe kuruese të tumoreve³⁸. Shërbimet e kujdesit paliativ ofrohen nga Qendra e shërbimit onkologjik në banesë (me financim nga buxheti i shtetit), shoqata Ryder Albania, shoqata Mary Potter, Karitas. Mjeku i familjes në KSHP ofron këshillim, ekzaminimin e gjirit dhe referim të rasteve për ndjekje nga specialisti.

2. Komiteti kombëtar i kontrollit të kancerit, i riorganizuar në vitin 2011, është struktura përgjegjëse për luftën kundër kancerit dhe njëkohësisht udhëheq programin kombëtar të kontrollit të kancerit (PKKK). PKKK u ravijëzua në vitin 2011 me ekspertizën teknike dhe mbështetjen e

35 Si rezultat i procesit, në Kukës u vu në jetë *rooming-in*, vënia e foshnjës në kontakt lëkurë me lëkurë menjëherë mbas lindjes, si dhe krijimi i dhomave individuale të lindjes. U realizua përpilimi i një protokollit vendor për spitalin si shembull se si mund të përshtaten protokollat kombëtarë. Në Durrës u përmirësua respektimi i të gjitha hapave për menaxhimin e të porsalindurit normal dhe plotësimi i rregullt i partogramës.

36 Ministria e Drejtësisë, Ministria e Brendshme, Ministria e Arsimit dhe Shkencës dhe Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale dhe Shansëve të Barabarta (aktualisht MMSR).

37 WHO Regional Office for Europe (2015). HIV in Albania: A national programme report.

38 Shërbimi kombëtar i Onkologjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”.

agjencive ndërkombëtare. Ky program u hartua në përputhje me rekomandimet e OBSH-së për zbatimin e tij në etapa (e njohur edhe si modeli “me hapa”) nëpërmjet identifikimit dhe realizimit së pari të aktiviteteve më urgjente, që prodhojnë përfitimin më të madh të mundshëm³⁹. Deri tani janë përmbushur dy etapat e para: përfshirja e aktorëve kryesorë kombëtarë dhe më pas agjensitë teknike ndërkombëtare dhe institucionet financuese.

3. PKKK, për funksionimin dhe rregullimin e veprimtarisë së tij, mbështetet në ligjet përkatëse⁴⁰, në Strategjinë kombëtare për kontrollin e kancerit dhe planin 10-vjeçar të veprimit.
4. Në vitin 2008 filloi kompjuterizimi i të dhënave të kancerit, regjistri i të cilit bazohet në të dhënat spitalore nga Qendra Spitalore Universitare (QSUT) “Nënë Tereza”, si dhe në të dhënat e mbledhura në 36 rrethet e vendit. Ndërsa mbikëqyrja e kancerit dhe e faktorëve të rrezikut mbështetet në bashkëpunimin institucional mes QSUT-së dhe ISHP. Regjistri aktual i kancerit mbulon rreth 80% të sëmundshmërisë së kancerit në Shqipëri. *Informacioni i përfituar nga ky sistem është i mangët dhe shpeshherë jo i besueshëm dhe lidhet me mungesën e shërbimeve shëndetësore onkologjike në të gjithë vendin, “humbjen e rasteve” nga lëvizjet demografike të popullsisë, mungesën e një kodi unik identifikimi të rasteve të sëmundjeve tumorale, mungesë kapacitetesh mes personelit shëndetësor për mbledhjen e të dhënave, mungesë e ndjekjes së rasteve me kancer, mungesë aksesit ndaj çertifikatave të vdekjes, dhe plotësimi jo cilësor i tyre.*

Strukturat lidhur me kujdesin ndaj VT/VMT

10. Përfshirja e Ministrisë së Shëndetësisë në përbërje të Komitetit Shtetëror kundër Trafikimit të Personave dhe në Autoritetin Përgjegjës ka bërë të mundur përfshirjen më aktive të sektorit të shëndetësisë në identifikimin dhe mbrojtjen e VT/VMT.
11. Raportohet se zyrës së Koordinatorit Kombëtar Antitrafikim, i është akorduar një buxhet vjetor për herë të parë. Mekanizmi kombëtar i referimit është rigjallëruar me ngritjen e një task force dhe intensifikimin e aktiviteteve për parandalimin dhe rritjen e ndërgjegjësimit. Tri njësi të lëvizshme janë krijuar në Tiranë, Vlorë dhe Elbasan, duke rezultuar në rritjen e identifikimit të viktimave dhe viktimave të mundshme⁴¹.

Strukturat lidhur me dhunën në familje

12. Sipas VKM nr.334/17.2.2011, “Për mekanizmin e bashkërendimit të punës për referimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare dhe mënyrën e procedimit të tij”, pushteti vendor është autoriteti kryesor për drejtimin e komitetit drejtues, ekipit teknik ndërdisiplinor, dhe përcaktimin e koordinatorit vendor. Bashkitë me anë të strukturave të tyre trajtojnë rastet e dhunës në familje edhe me ndihmë ekonomike⁴². Në 37 bashki dhe 23 komuna janë emëruar administratorët socialë, në përshkrimin e punës së të cilëve përfshihen edhe çështje të parandalimit të dhunës në familje dhe trajtimit të viktimave të saj⁴³.
13. Krijimi i *shërbimeve për dhunuesit* falë bashkëpunimit të MMSR me Linjën e Këshillimit për Burra dhe Djem (OJF e cila ofron shërbim për dhunuesit prej 2013), është bërë e mundur ofrimi i ndihmës së specializuar dhe këshillimit për dhunuesit, nëpërmjet këshilluesve të çertifikuar, që prej shtatorit 2014⁴⁴.

39 Ministria e Shëndetësisë (2011)

40 Ligji “Për kujdesin shëndetësor në RSH”; “Për shëndetin publik”; “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në RSH”.

41 European Commission (2014). Albania progress report.

42 Instituti Studimor Data Centrum (2012). Raporti i studimit bazë mbi dhunën në familje dhe policinë e shtetit shqiptar.

43 Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore dhe Reduktimin e Dhunës me bazë Gjinore dhe Dhunës në Familje, 2011-15.

44 Projekt i Qendrës së Këshillimit për Gra/Vajza mbështetur nga Fondacioni IAMAMAN. Për standardizimin e praktikave këshillimore, Linja Kombëtare për Djem dhe Burra bashkëpunon me Shërbimin e Provës (për dënimet alternative), me Gjykatat, policinë dhe strukturat vendore që trajtojnë çështjet gjinore për referimin e rasteve dhe trajtimin me ndihmë të specializuar të dhunuesve.

3. Roli i OJF-ve

Çfarë konstatohet nga OJF-të lidhur me rolin e tyre

1. *Numër i vogël:* Numri i OJF-ve me veprimtari në fushën e shëndetit është i vogël dhe shërbimet që ofrojnë për shëndetin seksual dhe riprodhues janë të kufizuara. Disa nga shërbimet e ofruara prej tyre janë fushata ndërgjegjësuese, studime, trajnime dhe pak ofrojnë edhe shërbime mjekësore për grupet vulnerabël. Ka edhe OJF që kanë dhënë dhe vazhdojnë të japin kontributin e tyre në diskutimet për ligjet, hartimin e protokolleve, udhëzuesve dhe manualeve trajnuese, duke shërbyer si një mbështetje për institucionet shtetërore.
2. *Efektivitet në luftën kundër HIV/AIDS:* Ekzistojnë rreth 18 OJF që e kanë përqendruar aktivitetin në problemet e HIV/AIDS-it, por ka edhe shumë të tjera të cilat kanë në programet e tyre aktivitete që synojnë parandalimin e HIV/AIDS-it dhe zvogëlimin e dëmit që shkakton. STOP AIDS, Aksion Plus, Shoqata kombëtare e parandalimit dhe rehabilitimit dhe APRAD, zbatojnë programe për zvogëlimin e dëmit me përdoruesit e drogave në Tiranë. QSHPZH, NAPH, Epoka e Re, FHA dhe PCEC punojnë me komunitetet rome në Tiranë, Durrës, Elbasan, Lezhë, Shkodër, Fier dhe Vlorë. Shoqatat e LGBTI kanë filluar vetë të organizojnë aktivitete parandaluese për komunitetin e tyre (SGA dhe ALGA). Shoqata e atyre që jetojnë me HIV/AIDS (PLWHA) ka qenë aktive në trajtimin dhe plotësimin e nevojave të njerëzve të prekur nga HIV/AIDS-i. Edhe Shoqata e infeksionistëve shqiptarë ka punuar në mbështetje të njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS. Përfshirja e OJF-ve ka qenë e efektshme në veprimtari të organizuara në kuadër të fushatave botërore të luftës kundër AIDS-it .
3. *Krijimi i koalicionit për luftën kundër kancerit të qafës së mitrës,* i përbërë nga një grup grash dhe vajzash, përfaqësuese të shoqërisë civile dhe të grave deputete është një tregues i rritjes së ndërgjegjësimit të komunitetit të grave për rëndësinë e parandalimit dhe depistimit të hershëm të kancerit të qafës së mitrës. Ndër aktivitetet informuese dhe ndërgjegjësuese nga OJF-të me veprimtari në fushën e tumoreve të traktit riprodhues është ecja masive ndërgjegjësuese në bulevardin e Tiranës, organizuar prej 5 vitesh nga Shoqata shqiptare e grave kristiane (YWCA), ku marrin pjesë gra e vajza nga e gjithë Shqipëria. Ky aktivitet paraprihet nga aktivitete informuese e ndërgjegjësuese në terren, ku jepet informacion për rrugët e zbulimit dhe të parandalimit të kancerit të gjirit, shoqëruar me ekzaminimin me dorë dhe ekografik të gjirit nga mjeku specialist.
4. *Fokusi në kryeqytet:* Disa OJF lokale si STOP AIDS, Aksion Plus, QSHPZH, ALGA, ACA, etj, të cilat kanë në qendër të veprimtarisë së tyre mbrojtjen e shëndetit riprodhues të grupeve në nevojë si dhe parandalimin e shtatzënive të paplanifikuara, uljen e numrit të aborteve apo parandalimin e IST-ve, përfshirë HIV-in, janë mbështetur nga UNFPA në projektet e tyre. Aktiviteti i tyre është kufizuar kryesisht në Tiranë, me mbulim në shumicën e rasteve të zonave urbane. Ndër OJF-të më aktive janë QSHPZH, e mbështetur edhe nga Federata Ndërkombëtare e Planifikimit Familjar, e cila ofron shërbime në fushën e planifikimit familjar në zonat urbane dhe rurale të vendit prej rreth dy dekadash; ACA – Albania Community Assist, e cila është mbështetur nga UNFPA (2011-2014) në projektin e saj për përmirësimin e aksesit në shërbimet shëndetësore të grupeve të pambrojtura të popullsisë si komunitetet rome dhe egjiptiane, njerëzit me aftësi të kufizuara dhe migrantët e brendshëm në zona urbane dhe rurale në Berat, Kuçovë, Lezhë, Shkodër, Elbasan, Fier, Durrës dhe Fushë-Krujë. Mungojnë OJF-të që punojnë në veçanti me gratë në çdo qark (dhe për më tepër në zonat rurale). *Ka shumë zona urbane dhe rurale ku mungon prezenca e OJF-ve të grave dhe njëkohësisht institucionet shëndetësore nuk bëjnë punë informuese dhe ndërgjegjësuese në lidhje me shëndetin e grave.* Sipas Observatorit për të Drejtat e Femijëve në rajonet e Korçës, Kukësit, Dibërës dhe Shkodrës, ka shumë nevojë për të punuar

me informimin, ndërgjegjësimin, si dhe rritjen e aksesit në shërbime shëndetësore të grave në zonat rurale. Raportohet një mungesë informacioni nga viktimat e dhunës në familje në lidhje me çështje të kujdesit shëndetësor, si mbi IST, HIV/AIDS-in, shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar në veçanti.

5. *Koordinimi dhe bashkërendimi i përpjekjeve midis OJF –OJF dhe OJF- struktura shtetërore:*OJF-të raportojnë se ka nevojë për përmirësime në punën e tyre, si psh, rritjen e bashkëpunimit midis organizatave që punojnë në fushën e shëndetësisë. Edhe pse në Shqipëri është krijuar koalicioni i shëndetit riprodhues dhe mund të konsiderohet i sukseshëm, ende mbetet shumë për t'u bërë përsa i takon nismave të përbashkëta dhe koordinimit të punës. Raportohet nevoja për përmirësimin e punës së OJF-ve në drejtim të bashkëpunimit më të mirë me pushtetin lokal dhe strukturat përkatëse. Ka një nevojë të padiskutueshme për forcimin e bashkëpunimit dhe mbështetjen e OJF-ve dhe komuniteteve lokale për zbatimin e aktiviteteve informuese dhe edukuese dhe ndryshimit të sjelljeve lidhur me kontracepsionin në grupet e rrezikuara. *Nevojitet bashkëpunim/partneritet në zbatimin e projekteve të përbashkëta mes OJF-ve dhe institucioneve shëndetësore shtetërore në drejtim të informimit, ndërgjegjësimit dhe ofrimit të shërbimeve cilësore për shëndetin e grave.*
6. *Mungesa e burimeve të mjaftueshme financiare* në fushën e shëndetit, dhe kjo sjell shërbime të fragmentuara që ofrohen në zona të caktuara dhe që nuk janë të qëndrueshme. Kërkohet një mbështetje më e madhe financiare për OJF-të që punojnë në sektorin e shëndetit të grave. Që nga viti 2012 e në vazhdim, sektori i OJF-ve që punojnë në fushën e HIV/AIDS-it është në gjendje kritike për financime. Aktualisht veprojnë vetëm dy organizata (STOP AIDS dhe Aksion Plus), të cilat financohen kryesisht nga UNFPA dhe punojnë me përdoruesit e drogave me injektim, me meshkujt që kryejnë seks me meshkuj, punonjëset e seksit, dhe të burgosurit. Ndërsa ACA, që nga viti 2011 punon me komunitetet rome dhe egjiptiane dhe me gratë në nevojë në zona rurale.
7. *Nevoja për konsultime me OJF-të në hartime legjislativesh, politikash dhe planesh veprimi:* Zhvillimi i programeve të edukimit, avokacisë, dhe ofrimi i shërbimeve që kanë në qendër gratë dhe të drejtat e tyre, por edhe të gjithë faktorët/aktorët që nxitin/ndihmojnë diskriminimin e grave dhe pozitën e tyre të disfavorshme në tërësi në shoqëri. Këto programe duhet të kenë në themel të tyre strategji të qëndrueshme dhe të mirëkoordinohen me aktorë të tjerë të shoqërisë, shoqërinë civile, komunitetin, mediat, qeverinë etj. Lobim, avokim për përmirësime ligjore dhe politika për shërbime shëndetësore falas për të gjitha gratë e vajzat. Ofrimi i trajnimeve për personelin mjekësor për të luftuar diskriminimin ndaj grave të grupeve vulnerabël. Konsultime me gratë në komunitet mbi nevojat e tyre shëndetësore dhe rastet e diskriminimit që ato hasin në këtë fushë. Vlerësimi i nevojave në nivel vendi, rajoni dhe lokal dhe ofrimi i shërbimeve në bazë të nevojave të identifikuara dhe karakteristikave të veçanta të grupeve që do t'i përfitojnë këto shërbime.

B. Qasje praktike me standardet e CEDAW në fushën e kujdesit ndaj shëndetit

1. Të dhëna të përgjithshme mbi shëndetin e grave

1. *Sëmundjet kronike janë shkaku kryesor i vdekshmërisë:* Ndryshimet e ndodhura gjatë dy dekadave të fundit, mes të cilave tranzicioni demografik (në vitin 2014, 12% e popullsisë ishte mbi 65 vjeç), kanë çuar në një tranzicion të qartë epidemiologjik me ulje të ndjeshme të sëmundjeve infektive dhe rritje të madhe të sëmundjeve kronike. Sëmundjet kronike raportohen të jenë shkaktoare të rreth 90% të vdekjeve të femrat, nga të cilat sëmundjet e zemrës janë shkaku kryesor për 61% të vdekjeve⁴⁵. Niveli i vdekshmërisë nuk ka pësuar luhatje për periudhën 2001-2014, me një mesatare prej rreth 20.000 vdekje në vit.
2. *Sëmundjet neoplazike: zënë vendin e dytë në peshën totale të sëmundjeve.* Ka të dhëna të një rritjeje graduale të nivelit të vdekshmërisë dhe të barrës së sëmundshmërisë nga kanceri në të dyja gjinitë. Te femrat kjo rritje mund të shpjegohet me angazhimin në sjellje jo të shëndetëshme si duhanpirja, konsumi i tepërti të alkoolit, nivelet e larta të obezitetit dhe mungesa e aktivitetit fizik⁴⁶.
3. *Çrregullimet mendore dhe të sjelljes:* paraqesin tendencë në rritje dhe janë më të shprehura te femrat. Në vitin 2010, çrregullimet mendore dhe të sjelljes përbënin 13.4% të barrës totale të sëmundjeve të femrat, krahasuar me 8.8% të meshkujt⁴⁷.
4. *Numri i lindjeve:* ka pësuar një rënie të konsiderueshme prej 32% për periudhën 2001-2014⁴⁸. Njëkohësisht, Shkalla e Përgjithshme e Lindshmërisë ka rënë nga 2.31 fëmijë për gratë në vitin 2001, në 1.78 – shumë më poshtë nivelit të zëvendësimit me 2.1 - në vitin 2014. Nivelet më të larta të lindshmërisë vërehen mes grave të grup-moshave 25-29 vjeç dhe 20-24 vjeç, dhe në gratë e zonave rurale. Dallimi urban-rural mund t'i atribuohet (mvishet) numrit më të madh të lindjeve në gratë e moshave më të reja në zonat rurale, në krahasim me ato urbane⁴⁹. I papritur është vëzhgimi (dukuria; fakti) i rritjes së vazhdueshme të lindshmërisë të adoleshentët. Lindshmëria në moshat nën 20 vjeç është rritur nga 0.016 në vitin 1989, në 0.018 në vitin 2001, dhe 0.020 në vitin 2011⁵⁰. Edhe pse numrat absolutë të lindjeve nga adoleshentët janë relativisht të vogla dhe po bien për shkak të shifrave në rënie të grave të grupmoshës 15-19 vjeç, tendenca në rritje të lindshmërisë nga adoleshentët kërkon vëmendje nga politikbërësit e fushës së shëndetësisë.
5. *Raporti gjinor në lindje:* (numri i meshkujve për 100 femra) është më i lartë se niveli i tij natyror. Për vitin 2014 ky raport ishte 109 meshkuj për 100 femra.
6. *Jetëgjatësia e pritshme:* është rritur në mënyrë të qëndrueshme gjatë njëzet viteve të fundit për të dyja gjinitë (75.5 vjeç për meshkujt dhe 79.7 vjeç për femrat në vitin 2012). Megjithatë, në dhjetë vitet e fundit, jetëgjatësia e pritshme është rritur 4.4 vite te meshkujt, por vetëm 3.1 vite te femrat.

45 ISHP (2014). Raport shëndetësor kombëtar; INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri: Vdekjet e femrave përbëjnë rreth 46% të totalit të vdekjeve për vitet 2013 dhe 2014 dhe përqëndrohen kryesisht në moshat e mëdha, ku pothuajse 50% e rasteve të vdekjes ndodh pas moshës 80 vjeç, duke shpjeguar edhe jetëgjatësinë më të lartë tek to.

46 Idem si 43.

47 Idem si 43.

48 INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri: Nga 53 mijë lindje të regjistruara në vitin 2001, në rreth 35 mijë lindje në fund të vitit 2014.

49 INSTAT (2014): Lindjet në gratë e grup-moshës 15-19 vjeç që jetojnë në zonat rurale janë sa dyfishi i atyre në zonat urbane (21 vs. 10 lindje për 1000 gra 15-19 vjeç).

50 INSTAT (2015). Të rinjtë në Shqipëri: Sfidat në kohët që ndryshojnë.

2. Qasja në shërbime dhe ndërgjegjësimi i grave

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF-të

1. OJF-të që veprojnë në fushën e shëndetit, raportojnë disa nga problemet më të rëndësishme me të cilat përballen gratë shqiptare në fushën e shëndetit, të tilla si: [a] Paragjykimet dhe barrierat kulturore të vetë grave dhe të shoqërisë: këto pengojnë qasjen e tyre në shërbimet e shëndetit riprodhues dhe nuk i lejojnë gratë të ushtrojnë të drejtat e tyre për shërbime dhe informacion, të tilla si ato mbi abortin, kontracëpsionin, testimet dhe këshillimet për HIV, ekzaminimet depistuese për tumoret e traktit riprodhues, etj. [b] Qasje e kufizuar në shërbimet shëndetësore: kryesisht për grupet vulnerabël (gratë rome, LGBTI, gratë që jetojnë në zonat rurale, gratë me aftësi të kufizuara, gratë e dhunuara, etj). Qasja në shërbime lidhet me largësinë gjeografike, mungesën e shërbimeve të specializuara, mungesën e infrastrukturës së nevojshme, cilësinë e shërbimeve të ofruara, qëndrimet dhe sjelljet jo profesionale të personelit shëndetësor, qëndrimet paragjyquese dhe diskriminuese nga stafi i qëndrave shëndetësore⁵¹.
2. Gratë nuk janë të ndërgjegjësuara për shërbimet: Informacioni mbi të drejtat dhe qasjen në shërbimet shëndetësore është i kufizuar. QSHPZH e intervistuar ndan mendimin se “megjithëse shërbimet e planifikimit familjar ofrohen falas për gratë e siguruar, shumë herë gratë dhe vajzat nuk e ushtrojnë këtë të drejtë, por përdorin shërbime me pagesë në sektorin privat ose nuk preferojnë t’i marrin këto shërbime për një sërë arsyesh, siç janë: nuk kanë informacion mbi to; kanë frikë nga paragjykimet e mundshme nga ofruesit e shërbimit; druhen nga qëndrimet negative të pjesëtarëve të komunitetit, nuk i konsiderojnë si të nevojshme apo të rëndësishme, etj”.
3. Gratë dhe vajzat rezulton se kanë pak ose aspak njohuri mbi kuadrin ligjor shëndetësor dhe të drejtat e tyre për të përfituar nga shërbimet shëndetësore. Gjithë OJF-të e intervistuar raportojnë/konstatojnë se në përgjithësi gratë dhe vajzat, veçanërisht gratë e grupeve vulnerabël (si gratë me aftësi të kufizuara, gratë që jetojnë në zonat rurale, LGBTI, gratë e popullsisë rome, etj), kanë mangësi ose nuk kanë njohuri mbi të drejtat e tyre shëndetësore dhe nuk i njohin ligjet. Disa OJF e nxjerrin këtë konkluzion bazuar në kontaktet dhe takimet e drejtpërdrejta me gratë e komuniteteve ku veprojnë, nga fokus grupet dhe workshop-et e organizuara. Të tjera si Qendra “Të drejtat e njeriut në demokraci” bazohen në të dhënat mbi qasjen e ulët në shërbimet shëndetësore të grupeve të caktuara, si gratë rome, më shumë se gjysma e të cilave janë pa librezë shëndetësore ndërsa 10% e fëmijëve romë rezultojnë të pavaksinuar. Ekspertët dhe OJF-të e intervistuar vlerësojnë se ekziston nevoja për ofrimin e një informacioni pa paragjykimet dhe pa diskriminim për të gjitha gratë.
4. Ka një sërë shërbimesh të munguara nga shteti: Në nivelin e KSHP vërehen mungesa në ofrimin e integruar të disa shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, siç parashikohet në paketën e shërbimeve bazë të miratuar në vitin 2015. Ndër to përfshihen këshillimi para dhe pas abortit, depistimi për kancerin e qafës së mitrës dhe kancerin e gjirit, testim dhe këshillim për HIV/AIDS, depistim të grave shtatzëna për HIV/AIDS, shërbimet miqësore për adoleshentët dhe të rinjtë. Disa prej shërbimeve të mësipërme ofrohen falas por janë të kufizuara vetëm në zona të caktuara dhe mungojnë kryesisht për gratë vulnerabël, por edhe për pjesën tjetër të popullatës.

3. Shëndeti dhe ushqyerja e nënave dhe fëmijëve

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF-të

1. Vdekshmëria amtare ka pësuar ulje të qëndrueshme. Sipas burimeve zyrtare, në dy dekadat e fundit niveli i vdekshmërisë amtare është përgjysmuar⁵². Kjo tendencë në ulje mund të shpjegohet përveçse me përmirësimin e gjendjes social-ekonomike dhe të kushteve të jetesës së popullsisë,

51 Arqimandriti M e bp (2014). Monitorimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri; Komiteti shqiptar i Helsinkit (KSHH) (2014). Raport “Mbi gjetjet e monitorimeve të zhvilluara në disa institucione të shëndetit publik”: Ndër problemet e evidentuara në raport është edhe mungesa e një mekanizmi të unifikuar dhe efektiv për trajtimin e kërkesë-ankesave të pacientëve në shërbimet shëndetësore të kujdesit parësor/spitalor (përfshirë dy maternitete) të monitoruara prej tyre.

52 Ministria e Shëndetësisë (2014): Nga 22.7 vdekje në vitin 1990, në 11.8 në vitin 2013.

edhe me përmirësime në cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Shkaqet kryesore mbeten hemorragjitë, infeksionet pas lindjes, pre-eklampsia/eklampsia gjatë shtatzënisë dhe aborti i pasigurt.

2. *Vdekshmëria foshnjore dhe fëmimore është ulur, por ende niveli është i lartë krahasuar me rajonin*: Në dekadën e fundit, vdekshmëria e fëmijëve nën 5 vjeç është ulur gradualisht (8.9 vdekje për 1000 lindje të gjalla në vitin 2013)⁵³. Në vitin 2013, vdekshmëria foshnjore ishte 13 vdekje për 1000 lindje të gjalla (UNICEF 2014). Kjo përbën një nga nivelet më të larta në rajon dhe është shumë më e lartë në krahasim me raportimet zyrtare kombëtare, sipas të cilave ky tregues është 7.8 vdekje për 1000 lindje të gjalla⁵⁴. Megjithatë vdekshmëria neonatale është ulur, pesha e saj në nivelin e vdekshmërisë foshnjore është rritur (nga 48% në vitin 1990, në 54% në vitin 2013). Shkaqet kryesore të vdekshmërisë foshnjore janë sëmundjet respiratore, shkaqet perinatale, pasuar nga anomalitë kongjenitale. Nga ana tjetër, vdekshmëria fëmimore është ulur më tepër sesa foshnjore. Faktorët kryesorë kontribues në këtë ndryshim mendohet të jenë ulja e fertilitetit, edukimi i nënave, HIV/AIDS-i, niveli ekonomik, dhe tendencat afatgjata⁵⁵.
3. *Zhvillimi fizik dhe ushqyerja e nënës dhe fëmijës*: Gjendja e të ushqyerit dhe zhvillimi fizik i fëmijëve janë përmirësuar gradualisht gjatë dekadës së fundit⁵⁶. Por ende *Shqipëria përballë me barrën e dyfishtë të kequshqyerjes*: prapambetja në rritje është ulur, por vazhdon të jetë problem në shëndetin publik, ndërsa mbipeshja te fëmijët ka tendencë në rritje. Barra e mbipeshës është spostuar nga fëmijët e zonave urbane, që i përkasin nënave me arsim të mesëm ose të lartë dhe që jetojnë në familjet më të pasura, te fëmijët që jetojnë në familjet më të varfra në zonat rurale.
4. *Pabarazi në shëndetin e nënës dhe fëmijës*: Pavarësisht nga përmirësimi i treguesve shëndetësorë dhe të ushqyerjes, konstatohen pabarazi të lidhura me moshën, gjininë, nivelin social-ekonomik, zonat gjeografike dhe vendbanimin. Vlerat më të larta të vdekshmërisë foshnjore vërehen tek familjet me të ardhura të ulëta (rreth 40% më e lartë sesa tek fëmijët e familjeve me të ardhura të larta), tek fëmijët e zonave rurale (dy herë më të larta sesa në zonat urbane), dhe sidomos tek fëmijët e zonave rurale malore. Gjithashtu niveli arsimor më i lartë i nënës, lidhet me një nivel më të ulët vdekshmërie në fëmijërinë e hershme⁵⁷.
5. *Mospërputhje serioze ndërmjet burimeve të ndryshme të të dhënave*: Në paraqitjen e treguesve të shëndetit të nënës dhe fëmijës, duhet theksuar se qëndron si problem mospërputhja serioze e të dhënave, duke përfshirë ato kombëtare (INSTAT dhe MSH) edhe mes agjensive kombëtare e ndërkombëtare. Mospërputhjet lidhen jo vetëm me metodologjitë e ndryshme të përdorura, por edhe me cilësinë e regjistrimit të të dhënave shëndetësore në Shqipëri⁵⁸.
6. *Mungesa e vlerësimeve periodike demografike dhe shëndetësore*. Studimi demografik dhe shëndetësor (SDSHSH) i vitit 2008-09, nuk është pasuar në vitet e fundit me vlerësime të tjera, për të pasur në mënyrë të vazhdueshme një panoramë të qartë të treguesve të shëndetit dhe ushqyerjes. Nga ana tjetër, shumë nga të dhënat specifike të shëndetit riprodhues datojnë në këto vite, duke vështirësuar vlerësimin e situatës aktuale dhe të ndërhyrjeve në këtë fushë.
7. *Qasja në kujdesin shëndetësor paraqitet e ndryshme për gratë shtatzëna dhe për fëmijët e vegjël*. Më shumë se 99% e grave shtatzëna lindin në praninë e stafit të kualifikuar mjekësor. Pjesa dërrmuese e tyre (97%) kanë bërë të paktën një vizitë para lindjes, ndërsa 67% kanë bërë të paktën katër të tilla. Në vitin 2013, mbulimi total i vaksinimit ishte 98% për fruthin, DTP3, HepB3 dhe Hib3. Në të njëjtën periudhë, 83% e të porsalindurve kanë kryer një vizitë postnatale brenda dy ditëve të para pas lindjes⁵⁹.

53 INSTAT (2014): Te meshkujt, nga 16.3 (viti 2004), në 9.2 (viti 2013), ndërsa te femrat u ul nga 13.6 (2004), në 6.3 (2013).

54 INSTAT (2014).

55 Wang H. e bp (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384:957-79.

56 UNICEF, WHO, World Bank group joint child malnutrition estimates (2015). Levels and trends in child malnutrition.

57 ISHP (2014). Raporti shëndetësor kombëtar.

58 ISHP (2014). Raporti shëndetësor kombëtar.

59 Idem si 56

4. Shëndeti seksual dhe shëndeti riprodhues: Planifikimi familjar dhe kontracepsioni

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF

1. *Mungesa e shërbimeve të integruara:* Shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues janë të përqëndruara kryesisht në ofrimin e shërbimeve të planifikimit familjar dhe jo në ofrimin e shërbimeve të integruara. Mungesa e shërbimeve të integruara rezulton në boshllëqe kritike shëndetësore që kufizojnë efektivitetin e programeve të SHSR dhe kompromentojnë shëndetin e njerëzve, si dhe ushqejnë damkosjen dhe diskriminimin ndaj grupeve vulnerabël. Psh., gratë në zonat rurale, por dhe grupet e tjera vulnerable kanë mungesë informacioni dhe një akses të kufizuar në shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues.
2. *Mungesa e infrastrukturës dhe teknologjisë shëndetësore të përshtatshme:* Ofrimi i shërbimeve të integruara të SHSR mbështetet në infrastrukturën dhe pajisjet mjekësore ekzistuese (jo të standardeve bashkëkohore) të shërbimeve shëndetësore.
3. *Ndërgjegjësimi jo në nivelin e duhur i gravenë* lidhje me shëndetin seksual dhe shëndetin riprodhues për mungesë informacioni, gjithashtu ekzistojnë barrierat kulturore dhe të mentalitetit, mungojnë shërbimet e nevojshme, mungesa e konfidencialitetit nga personeli shëndetësor. *QSHPZH raporton disa të dhëna nga studimi Njohuri, Qëndrime dhe Praktika, i kryer në 2013 në rrethin e Tiranës: Më pak se gjysma e grave dhe vajzave të intervistuar ose nuk përdornin fare kontracepsionin modern (36.3%) ose besonin tek tërheqja (40%) si një metodë për të parandaluar shtatzënitë e padëshiruara. Ndër arsytet e mospërdorimit të metodave të planifikimit familjar, ishte frika nga efektet anësore (19.2%) dhe bindja/besimi se janë të dëmshme për shëndetin (14.5%)⁶⁰.*
4. *Mbulimi i nevojave:* Shërbimet e planifikimit familjar janë pjesë e paketës së shërbimeve shëndetësore dhe metodat moderne kontraceptive ofrohen falas në shërbimet shëndetësore publike, me çmime të subvencionuara përmes marketing-ut social dhe me çmime tregu në rrjetin farmaceutik privat dhe në pikat jo tradicionale të shitjeve. *Spektori publik është burimi kryesor i furnizimit me mjete moderne kontraceptive, i ndjekur nga sektori privat farmaceutik me rreth 39%. Sektori publik dhe marketing-u social mendohet të mbulojnë nevojat e grupeve me të ardhura mesatare dhe të ulëta, ndërsa tregu privat, ato me të ardhura më të larta. Programi i vetëm i marketing-ut social në vend po përballlet me vështirësi të shumta, si në gjetjen e burimeve financiare për vazhdimësinë e tij, ashtu dhe në sigurimin e mjeteve kontraceptive, kryesisht për furnizimin e tregut me kontracepsionin e urgjencës.*
5. *Shpërndarja e metodave moderne kontraceptive* rregullohet sipas udhëzimit të MSH, ku sektori publik ofron pilula, injeksione, dispozitivë intrauterin dhe prezervativë mashkullorë. Metodatat të cilat kërkojnë një shërbim më të specializuar, si dispozitivi intrauterin dhe sterilizimi femëror, ofrohen vetëm në qendra me obstetër dhe gjinekologë të specializuar.
6. *Njohuritë mbi kontracepsionin dhe përdorimin e tij:* njohuritë mbi kontracepsionin janë pothuajse të plota, dhe në përgjithësi femrat, veçanërisht ato të martuara, kanë më shumë njohuri dhe informacion në krahasim me meshkujt përsa u përket këtyre metodave⁶¹. Megjithatë, përdorimi i metodave moderne kontraceptive prej 11% konsiderohet ndër më të ulët në Europë⁶². Rreth 59% e grave të moshës 15-49 vjeç përdorin metodën natyrale të tërheqjes si masë mbrojtëse ndaj shtatzënive. Metoda moderne më e përdorur është prezervativi për meshkuj (4%) ndjekur nga sterilizimi femëror (3%), dhe pilula (2%). Përdorimi i secilës nga metodat e tjera është më pak se 1 %.
7. *Faktorët ndikues kryesorë në sjelljen ndaj planifikimit familjar* janë moshë, statusi martesor, niveli arsimor, vendbanimi, numri i fëmijëve, informacioni mbi planifikimin familjar dhe koha e nevojshme për të

⁶⁰ Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (2013). Shëndeti seksual dhe riprodhues tek të rinjtë në Shqipëri.

⁶¹ ISHP (2012).

⁶² WHO 2014. World health statistics. <http://www.who.int/gho/countries/alb/en/>

arritur deri në qendrën shëndetësore⁶³. Përdorimi i metodave moderne është më i lartë mes grave më të reja në moshë dhe më i ulët mes grave që jetojnë në zonat rurale. Gratë e martuara më të reja kanë më shumë gjasa të përdorin prezervativin sesa gratë më të mëdha në moshë dhe më pak gjasa të përdorin metoda afatgjata apo të përhershme si dispozitivin intrauterin dhe sterilizimin. Femrat e pamartuara seksualisht aktive praktikojnë më ndjeshëm kontrceptivët modernë sesa gratë e martuara (29% kundrejt 11%) dhe gjithashtu preferojnë me shumë prezervativët dhe pilulat. Metodatat afatgjata ose të përhershme përdoren vetëm nga gratë e martuara. Rritja e numrit të fëmijëve dhe e nivelit të arsimit shoqërohet me rritje të përdorimit të metodave kontrceptive.

8. *Nevoja e paplotësuar për planifikim familjar* (kryesisht këshillim) vlerësohet mesatarisht 13% për periudhën 2006-2012⁶⁴. Nevojat më të mëdha vërehen në grup-moshat e reja (25-29 vjeç) dhe gratë e zonave rurale. Preferenca për djem ndikon në sjelljen ndaj planifikimit familjar. Gratë me nevoja të pa plotësuar kanë më shumë gjasa të kenë të paktën një djalë dhe jetojnë kryesisht në zonat rurale.
9. *Mbulimi me kontrception modern*: Sistemi kombëtar i informacionit dhe menaxhimit logjistik pranë ISHP mbledh statistika për shërbimet e PF si dhe informacion logjistik mbi kontrceptivët. Të dhënat nga ky sistem i japin mundësi MSH të përllogaritë nevojat kombëtare për kontrception modern si dhe të monitorojë programin kombëtar të planifikimit familjar dhe masën e përdorimit të tyre në shkallë vendi. Ndër arritjet pozitive është padyshim sigurimi nga ana e Qeverisë shqiptare, duke filluar nga viti 2010, imbulimit të plotë të sektorit publik me kontrceptivë modernë i pavarur nga mbështetja e donatorëve. Gjithashtu, me urdhër të MSH⁶⁵ nr. 570/21.11.2014 është vendosur ndryshimi i parashikimit të fazës së dytë të sigurimit të kontrceptivëve, të cilët për periudhën 2014-2016 do të vazhdojnë të sigurohen falas nga sektori publik për të gjithë popullsinë, falë avokimit të suksesshëm të aktorëve kombëtarë dhe ndërkombëtarë që mbështetin aktivitetet e lidhura me PF në vend.

5. Ofrimi i shërbimit të planifikimit familjar

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Shërbimet e PF ofrohen në të trinitivelet e kujdesit shëndetësor* të integruara me shërbimet e tjera të shëndetit riprodhues. Më shumë se 431 pika shëndetësore në mbarë vendin, përfshirë maternitete, poliklinika, qendra shëndetësore dhe disa ambulanca fshati, ofrojnë informim dhe këshillim mbi PF dhe dhënie falas të kontrceptivëve modernë si pilulat, prezervativët mashkullorë dhe injeksionet. Pas 2009, vendosja e dispozitivëve intrauterinë, përveçse në maternitete, ofrohet edhe në nivel qendrash shëndetësore nga specialistët obstetër dhe gjinekologë të trajnuar në programet e mbështetura nga donatorë ndërkombëtarë (USAID). Sterilizimi femëror ofrohet falas në nivel materniteti.
2. *Rritja e aksesit*: Në këtë raport mund të nënvizojmë se shtrirja gjeografike dhe cilësia e shërbimit është përmirësuar ndjeshëm si pasojë e ndërhyrjeve të duhura në fushën e planifikimit familjar, të mbështetura kryesisht nga USAID dhe të zbatuara nga agjenci dhe organizata ndërkombëtare⁶⁶, të cilat janë fokusuar në përmirësimin e strukturës, shërbimeve, cilësisë dhe rritjes së kërkesës për të përdorur metodat moderne kontrceptive⁶⁷. Bashkëpunimi i suksesshëm mes MSH dhe

63 Ismaili F e bp. Faktorët që ndikojnë në sjelljen ndaj planifikimit familjar në Shqipëri. Tiranë, 2011.

64 ISHP. Raporti shëndetësor kombëtar, 2014.

65 Ministria e Shëndetësisë, Urdhër Nr 570/21.11.2014, "Për sigurimin e kontrceptivëve për popullsinë në nevojë nëpërmjet sektorit publik për vitet 2015-2016".

66 JSI/SEATS II/Albania dhe JSI/TASC I/Albania, URC/Pro Shëndeti, ACCESS-FP/Jpieghe, AED/Communication for Change (C-Change).

67 Boci, A., Eichleay, M., and Searing, H. (2013). Factors influencing women's reproductive health choices in Tirana, Albania. The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge—Report No. 12. New York: engenderhealth (The RESPOND Project).

Instituti të SHP me partnerë si UNFPA, ka siguruar mbështetje për projekte dhe strategji të ndryshme në fushën e shëndetit riprodhues dhe planifikimit familjar.

3. *Nivel i ulët i përdorimit të metodave kontraceptive moderne në përgjithësi dhe veçanërisht mes adoleshentëve, të rinjve dhe grupeve të tjera të rrezikuara, ndërkohë që shtatzënitë e padëshiruara, abortet dhe IST-të vazhdojnë të jenë në nivele të larta. Ka të dhëna që tregojnë se të rinjtë përdorin metodat kontraceptive të urgjencës në mënyrë të gabuar.*
4. *Akses i ulët i metodave moderne kontraceptive mes grupeve të caktuara, si grave që jetojnë në zonat rurale, adoleshentëve, grave rome, që vjen si pasojë e mungesës së shërbimeve të ndjeshme të PF dhe vendosjes së tyre sa më afër kësaj popullsie. Akses i adoleshentëve në metodat moderne kontraceptive nësektorin publik paraqet vështirësi, sepse të rinjtë nuk i frekuentojnë shërbime të tilla si klinikat apo maternitetet, dhe akoma më pak qendrat shëndetësore në zonat rurale. Për këtë arsye, ofrimi i shërbimeve sa më afër grupeve të caktuara të grave dhe vajzave si psh., në vendet e punës, si pjesë e paketës së shërbimit shëndetësor që ofrohet në këto vende; në nivel ambulance në zonat rurale; në vendet që frekuentojnë të rinjtë, aty ku jetojnë popullsia rome, është ende një domosdoshëri aktuale.*
5. *Sigurimi i vazhdimësisë së edukimit të personelit shëndetësor lidhur me metodat e komunikimit ndërpersonal, aftësitë këshilluese për kontracepsionin, dhe përditësimin e njohurive të tyre lidhur me metodat e reja të kontracepsionit, mbetet një nevojë në rritje.*

6. Ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF

1. *'Përdorimi' i 'abortit' më shumë në zonat rurale:* Numri i aborteve gjatë periudhës 2004-2013 pothuaj është përgjysmuar në vlerë absolute. Numri i aborteve për 1000 lindje të gjalla ka pësuar një ulje nga 257 në vitin 2004, në 186 në vitin 2013⁶⁸. Aborti vazhdon të mbetet një dukuri urbane⁶⁹, megjithëse për periudhën 2009-2013 vërehet një tendencë në rritje e aborteve në zonat rurale.
2. *Aborti në sektorin publik përkundër sektorit privat:* Pjesa më e madhe e aborteve kryhet në sektorin publik, dhe vetëm 10% e tyre kryhet në klinika apo spitale private të licencuara për ndërprerjen e shtatzënisë⁷⁰.
3. *Të dhëna jo të besueshme mbi abortin:* Burimet jo zyrtare tregojnë për një numër më të lartë abortesh sesa ato të publikuara. Shkaqet mund të jenë nënraportimet, kryesisht nga subjektet private, si dhe abuzimet me diagnozën në sektorin publik, duke u paraqitur si shtrime urgjente për të shmangur pagesën për kryerjen e abortit. Nga ana tjetër, nga vlerësimi i të dhënave të abortit vërehet një rritje e dukshme dhe pothuajse e pamundur e përqindjes së aborteve spontane, nga 18% në vitin 1996, në 67.2% në vitin 2013⁷¹. ISHP pohon se ka arsye për të dyshuar në vlefshmërinë e kësaj rritjeje dhe kërkon hetim më të hollësishëm. Nisur nga varësia e madhe tek metodat jo të besueshme kontraceptive, ka shumë të ngjarë që në shumë raste abortet të përdoren si metoda të planifikimit familjar. Kjo e dhënë flet për një mangësi në performancën e sistemit shëndetësor, për t'iu dhënë çifteve mjetet e besueshme për planifikim dhe për të kontrolluar shtatzënitë dhe lindjen e fëmijëve.
4. *Zbatimi i ligjit:* Komiteti shqiptar i Helsinkit, gjatë monitorimit të dy materniteteve, në Tiranë [kryeqyteti dhe qyteti më i madh i vendit] dhe Lezhë, raporton se "personeli shëndetësor vepronte brenda kornizave ligjore. Procedura e informimit dhe e pranimit të mjekimit nga pacienti rezultonte e standartizuar dhe e njëjtë për të dyja institucionet, duke filluar nga një vizitë paraprake që i bëhet nënës, dhe më pas duke proceduar me dhënie të konsultave dhe informacionit të domosdoshëm lidhur me rreziqet gjatë ose pas abortit, përfitimet e shtatzënisë, e drejta familjare etj". Monitoruesit vërejtën se për ndërprerjen e shtatzënisë nga gratë e martuara, kërkohej edhe pëlqimi i bashkëshortit, ndërsa

68 INSAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri.

69 Idem si 66: Në vitin 2013, 61% e aborteve janë kryer nga gratë që jetojnë në zonat urbane.

70 ISHP (2014). Buletini i shëndetit Nr. 1, 2014.

71 Idem 68.

ligji nuk e parashikon një gjë të tillë.

5. *Përdorimi i abortit medikal*, është një metodë që nënkupton marrjen e tabletave për kryerjen e abortit, kryesisht në fazat e hershme të shtatzënisë. Në Shqipëri përdoret gjerësisht *misoprostol*, i cili edhe pse deri më sot nuk figuron i regjistruar nga Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave për këtë indikacion, gjendet me lehtësi në farmacitë apo klinikat private⁷². Nga të dhëna jo zyrtare raportohet se një pjesë e mirë e grave kryejnë aborte të pasigurta duke marrë në mënyrë të pakontrolluar tabletat që përdoren për ndërprerjen e shtatzënisë. Në një pjesë të rasteve këto gra rikthehen në maternitet për të përfunduar abortin, pasi aborti medikal nuk ka dhënë rezultat.
6. *Aborti selektiv me qëllim përzgjedhjen e seksit të fëmijës para lindjes*: Studiuesit e këtij fenomeni shpjegojnë se Shqipëria hyn në profilin e atyre vendeve ku përzgjedhja e seksit para lindjes është përhapur me ritme të shpejta pas uljes së nivelit të lindshmërisë⁷³. Analiza e bazuar në census nga INSTAT jep prova bindëse për dukurinë e aborteve përzgjedhëse të gjinisë për shkak të preferencës për meshkuj. Raporti në rritje i gjinisë në lindje (nga 160 djem për 100 vajza për lindjet e rradhës së parë në 162 për lindje të katërt) është tregues i qartë i kësaj praktike. Faktorët që ndikojnë në ekzistencën e kësaj dukurie janë të shumtë dhe lidhen kryesisht me mentalitetin dhe traditën tonë të hershme për të pasur patjetër fëmijë djalë, që në lindjen e parë. Kjo lidhet me çështje të trashëgimisë (mbiemri e pronësia), me nevojën për t'u ndërë të mbrojtur, me fenomenin e emigrimit dhe një sërë faktorësh të tjerë që tentojnë të theksojnë stereotipet gjinore, duke vlerësuar rolin e mashkullit. Por, edhe pse fakt i njohur, aborti selektiv vazhdon të mbetet i papërfillur dhe nuk ka arritur të marrë vëmendjen e duhur. Në përpjekje për adresimin e tij, QSHPZH në bashkëpunim me një sërë organizatash partnere dhe institucionet shtetërore, me mbështetjen e UNFPA-s, ka planifikuar një sërë aktivitete sensibilizuese dhe ndërgjegjësuese të popullatës mbi ekzistencën e fenomenit dhe pasojat e tij, bazuar mbi një Strategji komunikimi dhe Plan Veprimi (2015-17) që mendohet të pilotohet në rrethet Tiranë, Lezhë, Dibër, Kukës dhe Fier.
7. *Sistemi i raportimit*: çdo mjek që kryen abortin është i detyruar të raportojë në INSTAT përmes plotësimit të skedës së abortit, e cila respekton konfidencialitetin e gruas. Në përpjekje për të kontrolluar abortin, sistemi i informacionit mbi abortit është rishikuar, duke e shtrirë përveç institucioneve publike edhe në ato private⁷⁴. Në bashkëpunim me INSTAT-in është përgatitur skeda e re e abortit dhe udhëzimet për raportimin e këtyre të dhënave nga të gjitha shërbimet shëndetësore publike dhe private. Krijimi i programit kompiuterik lejon hedhjen e të dhënave të skedës së ndërprerjes së shtatzënisë dhe raportimi elektronik i informacionit bëhet çdo 3 muaj. *Megjithatë, vetëm 13 rrethe arrijnë të raportojnë me rrugë elektronike. Problemet e hasura lidhen me mos raportimin në kohë nga të gjitha rrethet si dhe cilësinë e raportimit, duke ngritur nevojën për rishikimin e programit dhe trajnimin e vazhdueshëm të personave përgjegjës për raportimin.*

7. Infeksionet seksualisht të transmetueshme [IST] dhe HIV/AIDS-i

Situata faktike

1. *Rritje e numrit të rasteve të reja*: Ndonëse të dhënat tregojnë se Shqipëria mbetet një vend me përhapje të ulët (rreth 0.02%) të HIV/AIDS-it, numri i rasteve të reja të diagnostikuara me HIV/AIDS për periudhën 2008-2013 është dyfishuar⁷⁵. Viti 2013 përkon me numrin më të lartë të rasteve të reja të diagnostikuara në vite (124 raste). Deri në nëntor të vitit 2014 janë konstatuar 96 raste të reja HIV pozitiv, ku 5 janë fëmijë të infektuar përmes transmetimit nga nëna te fëmija.

72 http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/research-reports/Study12-Albania-Report-July2013-FINAL.pdf

73 World Vision, UNFPA (2012). Raport i paekuilibruar në lindje midis dy sekseve në Shqipëri.

74 ISHP (2012): Sistemi iurvejancës së abortit në Shqipëri.

75 ISHP (2013). HIV/AIDS në Shqipëri (1993 – 2013)

2. *Shpërndarja sipas gjinisë, grup-moshës dhe transmetimi:* Epidemia e HIV-it është e përqendruar në kryeqytetin e vendit, Tiranë. Raporti meshkuj-femra në diagnostikim është 2:1. Rreth 2/3 e të infektuarve i përkasin grup-moshës 25-45 vjeç. Rruga kryesore e transmetimit është ajo heteroseksuale (83%), e ndjekur nga rruga homoseksuale (10%) dhe transmetimi vertikal nga nëna te fëmija (3.4%). Tre të katërtat e rasteve të reja janë diagnostikuar në stadin e vonshëm të infeksionit, duke sjellë një rritje të përqindjes së vdekjeve.
3. *Njohuritë sipas grup-moshës:* Grup-moshat 15-24 vjeç kanë më shumë njohuri rreth HIV/AIDS-it sesa grup-moshat 24-49 vjeç. Megjithatë, vetëm 36% e femrave dhe 22% e meshkujve 15-24 vjeç njohin në mënyrë të saktë mënyrat e parandalimit të HIV-it. Njohuritë gjithëpërfshirëse për transmetimin e HIV/AIDS-it janë më të larta tek femrat sesa meshkujt (28% kundrejt 20%).
4. *Testimet vullnetare te femrat mbeten në shifra shumë të ulëta.* Testimet për infeksionin e HIV-it kryhen në qendrat e testimit vullnetar dhe “të rekomanduara” nga personeli shëndetësor. Testimi është i detyruar për të gjithë dhuruesit e gjakut, si ata vullnetarë, ashtu edhe familjarët e pacientëve që kryejnë procedura kirurgjikale. Përqindja e testimit në vend është e ulët. Vetëm 7.7% për popullatën e përgjithshme⁷⁶. Sipas të dhënave të mbledhura nga sistemi i mbikëqyrjes, femrat e infektuara në pjesën më të madhe të rasteve janë diagnostikuar në çift, pas ndjekjes epidemiologjike që bëhet kur partneri ka rezultuar pozitiv. Rezultatet e studimit mbi kontrollin biologjik të sjelljes tregojnë se grupet e rrezikuara (si përdoruesit e drogës me injektim, meshkujt që kryejnë seks me meshkuj, punonjëset e seksit dhe popullata rome) kanë jo vetëm nivel të ulët të njohurive dhe testimit, por edhe përfshirje në praktika dhe sjellje të rrezikshme në lidhje me HIV/AIDS-in apo IST-të e ndryshme.
5. *Shërbimet parandaluese dhe të kujdesit mjekësor:* Shërbimet parandaluese ofrohen nga qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar nën varësinë e MSH në 12 prefekturat në rang vendi dhe përfshijnë testimin vullnetar dhe këshillimin para dhe pas testimit. Këshillimi për nënat shtatzëna ofrohet pranë qendrave të PF në poliklinika dhe maternitete. Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet në QSUT, në shërbimin e sëmundjeve infektive, dhe në atë të pediatriisë. Në shërbimet e kujdesit mjekësor që u ofrohet të prekurve, përfshihet terapia anti-retrovirale (ARV), diagnostikimi dhe menaxhimi i infeksioneve dhe sëmundjeve të tjera shoqëruese, dhe mbështetja psiko-sociale për njerëzit e prekur dhe familjet e tyre. Prej vitit 2007 funksionon klinika ambulatorë për personat me HIV/AIDS pranë QSUT-së, e cila ofron shërbim dhe kujdes falas në fushat e terapisë me ARV dhe monitorimit të saj, mbështetjes psiko-sociale, këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV/IST-të, analizës për diagnostikimin e turbekulozit (testi i lëkurës) dhe shërbimit të mjekimit profilaktik të tij.

Problemet e evidentuara nga OJF-të

6. *Kapja dhe diagnostikimi me vonesë i rasteve të reja* tregon për shkallën e ulët të testimit vullnetar, aksesin e ulët për testim dhe nivelin edhe më të ulët të njohurive mbi rrugët e parandalimit, masat mbrojtëse, dhe mbi të gjitha, për rëndësinë e testimit vullnetar. Kjo gjendje bën që HIV/AIDS-i të identifikohet dhe diagnostikohet kryesisht vetëm në fazat e vonshme të tij, duke krijuar hendeqe të mëdha në parandalimin apo diagnostikimin e hershëm të infeksionit, dhe duke shtuar numrin e të infektuarve, identifikimi i të cilëve bëhet edhe më i vështirë. Efekti i mundshëm shumëues që mbart kjo situatë, po të kemi parasysh që secili i infektuar mund të ketë pasur disa partnerë apo të jetë përfshirë në sjellje të ndryshme me rrezik, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij.
7. *Pengesë kryesore mbetet damkosja dhe diskriminimi* ndaj personave me HIV/AIDS në të gjitha nivelet e shoqërisë, që ndikon në vonesën në testimin për HIV, diagnostikimin e vonët dhe qasjen në kujdes.
8. *Ende në Shqipëri mungojnë studime* që synojnë të matin dhe vlerësojnë nivelin e stigmës/damkosjes dhe diskriminimit nëpërmjet një sistemi monitorimi dhe vlerësimi në fushat prioritare si kujdesi

76 ISHP (2011). Studimi i kontrollit biologjik të sjelljes.

shëndetësor, edukimi, mbështetja sociale, punësimi, etj.

9. *Mungesa e mekanizmave rregullatorë që mundësojnë sigurimin në kohë dhe në vazhdimësi të trajtimit me ARV, monitorimin laboratorik të tyre sipas protokollit përkatës nëpërmjet testeve diagnostikuese; aksesit ndaj testimit të hershëm diagnostik dhe trajtimit të infeksioneve oportuniste dhe atyre seksualisht të transmetueshme si edhe përjashtimin nga detyrimet financiare për këto shërbime, siç e parashikon ligji aktual i HIV/AIDS-it.*
10. *Mungesa e protokollit të menaxhimit kombëtar për kujdesin, trajtimin dhe ndjekjen e fëmijëve që jetojnë me HIV në Shqipëri ka sjellë sorollatje, mangësi në trajtim dhe kujdes shëndetësor ndaj tyre, diagnostikim të vonshëm me pasoja fatale për jetën.*
11. *Mungesa e një klinike ambulatorie për ndjekjen e fëmijëve që jetojnë me HIV sjell vonesa në menaxhimin e rasteve dhe marrjen e mjekimit, ul cilësinë e kujdesit dhe krijon mangësi për një trajtim multidisiplinor ndaj tyre.*
12. *Mungesa e protokollit të plotë të parandalimit të infeksionit HIV nga nëna tek fëmija. Si rrjedhojë identifikohen mangësi në këshillimin dhe testimin vullnetar të grave shtatzëna, sistemin e referimit dhe trajtimin e tyre nëse rezultojnë HIV pozitive.*

8. Ofrimi i shërbimit për grupet e rrezikuara

Situata faktike

1. *Përdoruesit e drogave me injektim (PDI): janë rreth 60.000 përdorues droge, nga të cilët 10%-15% vlerësohet të jenë përdorues droge me injektim⁷⁷. Të dhënat e vazhdueshme të mbledhura nga mbikëqyrjet biologjike të sjelljes tregojnë se PDI përfshihen në sjellje të rrezikshme për marrjen dhe transmetimin e HIV/AIDS-it apo IST-ve të ndryshme, si ripërdorim dhe shkëmbim shiringash/ aqesh, marrëdhënie seksuale të pambrojtura me një apo më shumë partnerë, punë komerciale seksi, etj⁷⁸. Përhapja e infeksionit të HIV-it në këtë grup popullate është e ulët, rreth 1%, por ka një rritje të ndjeshme të rasteve me hepatit B (15%) dhe hepatit C (30%), tregues që e bëjnë këtë grup potencialisht të rrezikuar për shpërthime të mundshme epidemike të HIV/AIDS-it apo IST-ve të ndryshme.*
2. *Transmetimi i HIV-it nga viktimat e shfrytëzimit seksual tek klientët e tyre dhe grupet e tjera mbetet përgjithësisht i panjohur. Ndër faktorët që ndikojnë në mënyrë të ndjeshme në rritjen e rrezikut ndaj HIV-it dhe IST-ve për viktimat e shfrytëzimit seksual janë damkosja dhe mospërfillja, aksesit i kufizuar në shërbimet shëndetësore, sociale dhe ligjore, shfrytëzimi seksual dhe trafikimi, ekspozimi ndaj dhunës dhe abuzimi me drogat. Rreth 25% e meshkujve të infektuar me HIV janë homoseksualë ose biseksualë. Të dhënat e mbikëqyrjes biologjike të sjelljes (2013) tregojnë për një përdorim të pakët të prezervativëve nga meshkujt që kryejnë seks me meshkuj, të cilët nga ana tjetër mund të përfshihen dhe në praktika seksuale të pasigurta me femra. Gjithashtu MSM-të ndeshin vështirësi për të siguruar prezervativë të përshtatshëm për seks anal si dhe lubrifikantë. Damkosja dhe shpesh diskriminimi bëhen pengesë që ky komunitet të përdorë shërbimet ekzistuese ose të organizohet.*
3. *LGBTI: kanë njohuri rreth HIV/AIDS-it dhe më pak rreth IST-ve. Shumica e të rinjve LGBT nuk flasin me të afërmit apo specialistët e shëndetit rreth HIV/AIDS-it dhe IST-të, duke e lidhur këtë me aktivitetin e tyre seksual dhe shumë pak prej tyre marrin informacion mbi IST-të nga institucionet publike. Shumica e tyre janë të frikësuar të zbulojnë orientimin dhe aktivitetin e tyre seksual tek specialistët e shëndetit publik. Mes të rinjve LGBT ekzistojnë shumë paragjykime, pasaktësi dhe mite mbi praktikat seksuale, seksin e sigurt, prezervativët, mënyrat e infektimit nga HIV/AIDS-i dhe IST-të. Të rinjtë LGBT në vend kanë shumë pak akses për prezervativët për seks anal. Ata nuk njohin qendra publike*

⁷⁷ European monitoring center for drugs and drug addiction. Profili i Shqipërisë 2015, në: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index211541sq.html> [aksesuar në tetor 2015].

⁷⁸ ISHP (2013). BIO-BSS. Final Report.

dhe specialistë të shëndetit miqësor ndaj tyre.

4. *Personat që vuajnë dënimin me heqje lirie: Situata epidemiologjike e HIV-it dhe IST-ve në burgje nuk është e qartë, por të dhënat e paraqitura nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve raportojnë për 4 të infektuar me HIV/AIDS. Në dy burgje, me mbështetjen e UNFPA-s dhe OJF-së "STOP AIDS" si zbatues, janë ngritur qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar për HIV/AIDS-n. Të dhënat e një studimi të kryer në disa burgje të Shqipërisë tregojnë se të burgosurit përfshihen në sjellje të rrezikshme, si përdorim droge dhe alkooli, marrëdhënie seksuale të pambrojtura, etj⁷⁹.*

Problemet e evidentuara nga OJF lidhur me grupet e rrezikuara

1. *Numri i testeve vullnetare mbetet shumë i ulët. Nga ana tjetër në dokumentet strategjike për parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it mungojnë strategjitë në lidhje me rritjen e testeve vullnetare. Numri i qendrave të testimit dhe këshillimit vullnetar është i pamjaftueshëm dhe mungojnë aktivitete për arritjen e personave apo grupeve të rrezikuara për prekje nga HIV-i. OJF-të që mund t'i zbatojnë këto aktivitete janë të pafinancuara.*
2. *Dokumente strategjike jo gjithpërfshirëse: Në dokumentet strategjike nuk u jepet zgjidhje problemeve me grupet e rrezikuara, sidomos me përdoruesit e drogave me injektim, të cilët mund të bëhen një burim i shpërthimit të epidemisë së HIV/AIDS-it në Shqipëri. Veç kësaj, këto dokumente përqendrohen më tepër në parandalimin parësor të infeksionit, por nuk tregojnë vëmendje ndaj praktikave të zvogëlimit të dëmit, të cilat kanë patur sukses në mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it, dhe mbi të gjitha, janë strategji kosto-efektive.*
3. *Mosarritja e objektivave: Programi i kontrollit të HIV/AIDS përmban objektiva specifike të disagreguara sipas seksit. Megjithatë, deri tani arritja e tyre për grupet e grave dhe vajzave të rrezikuara si përdoruesit e drogave me injektim (PDI), punonjëset e seksit (PS) apo gratë e trafikuar, përbën një sfidë. Për disa prej tyre, si PS-të, edhe vetë legjislacioni aktual i pengon që të marrin apo të kërkojnë shërbimet shëndetësore dhe mbështetjen sociale⁸⁰.*
4. *Shërbimet e mbështetjes psiko-sociale për personat e infektuar me HIV pothuajse mungojnë. Një pjesë e tyre mbahen me fonde nga burime të jashtme. Qeveria nuk ka bërë asnjë përpjekje për të financuar këto shërbime.*

9. Tumoret e traktit riprodhues: Kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Disa nga arritjet janë: - miratimi nga Këshilli i Ministrave i fondit për blerjen e akseleratorit linear, që do të sigurojë një trajtim bashkëkohor dhe me më pak rreziqe për të sëmurët me sëmundje tumorale; vënia në punë dhe menaxhimi nga ISHP-ja e dy mamografive të lëvizshme në ndihmë të programit të depistimit të kancerit të gjirit në zonat dhe grupet e popullatës me akses të ulët ndaj shërbimeve shëndetësore; sigurimi i mbështetjes financiare nga UNFPA për programin e zbulimit të hershëm të kancerit të qafës së mitrës.*
2. *Shqetësim lidhur me përhapjen: të dhënat nga burime kombëtare dëshmojnë se kanceri i gjirit dhe ai i qafës së mitrës janë sot dy nga kanceret më të përhapura mes grave në Shqipëri⁸¹. Numri i grave të prekura ka ardhur çdo vit duke u shtuar. Gjithashtu vërehet një tendencë uljeje e moshës së femrave që preken nga këto sëmundje. Këtë gjendje shqetësuese e konfirmojnë edhe të dhënat nga burime ndërkombëtare. Në Shqipëri në vitin 2012, incidenca (për 100.000 raste) dhe vdekshmëria (për 100.000 vdekje) për kancerin e gjirit vlerësohen 69.4 dhe 21.8, dhe për kancerin e qafës së mitrës respektivisht 6.2 dhe 2.4⁸².*

⁷⁹ QSHPZH (2013). Raporti alternativ i OJF-ve mbi situatën në vend lidhur me komponentët e shëndetit riprodhues.

⁸⁰ Kodi Penal i RSH, Kapitulli VIII, Neni 113: Ushtrimi i prostitucionit dënohet me gjobë ose me burgim deri në tre vjet.

⁸¹ Ministria e Shëndetësisë (2014).

⁸² Ferlay et al (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Europ J Canc*; 49: 1374-1403.

3. *Regjistrimi i mangët i rasteve*: Ndërkohë, incidenat (e regjistruara) e kancerit të gjirit dhe e qafës së mitrës në Shqipëri janë më të ulëta se në vendet e tjera europiane⁸³. *Mendohet se kjo vjen nga problemet lidhur me regjistrimin jo të plotë të tyre në shërbimin e Onkologjisë, dhe jo me gjendjen faktike.*
4. *Ndërgjegjësimi në lidhje me praktikën parandaluese* si Pap testi dhe mamografia, raportohen përkatësisht 49% dhe 77%⁸⁴. Sipas të dhënave nga OJF-të, 75% e grave të prekura nga kanceri i gjirit dhe më shumë se gjysma e rasteve të kancerit të qafës së mitrës diagnostikohen në një fazë të avancuar të sëmundjes⁸⁵.
5. *Parandalimi evidenton disa probleme*, si: vonesat në fillimin e zbatimit të programit kombëtar për depistimin e hershëm të kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës; aksesit i kufizuar në kryerjen e ekzaminimeve depistuese për kancerin e qafës së mitrës pasi *Pap testi* kryhet vetëm nga specialistët në maternitet, ndërsa ekzaminimi citologjik ofrohet vetëm në QSUT dhe klinika të specializuara private; mungesa e regjistrimit kombëtar të tumoreve, që sjell si pasojë probleme në planifikimin, monitorimin dhe vlerësimin e ndërhyrjeve si dhe në arritjen e objektivave.

10. Shëndeti i grave viktime të dhunës në familje

Situata faktike

1. *Rritje e numrit të grave të dhunuara*: Burime të ndryshme dhe situata në vend tregojnë rritje të ndjeshme të numrit të grave të dhunuara⁸⁶. INSTAT⁸⁷ realizoi në 2013 vërtetimin e dytë kombëtar për DHF në Shqipëri. Të dhënat treguan rritje të përqindjes së grave të dhunuara nga 56.0% (2007), në 59.4% (2013). Rezultoi se 53.7% e grave po përjetonin “aktualisht” DHF. Krahasuar me vitin 2014, rastet e raportimit të dhunës në familje është shtuar me 30 %; dhe shtim në 12% të rasteve DHF që përfundojnë me vrasje. Për sa kohë dhuna seksuale do të vijojë të mbetet tabu, statistikat e denoncimit të saj nuk do të kenë (pësojnë) ndryshime, pra duhet thelluar më tej analiza e fenomenit, e shkaqeve, e pasojave, si dhe e efektivitetit të zbatimit të masave të planifikuara.
2. *Ka një rritje progresive nga viti në vit të numrit të denoncimeve* për dhunë dhe krime të tjera që ndodhin në marrëdhëniet familjare. Nga 94 raste të evidentuara në vitin 2005, vetëm për periudhën janar-shtator 2015, ky numër është rreth 3000 raste. Vërehet një rritje e madhe e evidentimit të këtyre rasteve, sidomos pas ndryshimeve të bëra në Kodin Penal, në vitin 2012 dhe në vitin 2013, ku dhuna në familje u konsiderua krim dhe dënohet si çdo krim tjetër. Gjatë vitit 2014 rezultoi se ka një rritje rreth 30% të rasteve të evidentuara si dhe rritje me më shumë se 35% të numrit të kërkesë-padive të plotësuara për UMM/UM⁸⁸.
3. *Format e dhunës dhe mbivendosja në problemet shëndetësore*: 23.7% e grave nga 18 deri 55 vjeç ((N=646,879), kanë përjetuar dhunë fizike në martesë/marrëdhënien e tyre intime “gjatë jetës”, dhe 14.7% po përjetonin dhunë fizike “aktualisht” (brenda 12 muajve para intervistës). 58.2% e grave kanë përjetuar dhunë psikologjike në martesë/marrëdhënien e tyre intime “gjatë jetës”, dhe 52.8% e grave po përjetonin dhunë psikologjike “aktualisht” (brenda 12 muajve para intervistës). 7.9% e grave nga 18 deri 55 vjeç thanë se kanë përjetuar dhunë seksuale “gjatë jetës” në martesë/marrëdhënien e tyre intime, dhe 5% po përjetonin dhunë seksuale “aktualisht” (brenda 12 muajve para intervistës)⁸⁹. Lëndimet dhe shenjat e shkaktuara nga dhuna fizike të grave të dhunuara janë reale, dhe gratë shpesh përpiqen t’i mbulojnë dhe fshehin lëndimet dhe shenjat fizike ngaqë iu

83 ISHP (2014). Raporti shëndetësor kombëtar.

84 ISHP (2012).

85 Shoqata Kristiane e Grave Shqiptare (2013).

86 INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri: Gratë e dëmtuara nga vepra penale “Dhuna në familje” për vitin 2014 shënon 3,090 gra të dhunuara. Referuar vitit 2014, midis grave dhe burrave viktime të krimeve seksuale ekziston një hendek i madh ku përkatësisht 90,8 % e viktimave janë gra dhe 9,2 % tyre janë burra. Lidhur me të miturit (nën 18 vjeç) viktime të krimeve seksuale, si femrat dhe meshkujt janë viktime të dhunës seksuale, ndërsa të rriturit (mbi 18 vjeç) janë viktime si të dhunës seksuale, ashtu edhe të shfrytëzimit seksual.

87 INSTAT (2013). Dhuna në familje në Shqipëri. Vërtetim Kombëtar me bazë popullatën.

88 Alimadhi, S (2015). Përfaqësuese e Ministrisë së Brendshme. 8 tetor 2015.

89 INSTAT (2013). Dhuna në familje në Shqipëri. Vërtetim Kombëtar me bazë popullatën.

vjen turp. Megjithatë, dhunimi fizik dhe lëndimet fizike që lidhen me të shpesh mbivendosen dhe çojnë në probleme të tjera afatshkurtra dhe afatgjata të shëndetit fizik të grave. Në zonat dhe krahinat rurale, ku shërbimi i urgjencës mjekësore ose nuk ekziston ose nuk ofrohet me shpejtësinë e duhur, gratë e dhunuara fizikisht janë më të rrezikuara të pësojnë lëndime dhe paaftësi të përhershme, madje edhe të humbin jetën nga lëndimet e tyre⁹⁰.

4. *Gratë e dhunuara shpesh ngurrojnë të kërkojnë ndihmë*: 8.4% e grave që kishin përjetuar dhunë në familje “gjatë jetës”, dhe 7.1% e atyre që po përjetonin “aktualisht” dhunë në familje nuk kishin kërkuar ndonjëherë ndihmë për dhunën në martesë/marrëdhënien e tyre intime. Shumica e grave të dhunuara në Shqipëri vazhdojnë të vuajnë në heshtje me gjithë përpjekjet e vazhdueshme për të rritur ndërgjegjësimin publik për problemet e dhunës në familje dhe shërbimet legislative dhe sociale të krijuara rishtas për viktimat e dhunës në familje. Kështu, gratë e dhunuara nuk po marrin mbrojtjen, shërbimet e mbështetjes dhe qasjen në drejtësi, që është e drejta e tyre ligjore dhe njerëzore. Shumica e grave të dhunuara “gjatë jetës” dhe “aktualisht” që kanë kërkuar ndihmë, e kanë kërkuar këtë nga familja e tyre (përkatesisht 91.8% dhe 89.5%) dhe/ose nga familja e bashkëshortit/partnerit (përkatesisht 60.9% dhe 58.7%). Një pjesë e mirë e grave të dhunuara “gjatë jetës” dhe “aktualisht” gjithashtu kanë kërkuar ndihmë nga shoqëria (përkatesisht 29.0% dhe 27.5%). Vetëm një përqindje e vogël e grave të dhunuara “gjatë jetës” dhe “aktualisht” kanë kërkuar ndihmë nga një mjek/punonjës i shëndetësisë (përkatesisht 14.8% dhe 15.6%), policia (përkatesisht 16.8% dhe 14.1%), avokat (përkatesisht 14.8% dhe 7.8%), apo gjykatës (përkatesisht 11.2% dhe 6.2%)⁹¹. Problemi kryesor me të cilin hasen sot gratë dhe vajzat, viktimat e dhunës në familje, lidhet me problemet e pronësisë mbi banesën. Në të gjitha rastet ku Linja e Këshillimit për Gra dhe Vajza ka ndërhyrë, është ballafaquar me raste flagrante, ku gratë raportojnë nevojën për strehim, për sa kohë çështjet e tyre ligjore nuk janë zgjidhur përfundimisht. Një tjetër shërbim shumë i rëndësishëm për gratë dhe vajzat e mbijetuara të dhunës në familje, është edhe *këshillimi*. Këshillimi duhet të jetë i menjëhershëm dhe gjatë gjithë kohës në dispozicion, pa pagesë, si dhe të ofrohet në gjuhë të ndryshme⁹².
5. Një tjetër shërbim shumë i rëndësishëm për gratë dhe vajzat e mbijetuara të dhunës në familje, është edhe *këshillimi*. Këshillimi duhet të jetë i menjëhershëm dhe gjatë gjithë kohës në dispozicion, pa pagesë, si dhe të ofrohet në gjuhë të ndryshme. Paralelisht me eksperiencat e OJF-ve që ofrojnë shërbime këshillimi për grupe të ndryshme në nevojë, është e domosdoshme që të bëhet një punë akoma më e madhe për të mundësuar një shërbim këshillimor kombëtar për trajtimin e dhunës ndaj grave.
6. *Sistemimi në Qendrën Kombëtare të Trajtimit të Viktimave të Dhunës në Familje*: ka filluar të funksionojë që prej datës 25.04.2011. Rezulton se: a) për vitin 2011-2012⁹³, janë akomoduar 63 përfitues, nga të cilët 25 gra dhe 39 fëmijë⁹⁴; b) për vitin 2012 – 2013, janë akomoduar 63 përfitues, nga të cilët 34 gra dhe 28 fëmijë⁹⁵. Moshë e grave të dhunuara që janë akomoduar në qendër varion nga 19 vjeç deri në 51 vjeç, dhe kemi një raport 70% - 30% në mbi sundim të grave nga zonat rurale.
7. *Rritja e njohurive të personelit shëndetësor dhe komunitetit*: ISHP në bashkëpunim me Drejtorinë e Shëndetit Publik në 10 rrethe të Shqipërisë ka organizuar aktivitete promovuese me stafin shëndetësor, në komunitet dhe shkolla për rritjen e ndërgjegjësimin ndaj dhunës në familje, ndaj gruas dhe fëmijëve⁹⁶. Gjetjet e vlerësimit të ndërhyrjes kombëtare për ngritjen e kapaciteteve të personelit shëndetësor për adresimin e dhunës me bazë gjinore, dëshmojnë se: trajnimi i

90 Haarr, R.N. & M. Dharmo (2009). Dhuna në familje në Shqipëri: Vrojtje Kombëtare me Bazë Popullatën. Tiranë, Shqipëri: UNDP.

91 INSTAT (2013). Dhuna në familje në Shqipëri. Vrojtje Kombëtare me bazë popullatën.

92 Nisur nga nevoja për këshillim, strehim, ndihmë ligjore dhe sociale, si dhe informacion shoqëruar për të drejtat e grave dhe vajzave viktimat të DHF, Linja e Këshillimit për Gra dhe Vajza në vitin në vazhdim do të fillojë me ofrimin e shërbimit 24-orësh në ndihmë të kësaj kategorie të ndjeshme grash dhe vajzash.

93 MMSR (2014): Konkretisht për periudhën 08.07.2011 – 20.11.2012

94 Nga të cilët 3 janë fëmijë të pashoqëruar nga e ëma.

95 MMSR (2014).

96 Ministria e Shëndetësisë (2014).

marrë mbi DHBGJ ka përmirësuar ndjeshëm kapacitetin (njohuritë, qëndrimet dhe praktikat) e ofruesve të shërbimeve; trajnimi, si një risi në përmbajtje dhe në mënyrën e organizimit, ka hedhur themelet e shërbimit të DHBGJ në shërbimin parësor shëndetësor⁹⁷.

8. *Mos raportimi i rasteve të dhunës nga punojësit e shëndetit*: asnjë rast i dhunës në familje nuk është raportuar nga punonjësit e shëndetësisë⁹⁸. Duke e perceptuar shërbimin e DHBGJ në përgjithësi si të lidhur vetëm me rastet e denoncimit, asnjë përçapje nuk është ndërmarrë për të monitoruar apo vlerësuar aspekte të tjera të shërbimit. OJF-të deklarojnë se mjekët *nuk raportojnë rastet e dhunës në familje dhe gjithashtu në shume pak raste plotesojnë kartelat e viktimave*. Megjithëse kuadri ligjor për dhunën në familje është i plotë dhe janë organizuar trajnime nga Ministria e Shëndetësisë dhe organizatat e Ndryshme Jofitimprurëse në lidhje me këtë çështje, Qendrat Shëndetësore vazhdojnë të mos kryejnë detyrimet e parashikuara në ligj apo aktet nënligjore. Nga monitorimi i vendimeve të Gjykatës së Rrethit Gjyqësor Tiranë për lëshimin e urdhërave të mbrojtjes/urdhërave të menjëhershëm të mbrojtjes, për vitin 2014 nuk është konstatuar asnjë rast i paraqitjes si provë shkruese përpara gjykatës të raportit të posaçëm mjekësor, të lëshuar nga Institucionet Shëndetësore⁹⁹. Një nga mjekët e intervistuar gjatë vlerësimit¹⁰⁰ shprehet: *“S’ka pse të merremi me dhunën në si mjekë. S’e kemi, as detyrë, as na është kërkuar ta bëjmë. Le ta bëjnë policët e psikologët. Përderisa gratë nuk vijnë tek ne të tregojnë për dhunën, tregon se ne nuk jemi të përshtatshëm”*.
9. *Mungesa lidhur me shërbimin psikosocial*: Urdhri nr.410/12.07.2010 i Ministrisë të Shëndetësisë ka nxitur riorganizimin e shërbimit shëndetësor dhe psikosocial për ofrimin në çdo kohë të ndihmës për personat e dhunuar në familje. Nga praktika rezultoi ofrimi në kohë i ndihmës së parë, por ndiehet mungesa e shërbimit psikosocial në qendrat shëndetësore.
10. *Kontraktivët dhe gratë e dhunuara*: Gratë e dhunuara seksualisht (15.7%), kishin gati 3 herë më shumë gjasa të thoshin se bashkëshortët nuk i linin të përdornin mjete kontraceptive për të shmangur shtatzënitë, krahasuar me gratë që nuk ishin dhunuar seksualisht (5.8%). Përveç kësaj, gratë e dhunuara seksualisht (47.0%), kishin dy herë më shumë gjasa të thoshin se bashkëshorti/partneri i tyre nuk kishte dijeni kur ato përdornin kontraceptive, në krahasim me gratë që nuk ishin dhunuar seksualisht (21.2%). 2.3% e grave të dhunuara seksualisht ishin të shqetësuara për rrezikun e marrjes së ndonjë SST-je, përfshirë HIV/AIDS, ndërsa 43.5% e grave të dhunuara seksualisht raportuan se kishin SST¹⁰¹.

Rast konkret i referuar nga Qendra psiko-sociale Vatra

S. nga njëqytet jugor i Shqipërisë keqtrajtuar fizikisht nga bashkëshorti, çarje të vetullës, thyerje dhëmbësh. Gruaja shoqërohet nga e ëma për në spitalin e rrethit për të marrë ndihmë. Gruaja i thotë nuk kam ku të shkoj se babai nuk më pranon në shtëpi dhe nëna nuk ka forcë ta bindë për të më pranuar. Mjeku i rojes pasi e mjekoi i thotë gruas të shkojë në polici të kërkojë mbrojtje....

Në këtë rast mjeku është mjaftuar vetëm me mjekimin e rastit dhe informimin e saj për të shkuar në polici. Ndërkohë në bazë të ligjit “Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare” vetë mjeku i rojes mund të informonte gruan për të drejtën e saj për të marrë UM/UMM, dhe së bashku me të, të hartonte kërkesën për UMM dhe ta depozitonte pranë Gjykatës së Rrethit. Po kështu, vetë mjeku mund të bashkëpunonte me rastin për të kërkuar ndihmën e forcave të rendit, dhe njëkohësisht të sigurohej që grua të sistemohej në një vend të sigurtë, pranë strehëzës më të afërt, deri në marrjen e UMM apo dhe më gjatë sipas situatës së rastit.

97 Vlerësimit “Ngritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor për adresimin e dhunës me bazë gjinore”, datë 17.04.2014, organizuar nga UNFPA, Qendra Kombëtare për Studime Sociale, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë.

98 Idem si 100.

99 Qendra “Të Drejtat e Njeriut në Demokraci” (2014). Raport për Monitorimin e Gjykatës së Rrethit Gjyqësor Tiranë për periudhën janar-dhjetor 2014 .

100 Idem si 100.

101 INSTAT (2013). Dhuna në familje në Shqipëri. Vrojtim Kombëtar me bazë popullatën.

11. *Pagesat për përfitimin e shërbimeve*: Viktimat e dhunës në familje, që kanë kërkuar ndihmën e shërbimeve shëndetësore dhe/ose ligjore, u është dashur ndonjëherë të paguajnë (qoftë edhe para nën dorë) për ndonjë nga shërbimet shëndetësore/ligjore që u është ofruar. Shumica e grave që kishin kërkuar ndihmë nga shërbimet mjekësore dhe/ose ligjore për dhunën në familje, kishin paguar më pak se 100 lekë (<1 USD). Një pjesë e mirë e grave që kishin kërkuar ndihmë nga mjekët dhe avokatët kishin paguar 100-1.000 lekë (1-10 USD), dhe 18.7% e viktimave të dhunës në familje që kishin kërkuar ndihmë nga gjykatësit dhe 21.3% që kishin kërkuar ndihmë nga avokatët kishin paguar 11.000 – 30.000 lekë (11-30 USD). Për shumë gra të dhunuara, pagesat për këto shërbime (edhe në para nën dorë) përbëjnë një barrierë të konsiderueshme në aftësinë e tyre për të pasur qasje në shërbimet shëndetësore dhe ato të mbrojtjes dhe mbështetjes, si dhe qasje në drejtësi¹⁰².
12. *Statistikat*: Autoritetet, qendrore dhe vendore, kanë detyrimin ligjor për të mbledhur të dhëna lidhur me dhunën në familje dhe dhunën me bazë gjinore. MMSR ka ndërmarrë një sërë hapash konkretë në lidhje me rastet e trajtuara në nivel vendor, duke ngarkuar me këtë detyrë koordinatorët vendorë (aty ku janë të emëruar); po kështu është kërkuar mbledhja periodike e të dhënave edhe nga ministritë e linjës. Për mbledhjen e të dhënave sa më të sakta, duke filluar nga viti 2013, MMSR në bashkëpunim me UNDP po punon për ngritjen e sistemit on-line për mbledhjen e të dhënave për rastet e dhunës në familje, të trajtuara në nivel vendor nga mekanizmat e referimit. Sistemi është ngritur dhe janë trajnuar një pjesë e koordinatorëve vendorë. *Rezultoni se vënia në funksionim e këtij sistemi është një nga prioritetet afatshkurtra të MMSR.*
9. *Roli i medias*: OJF-të raportojnë se media shpesh orienton në mënyrë të gabuar, duke promovuar stereotipe jo të shëndetshme nga aspekti i formimit ose duke rritur paragjykimin për çështje të tilla. Raste të abuzimit me të drejtat e grave, duke publikuar të dhënat e personit të cilit i janë dhunuar të drejtat, sjell në vetvete një dhunim të ri të privatësisë, duke nxitur paragjykimin në komunitetin ku punon e banon për personin në fjalë.
10. *Rritja e ndërgjegjësimit publik*¹⁰³ ka ende vend për përmirësim. Një rol të veçantë ka Programi ONE UN 2012-2016. Plani Kombëtar i Veprimit për Angazhimin e Burrave dhe Djemve si Partnerë të Grave dhe Vajzave për Barazinë Gjinore dhe Parandalimin e Dhunës me Bazë Gjinore dhe Dhunës në Familje (për periudhën 2014 – 2019) është një arritje në këtë drejtim¹⁰⁴. Disa prej OJF-ve të intervistuar, shprehen se viktimat e dhunës në familje nuk kanë informacion mbi kujdesin shëndetësor në tërësi dhe IST/HIV/AIDS, apo mbi shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar në veçanti.
11. *Vihet re mungesa e një sistemi funksional dhe të mirëkoordinuar parandalimi, trajtimi dhe ri-integrimi të rasteve të dhunës në familje*. Kjo ka ndikuar shpesh në zgjidhje jo të drejta të situatave, duke theksuar më tepër pabarazitë gjinore. Jo në pak raste është ndier dukshëm mungesa e besimit të personave që pësojnë dhunë në familje tek institucionet shtetërore¹⁰⁵. Sektorët e veçantë të përqendruar për dhunën në familje të krijuar nga Qeveria vendore në varësinë e drejtorive të ndryshme (Drejtorisë së Shërbimeve Sociale; Drejtorisë së Ndihmës Ekonomike; Drejtorisë së Shërbimeve Sociale, Kulturës dhe Sportit) bazuar në organizimin e brendshëm të secilës bashki, kanë në përbërje vetëm një specialist i cili merret me dhunën në familje, si dhe barazinë gjinore. Deri përpara zgjedhjeve vendore në maj 2011¹⁰⁶, vetëm 14 bashki (nga 65 të tilla) kishin caktuar specialistë

102 INSTAT (2013): Dhuna në familje në Shqipëri. Vrojtim Kombëtar me bazë popullatën.

103 VKM Nr. 404/13.05.2015 “Për miratimin për planin e Integritimit European” 2015 – 2020.

104 Një dokument politikash shumë i rëndësishëm është hartuar gjatë vitit 2013 nga MMSR në bashkëpunim me UN Women, UNDP dhe UNFPA. Aty parashikohen veprime konkrete për krijimin e një lëvizjeje kombëtare të të rinjve për barazinë gjinore; ndërtimi i kapaciteteve të profesionistëve dhe liderëve të komuniteteve për adresimin e çështjeve të barazisë gjinore dhe dhunës në familje; edukimi i familjeve dhe qytetarëve si nxitës të ndryshimit, etj.

105 Sipas Vrojtimit kombëtar për dhunën në familje, 2013 (fq 55-56): “Gratë e dhunuara shpesh ngurojnë të kërkojnë ndihmë për dhunën në familje. Vetëm 8,4% e grave që kishin përjetuar dhunë në familje “gjatë jetës”, dhe 7,1% e atyre që po përjetonin “aktualisht” dhunë në familje kishin kërkuar ndonjëherë ndihmë për dhunën në martesë/marrëdhënien e tyre intime. Kjo shifër tregon se shumica e grave të dhunuara në Shqipëri vazhdojnë të vuajnë në heshtje, me gjithë përpjekjet e vazhdueshme për të rritur ndërgjegjësimin publik për problemet e dhunës në familje dhe shërbimet legjislativë dhe sociale të krijuara rishtas për viktimat e dhunës në familje”:

<http://www.instat.gov.al/en/publications/books/2013/domestic-violence-in-albania-2013.aspx>

106 UN Albania, 2012. Barazia gjinore dhe qeverisja vendore.

te dhunës/barazisë gjinore. Kontributet e këtyre specialistëve jo gjithmonë konsiderohen nga Njësitë e Qeverisjes Vendore. Nga monitorimi i punës së Mekanizmit të Referimit, realizuar nga MPÇSSH (sot MMSR) për vitin 2012, rezultoi se: “pavarësisht se ky mekanizëm është funksional dhe mjaft efektiv në disa bashki, ku zhvillohen mbledhje të rregullta të ekipeve multidisiplinare, ka një koordinim të mirë midis institucioneve anëtare, ofrohet ndihmë ligjore, këshillimore, psikologjike, formim profesional, punësim, strehim e ndihma ushqimore për rastet që merren në trajtim, *sërisht ka ende shumë punë për t’u bërë e një sërë sfidash për t’u përballuar. Nevojiten më shumë burime në dipozicion për ofrimin e shërbimeve të kompletuara, ku përfshihen: ngritja e linjës telefonike 24-orëshe; ngritja e strehëzave rajonale, etj., të cilat janë disa nga prioritetet në të cilat duhet të fokusohet puna për fuqizimin e këtyre mekanizmave, paralelisht dhe me shtrirjen e tyre më tej në të gjithë vendin*”¹⁰⁷

Në rastet kur viktimat e dhunës në familje, pas denoncimit të dhunës, kërkon të mos kthehet në banesën e saj për shkak të frikës për jetën, policia gjendet në vështirësi për gjetjen e një vendi për strehimin e përkohshëm të saj. Edhe me përmirësimet e bëra në VKM, përsëri hasim probleme për shkak të kapaciteteve të limituara, apo edhe problemeve të tjera.

12. *Shërbime jo me shtrirje të plotë gjeografike dhe me të njëjtën cilësi:* Pavarësisht modelit pozitiv të Qendrës Kombëtare të trajtimit të viktimave të DHF, si edhe bashkëpunimit të shtetit me OJF-të që ofrojnë shërbime strehimi, disponueshmëria e shërbimeve mbështetëse për gratë viktimat të DHBGJ dhe DHF nuk është e njëjtë në të gjithë Shqipërinë dhe jo për të gjitha viktimat e DHBGJ. Shërbimet janë të disponueshme kryesisht në qytetet më të mëdha, dhe për gratë viktimat të dhunës në familje apo viktimat të trafikimit, ndërsa gratë/vajzat nga zonat rurale dhe zona të izoluara, nuk kanë akses apo kanë akses shumë të kufizuar në shërbimet e mbështetjes direkte¹⁰⁸.
13. Nga të dhënat e mbledhura rezultoi se¹⁰⁹: në 3 strehëza, ekzistojnë kufizime për gratë që vuajnë nga çrregullime të shëndetit mendor apo nga probleme serioze shëndetësore që kërkojnë shtrim në spital. Në rastin e aftësive të theksuara të kufizuara apo çrregullimeve të rënda të shëndetit mendor, strehëzat i referojnë rastet në shërbimet e specializuara, pasi nuk kanë punonjës të specializuar për të trajtuar këto raste të veçanta.

11. Viktimat e trafikimit (VT/VMT) dhe adresimi i problemeve shëndetësore

Sipas vërejtjeve përmbyllëse të Komitetit CEDAW 2010, ‘CO/29 “Victims of trafficking suffering from serious health problems, including post-traumatic stress disorder, must have access to adequate health care”.

Situata faktike dhe problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Progresioni i trafikimit të personave:* Të dhënat e strategjisë kundër trafikimit të personave 2014-20 tregojnë rritje të trafikimit të brendshëm të të miturve dhe të rriturve, kryesisht në zonat urbane, si edhe në zonat turistike, ku shfaqet më shumë trafikimi i grave për shfrytëzim prostitucioni dhe trafikimi i fëmijëve për shfrytëzim seksual dhe/ose lypje. Gjatë vitit 2014 janë identifikuar, referuar dhe asistuar 125 VT/VMT, kundrejt 95 në 2013, prej tyre 63 të rritur, kundrejt 52 në 2013; 62 fëmijë, kundrejt 43 në 2013¹¹⁰. Njësitë Lëvizëse proaktive, të krijuara gjatë vitit 2013, kanë identifikuar më

¹⁰⁷MMSR/DPSBGJ (2012). Raport mbi ngritjen dhe efektivitetin e funksionimit të Mekanizmit Kombëtar të Referimit të Rasteve të Dhunës në Marrëdhëniet Familjare në nivel vendor. Dhjetor 2012.

¹⁰⁸ Qendrat e grave që mbështesin kryesisht të mbijetuarat e dhunës në familje ose viktimat të trafikimit, janë ngritur në Tiranë, Shkodër, Pogradec, Elbasan, Durrës, Berat, Vlorë, Gjirokastër dhe Kukës. Burimi: Udhërrëfytyrë për zbatimin e Konventës së KE për Parandalimin dhe Luftimin e Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje – Vlerësim i situatës aktuale dhe i efekteve financiare për zbatimin e Konventës në Shqipëri”, përgatitur me mbështetjen e UN Women, 2013.

<http://www.un.org.al/editor-files/file/Roadmap%20-%20Costing%20of%20the%20coe%20Convention.pdf>

¹⁰⁹Këshilli i Evropës dhe UN Women (2015). Shqipëria raporti përfundimtar: Hartëzimi i shërbimeve mbështetëse kundër dhunës ndaj grave dhe vajzave.

¹¹⁰Raport për zbatimin e strategjisë së luftës kundër trafikimit të personave dhe planit të veprimit 2014 – 2017, janar-dhjetor 2014.

- shumë raste. Vetëm gjatë periudhës qershor 2013 – korrik 2014, këto Njësi Lëvizëse kanë identifikuar 85 VMT, shifër kjo e përafërt me numrin e përgjithshëm të VT/VMT të identifikuara gjatë 2011-2013.
2. *Femrat zënë vendin kryesor si VT/VMT: VT janë kryesisht femra të moshës 15-24 vjeç, të cilat shfrytëzohen për prostitucion si brenda vendit, ashtu edhe jashtë, në vendet e destinacionit. Disa prej mënyrave të rekrutimit që përdoren nga trafikantët janë mashtrimi për martesë, për punë, dhe ajo që është vënë re kohët e fundit, rekrutimi nëpërmjet rrjeteve sociale, si Facebook¹¹¹. Praktika gjyqësore e deritanishme i ka të evidentuara këto mënyra rekrutimi¹¹².*
 3. *Shqipëria është ende vend origjine i trafikimit: Sipas studimit të fundit të kryer nga I.O.M. mbi TQNj në Ballkanin Perëndimor dhe Raporti i D.A.SH. mbi Trafikimin e Personave, Shqipëria identifikohet kryesisht si vend origjine për viktimat e trafikimit, të cilat shfrytëzohen kryesisht për prostitucion në vendet e BE-së si: Italia, Belgjika, Greqia, Mbretëria e Bashkuar, Gjermania dhe Kosova¹¹³.*
 4. *Mekanizmi kombëtar i referimit të trafikimit të personave dhe problematika: është përmirësuar dhe është rritur koordinimi i autoriteteve përkatëse dhe aktorëve të përfshirë në nivel lokal¹¹⁴, por ende ka shumë vend për përmirësime. Sipas një përfaqësuesi të një organizate të shoqërisë civile në Durrës, organizata ka siguruar të dhëna për hartimin e planit vjetor të veprimit. Megjithatë, ky plan nuk është shoqëruar me një buxhet të përcaktuar për secilin aktivitet, kështu që nuk është e qartë nëse plani është zbatuar plotësisht apo jo. Në mënyrë të ngjashme, anëtarët e shoqërisë civile në Shkodër, raportojnë se plani i veprimit vjetor KRAT nuk përmban veprimet e hollësishme që lidhen me buxhetin përkatës në lidhje me ofrimin e ndihmës për viktimat, si dhe aktivitetet parandaluese të ndërmarra nga këto njësi¹¹⁵. Sipas organizatave të shoqërisë civile në Durrës, Shkodër, Lezhë dhe Kukës, këto tryeza nuk kanë qenë efektive. Ato janë fokusuar kryesisht në raportime përshkruese sesa në menaxhimin e rasteve. Sipas tyre ka një nevojë për një koordinim më të mirë midis të gjithë anëtarëve të KRAT, jo vetëm gjatë ndihmës në rastet emergjente, por edhe më tej për përmbushjen e nevojave të VT/VMT. Sipas tyre, institucionet shtetërore duhet të jenë më aktive në gjetjen e zgjidhjeve, dhe jo vetëm të përqendrohen në zgjidhje burokratike, apo raportet e shkëmbimit dhe informimit¹¹⁶. Përfaqësuesit i Kryqit të Kuq në Lezhë dhe World Vision, anëtarë të Tryezës Teknike Anti-Trafik (TTAT) raportojnë se, përkundër disa anëtarëve që tregojnë vullnet të mirë, ndihma direkte për VT/VMT është me të vërtetë e ulët. Në Lezhë, organizatat e shoqërisë civile nuk janë shumë aktive në këtë fushë, pasi fokusi i këtyre organizatave është në fusha të ndryshme sociale. Ndihma e tyre kryesore konsiston në shërbimet sporadike humanitare, të ofruara kur kërkohet nga TTAT¹¹⁷.*
 5. *Pajisja e VT me Karta Shëndeti dhe shërbim shëndetësor falas: mbi 120 viktimat e trafikimit në vend janë pajisur me Karta Shëndeti të cilat janë bërë aktive duke bërë të mundur çdo person me statusin e VT të paraqitet në Qendrat Shëndetësore apo spitale për të marrë shërbim shëndetësor falas¹¹⁸.*
 6. *Roli i OJF-ve në çështjet e Trafikimit të personave, përfshirë asistencën mjekësore të tyre: OJF-të kanë mbajtur një peshë të konsiderueshme dhe kanë luajtur një rol të spikatur për asistimin dhe trajtimin me shërbime pritëse, rehabilituese dhe riintegruese afatgjata për VT/VMT. Funksionojnë katër strehëza (tre jopublike) për VT/VMT. Këto ofrojnë shërbime multi-disiplinare si strehim, këshillim psiko-social e ligjor, përfaqësim në gjykatë, trajtim të nevojave shëndetësore, formim profesional, etj., për viktimat e huaja ose vendase, fëmijë ose të rritur, meshkuj ose femra. Këto janë: “Qendra Kombëtare Pritëse për Viktimat e Trafikimit” (QKPVT qendër publike) dhe “Të*

111 Të ndryshëm të barabartë, (2014). Studim mbi çështjet e bashkëpunimit të viktimave të trafikimit me autoritetet e zbatimit të ligjit.

112 CRS & MB (2015). Modul trajnimit trafikimi i qënieve njerëzore. Caritas Albania, 2015. Baseline final report.

113 Raporti i Departamentit Amerikan të Shtetit mbi Trafikimin e Personave, qershor 2014;

114 IOM (2014) Vlerësimi i nevojave: Trafikimi i Qënieve Njerëzore në Ballkanin Perëndimor.

115 Caritas Albania (2015). Baseline final report.

116 Idem si 118

117 Idem si 118

118 <http://www.punetebrendshme.gov.al/al/k-k-a-t/aktivitete-te-njesise-antitrafik/karta-shendetesore-falas-per-viktimat-e-trafikimit>

Një përfaqësues nga shoqëria civile në Kukës raporton se ende nuk ka një kuptim të qartë të fenomenit të trafikimit dhe disa institucione anëtare të Komitetit Rajonal Anti-Trafikim (KRAT), e lidhin trafikimin vetëm me një lloj shfrytëzimi, atë për qëllime seksuale. Për më tepër, Policia ose Shërbimet Sociale nuk e konsiderojnë trafikimin e brendshëm si një fenomen ekzistues brenda Shqipërisë. Kështu, rastet të cilat mund të identifikohen si VT/VMT brenda vendit, ose që mund të ketë qenë shfrytëzuar në forma të tjera, nuk janë përfshirë në diskutimet e tryezave të teknike antitrafik.

ndryshëm & të Barabartë” (Tiranë), “Tjetër Vizion” (Elbasan) dhe “Vatra” (Vlorë). OJF-të kanë vazhduar të ndërmjetësojnë shërbimet shëndetësore për VT/VMT edhe gjatë vitit 2014. Përfitueset janë mbështetur gjatë shoqërimit tek mjekët specialistë për vizita shëndetësore, për blerjen e medikamenteve sipas përshkrimit të mjekëve, mbështetje gjatë qëndrimit në kushte spitalore. Janë kryer analizat për IST-të, HIV/AIDS. Janë asistuar dhe janë mbështetur me medikamente përfitues me probleme të shëndetit mendor gjatë qëndrimit të tyre në Strehëz¹¹⁹. Disa nga rastet janë mbështetur me bërjen e analizave rutinë. Përfitueset shtatzëna janë mbështetur me asistencën e duhur mjekësore që iu është nevojitur gjatë kësaj periudhe. Raportohet bashkëpunimi i organizatave që punojnë me VT/VMT me “Qendrën për popullsinë dhe zhvillimin”, e cila ka ofruar shërbime mjekësore si: këshillim, test për HIV/AIDS, IST, vizita gjinekologjike, si dhe me *Albanian University, Dega Stomatologji*, nëpërmjet të cilit janë siguruar shërbime dentare falas për përfitueset e programit dhe gjithashtu me “Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor nr. 2” dhe ISHP¹²⁰.

7. *Problemet e evidentuara prej OJF-ve: mungesa e shërbimeve komunitare dhe rezidenciale për viktimat e trafikimit dhe dhunës që kanë probleme të shëndetit mendor dhe kërkojnë një ndjekje të vazhdueshme dhe të specializuar.* OJF-të shprehin shqetësimin e mos trajtimit efikas të viktimave në institucionet e shëndetit mendor dhe njohuri të pamjaftueshme lidhur me PSV të këtyre stafëve. Ekspertët psikiatër të punësuar pranë institucioneve të shëndetit mendor, janë të patrajnuar dhe të paspecializuar për trajtimin e VT të cilat shfaqin probleme të shëndetit mendor. Organizatat raportojnë edhe raste kur VT iu është refuzuar shërbimi nga institucioni i psikiatrisë. Rastet me probleme të shëndetit mendor, në mënyrë të veçantë ato me skizofreni shpesh bëhen rrezik dhe për përfitueset e tjera apo stafin e strehëzës, duke paraqitur nevojën për trajtim më të specializuar. Veç kësaj, infrastruktura me kushtet higjieno-sanitare adekuate është ende larg standardeve. Kjo është problematike, duke nisur nga momenti i intervistave nga përfaqësuesit e policisë, ku dhoma e vetme për këtë qëllim ka mungesa në shërbimet higjienike, ndërkohë që VT/VMT u duhet të qëndrojnë në këto kushte për orë të gjata kur kjo është e nevojshme. Me sa duket fondet e planifikuara në këtë drejtim nuk janë të mjaftueshme ose mungojnë fare.¹²¹

12. Kujdesi shëndetësor i grave në zonat rurale

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. Studimi ISHP tregon se në lidhje me kujdesin antenatal, prevalenca e të paktën katër vizitave ishte thelbësisht më e lartë në zonat urbane (82%), krahasuar me zonat rurale (57%). Në mënyrë

119Raport për zbatimin e strategjisë së luftës kundër trafikimit të personave dhe planit të veprimit 2014 – 2017, janar-dhjetor 2014.

120Raport për zbatimin e strategjisë së luftës kundër trafikimit të personave dhe planit të veprimit 2014 – 2017, Janar-Dhjetor 2014.

121Intervistimet e bëra nga Caritas me katër viktimat të trafikimit gjatë 2015, që ishin me origjinë nga Kukësi, Lezha, Shkodra dhe Durrësi, gjetën se asnjëra prej tyre nuk ishte e informuar për të drejtat e tyre si VT apo intervistimin dhe procedurat e referimit. Çdo veprim i policisë ishte marrë i mirëqenë dhe nuk ka pasur asnjë shpjegim për veprime të mëtejshme. Të katër rastet raportojnë se ato qëndruan në polici për orë të gjata, nga 6 deri në 12 orë dhe se nuk kishin kushtet elementare bazë (ushqim, materiale higjienike etj). Kushtet e pritjes nuk ishin të mira dhe në të shumtën e rasteve ato ishin të detyruara të qëndrojnë në karrigë. Në tre raste, policia nuk u prezantua me viktimën, dhe ka pasur policë të tjerë që kanë hyrë dhe kanë dal nga dhoma, duke i bërë ato të ndihen më në siklet. Përveç një rasti ku viktimat raporton se ajo u ndie e ofenduar nga policia, tre rastet e tjera pretendojnë se sjellja e policisë ishte brenda normave të kërkuara. Në të gjitha rastet, ishte e pranishme një police femër gjatë intervistimit dhe referimit.

të ngjashme, ishte konsiderueshëm më e lartë ndër të pasurit (91%), krahasuar me të varfërit (49%)¹²².

2. *Mungesa e studimeve*: Nuk ka një studim të viteve të fundit mbi shëndetin dhe demografinë në vend përveç atij të vitit (SDSHSH 2008 – 2009), me qëllim që të bëhen krahasimet e duhura, mbështetur në një metodologji shkencore.
3. *Ka një nevojë shumë më të madhe për të punuar me gratë që jetojnë në zonat rurale në lidhje me edukimin pre dhe post natal*, sepse ka probleme që lidhen me mirërritjen dhe kequshqyerjen e fëmijëve, dhe raste të neglizhimit që vijnë si rezultat i mungesës së informacionit.
4. *Sistemi i shëndetësisë vazhdon të jetë i nën financiar*, veçanërisht për kujdesin shëndetësor parësor dhe shërbime të Shëndetit Publik, dhe nuk është në gjendje të plotësojë nevojat bazë për gratë dhe fëmijët më vulnerabël, në mënyrë të veçantë në zonat rurale.
5. *Ka mungesë shërbimesh dhe aq më tepër të atyre cilësore, mungesë aksesit në shërbimet shëndetësore për shkak të largësisë*. Barrierat gjeografike¹²³ janë një faktor kyç, i cili influencon aksesin e popullsisë rurale në shërbimet shëndetësore. Sipas të dhënave të studimit, 43.8% e të intervistuarve në zonat rurale identifikojnë si probleme kyçe, pengesa ose barriera për të marrë shërbime shëndetësore, distancën gjeografike si dhe mungesën e mjeteve të transportit. Sfidat lidhen me ofrimin e shërbimit shëndetësor si edhe trysnisën nën tjetër për shërbime nga popullata e përgjithshme. Vihet re mungesa e infrastrukturës fizike që paraqet një problem të rëndësishëm tek gratë rurale dhe tek komunitetet e tyre. Si pasojë e mungesës së fondeve të investimeve, një pjesë e konsiderueshme e objekteve shëndetësore, sidomos në zonat rurale e veçanërisht ato rurale e të thella malore, lënë shumë për të dëshiruar, psh. aksesit në shërbime sociale, shëndetësore dhe mjekësore, në shërbime sigurie dhe linjë veprimi, etj.
6. *Ka mungesë të theksuar informacioni mbi rrisqet dhe kujdesin shëndetësor e shërbimet e ofruara*. Niveli i ulët i informacionit ndikon në konstatimin dhe diagnostimin e vonshëm; informacioni është i paplotë mbi përfitimet e mbulimit nga sigurimet shëndetësore; ka neglizhencë nga vetë gratë për kontrolle periodike, kufizime që vijnë nga kultura dhe mentaliteti patriarkal, mungese aksesit në shërbimet shëndetësore për shkak të pamundësisë ekonomike, etj; gruaja e zonave rurale mbart ngarkesën e problemeve që përballon familja e saj dhe kështu ajo vuan trauma të mëdha psikologjike¹²⁴.
7. *Pagesa joformale*, pagesat me lekë në dorë vazhdojnë të mbeten një shqetësim në sektorin e shëndetësisë dhe ka një ndikim të zhdrejë mbi familjet e varfra të cilat nuk janë në dijeni të marrjes së shërbimit dhe përjashtimit nga pagesat e sigurimeve shëndetësore, dhe detyrohen të paguajnë shuma të konsiderueshme direkt në marrjen e shërbimit ose heqin dorë nga një trajtimi që u nevojitet së tepërmi¹²⁵.
8. *Gratë dhe vajzat në zonat rurale janë të varura financiarisht/ekonomisht* prej burrave. Kryesisht ato janë të përfshira në punë shtëpiake, dhe kjo u cenon pavarësinë në marrjen e vendimeve dhe në aksesin e shërbimeve shëndetësore, duke përfshirë edhe shëndetin seksual dhe riprodhues.
9. *Shërbimet janë të disponueshme kryesisht në qytetet më të mëdha dhe për gratë viktime të dhunës në familje apo viktime të trafikimit*, ndërsa gratë/vajzat nga zonat rurale dhe zona të izoluara nuk kanë akses apo kanë akses shumë të kufizuar në shërbimet e mbështetjes direkte¹²⁶. 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 shëndetësor¹²⁷.

122 ISHP (2014). Raport shëndetësor kombëtar.

123 SOROS (2011). Aksesit i shërbimeve shëndetësore nga grupet në nevojë.

124 CERAI (2010). Migracioni, realiteti i grave të zonave rurale.

125 World Bank (2011). Albania Out-of-Pocket Payments in Albania's Health System. Report No. 64803-AL

126 Qendrat e grave që mbështesin kryesisht të mbijetuarat e dhunës në familje ose viktime të trafikimit, janë në Tiranë, Shkodër, Pogradec, Elbasan, Durrës, Berat, Vlorë, Gjirokastrë dhe Kukës. Burimi: Udhërrëfytyesi për zbatimin e Konventës së KE për Parandalimin dhe Luftimin e Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje – Vlerësim i situatës aktuale dhe i efekteve financiare për zbatimin e Konventës në Shqipëri”, përgatitur me mbështetjen e UN Women, 2013.

<http://www.un.org.al/editorfiles/file/Roadmap%20%20Costing%20of%20the%20coe%20Convention.pdf>

127 SOROS (2011). Aksesit i shërbimeve shëndetësore nga grupet në nevojë.

13. Gratë me aftësi të kufizuara

Problem global dhe rajonal: Këshilli i Evropës paralajmëron se “shkalla e dhunës dhe abuzimit ndaj PAK është dukshëm më e lartë në krahasim me popullsinë e përgjithshme, dhe akoma më e lartë te gratë me aftësi të kufizuara, tek të cilat përqindja e abuzimit e tejkalon së tepërmi atë të grave pa aftësi të kufizuara”¹²⁸.

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të lidhur me gratë e PAK

1. PAK kanë akses më të kufizuar në shërbime shëndetësore: për këtë arsye nevojat e tyre për shërbim dhe kujdes shëndetësor mbeten të paplotësuara.¹²⁹ Ndërkohë gratë dhe vajzat PAK janë një nga grupet më të marginalizuara dhe subjekt i një diskriminimi të shumëfishtë. Ato ka më shumë gjasa të kenë vështirësi se burrat. Ky hendek gjinor vjen kryesisht si pasojë e lidhjes midis aftësisë së kufizuar dhe plakjes dhe prej faktit që gratë jetojnë më gjatë dhe përbëjnë shumicën e popullsisë së moshuar¹³⁰.
2. *Statistikat e dhunës lidhur me PAK:* Gratë me aftësi të kufizuara përfaqësonin 2% të rasteve të raportuara të dhunës në familje në vitin 2014, kundrejt 1% në vitin 2013. Disa raste nuk raportohen për shkak të stigmës së dhunës në familje, mungesës së njohurive për burimet në dispozicion dhe mbrojtjes së kufizuar, si dhe të opsioneve të akomodimit për të gjitha viktimat e dhunës në familje. Gjithashtu, gratë me aftësi të kufizuara mund të hezitojnë t'i raportojnë abuzimet nëse janë të varura nga abuzuesi, i cili e ka në kujdestari.
3. *Mangësi më të mëdha në lidhje me gratë me aftësi të kufizuara gjenden në politikat dhe legjislacionin shqiptar*¹³¹. OJF-të evidentojnë se edhe pse ka patur përpjekje për të përmirësuar legjislacionin, por edhe për ta sjellë në harmoni me KDKPAK, CEDAW dhe rekomandimet përkatëse, është neglizhuar dhe anashkaluar elementi i diskriminimit të dyfishtë ndaj grave me aftësi të kufizuara, për shkak të aftësisë së kufizuar dhe gjinisë. Në fushën e shëndetësisë (legjislacion dhe politika), nuk janë rrymëzuar çështjet e aftësisë së kufizuar në përgjithësi, dhe ato që lidhen me gratë në veçanti. Të drejtat e vajzave dhe grave me aftësi të kufizuar gjejnë mbrojtje në kuadrin ligjor shqiptar nën termin e përgjithshëm të grave dhe vajzave, ndërkohë që mbështetje më specifike përfitojnë si kategori e personave me aftësi të kufizuara. E pamjaftueshme në këtë drejtim është mungesa e vëmendjes nga legjislatori për kushtet dhe specifikat e veçanta që paraqet kjo kategori, si dhe rregullimin e tyre me akte nënligjore. Komiteti Shqiptar i Helsinkit, evidenton se “Po punohet me ritme të ulëta për zbatimin e standardeve që përcakton Konventa “Për të drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuar” në lidhje me garantimin në praktikë të të drejtave të personave PAK, përfshi këtu “...vonesat për kryerjen e pagesave që ky komunitet përfiton, veçanërisht në zonat periferike të vendit ka probleme me arsimimin e këtyre shtetasve, me ofrimin e shërbimeve mjekësore dhe rehabilituese për ta, me punësimin etj.”¹³².
4. *Kuadri ligjor nevojitet të njihet dhe të zbatohet nga të gjithë aktorët përgjegjës, por vetëm ligji nuk zgjidh çdo problem.* FSHDPAK ka ngritur shqetësimin e mbështetjes financiare në zbatim të këtij ligji dhe akteve të tij nënligjore¹³³.

128 Këshilli i Evropës. Plani i Veprimit për nxitjen e të drejtave dhe pjesëmarrjen e plotë të personave me aftësi të kufizuara në shoqëri: Përmirësimi i Cilësisë së Jetës për Personat me Aftësi të Kufizuara në Europë, 2006-2015, linja e veprimit nr. 13: Mbrojtja kundër dhunës dhe abuzimit, f. 27, në: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec_2006_5%20Disability%20Action%20Plan.pdf

129 http://www.ishp.gov.al/multimedia/Kalendari_2013/Dita%20Boterore%20e%20Personave%20me%20Aftesi%20te%20Kufizuar.pdf

130 INSTAT, UNFPA, UN WOMEN (2014). Prespektiva gjinore në Shqipëri. Analiza gjinore e rezultateve të censusit 2011 të popullsisë dhe banesave.

131 FSHDPAK (2010). “Gratë me aftësi të kufizuara në Shqipëri: Të përfshira apo të harruara?”

132 Komiteti Shqiptar i Helsinkit (2014). Raport mbi situatën e respektimit të të drejtave të njeriut në Shqipëri për vitin 2014.

133 FSHDPAK (2014). Objektivat e programit qeverisës dhe planet për aftësinë e kufizuar. Raport vëzhgimi. Tiranë 2014, fq.23. Ky raport u përgatit me mbështetjen e Civil Rights Defenders.

5. *Ndër pikat më të dobëta të qendrave shëndetësore, dhe që kërkon investime serioze e të përshpejtuara, është përshtatshmëria e arsyeshme e tyre për pacientët me aftësi të kufizuara*¹³⁴. Zbatimi i ligjit të ri kuadër kërkon përmirësime të konsiderueshme në infrastrukturë dhe qasje të barabartë në shërbime, kjo është nënvizuar edhe nga Progres Raporti i komisionit European për Shqipërinë në vitin 2014.
6. *Reformimi i komisioneve aktuale të KMCAP-ve dhe ngritja e komisioneve multidisiplinare dhe në përputhje me modelin bio-psiko-social të Konventës për të Drejtat e PAK, duhet të jetë një nga prioritetet e zbatimit të këtij ligji, pasi në këtë mënyrë do të garantohet që PAK të mos trajtohen në mënyrë diskriminuese.*
7. *Gratë e PAK duhet të jenë pjesë e çdo strategjie dhe plani veprimi: Në Planin e Veprimit të Këshillit të Evropës për PAK tërhiqet vëmendja mbi nevojat specifike të grave me aftësi të kufizuara. Barazia mes burrave e grave si PAK, është një nga principet themelore mbi të cilat është hartuar ky dokument. Në fushën e kujdesit shëndetësor, gratë me aftësi të kufizuara nuk janë përsëri pjesë e analizës së bërë mbi reflektimin e politikave gjinore në shëndetësi, si në drejtim të marrjes së informacionit shëndetësor, ashtu dhe ofrimit të kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet.*
8. *Ka një mungesë të studimeve në lidhje me problematikat e grave me aftësi të kufizuara. Në raporte të ndryshme të hartuara nga organizata apo institucione të ndryshme, gratë me aftësi të kufizuara gjejnë vend rrallë në përmbajtjen e tyre. .*
9. *Mungojnë informacionet shëndetësore në formatet e përshtatshme për gratë e verbëra, aksesit në internet në faqe të përshtatura është i munguar.*

14. Gratë e komunitetit rom dhe egjiptian

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Popullsia me moshë të re: Sipas INSTAT, bazuar në censusin 2011, popullsia rome është më e re se grupet e tjera, ku 34% e kësaj popullsie është e grupmoshës më të rinj se 15 vjeç (27% tek egjiptianët dhe 20% te shqiptarët)*¹³⁵.
2. *Më shumë sëmundje: Sëmundjet kronike si ato kardio-vaskulare, reumatizma, diabeti dhe sëmundjet neurologjike dhe psikiatrike janë ndjeshëm të përhapura tek popullsia rome*¹³⁶, kështu paraqiten të dhënat empirike. Gratë rome janë më të ekspozuara ndaj presionit të lartë të gjakut (26%) dhe problemeve afatgjata me muskujt dhe eshtrat (artrit: 31%). Raste të tuberkulozit, sifilizit, hepatitit B dhe HIV/SIDA janë më të shpeshta tek romët sesa tek popullsia jo rome. Përveç kësaj, një pjesë më e madhe e familjeve rome ka anëtarë që vuajnë nga aftësia e kufizuar¹³⁷. Përveç faktorëve socio-ekonomikë dhe kulturorë, kjo situatë ka ndodhur kryesisht për shkak të aksesit të pamjaftueshëm në kujdesin shëndetësor, që lidhet veçanërisht me cilësinë dhe papërballueshmërinë financiare të shërbimeve të kujdesit shëndetësor¹³⁸.
3. *Diskriminimi i popullsisë rome ka një frekuencë relativisht të lartë: Siç raportohet, diskriminimi ndodh edhe gjatë përdorimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor. 43%¹³⁹ e romëve të intervistuar ndihen të diskriminuar haptas nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore¹⁴⁰. Shqetësimet e tyre lidhen jo vetëm me mitmarrjen nga mjekët apo infermierët, por edhe me shembuj të shumtë të diskriminimit të drejtpërdrejtë apo të tërthortë që lidhet me trajtimin e papërshtatshëm nga ofruesit e kujdesit shëndetësor, pengesat e komunikimit, shkeljen e të drejtave mbi kujdesin*

¹³⁴ KZLNDQ (2014). Monitorimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri.

¹³⁵ INSTAT (2015). Romët dhe egjiptianët në Shqipëri: Profili social-demografik dhe ekonomik bazuar në Censusin 2011.

¹³⁶ UNDP (2012). Studim i vlerësimit të nevojave mbi komunitetet rome dhe egjiptiane në Shqipëri.

¹³⁷ Idem si 138.

¹³⁸ RAA (2013). Monitorimi nga Shoqëria Civile i Zbatimit të Strategjisë Kombëtare dhe i Planit të Veprimit të Dekadës Rome në vitin 2012 në Shqipëri.

¹³⁹ INSTAT (2015). Romët dhe egjiptianët në Shqipëri: Profili social-demografik dhe ekonomik, bazuar në Censusin 2011.

¹⁴⁰ Idem si 137.

shëndetësor, që të gjitha së bashku në kompleks e bëjnë sistemin shëndetësor dhe qendrat e kujdesit shëndetësor vend jo miqësor për ta.

4. *Sigurimet shëndetësore dhe kartelat e shëndetit*: Sipas një studimi të vitit 2014 të UNDP, 42% e romëve dhe 24% e egjiptianëve nuk kanë kartela shëndeti. Varfëria e familjeve është një nga arsyet. Këto familje nuk mund të paguajnë për sigurimet shëndetësore. Në të njëjtin studim, 37% e romëve dhe 20% e egjiptianëve shprehen se nuk dinë ku ta marrin librezën shëndetësore dhe nuk i njohin procedurat¹⁴¹.
5. *Kontraktivët*: Shumicës i mungojnë njohuritë rreth shëndetit riprodhues¹⁴², shtatzënisë, lindjes dhe kujdesit për fëmijët. Në vitin 2011, numri i individëve romë dhe egjiptianë që përdorin kontraktivët, ishte dyfishuar (23% për romët dhe 20% egjiptianët), krahasuar kjo me vitin 2003¹⁴³. Njohuritë mbi kontracepsionin përftohen nga vajzat rome dhe egjiptiane kryesisht në formë informale. Të dhënat tregojnë se 85% e vajzave rome dhe 80% e atyre egjiptiane e marrin këtë informacion nga 'të afërme gra', ndërsa rreth 10% e vajzave rome dhe 11% e atyre egjiptiane e mësojnë nga 'shoqet' e tyre¹⁴⁴.
6. *Shëndeti i grave shtatzëna*: Numri i kontrolleve mjekësore gjatë shtatzënisë apo pas lindjes është më i ulët në krahasim me ato të rekomanduara. Rreth 12% e grave rome të grupmoshës 15 deri 30 vjeç, nuk bëjnë vizita gjatë shtatzënisë, kurse 35% kryejnë deri në tri vizita. E njëjta gjë ndodh edhe pas lindjes. Të dhënat e tregojnë se 51% e nënave rome dhe 25.8% egjiptiane nuk kryejnë asnjë kontroll pas lindjes¹⁴⁵. Rrjedhimisht, shumë nga gratë rome dhe egjiptiane janë të prekura nga infeksione të ndryshme. Sipas të dhënave të mbledhura, 19,2% e të anketuarave rome dhe 10,9% e atyre egjiptiane kanë humbur një fëmijë pas lindjes. Një nga arsyet, krahas faktorëve socio-ekonomikë, është edhe kujdesi i pakët shëndetësor.
7. *Ndërprerja e shtatzënisë*: Në mungesë të planifikimit familjar, niveli i aborteve për shtatzani të padëshiruara mbetet i lartë. Këtë e tregon edhe anketa e bërë në kuadrin e studimit të UNDP. Pothuajse 53% e grave rome dhe 39% e atyre egjiptiane kanë bërë një abort, ndërsa rreth 3/4t e tyre kanë bërë dy ose më shumë¹⁴⁶.
8. *Martesa nën 18 vjeç*: përbëjnë një tjetër shqetësim të madh. Vajzat rome martohen në një moshë më të re dhe bëhen nëna më shpejt se grupet e tjera etnike. 40% e nënave rome dhe rreth 19% e atyre egjiptiane të grupmoshës 13-40 vjeç, janë bërë nëna në moshën 13 deri 16 vjeç, pra duke qënë edhe vetë fëmijë. Ndërkohë që Kodi i Familjes parashikon moshën 18 vjeç si moshën e lejuar për martesë. Vetëm 'për shkaqe me rëndësi' gjykata mund të lejojë lidhjen e martesës nën moshë (neni 7 KF).
9. *Niveli i ulët arsimor i grave rome dhe egjiptiane*: ky është një faktor tjetër që ndikon negativisht në kujdesin shëndetësor të tyre dhe të fëmijëve. Niveli mesatar arsimor është minimal, ku 55% e femrave mbi moshën 15 vjeç nuk kanë ndjekur kurrë shkollën dhe vetëm 18% kanë përfunduar të paktën një klasë të arsimit nëntëvjeçar. Shumë prej tyre nuk i përdorin shërbimet shëndetësore, sepse nuk janë të ndërgjegjshme që gjendja shëndetësore e tyre dhe e fëmijëve kërkon trajtim mjekësor¹⁴⁷.
10. *Mungesa e të dhënave*: në Shqipëri ka ende mungesë të dhënash gjithëpërfshirëse për sa i përket shëndetit të grave dhe vdekshmërisë së fëmijëve romë dhe egjiptianë. Në Shqipëri është e vështirë të gjenden të dhëna zyrtare mbi gjendjen shëndetësore të komunitetit rom.
11. *Varfëria, etj*: Shkaqet e kësaj gjendjeje jo të përshtatshme shëndetësore lidhen me varfërinë,

141UNDP (2014). Studim për vlerësimin e nevojave të komuniteteve rome dhe egjiptiane në Shqipëri.

142Njohuritë për edukatën seksuale dhe shëndetin riprodhues merren në klasat e larta të shkollës 9-vjeçare, por shumë vajza rome e braktisin shkollën menjëherë sapo përfundojnë ciklin e ulët.

143De Soto, H., Beddies, S., Gëdeshi, I. (2005). Roma and Egyptians in Albania: From social exclusion to social inclusion, The World Bank, Washington D.C.

144UNDP (2014). Studim për vlerësimin e nevojave të komuniteteve rome dhe egjiptiane në Shqipëri.

145Idem si 142.

146Idem si 142.

147UNDP (2014). Studim për vlerësimin e nevojave të komuniteteve rome dhe egjiptiane në Shqipëri.

kushtet e vështira të jetesës dhe mungesën e infrastrukturës bazë, qasjen e kufizuar në shërbimet shëndetësore, nivelin e ulët arsimor dhe disa forma të diskriminimit. Fëmijët romë dhe egjiptianë janë një ndër nëngrupet më të rrezikuara për sa i përket shëndetit. Kjo shpjegohet kryesisht me keq-ushqyerjen, kushtet e vështira të jetesës, mungesën e kujdesit shëndetësor para lindjes dhe atij parandalues, nivelin e ulët arsimor dhe martesat e lindjet në moshë shumë të re.

12. *Barriera të evidentuara në marrjen e shërbimeve shëndetësore*: akses i kufizuar në marrjen e informacionit dhe marrjen e shërbimeve shëndetësore cilësore dhe të vazhdueshme, si dhe marrjen e shërbimit shëndetësor falas dhe në kohë; mungesa e shërbimeve shëndetësore në komunitet ku jetojnë romët; niveli i ulët i arsimit të nënave rome që ka ndikim të drejtëpërdrejtë në mirërritjen dhe mirëushqyerjen dhe shëndetin e fëmijëve; stigma/damkosja dhe paragjykimi nga stafi shëndetësor me të cilat ndeshen gratë rome; ekzistenca e mentalitetit patriarkal dhe konservator të meshkujve në familjet rome, që nuk lejojnë gratë të aksesojnë shërbimet shëndetësore.
13. *Distanca fizike dhe kulturore me shërbimet shëndetësore*: kjo ka tendencën të jetë më e madhe për romët, kjo për shkak të vendndodhjes dhe mungesës së shërbimeve në lagjet ku janë të përqendruar. Distanca fizike përkeqësohet nga distanca kulturore dhe parashikimi i ndërveprimeve negative me shërbimet shëndetësore, si dhe nga frika e diskriminimit.
14. *Kostot dhe korrupsioni*: Ndonëse kostot shëndetësore mund të mbulohen kur përdoret libreza e shëndetit, pagesat informale që bëhen për shkak të korrupsionit rritin kostot, dhe të intervistuarit në studimin e vlerësimit të nevojave deklaruan se kjo ishte një nga arsyet se përse ata nuk kërkojnë ndihmë mjekësore.

15. Shëndeti i LGBTI dhe i grave LBT

Situata faktike Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Homofobia dhe urrejtja*: Një raport i vitit 2014 i Ambasadës Pink në Shqipëri, konstaton homofobi jo vetëm në ambientet shkollore apo të punës, por edhe në ofrimin e shërbimeve publike si shëndetësia, arsimi, etj. Diskriminimi ndaj personave LGBTI lidhet me paraqitjen e tyre të jashtme ose sjelljen. Nga personat LGBTI, raportohet se, gjatë marrjes së shërbimeve shëndetësore, janë ndeshur me situata stigmatizimi dhe diskriminimi. Raportohet se shumë njerëz janë të stigmatizuar për shkak të orientimit seksual ose identitetit gjinor të tyre dhe nuk mund të gëzojnë plotësisht të drejtat universale të njeriut. Disa prej tyre janë viktimat e krimit të urrejtjes dhe nuk merren në mbrojtje kur sulmohen në rrugë nga qytetarët e tjerë.
2. *Diskriminimi i grave: Gratë LBT* hasin diskriminim nga stafet mjekësore për shkak të orientimit seksual apo identitetit të tyre gjinor, ashtu si edhe për shkak të mungesës së konfidencialitetit, çka i bën gratë LBT të përjashtuara nga aksesit në informacion dhe shërbime shëndetësore¹⁴⁸.
3. *Probleme të kuadrit rregullator në fushën e shëndetit*: Pavarësisht ndryshimeve pozitive të arritura në aspekte të ndryshme, si ai ligjor dhe social, ende mbetet shumë për të bërë në drejtim të respektimit të të drejtave të personave LGBTI në vend. Sipas të dhënave të studimit¹⁴⁹, kuadri rregullator në fushën e shëndetësisë nuk përmban asnjë kategorizim për grupe të ndryshme të popullatës kur i referohet mbrojtjes së të drejtave dhe ofrimit të kujdesit të barabartë shëndetësor. Për personat transgjinorë/interseks, nuk parashikohet ndihmë specifike për ndryshimin e gjinisë apo për trajtime të tjera të lidhura me nevojat e posaçme të tyre. Për më tepër shërbimet kirurgjikale shqiptare nuk i kryejnë ndërhyrjet përkatëse mjekësore. Në ligjin “Për shëndetin riprodhues” nuk ka një dispozitë ligjore që garanton të drejtën e çifteve me të njëjtën gjini të kenë fëmijë nëpërmjet teknikave të riprodhimit mjekësor të asistuar. Sipas përfaqësueses së Aleancës kundër diskriminimit LGBT, neni 17 i këtij ligji, ku thuhet se: “Çdo individ ka të drejtën të mbrojë aftësitë e tij riprodhuese, duke u ankuar kundër veprimeve, vendimeve, dëmeve të të tretëve, kur

¹⁴⁸Intervista me përfaqësues të shoqatës Ambasadë Pink/LGBT PRO Shqipëri.

¹⁴⁹Voko K (2013). Raport Teknik - Aksesit në shërbime dhe cilësia e kujdesit shëndetësor për personat LGBT në Shqipëri. Aleanca kundër diskriminimit LGBT, Dhjetor 2013.

cenohen të drejtat që lidhen me shëndetin riprodhues”, ka nevojë për interpretime të mëtejshme lidhur me ndërhyrjet mjekësore që përfshijnë personat interseks.

4. *Njohuritë e stafit mjekësor për nevojat specifike*: Personat LGBTI vuajnë nga shërbime të dobëta mjekësore dhe psikologjike dhe sistemi mjekësor shqiptar është shumë i papërgatitur për adresimin e nevojave dhe problemeve të këtij komuniteti¹⁵⁰. Perceptimi i përgjithshëm mes të intervistuarve ishte se profesionistët e shëndetësisë nuk zotërojnë njohuritë mbi nevojat specifike shëndetësore të personave LGBTI, ashtu si dhe shprehitë e nevojshme lidhur me menaxhimin e këtyre nevojave në praktikën klinike¹⁵¹.
5. *Kujdesi shëndetësor ndaj femrave LBT në vend është inekzistent*: Të dhënat e deritanishme¹⁵² tregojnë se femrat LBT janë të padukshme dhe nevojat e tyre nuk merren parasysh në hartimin e politikave shëndetësore, ngritjen e shërbimeve dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor të përshtatshëm. Profesionistët e shëndetit mbartin paragjykimet, çka bën që ta kufizojnë kontaktin me pacientet dhe të mos lejojnë një komunikim të hapur mes tyre. Profesionistët e shëndetit nuk zotërojnë njohuri mbi nevojat e veçanta të personave LBT dhe kështu nuk mundet të ofrojnë kujdes të përshtatshëm dhe cilësor dhe së fundmi Personat LBT nuk kanë besim ndaj shërbimeve dhe profesionistëve të shëndetësisë.

16. Shëndeti i grave të moshuara

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Mosha e tretë 'në rritje'*: Rezultatet e censusit të realizuar nga INSTAT-i në vitin 2011 tregojnë se përqindja e të moshuarve në popullatë është rritur ndjeshëm gjatë 10 viteve të fundit për shkak të shkallës së ulët të lindjeve dhe emigrimit të lartë të rinjve jashtë shtetit. Në vitin 1979, në Shqipëri ka pasur 76.5 mijë persona 65 vjeç e lart. Në vitin 2011, numri i personave 65 vjeç e lart është rritur më shumë se 4 herë në 318 mijë. Pra është fjala për një përqindje të lartë të popullsisë. Rritje të mëtejshme të numrit të të moshuarve janë projektuar në 5 dekadat e ardhshme, duke arritur 667 mijë në vitin 2060. Mes të gjithë të moshuarve 65 vjeç e lart, kishtereth 91 meshkuj për çdo 100 femra në vitin 2011. Për më të moshuarit 80 vjeç e lart, ka pasur 66 meshkuj për çdo 100 gra. Në vitin 2014, gratë jetuan më shumë sesa meshkujt me 3.9 vjet mesatarisht¹⁵³.
2. *Trajtimi i të moshuarve jo i duhuri, qendrat rezidenciale të pamjaftueshme*: Studimet tregojnë se në Shqipëri nuk ofrohet një trajtim i pranueshëm mjekësor dhe social për të gjithë të moshuarit. Kërkesat specifike për një kujdestari të përshtatshme për moshën e tretë, nuk merren në konsideratë. Trajtimet e gabuara deri edhe keqtrajtimet e të moshuarve në shtëpitë e të moshuarve janë një temë që përsëritet herë pas here¹⁵⁴. ASAG (Shoqëria Shqiptare për të Gjitha Moshat) konstaton se plotësimi i standardeve është në nivelet më të ulëta, duke qenë se qendrat ditore janë të limituara në Shqipëri. Gjithashtu qendrat rezidenciale janë të pakta në numër dhe nuk plotësojnë kërkesat e shumta të të moshuarve, që shpesh herë braktisen apo dhunohen nga familjarët apo persona të tjerë¹⁵⁵.
3. *Të moshuarit vuajnë më shumë se një sëmundje kronike*. Ata shprehen se nuk mund ta përballojnë blerjen e ilaçeve dhe shpesh detyrohen të marrin vetëm një pjesë të ilaçeve, dhe kryesisht ato që janë me rimbursim. Nga ana tjetër sistemi publik i kujdesit shëndetësor është i papërgatitur për të përballuar nevojën në rritje të të moshuarve¹⁵⁶.

150 Ambasada Pink, Raport i aktiviteteve, Qershor 2013 - Dhjetor 2014, në: <http://www.pinkembassy.al/sites/default/files/upto/Raporti%20Vjetor%20i%20Pink%202014.pdf>

151 Voko K (2013). Raport Teknik - Aksesi në shërbime dhe cilësia e kujdesit shëndetësor për personat LGBT në Shqipëri. Aleanca kundër diskriminimit LGBT, Dhjetor 2013.

152 Voko K (2013). Raport Teknik - Aksesi në shërbime dhe cilësia e kujdesit shëndetësor për personat LGBT në Shqipëri. Aleanca kundër diskriminimit LGBT, Dhjetor 2013.

153 INSTAT (2015). Mplakja e popullsisë: Situata e të moshuarve në Shqipëri.

154 Friedrich-Ebert-Stiftung (2014). Përkujdesja ndaj moshës së tretë.

155 ASAG (2012). Moshimi, vlerësimi ilegjisacionit në Shqipëri.

156 UNFPA, NCSS (2015). Profili social i të moshuarve në Shqipëri. Vlerësim cilësor.

4. *Kujdesi shëndetësor për të moshuarit nuk ofrohet kur ata kanë nevojë: kështu raportojnë 27% e të intervistuarve. Mes arsyeve kryesore për këtë, janë vështirësitë për të përballuar trajtimin mjekësor (20 përqind) dhe, në masë më të vogël, distanca me shërbimet e kujdesit shëndetësor (4 përqind) dhe sëmundja veçanërisht e rëndë, që bën të pamundur për të moshuarit që të shkojnë tek doktori (3 përqind)¹⁵⁷. Ja si shprehet një e moshuar¹⁵⁸ nga zona e Kinostudios në Tiranë, përfaqësuese e komunitetit rom: “Unë jam e vjetër dhe e 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”.*
5. *Gratë e moshuara kanë prirje më të lartë për aftësi të kufizuar sesa meshkujt e moshuar. Në një farë mase kjo është pasojë e numrit më të lartë të të moshuarve gra, por ky nuk mund të jetë shpjegim i plotë, sepse edhe normat e aftësisë së kufizuar të femrave në moshë specifike janë vazhdimisht më të larta. Gjithashtu, rolet gjinore që përshkruajnë përgjegjësinë e grave për shumicën e detyrave shtëpiake mund të jenë faktor, për shkak se aftësia e kufizuar do të pengojë më rëndë funksionimin e femrave sesa të meshkujve në këtë drejtim¹⁵⁹.*
6. *Mungojnë strukturat dhe OJF-të që adresojnë nevojat për të moshuarit dhe në mënyrë të veçantë nevojat për shërbime shëndetësore. Shoqata “Shoqëria Shqiptare për të Gjitha Moshat”, e dedikuar në mbështetjen e moshës së tretë, nuk ka mbështetje financiare për zhvillimin e aktiviteteve, ndërkohë që të moshuarit nuk kanë infrastrukturë për shëndetin. “Nuk është njësoj interpretimi i parametrave të shëndetit si për një të ri, mungon specialiteti i gerontologjisë¹⁶⁰”*
7. *OJF-të për të moshuarit raportojnë që as Agjencia për Mbështetjen e Shoqërisë Civile (AMSHC) nuk ka patur në fokus grupin e të moshuarve. Mungojnë projektet dhe donacionet për të moshuarit. Raporti vjetor i AMSHC për vitin 2014 nuk pasqyron asnjë projekt që adreson nevojat e të moshuarve.*

Nga Grupet në Nevojë

17. Gratë që vuajnë dënimin me heqje lirie

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Raportohet mungesë e strukturave të përshtatshme të profesionistëve në një pjesë të institucioneve të vuajtjes së dënimit, dhe për rrjedhojë mungesë të shërbimeve të specializuara, si: shërbime psikiatrike, shëndetësore, psiko-sociale, të cilat janë thelbësore për mbarëvajtjen e jetës dhe respektimin e të drejtave të personave të dënuar me heqje lirie¹⁶¹. Në Ligjin nr. 8328/16.4.1998, “Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve”, të ndryshuar me ligjin 40/2014, parashikohet trajtimi shëndetësor i grave të dënuara dhe të paraburgosura, që përfshin kontroll të plotë për të përcaktuar nevojat e kujdesit shëndetësor parësor si: praninë e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme ose sëmundjeve të lindura të gjakut; nevojat për kujdesin shëndetësor mendor, përfshirë trajtimet e çrregullimeve post traumatike, të rrezikut të vetëvrasjes ose vetëdëmtimit; historinë e shëndetit riprodhues; praninë e varësisë të drogës; abuzimin seksual dhe forma të tjera të dhunës që mund të ketë pësuar përpara pranimin në institucion.*
2. *Mungesë e pranisë së një mjeku psikiatër për rastet jo të pakta të të sëmurëve mendorë raportohet nga Avokatit të Popullit¹⁶² pas inspektimeve të të drejtave të personave të privuar nga liria, si dhe*

157 Ylli, A. (2010). Shëndeti dhe kushtet sociale të të moshuarve në Shqipëri: të dhënat bazë nga një anketë kombëtare. Public Health Reviews, Vol. 32, No. 2, pp. 549-560.

158 SOROS (2011). Aksesi i shërbimeve shëndetësore nga grupet në nevojë.

159 INSTAT (2015). Mplakja e popullësisë: Situata e të moshuarve në Shqipëri.

160 Informacion nga përfaqësues i Shoqatës “Shoqëria Shqiptare për të Gjitha Moshat”, nëntor 2015.

161 Instituti Europian i Tiranës: Mbrojtja e të drejtave të njeriut në Shqipëri: Raport monitorimi 2011. Për kujdesin ndaj shëndetit mendor në sistemin e burgjeve, 2011.

162 Raporti i Avokatit të Popullit, 2014

mozbatim të legjislacionit lidhur me cilësinë e shërbimit të ofruar nga stafet e kujdesit social dhe atij shëndetësor.

3. *OJF-të raportojnë rastin e një gruaje që është mbajtur në paraburgim edhe pse u kërkua që të vuante dënimin në shtëpi për shkak të gjendjes shëndetësore. Gruaja u la për një periudhë të gjatë në burg, dhe pastaj u la e lirë, gjë që rrezikonte më shumë gjendjen e saj shëndetësore.*
4. *Marrëveshje që mbeten vetëm në letër: kështu nuk ka gjetur zbatim, marrëveshja ndërmjet Ministrisë së Drejtësisë dhe Ministrisë së Shëndetësisë për ngritjen e një Institucioni të Posaçëm Mjekësor, të parashikuar në ligjin Nr. 44/08.05.2012 "Për Shëndetin Mendor", me qëllim strehimin dhe trajtimin e personave që kanë marrë nga gjykata masën "mjekim i detyruar" dhe "shtrim i përkohshëm". Trajtimi i kësaj kategorie në IEVP, në kushtet kur në organikat e tyre mungon mjeku psikiatër dhe kur aksesimi për konsulta psikiatrike pranë spitaleve psikiatrike rajonale paraqet vështirësi, ose në Institucionin e Veçantë Shëndetësor të Burgjeve, për rastet me episode akute, vijon të mbetet i paligjshëm, duke u reflektuar edhe në problematikën e përgjithshme të mbipopullimit¹⁶³.*
5. *Një sërë problematikash që lidhen me shëndetin për gratë që vuajnë dënimin, si: mungesa e medikamenteve të caktuara në institucion; mungesa e mjekëve specialistë në institucion dhe sidomos gjinekologut; mos ekzaminimi nga ana e mjekëve për rastet kur shtetësja e paraburgosur pretendon probleme shëndetësore; vonesa në kryerjen e vizitave pranë mjekëve specialistë apo moszhvillimi i vizitave periodike në rastet e sëmundjeve që mund të agravohen (neurologu); mungesa e një diete të posaçme ushqimore për rastet me probleme të caktuara shëndetësore¹⁶⁴.*

18. Marrëdhëniet e punës dhe problematikat konkrete të shëndetit të grave

Situata faktike dhe Problemet e evidentuara nga OJF-të

1. *Niveli më i ulët i punësimit dhe i pagës ndikon në kujdesin shëndetësor:Gjatë vitit 2014¹⁶⁵, të punësuarit e moshës 15-64 vjeç përbëjnë 50.5 % të popullsisë në moshë pune. Shkalla e punësimit për meshkujt është 58 % ndërsa për femrat 43.4 %. Ndër të vetë-punësuarit dhe të punësuarit me pagë mbizotërojnë meshkujt me përkatësisht 57.2 dhe 70.5 %. Femrat kanë 1.3 herë më shumë gjasa sesa meshkujt për të punuar si punëtorë pa pagesë në biznesin e familjes. Pesë në dhjetë gra të punësuar janë të angazhuara në aktivitete të bujqësisë. Sektori i dytë, që zë peshën më të madhe në punësimin e grave pas sektorit të bujqësisë, është ai i shërbimeve jo të tregut, ku përfshihen aktivitete si administrimi publik, shërbimet sociale, dhe aktivitete të tjera. Hendeku gjinor në paga është 10 %. Kjo do të thotë se meshkujt kanë një pagë mesatare mujore bruto 10 % më të lartë sesa femrat.Gratë vuajnë diskriminimin e punës më pak të paguar, pavarësisht pozicionit ekzekutiv;këtu luan rol hierarkia e ndërmarrjes, dhe aksesimi i ulët për mundësitë e zhvillimit të karrierës¹⁶⁶.*
2. *Sektorët ku gratë përqendrohen, efektojnë në pagë dhe në sëmundje profesionale të caktuara:Gratë kanë prirje të jenë të përqendruara në një lloj të caktuar pune. Burrat kanë më shumë gjasa të jenë punëdhënës ose të vetë-punësuar, dhe gratë kanë gjasa të jenë të punësuar ose të kryejnë punë të papaguar në një biznes familjar. Gratë që nuk kanë fëmijë kanë shkallë më të lartë të aktivitetit ekonomik. Ndërsa numri i fëmijëve rritet, aktiviteti ekonomik zakonisht bie, sidomos për gratë me katër ose më shumë fëmijë¹⁶⁷. Censusi tregon që dallimet në pjesëmarrjen në punësim janë më të mëdha midis burrave dhe grave në zonat rurale, krahasuar me ata në zonat urbane. Ndër ata të punësuar në zonat urbane, gratë përbëjnë vetëm një pjesë prej 40 për qind. Në zonat rurale, hendeku gjinor është më i madh, me gratë që përbëjnë 30 për qind të të punësuarve. Këto dallime mund të jetë për shkak të roleve të ndryshme gjinore midis zonave urbane dhe rurale, si dhe*

163Raporti i Avokatit të Popullit, 2014

164QDNJD nga monitorimi i IEVP 325 seksioni i paraburgimit të grave, në Tiranë.

165INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri.

166AGJZH (2010). Të drejtat e punës së grave në Shqipëri.

167INSTAT, UNFPA (2014). Perspektiva gjinore në Shqipëri: Analiza gjinore e rezultateve të censusit 2011 të popullsisë dhe banesave.

mungesës së mundësive për gratë rurale¹⁶⁸.

3. *Mbulimi i mbrojtjes sociale për punëtorët informalë, mbetet tejte i kufizuar*. Studimi ka theksuar se punonjëset gra mund të jenë më të prekshme nga përjashtimi social dhe rreziqe të shumta për shkak të roleve të tyre të dyfishta prodhuese dhe riprodhuese¹⁶⁹.
4. *Kushtet e punës dhe impakti mbi shëndetin*: Organizatat e intervistuar raportojnë se shumë gra punojnë me kimikate, në një shkallë të lartë zhurme, pluhuri, nën kushte të këqija higjieno sanitare (2 banjo për 300 punëtorë), pa ujë; pa kushtet minimale të pushimit, pa mensa.
5. *Ka një mungesë monitorimi* nga shteti për të parandaluar dhe për të siguruar zbatimin e të gjitha detyrimeve që përcaktohen në Ligjin nr. 161/2014, "Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 10 237/18.2.2010, "Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë", që përcakton Inspektoratin Shtetëror, që mbulon fushën e punës, dhe Inspektoratin Shëndetësor, që mbulon fushën e shëndetësisë, si autoritete shtetërore përgjegjëse për kontrollin e zbatimit e këtij ligji dhe të Rregullores miratuar me VKM Nr. 634/15.07.2015, "Për prezantimin e masave për sigurinë dhe shëndetin në punë të grave shtatzëna dhe nënave të reja", e cila ka si qëllim të përcaktojë rregulla të detajuara për mbrojtjen e sigurisë dhe të shëndetit në punë të punëmarrëseve gra shtatzëna dhe nënave të reja.
6. *Shumë pak OJF kanë bërë objekt të veprimtarisë të tyre sëmundjet profesionale*. Dhe nuk ka një statistikë apo monitorim të impaktit të tyre në shëndetin e grave. Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 594/1.7.2015, 'Përmiratimin e listës së sëmundjeve profesionale', nuk njihet nga gratë dhe OJF-të.

19. Roli i edukimit dhe kurrikulat shkollore lidhur me shëndetin dhe shërbimet shëndetësore

Situata faktike

1. *Kurrikula shkollore*: nxënësit e klasave 1-9 të arsimit bazë, janë prezantuar me kurrikulat e edukimit mbi ushqyerjen, hartuar nga ISHP dhe Instituti i Zhvillimit të Arsimit. Ky edukim është pjesë e moduleve "kros-kurrikulare". Modulet janë pilotuar në 20 shkolla në Kukës, Shkodër, Tiranë dhe Durrës. Në lidhje me Edukimin Seksual Gjithpërfshirës në shkolla, është bërë i mundur hartimi i teksteve që kanë në fokus "Aftësimin për jetën dhe edukimin seksual" që po pilotohet në disa shkolla¹⁷⁰.
2. *Sesionet trajnuese të mësuesve dhe të punojësve të shëndetësisë*: rreth 300 sesione të hapura edukimi si edhe 10 evente me pjesëmarrjen e mësuesve, nxënësve dhe prindërve janë organizuar gjatë 2013-2014. Në vazhdimësi pritet aplikimi i moduleve në të gjithë shkollat e vendit¹⁷¹. Në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë, Njësia Antitrafik ka identifikuar nevojën e trajnimeve mbi trafikimin e personave për stafet e shëndetit publik. Gjatë vitit 2014¹⁷², janë zhvilluar një sërë trajnimesh. Në kuadër të projektit JTIP, të financuar po nga Departamenti Amerikan i Shtetit, janë zhvilluar trajnime me punonjës të shëndetësisë në Shkodër, Vlorë, Tiranë.
3. *Module të akredituara*: Mbështetur në kuadrin rregullator të miratuar¹⁷³, u hartuan module të akredituara të trajnimit për ofruesit e shërbimit për monitorimin e rritjes dhe ushqyerjes. Kanë përfunduar trajnimet e personelit shëndetësor në rrethe lidhur me ushqyerjen e fëmijës, ushqyerjen me gji, ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit. Gjithsej, vetëm për periudhën mars 2013-mars 2014, janë trajnuar 600 mjek familje dhe infermiere, mami¹⁷⁴.

168 Idem si 167.

169 Idem si 169.

170 Informacion nga Qendra për Popullsi dhe Zhvillim në Shqipëri".

171 MMSR (2014). Raport kombëtar mbi situatën e të drejtave të fëmijëve në Shqipëri 2013-2014.

172 Trajnimet janë zhvilluar në Shkodër nga Zyra për Monitorimin dhe Luftën kundër Trafikimit të Personave, në Vlorë nga qendra Vatra dhe në Tiranë nga organizata "Të ndryshëm dhe të Barabartë".

173 VKM Nr 101/4.02. 2015. Paketa e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në kujdesin shëndetësor parësor (e ndryshuar).

174 MSH (2015): Të dhëna administrative.

ANEKSE

Aneksi 1

Lista e OJF-ve që bashkëpunuan



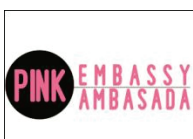
Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPZH)



Aksion Plus



Aleanca Kundër Diskriminimit LGBT



Ambasada PINK/LGBT Pro Shqipëri



Fondacioni Shqiptar për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara (FSHDKPAK)



Forum i Gruas Elbasan (FGE)



ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE
KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT
(KSHH)



Linja e këshillimit për Gra dhe Vajza



Në Dobi të Gruas Shqiptare



Observatori për të Drejtat e Fëmijëve (Observatori)



Qendra "Aleanca Gjinore për Zhvillim" - QAGJZH



Qendra Kombëtare për Studime Sociale (QKSS)



Qendra për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve në Shqipëri /CRCA,



Qendra për Nisma Ligjore Qytetare (QNL)



Qendra për Zhvillim Komunitar "Sot për të Ardhmen"



Qendra "Të Drejtat e Njeriut në Demokraci" (QDNJD)



Qendra Psiko-Sociale "Vatra", Vlorë (Q.P.S "Vatra")



Shoqata Acli-Ipsia në Shqipëri



Shoqata Kristiane e Grave Shqiptare/YWCA



Shoqata Shqiptare e Personave që Jetojnë me HIV/AIDS



Shoqëria Shqiptare për të Gjitha Moshat/ASAG

Aneksi 2

Pjesa e Tretë: Pyetësi

1. Organizata që ju përfaqësoni?
2. Cilat janë çështjet/aspektet e lidhura me shëndetin dhe të drejtat e grave që mbulon:
3. Cili është niveli i njohurive të stafit tuaj në lidhje me Konventën CEDAW dhe rekomandimet e Përgjithshme me efekt në fushën e shëndetit të grave?
 - a) Njohuri të plota
 - b) Pak njohuri
 - c) Asnjë njohuri
4. A ka punuar organizata juaj për njohjen e Konventës CEDAW nga komuniteti; OJF-të; profesionistë të sistemit të drejtësisë?
 - a) Po ka punuar edhe me mjekët e shërbimit parësor lidhur me këtëkonventë
 - b) Jo
5. A bashkëpunoni me OJF të tjera:
 - a) Që kanë të njëjtën fushë veprimtarie si Organizata juaj? Po/ Jo
Nëse po, cilat janë:
 - b) Që merren me çështje të tjera? Po / Jo
Nëse po, cilat janë:
 - c) Në nivel rajonal (përfshirë organizatat ndërkombëtare): Po / Jo
Nëse po, cilat janë:
 - d) Në nivel lokal (OJF brenda vendit): Po / Jo
Nëse po, cilat janë:
6. Sipas opinionit tuaj, cilat janë problemet më të rëndësishme të diskriminimit me të cilat përballen gratë shqiptare në fushën e shëndetit? Ju lutem i rendisni bazuar në ekspertizën tuaj.
7. Bazuar në ekspertizën tuaj, mendoni se ligjet në fuqi janë përgjithësisht të mjaftueshme dhe mbrojnë plotësisht të drejtat e grave në fushën e shëndetit? Po / Jo
Nëse jo, rendisni sugjerimet/rekomandimet tuaja në lidhje me mangësitë e kuadrit ligjor.
8. A mendoni se autoritetet shtetërore bëjnë kujdesin e duhur lidhur me të drejtat e grave në fushën e shëndetit? Cila mendoni se është struktura shtetërore më aktive?
 - a. Rendisni autoritetet me të cilat bashkëpunoni pozitivisht
 - b. Rendisni autoritetet me të cilat komunitetet që ju punoni kanë probleme në aksesin në shërbime
9. A mendoni se shërbimet shëndetësore, në mënyrë të veçantë shërbimet e shëndetit riprodhues janë të aksesueshme?
Sipas jush, cila është shkalla e aksesit të grave në shërbimet shëndetësore, duke ju referuar nivelit informues/parandalues, trajtues/këshillues?
10. Çfarë mendoni se mund të bëjnë më shumë **aktorët shtetërorë** në mbrojtjen e të drejtave të grave në fushën e shëndetit të tyre?
11. A i jeni drejtuar institucionit të Avokatit të Popullit me ankesa për mbrojtjen nga diskriminimi të grave, në çështje që lidhen me mosveprimin e autoriteteve administrative?

12. A mendoni se media luan rol për çrrënjosjen e stereotipeve gjinore apo mendoni se **media** në raste të caktuara i përforcon këto stereotipe?
13. A mendoni se respektohen të drejtat e grave të dënuara në institucionet e vuajtjes së dënimit dhe të paraburgimit lidhur me të drejtat në fushën e shëndetit?
14. A mendoni se OJF-të e njohin problematikën e shëndetit të grave, apo kanë nevojë për përmirësime të punës së tyre, dhe nëse po, në çfarë drejtimesh?
15. A mendoni se komuniteti i grave është i ndërgjegjësuar me përmbajtjen dhe mundësinë e ligjit mbi të drejtat shëndetësore. Nga e nxirrni këtë konkluzion?
16. A keni patur raste apo keni dijeni për raste kur cenimi i shëndetit të një gruaje denoncohet në polici, prokurori apo gjykatë?
17. Cilat mendoni se janë **shërbimet e munguara nga shteti** në mbrojtjen e shëndetit të grave (përfshirë shëndetin riprodhues)?
18. Cilat mendoni se janë **shërbimet e munguara nga OJF-të** në mbrojtjen e shëndetit të grave (përfshirë shëndetin riprodhues)?
19. Çfarë mendoni se duhet bërë **për mbështetjen e OJF-venga** aktorët shtetërorë dhe anasjelltas, në fushën e shëndetit të grave?
20. A mendoni se ende trafikimi i qenieve njerëzore dhe grave mbetet një problem i rëndësishëm për vendin tonë dhe a ka probleme të shëndetit të këtyre grave që nuk adresohen siçduhet?
21. Cila është **gjendja ekonomike e grave** (nisur nga njohjet/të dhënat që keni për situatën e vendit ku ju veproni) dhe a ndikon kjo në aksesin në shërbime shëndetësore?
22. A është në nivelin e duhur mbrojtja e shëndetit të grave gjatë marrëdhënieve të punës? A janë **shërbimet shëndetësore** në përgjithësi në përshtatje me kërkesat/nevojat e grave?
23. Çfarë mund të sugjeroni për përmirësimin e nivelit të kujdesit shëndetësor të grave gjatë marrëdhënieve të punës?
24. A është niveli i ndërgjegjësimit të grave lidhur me mbrojtjen e shëndetit dhe të shëndetit riprodhues e planifikimit familjar ai i duhuri? Ju lutem, jepni të dhënat (statistika, etj) që dispononi?
25. Sipas mendimit tuaj, si lidhet niveli i edukimit të grave me shëndetin e tyre?
26. Sipas jush, cila është shkalla e vulnerabilitetit të grave nga HIV/AIDS dhe IST?
27. Çfarë mund të sugjeroni për përmirësimin e situatës së shëndetit të grave, përfshirë dhe shëndetin riprodhues?
28. Si mund ta përkufizonit shkurtimisht gjendjen reale të grave në zonat rurale në drejtim të kujdesit shëndetësor (shprehuni sipas njohurive/të dhënave që keni)?
29. Çfarë mund të sugjeroni për përmirësimin e gjendjes së shëndetit të grave në zonat rurale.
30. A mendoni se gjendja reale e grave në të drejtat e tyre brenda familjes ndikon drejtpërdrejtë në situatën e tyre shëndetësore?

Pjesa e katërt: Sugjerimet dhe rekomandimet e domosdoshme

1. Cilat mund të jenë fushat që duhen parë detyrimisht me shumë kujdes në një raport bërë nga OJF-të për CEDAW lidhur me shëndetin e grave?
2. Cilat mbeten problemet më emergjente për Shqipërinë në drejtim të diskriminimit të grave në fushën e shëndetit?
3. Nëse ju do të ishit personi që do të rekomandonit se çfarë duhet të bëjnë OJF-të kundër diskriminimit të grave në fushën e shëndetit, çfarë çështjeje do të nënvizonit?
4. Nëse ju do të ishit personi që do të rekomandonit se çfarë duhet të bëjnë shteti shqiptar kundër diskriminimit të grave në fushën e shëndetit, çfarë çështjeje do të nënvizonit si më të rëndësishme?
5. Nëse ju do të ishit personi që do të rekomandonit se çfarë duhet të bëjnë partnerët ndërkombëtarë kundër diskriminimit të grave në Shqipëri në fushën e shëndetit, çfarë çështjeje do të nënvizonit?
6. A mendoni se ka përfunduar procesi i rishikimit të legjislacionit të brendshëm me qëllim që të mos ketë ende dispozita që diskriminojnë gratë në fushën e shëndetit? A ka ndonjë sugjerim/rekomandim specifik për një çështje e cila duhet të rregullohet me ligj?
7. A mendoni se gratë kanë mjete efektive ligjore për mbrojtjen nga diskriminimi në fushën e shëndetit? Cilat janë arsyet pse gratë rrallë përdorin ligjet ekzistuese për mbrojtje nga diskriminimi në fushën e shëndetit?

Aneksi 3

Bibliografi e përzgjedhur

LIGJE:

- Ligji Nr.7895/27.1.1995, “Kodi Penal i Republikës së Shqipërisë” ndryshuar
- Ligji Nr.7905/21.3.1995, “Kodi i Proçedurës Penale të Republikës së Shqipërisë” ndryshuar;
- Ligji Nr. 9062/8.5.2003, Kodi i Familjes;
- LigjiNr.9355/10.03.2005, “Përndihmëndheshërbimetshoqërore”;
- LigjiNr.10093/09.03.2009, “Përorganizimindhefunkcionimeagjencisë përmbështetjeneshoqërisë civile”
- Ligji Nr. 9669/23.12. 2006, “Për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare”;
- Ligji Nr. 9970/24.07.2008, “Për barazinë gjinore në shoqëri”;
- Ligji Nr. 10221/4.2.2010, “Për mbrojtjen nga diskriminimi”;
- Ligji Nr. 10039/22.12.2008, “Për ndihmën Juridike”;
- LigjiNr. 8328/16.4.1998, “Përtë drejtatdhetrajtiminetë dënuarvemeburgimdhëtë paraburgosurve”, indryshuarmeligjin 40/2014;
- Ligji Nr. 44/08.05.2012, “Për Shëndetin Mendor”;
- Ligji Nr. 161/2014 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 10 237/18.2.2010, “Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë”;

Strategji:

- Strategjia e Barazisë Gjinore dhe Dhunës në Familje dhe Plani Veprimit, miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave, Nr.913/19.12.2007;

- Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve 2003 – 10. Ministria e Shëndetësisë (2002):
- Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve 2012 – 16. Ministria e Shëndetësisë (2011)

Raporte:

- Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (2013). Raporti alternativ i OJF-ve mbi situatën në vend lidhur me komponentët e shëndetit riprodhues.
- WHO Regional Office for Europe (2015). HIV in Albania: A national programme report.
- European Commission (2014). Albania progress report.
- Instituti Studimor Data Centrum (2012). Raporti i studimit bazë mbi dhunën në familje dhe policinë e shtetit shqiptar.
- ISHP (2014). Raport shëndetësor kombëtar; INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri
- INSTAT (2015). Të rinjtë në Shqipëri: Sfidat në kohët që ndryshojnë.
- Arqimandriti M e bp (2014). Monitorimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri.
- Komiteti shqiptar i Helsinkit (KSHH) (2014). Raport “Mbi gjetjet e monitorimeve të zhvilluara në disa institucione të shëndetit publik”:
- Wang H. e bp (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 384:957-79.
- UNICEF, WHO, World Bank group joint child malnutrition estimates (2015). Levels and trends in child malnutrition.
- WHO 2014. World health statistics. <http://www.who.int/gho/countries/alb/en/>
- Ismaili F e bp. Faktorët që ndikojnë në sjelljen ndaj planifikimit familjar në Shqipëri. Tiranë, 2011.
- Boci, A., Eichleay, M., and Searing, H. (2013). Factors influencing women’s reproductive health choices in Tirana, Albania.
- World Vision, UNFPA (2012). Raport i paekuilibruar në lindje midis dy sekseve në Shqipëri.
- ISHP (2012): Sistemi iurvejancës së abortit në Shqipëri.
- ISHP (2013). HIV/AIDS në Shqipëri (1993 – 2013)
- ISHP (2011). Studimi i kontrollit biologjik të sjelljes.
- ISHP (2014). Raportishëndetësorkombëtar.
- ISHP (2013). BIO-BSS. Final Report.

European monitoring center for drugs and drug addiction. Profili i Shqippërisë 2015, në: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index211541sq.html> [aksesuar në tetor 2015].

QSHPZH (2013). Raporti alternativ i OJF-ve mbi situatën në vend lidhur me komponentët e shëndetit riprodhues.

- Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (2013). Shëndetiseksualdheriprodhuestektë rinjtë në Shqipëri.
- Ferlay et al (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Europ J Canc; 49: 1374-1403.
- Vlerësimi “Ngritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor për adresimin e dhunës me bazë gjinore”, datë 17.04.2014, organizuar nga UNFPA, Qendra Kombëtare për Studime Sociale, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë.
- Qendra “Të DrejtateNjeriutnë Demokraci” (2014). RaportpërMonitorimineGjykatëssë RrethitGjyqësorTiranë përperiudhënjanar-dhjetor 2014 .
- UN Albania, 2012. Barazia gjinore dhe qeverisja vendore.
- MMSR/DPSBGJ (2012). Raportmbingritjendheefektivitetinefunktionimittë MekanizmitKombëtartë Referimittë Rastevetë Dhunësnë MarrëdhënietFamiljarenë nivelvendor. Dhjetor 2012.
- Këshilli i Europës dhe UN Women (2015). Shqipëria raporti përfundimtar: Hartëzimi i

shërbimeve mbështetëse kundër dhunës ndaj grave dhe vajzave.

- Raport për zbatimin e strategjisë së luftës kundër trafikimit të personave dhe planit të veprimit 2014 – 2017, janar-dhjetor 2014.
- Të ndryshëm të barabartë, (2014). Studim mbi çështjet e bashkëpunimit të viktimave të trafikimit me autoritetet e zbatimit të ligjit.
- CRS & MB (2015). Modul trajnimi - trafikimi i qënieve njerëzore. Caritas Albania, 2015. Baseline final report.
- Raporti i Departamentit Amerikan të Shtetit mbi Trafikimin e Personave, qershor 2014;
- IOM (2014) Vlerësimi i nevojave: Trafikimi i Qënieve Njerëzore në Ballkanin Perëndimor.
- Caritas Albania (2015). Baseline final report.
- SOROS (2011). Aksesi i shërbimeve shëndetësore nga grupet në nevojë.
- CERAI (2010). Misgracioni, realiteti i grave të zonave rurale.
- World Bank (2011). Albania Out-of-Pocket Payments in Albania's Health System. Report No. 64803-AL
- FSHDPAK (2010). "Gratë meaftësitë kufizuar në Shqipëri: Të përfshira apo të harruara?"
- Komiteti Shqiptar i Helsinkit (2014). Raport mbi situatën e respektimit të drejtave të njeriut në Shqipëri për vitin 2014.
- KZLNDQ (2014). Monitorimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor për parësor në Shqipëri.
- INSTAT (2015). Romët dhe egjiptianët në Shqipëri: Profili social-demografik dhe ekonomik bazuar në Censusin 2011.
- INSTAT (2015). Mplakja e popullsisë: Situata e të moshuarve në Shqipëri.
- INSTAT (2013). Dhunën familjenë Shqipëri. Vrojtim Kombëtar me bazë popullatën.
- INSTAT (2015). Femra dhe meshkuj në Shqipëri.
- INSTAT, UNFPA (2014). Prespektivagjinorenë Shqipëri: Analizagjinore rezultateve të censurit 2011 të popullsisë dhe banorëve.
- UNDP (2012). Studim i vlerësimit të nevojave mbi komunitetet romë dhe egjiptiane në Shqipëri.
- RAA (2013). Monitorimi nga Shoqëria Civile i Zbatimit të Strategjisë Kombëtare dhe i Planit të Veprimit të Dekadës Romë në vitin 2012 në Shqipëri.
- UNDP (2014). Studim për vlerësimin e nevojave të komuniteteve romë dhe egjiptiane në Shqipëri
- Voko K (2013). Raport Teknik - Aksesi në shërbime dhe cilësia e kujdesit shëndetësor për personat LGBT në Shqipëri. Aleanca kundër diskriminimit LGBT, Dhjetor 2013.
- Ambasada Pink, Raport i aktiviteteve, Qershor 2013 - Dhjetor 2014, në: <http://www.pinkembassy.al/sites/default/files/uploade/Raporti%20Vjetor%20i%20Pink%202014.pdf>
- Raport i Avokatit të Popullit, 2014
- QDNJD nga monitorimi i IEVP 325 seksioni i paraburgimit të grave, në Tiranë.
- AGJZH (2010). Të drejtat e punës të grave në Shqipëri.
- MMSR (2014). Raport kombëtar mbi situatën e drejtave të fëmijëve në Shqipëri 2013-2014.
- Instituti Europian i Tiranës: Mbrojtja e të drejtave të njeriut në Shqipëri: Raport monitorimi 2011. Për kujdesin ndaj shëndetit mendor në sistemin e burgjeve, 2011.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2014). Për kujdesin ndaj moshës së tretë.
- ASAG (2012). Moshimi, vlerësimi i legjislacionit në Shqipëri.
- UNFPA, NCSS (2015). Profili social i të moshuarve në Shqipëri. Vlerësim cilësor.
- Ylli, A. (2010). Shëndet dhe kushtet sociale të të moshuarve në Shqipëri: të dhënat bazë nga një anketë kombëtare. Public Health Reviews, Vol. 32, No. 2, pp. 549-560.