



Project  
financed by  
European Union

WITH FUNDING FROM  
AUSTRIAN  
DEVELOPMENT  
COOPERATION



Црвени крст Србије  
Red Cross of Serbia

# QASJA NË SHËRBIMET E KUJDESIT AFATGJATË NË SHQIPËRI



SeConS  
grupa za razvojnu inicijativu



MARIJA BABOVIĆ • TIJANA VELJKOVIĆ • BOŽIDAR DAKIĆ  
**QASJA NË SHËRBIMET E KUJDESIT AFATGJATË NË SHQIPËRI**

TIRANË, 2022.

*Shtëpia Botuese*

Shoqata Shqiptare e Geriatrie dhe Gerontologjisë

*Përgjegjës botimi*

Alban Ylli

*Autori*

SeConS grupa za razvoju inicijativu/SeConS Development Initiative Group

*Para shtypjes*

Dosije studio

*Shtypshkronja*

Botimet Barleti

*Tirazhi*

300

ISBN 978-9928-378-06-4

Ky botim është mundësuar me ndihmen e Bashkimit Europian. Permbajtja e raportit është përgjegjësi vetëm e autoreve dhe nuk shpreh në asnjë rrethane qëndrimin e Bashkimit Europian.

# PËRMBAJTJA

LISTA E GRAFIKËVE .....	4
SHKURTESAT E PËRDORURA .....	5
PËRKUFIZIMI I TERMAVE KRYESOR .....	7
1. HYRJE .....	9
1.1 Metodologjia e hulumtimit .....	11
2. KUADRI INSTITUCIONAL DHE NORMATIV I KAGJ NË SHQIPËRI .....	15
2.1 Kuadri strategjik .....	20
2.2 Kujdesi afatgjatë nga këndvështrimi i vendimmarrësve dhe ofruesve të shërbimeve .....	24
3. GJENDJA SHËNDETËSORE DHE NEVOJAT PËR KAGJ .....	27
3.1 Personat mbi moshën 65 vjeç .....	28
3.2 Personat me aftësi të kufizuara nën 65 vjeç .....	31
4. MËNYRA E MENAXHIMIT TË NEVOJËS PËR KUJDES AFATGJATË .....	33
5. QASJA NË SHËRBIMET E KAGJ-SË .....	37
5.1 Shërbimet që mbulon sistemi i kujdesit shëndetësor .....	38
5.1.1 Vizitat në shtëpi .....	38
5.1.2 Kujdesi paliativ .....	40
5.2 Shërbimet e ofruara brenda sistemit të mbrojtjes sociale .....	40
5.2.1 Shërbimi i ndihmës në shtëpi .....	41
5.3 Shërbimet e mbështetjes së jetesës në komunitet .....	41
5.3.1 Qendrat ditore .....	41
5.3.2 Shërbimi i ndihmës personal .....	42
5.4 Shërbimet e akomodimit .....	43
5.4.1 Shërbimi i akomodimit në familje .....	43
5.4.2 Shërbimi i akomodimit institucional (shërbimi i akomodimit rezidencial) .....	44
6. KUJDESI JOFORMAL DHE KUJDESTARËT JOFORMALË .....	45
7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME .....	49
8. REFERENCAT .....	53

## LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1: Mostra e të anketuarve sipas moshës dhe seksit . . . . .	12
Grafiku 2: Pjesa e personave që kanë nevojë për kujdes afatgjatë për shkak të vështirësive më të mëdha në kryerjen e AJP-ve, % . . . . .	28
Grafiku 3: Pjesa e të moshuarve me vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve, për arsye, % . . . . .	29
Grafiku 4: Pjesa e të moshuarve që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve, për llojin e aktivitetit, % . . . . .	29
Grafiku 5: Pjesa e të moshuarve që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve të ndryshme, sipas gjinisë, % . . . . .	30
Grafiku 6: Pjesa e personave që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve të ndryshme, për moshë, % . . . . .	31
Grafiku 7: Pjesa e personave me aftësi të kufizuara të moshës 18–64 vjeç që raportuan nevojën për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve, sipas llojit të aktivitetit, % . . . . .	32
Grafiku 8: Mënyra e menaxhimit të nevojës për kujdes afatgjatë, % . . . . .	34
Grafiku 9: Nevoja për KAGJ gjatë pandemisë COVID-19, % . . . . .	36
Grafiku 10: Pjesa e të anketuarve që kanë përdorur vizitat në shtëpi të infermiereve të kujdesit në shtëpi ose vizitat në shtëpi të mjekëve në dy vitet e mëparshme, për moshë, % . . . . .	39
Grafiku 11: Arsyet e marrjes në konsideratë të akomodimit në familje për të moshuarit, % . . . . .	43
Grafiku 12: Arsyet për marrjen në konsideratë të opsioneve të strehimit për të moshuarit ose personat me aftësi të kufizuara, % . . . . .	44
Grafiku 13: Kujdestarët joformalë, % . . . . .	46

## SHKURTESAT E PËRDORURA

<b>SHKURTESA</b>	<b>PËRSHKRIMI</b>
<b>AJP</b>	Aktivitetet e jetesës së përditshme
<b>CATI</b>	Intervistë telefonike e asistuar nga kompjuteri
<b>OShC-të</b>	Organizatrat e shoqërisë civile
<b>QPS</b>	Qendra për Punë Sociale
<b>EHIS</b>	Anketa Evropiane e Shëndetit bazuar në Intervista
<b>BE</b>	Bashkimi Evropian
<b>AIJP-të</b>	Aktivitetet instrumentale të jetesës së përditshme
<b>INSTAT</b>	Instituti i Statistikave, Shqipëri
<b>KAGJ</b>	Kujdesi afatgjatë
<b>OJQ-të</b>	Organizatrat joqeveritare
<b>SPI</b>	Sigurimi pensional dhe invalidor
<b>KSHP</b>	Kujdesi Shëndetësor Parësor
<b>PAK</b>	Person me aftësi të kufizuara
<b>KMS</b>	Komiteti i Mbrojtjes Sociale
<b>KB</b>	Kombet e Bashkuara

Ky studim u krijua si pjesë e projektit „Forcimi i qëndrueshmërisë së të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara gjatë COVID-19 dhe fatkeqësive të ardhshme”, një iniciativë tre-vjeçare e zbatuar në Ballkanin Perëndimor. Projekti koordinohet nga Kryqi i Kuq Serb, mbështetur nga Bashkimi Evropian, Agjencia Austriake e Zhvillimit dhe Kryqi i Kuq Austriak. Projekti, i filluar në fund të vitit 2020, lidh partnerë të shoqërisë civile nga Serbia, Shqipëria, Bosnja dhe Hercegovina, Mali i Zi, Maqedonia Veriore dhe Kosova<sup>1</sup>, si dhe rrjete të mëdha të shoqërisë civile që përfaqësojnë të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara në nivel të Bashkimit Evropian.<sup>2</sup> Si një nga partnerët e projektit, Grupi i Nismës për Zhvillim SeConS është përgjegjës për kryerjen e analizës dhe formulimin e rekomandimeve në mënyrë që të forcojë qëndrueshmërinë e të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara (PAK) në Ballkanin Perëndimor gjatë COVID –19 dhe fatkeqësive të ardhshme.

- 
- 1 Ky emërtim është pa paragjykim ndaj qëndrimeve mbi statusin dhe është në përputhje me Rezolutën 1244/1999 dhe Opinionin e GJND-së për shpallja e pavarësisë së Kosovës.
  - 2 Konsorciumi i projektit përbëhet nga: Kryqi i Kuq Serb, Kryqi i Kuq Austriak, Kryqi i Kuq Shqiptar, Shoqata Shqiptare e Geriatrie dhe Gerontologjisë, Shoqëria e Kryqit të Kuq të Bosnje dhe Hercegovinës, Shoqata e Ndihmës dhe Zhvillimit HAJDE, Kryqi i Kuq i Malit të Zi, Shoqata e të Verbërve të Malit të Zi, Kryqi i Kuq i Republikës së Maqedonisë Veriore, Shoqata Humanitare, Caritas Kosova, Organizata Kombëtare Serbe e Personave me Aftësi të Kufizuara, Grupi i Nismës për Zhvillim SeConS, Platforma e Evropës AGE dhe Forumi Evropian për Aftësi të Kufizuara.





## **PËRKUFIZIMI I TERMAVE KRYESOR**

### **Kujdesi afatgjatë**

Një sërë shërbimesh dhe ndihmë për njerëzit që, si rezultat i dobësisë dhe/ose paaftësisë mendore dhe/ose fizike për një periudhë të gjatë kohore, varen nga ndihma në aktivitetet e përditshme të jetesës dhe/ose kanë nevojë për ndonjë kujdes të përhershëm infermieror.<sup>3</sup>

### **Shërbimet e kujdesit formal**

Shërbimet e ofruara nga ofruesit e licencuar, brenda ose jashtë shtëpisë së personit të varur nga kujdesi.<sup>4</sup> Ofruesit mund të jenë organizata publike, fitimprurëse ose jofitimprurëse dhe profesionistët e kujdesit mund të jenë punonjës ose të vetëpunësuar.

### **Kujdesi joformal**

Kujdesi i ofruar nga kujdestarët joformalë, siç janë të afërmit, bashkëshortët, miqtë dhe të tjerët, zakonisht pa pagesë, jashtë marrëdhënieve të kontraktuara formalisht dhe në shtëpinë e personit të varur nga kujdesi.<sup>5</sup>

### **Përfitimet në të holla për kujdesin afatgjatë**

Përfitimet në të holla për kujdesin afatgjatë janë pagesa që mund të përdoren për të blerë kujdes formal në shtëpi ose në një institucion ose që mund të paguhet për kujdestarët joformalë si mbështetje për të ardhurat.<sup>6</sup>

---

3 European Commission (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission, f. 11.

4 Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission, f. 46.

5 European Commission (2018), The 2018 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016–2070), Directorate-General for Economic and Financial Affairs, f. 136.

6 Po aty.

### **Kujdesi afatgjatë shoqëror**

Shërbimet që mbështesin personin e varur nga kujdesi në kryerjen e aktiviteteve të jetës së përditshme (larje, veshje, ngrënie, blerje, gatim, etj.) ose mbështesin kujdestarin joformal në kryerjen e këtyre detyrave.<sup>7</sup> Kujdesi i ofruar në një mjedis rezidencial për të moshuarit që jetojnë në strehim me staf të përhershëm kujdesi.

### **Kujdesi i integruar**

Kujdesi i integruar është një koncept që përqendrohet në forma më të koordinuara dhe më të integruara të ofrimit të kujdesit në përgjigje të ofrimit të fragmentuar të shërbimeve shëndetësore dhe shoqërore.<sup>8</sup> „Integrimi është një grup koherent i metodave dhe modeleve të financimit, ofrimit të shërbimeve administrative, organizative dhe në nivelet klinike, i projektuar për të krijuar lidhshmëri, harmonizim dhe bashkëpunim brenda dhe midis sektorëve të mjekimit dhe kujdesit. Qëllimi i këtyre metodave dhe modeleve është të përmirësojnë cilësinë e kujdesit, kënaqësinë e konsumatorit dhe efikasitetin e sistemit duke shkurtuar rrugën nëpër shumë shërbime, ofrues dhe mjedise.”<sup>9</sup>

---

7 Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission, f. 46.

8 Po aty, f. 47.

9 World Health Organisation (WHO) regional office for Europe (2016). Integrated care models: an overview, Copenhagen: Working document, f. 3.

# 1. HYRJE

Ekzistojnë një numër përkufizimesh të kujdesit afatgjatë, por nuk kemi një përkufizim universal dhe të standardizuar që do të lejonte që kujdesi afatgjatë të njëjtojë dhe të integrohej në sistemin e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor. Për shkak të mungesës së një përkufizimi universal, është shumë sfiduese të monitorohet se si organizohet kujdesi afatgjatë përmes një sërë aktiviteteve dhe shërbimesh në sistemet e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor në vende të ndryshme. Paaftësia për të vlerësuar popullsinë që ka nevojë për shërbime të kujdesit afatgjatë paraqet një sfidë shtesë. Prandaj, ky studim përfaqëson një përpjekje pioniere në analizën e gjendjes ekzistuese dhe kërkesave në fushën e kujdesit afatgjatë.

Për të siguruar krahasueshmërinë e të dhënave dhe për të theksuar specifikat e sistemit të kujdesit afatgjatë në Ballkanin Perëndimor, metodologjia<sup>10</sup> e përdorur në këtë studim bazohet në përcaktimin e kujdesit afatgjatë të propozuar nga Komisioni Evropian dhe Komiteti i Mbrojtjes Sociale (KMS) në vitin 2014:

*„Kujdesi afatgjatë përcaktohet si Një sërë shërbimesh dhe ndihmash për njerëzit që, si rezultat i dobësisë dhe/ose paaftësisë mendore dhe/ose fizike për një periudhë të gjatë kohore, varen nga ndihma në aktivitetet e përditshme të jetesës dhe/ose kanë nevojë për ndonjë kujdes të përhershëm infermieror. Aktivitetet e përditshme të jetesës për të cilat nevojitet ndihmë mund të jenë aktivitetet e vetë-kujdesit që një person duhet të kryejë çdo ditë (Aktivitetet e Jetesës së Përditshme, ose AJP-të, të tilla si larja, veshja, ngrënia, vendosja dhe ngritja nga shtrati ose një karrige, lëvizja përreth, përdorimi i tualetit dhe kontrolli i funksioneve të fshikëzës dhe zorrëve) ose mund të lidhen me jetesën e pavarur (Aktivitetet Instrumentale të Jetesës së Përditshme, ose AIJP-të, të tilla si përgatitja e ushqimeve, menaxhimi i parave, blerjet për ushqime ose sende personale, kryerja e punëve të lehta ose të rënda të shtëpisë dhe përdorimi i telefonit).”<sup>11</sup>*

Në përputhje me këtë përkufizim, prevalenca e nevojës për kujdes afatgjatë në BE matet me ndihmën e Anketës Evropiane të Shëndetit bazuar në Intervista (EHIS), ku personat në nevojë

10 Studimet e kryera përdorën të njëjtën metodologji për Serbinë, Bosnje dhe Hercegovinën, Malin e Zi, Shqipërinë, Kosovën dhe Maqedoninë e Veriut.

11 European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2021). Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

përcaktohen si ata që shfaqin vështirësi të mëdha në kryerjen e Aktiviteteve të Jetesës së Përditshme – AJP-të ose Aktiviteteve Instrumentale të Jetesës së Përditshme – AIJP-të.

Meqenëse shumë studime evropiane kanë treguar se personat mbi moshën 65 vjeç dhe personat me aftësi të kufizuara kanë nevojë më të madhe për kujdes afatgjatë,<sup>12</sup> ky studim përqendrohet në këto grupe, dhe analiza bazohet në rezultatet e marra për këto grupe të synuara. Vlerësohet se mesatarja e BE-së, në krahasim me popullsinë e moshës 65 vjeç e lart që marrin kujdes në shtëpi që kanë pasur vështirësi në kryerjen e AJP-ve, është 30.9% në vitin 2019.<sup>13</sup> Pritet që përqindja e përfituesve të mundshëm të KAGJ-së të rritet nga 30.8 milion në 2019 në 38.1 milion në vitin 2050.<sup>14</sup> Vlerësohet gjithashtu se mesatarja e BE-së në vitin 2019, për sa i përket popullsisë femërore të moshës 65 vjeç e lart në nevojë për KAGJ është 33% kundruall 19% të popullsisë mashkullore të së njëjtës moshë.

Shqipëria kishte 449 225 banorë të moshës 65+ vjeç në janar 2022, pra 16.08% të popullsisë së përgjithshme.<sup>15</sup> Raporti i varësisë në pleqëri, pra raporti i numrit të personave të moshës 65+ me numrin e personave në moshë pune (18/15 në Shqipëri-64) është rritur ndjeshëm nga 11.3% në vitin 2001 në 21.6% në vitin 2019.<sup>16</sup> Raporti i varësisë në pleqëri ishte 23.1% në vitin 2022.<sup>17</sup> Sipas parashikimeve të INSTAT, deri në vitin 2031 pjesa e personave të moshës 65+ vjeç pritet të arrijë në 21.8% të popullsisë së përgjithshme, me një normë të varësisë së moshës 35%.<sup>18</sup> Me rritjen negative natyrore<sup>19</sup> dhe raportin e pafavorshëm të varësisë në pleqëri, mund të pritet një nevojë në rritje për kujdes afatgjatë.

Studimi demografik dhe shëndetësor i Shqipërisë duke përdorur metodologjinë e Anketës Evropiane të Shëndetit bazuar në Intervista (EHIS) u planifikua për vitin 2020.<sup>20</sup> Nuk ka informa-

- .....
- 12 European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
  - 13 European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2021). Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society, Luxembourg: Publications Office of the European Union, f. 28.
  - 14 Po aty.
  - 15 INSTAT (2022), Popullsia e Shqipërisë, [http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022\\_final-15-04-2022.pdf](http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022_final-15-04-2022.pdf).
  - 16 Jorgoni, E. (2020). Albania: first national policy document on ageing, ESPN Flash Report 2020/47, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
  - 17 INSTAT (2022), Popullsia e Shqipërisë, [http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022\\_final-15-04-2022.pdf](http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022_final-15-04-2022.pdf).
  - 18 Jorgoni, E. (2020). Albania: first national policy document on ageing, ESPN Flash Report 2020/47, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission; INSTAT (2019), Projektionet e popullsisë 2019–2031, <http://www.instat.gov.al/media/5224/projections-of-the-population-2019-2031.pdf>.
  - 19 Popullsia e Shqipërisë në vitin 2022 pësoi një rënie me 1.3% krahasuar me vitin 2021. INSTAT (2022), Popullsia e Shqipërisë, [http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022\\_final-15-04-2022.pdf](http://www.instat.gov.al/media/9829/population-on-1-january-2022_final-15-04-2022.pdf).
  - 20 European Health Interview Survey (EHIS), [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm).

cion nëse është kryer, ku të dhënat e shëndetit publik të vitit 2020 të mbledhura nga ministrinë përkatëse janë në dispozicion<sup>21</sup>, si dhe Studimi Demografik dhe Shëndetësor 2017–18 i kryer para pandemisë.<sup>22</sup>

## 1.1 Metodologjia e hulumtimit

Qëllimi i këtij studimi është të ofrojë fakte për formulimin e rekomandimeve se si të rritet kapaciteti i ofruesve të shërbimeve dhe organizatave të shoqërisë civile (OSHC-ve), si të përmirësohen politikat publike dhe si të rritet financimi në mënyrë që të sigurohet një qasje më e mirë në shërbimet e kujdesit afatgjatë për të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara në rrethana normale, veçanërisht në rastet e emergjencave.

Ky studim paraqet situatën aktuale dhe kushtet në fushën e KAGJ-së:

- Politikat dhe proceset e zbatueshme që kanë të bëjnë me KAGJ-në
- Gjendja shëndetësore dhe kërkesa për kujdes afatgjatë të personat e moshës 65+ vjeç dhe personat me aftësi të kufizuara (PAK)
- Qasja në shërbimet e kujdesit shëndetësor nga këndvështrimi i përdoruesit
- Qasja në shërbimet e mbrojtjes sociale nga këndvështrimi i përdoruesve dhe ofruesve të shërbimeve
- Roli i kujdestarëve joformalë në ofrimin e KAGJ.

Analiza e përdorur në këtë studim bazohet në të dhënat e mbledhura në disa faza:

### Hulumtim tavoline

Hulumtimi tavolinë ofron një pasqyrë të legjislacionit në fushën e kujdesit afatgjatë, publikimeve përkatëse, të dhënave në dispozicion të publikut mbi kapacitetet për ofrimin e shërbimeve të ndryshme të kujdesit afatgjatë dhe numrin e përfituesve. Hulumtimi tavolinë kishte për qëllim të tregonte nivelin e integritit të KAGJ-së, dhe sistemin e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor, dhe të paraqiste kushtet aktuale në sektorin e KAGJ-së.

### Hulumtimi sasior<sup>23</sup>

Hulumtimi u krye në një mostër prej 650 personash më të moshuar dhe personash me aftësi të kufizuara (PAK) që kanë nevojë për shërbime të kujdesit afatgjatë. Meqenëse personat e

21 INSTAT (2020), Treguesit e Shëndetit Publik 2020, <http://www.instat.gov.al/media/8815/public-health-indicators-2020.pdf>.

22 Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF. 2018. Albania Demographic and Health Survey 2017–18. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF.

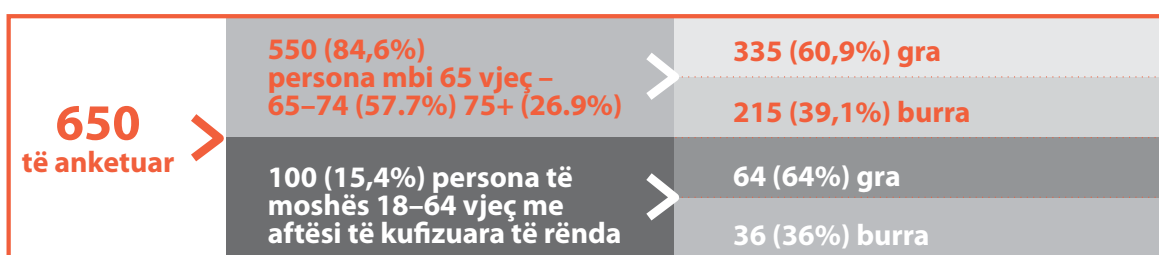
23 Mbledhja e të dhënave për hulumtime sasore në të gjitha vendet kryhet nga SMART Plus Research.

moshës 65+ dhe PAK të moshave 18–64 vjeç kanë nevojë më të madhe për shërbime të kujdesit afatgjatë, mostra u hartua për të përfshirë 550 persona të moshës 65+ dhe 100 PAK që kanë nevojë për shërbime të kujdesit afatgjatë. Hulumtimi u krye përmes CATI (Intervistë Telefonike me Ndhimën e Kompjuterit) teknika e anketimit telefonik. Në mënyrë që mostra të përfshijë vetëm personat që kanë nevojë për kujdes afatgjatë, të anketuarit u pyetën nëse kanë vështirësi të caktuara që kërkojnë ndihmë (a kanë probleme me shikimin, dëgjimin, lëvizjen etj.), si dhe nëse, pavarësisht nga vështirësitë, ata kanë nevojë për mbështetjen e të tjerëve në funksionimin e tyre të përditshëm. Kur një i anketuar nuk ishte në gjendje të merrte pjesë në anketë për shkak të sëmundjes ose vështirësive të tjera fizike, pyetësi mbi nevojat dhe shërbimet e përdorura nga i anketuari u plotësua nga kujdestari i tij/saj brenda familjes.

Gjatë procesit të hulumtimit janë respektuar parimet më të larta etike, prandaj, qëllimi dhe synimi i hulumtimit i janë shpjeguar secilit të anketuar para fillimit të anketës, si dhe se të dhënat do të anonimizohen dhe do të përdoren vetëm për qëllime kërkimore. Përveç sa më sipër, të anketuarit u informuan se hulumtimi kryhet në mënyrë vullnetare, dhe mund të ndalet në çdo kohë nëse ndihen në siklet.

Në Shqipëri, ka një strukturë gjinore të pabarabartë midis të anketuarve në një nënkampion të personave mbi 65 vjeç – shumica (60.9%) përbëhej nga burrat në krahasim me gratë (39.1%). Nënkampioni i personave me aftësi të kufizuara tregoi të njëjtat rezultate – pothuajse dy të tretat burra (64%) kundrejt 36% gra. Shumica e tyre (37.5%) raportuan se jetonin me bashkëshortin ose partnerin, 30% me fëmijët e rritur dhe familjet e tyre, 10.1% me nipërit që nuk kanë familje të tyre dhe 9.2% me nipërit dhe familjet e tyre, 5.2% me fëmijët e rritur që ende nuk kanë familje të tyre, 3.2% me prindërit e tyre ose të bashkëshortëve, ndërsa pjesa e atyre që jetojnë me vëllezërit/motrat, fëmijët e mitur ose të afërmit e tjerë është dukshëm më e ulët. 1% e të anketuarve raportuan se jetonin vetëm.<sup>24</sup>

**Grafiku 1: Mostra e të anketuarve sipas moshës dhe seksit**



### Hulumtimi cilësor

Intervistat e thelluara u zhvilluan me ofruesit e kujdesit afatgjatë, përfaqësuesit e institucioneve përkatëse të ngarkuara me formulimin e politikave të kujdesit afatgjatë dhe përdoruesit e shërbimit të kujdesit afatgjatë. Qëllimi i kësaj pjese të hulumtimit ishte të bëjë një pasqyrë më të detajuar të rezultateve sasiore të hulumtimit dhe të identifikojë dobësitë në ofrimin e shërbimeve të kujdesit afatgjatë si nga këndvështrimi i vendimmarrësve, ashtu edhe nga vetë

24 Metoda e përzgjedhur e mbledhjes së të dhënave dhe koha e vizitave në terren çuan në një lakim të mostrës drejt popullatës urbane.



përdoruesit e shërbimit të KAGJ-së. Në Shqipëri u zhvilluan gjithsej 18 intervista të thelluara, 6 prej të cilave u zhvilluan me vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimeve, ku 12 prej tyre ishin përdorues të drejtpërdrejtë të disa prej shërbimeve që janë pjesë e sektorit të kujdesit afatgjatë.

Gjatë hulumtimit, ekipi hulumtues ka ndërmarrë të gjitha masat e nevojshme për të siguruar pajtueshmëri me standardet më të larta etike. Para intervistave, të anketuarve u është garantuar anonimitet i plotë dhe janë njoftuar për faktin se informacioni i ndarë gjatë intervistës do të jetë në dispozicion vetëm të ekipit hulumtues. Përveç sa më sipër, të anketuarit u informuan se hulumtimi kryhet në mënyrë vullnetare, dhe mund të ndalet në çdo kohë nëse ndihen në siklet.







## 2. KUADRI INSTITUCIONAL DHE NORMATIV I KAGJ NË SHQIPËRI

Pjesa e personave mbi moshën 65 vjeç në Shqipëri në vitin 2020 vlerësohet në 423 000 dhe pritet të rritet në 587 000 deri në vitin 2030.<sup>25</sup> Norma e varësisë në pleqëri<sup>26</sup> ishte 21.6% në vitin 2020, një normë e cila pritet të rritet në 32.7% deri në vitin 2030.

Nuk ka përkufizim zyrtar të kujdesit afatgjatë. Në vend të kësaj, elementet që rregullojnë ofrimin e mbështetjes për personat që kanë vështirësi në kryerjen e AJP-ve mund të gjenden në ligje të ndryshme, të tilla si ato që lidhen me kujdesin shëndetësor, kujdesin shoqëror dhe sigurimin social.

### Mbrojtja sociale

Sistemi shqiptar i mbrojtjes sociale përfshin shërbimet e mbrojtjes sociale për individët dhe grupet në nevojë që nuk janë të aftë të paguajnë kostot e jetesës me burimet e tyre.<sup>27</sup> E drejta për mbrojtje sociale përcaktohet nga Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë dhe ligjet specifike që rregullojnë mbrojtjen sociale. Ligjet kryesore për mbrojtjen sociale përfshijnë:

- Ligji Nr. 9355 për Ndihmën dhe Shërbimet Shoqërore në Republikën e Shqipërisë 2005,
- Ligji Nr. 57 për Asistencën Sociale në Republikën e Shqipërisë 2019,
- Ligji Nr. 121 për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë 2016,
- Ligji Nr. 7703 për Sigurimet Shoqërore në Republikën e Shqipërisë 1993,
- Ligji Nr. 93 për Përfshirjen e Personave me Aftësi të Kufizuara 2014.

---

25 International Labour Organization (2021). Review of social protection system in Albania: coverage, expenditure, adequacy and financing Budapest:ILO, f. 3.

26 Shkalla e varësisë në pleqëri është numri i të moshuarve në një moshë kur ata janë përgjithësisht joaktivë ekonomikisht në krahasim me numrin e personave në moshë pune, i përcaktuar si numri i individëve të moshës 65 vjeç e lart për 100 persona midis moshës 15 dhe 64 vjeç.

27 International Labour Organization (2021). Review of social protection system in Albania: coverage, expenditure, adequacy and financing Budapest:ILO, f. 7.

Në bazë të Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror (Ligji Nr. 121 nga viti 2016) **përfitues të shërbimeve të kujdesit shoqëror** janë familjet dhe fëmijët, personat me aftësi të kufizuara, të moshuarit në nevojë, të rriturit që kanë probleme sociale, viktimat e dhunës, viktimat e trafikut, varësia e krijuar nga droga dhe alkooli, vajzat e mitura shtatzëna ose prindi i vetëm i një fëmije deri në një vjeç, fëmijët dhe të rriturit e rinj në konflikt me ligjin që kanë përfunduar periudhën e dënimit dhe që kanë nevojë për shërbime të kujdesit shoqëror për t'u riintegruar në shoqëri, si dhe ata që gëzojnë mbrojtje ndërkombëtare me vendimin e autoritetit përgjegjës për azilin dhe refugjatët.<sup>28</sup>

Brenda sistemit shqiptar të mbrojtjes sociale ofrohen **Iloje të ndryshme shërbimesh të mbrojtjes sociale**.<sup>29</sup> **Shërbimet rezidenciale** janë 24/7 dhe shërbimet afatgjata të kujdesit për fëmijët ose të rriturit. **Shërbimet komunitare** janë shërbime të ofruara për të gjitha kategoritë e përfituesve të shërbimeve të kujdesit shoqëror në qendrat komunitare lokale ose ambiente të tjera, përfshirë shërbimet e kujdesit ditore ose zëvendësimin e përkohshëm të kujdestarëve. **Shërbimet parashoqërore** janë shërbime të cilat përfshijnë informimin e përfituesve për shërbimet e kujdesit shoqëror nga ofruesit e shërbimeve, asistimin e përfituesve në përcaktimin e nevojave të tyre, bërjen e vlerësimit fillestar, mbështetjen dhe asistimin për zgjedhjen që korrespondon me nevojat e përfituesit në sistemin e shërbimit shoqëror. **Shërbimi i kujdesit në shtëpi** janë shërbimet e kujdesit shoqëror të ofruara në shtëpinë e kategorive në nevojë të cilat nuk janë në gjendje të marrin shërbime komunitare, ditore dhe rezidenciale. **Shërbimet e specializuara** janë shërbime të ofruara nga profesionistët e specializimeve të ndryshme. Këto shërbime u ofrohen në nivel rajonal dhe bashkiak fëmijëve me çrregullime pervazive të zhvillimit, sëmundje mendore, çrregullime të komunikimit, fëmijëve në nevojë për shërim fizik, fëmijëve të abuzuar seksualisht, fëmijëve në konflikt me ligjin, si dhe grave dhe vajzave të abuzuara, dhunuara ose të trafikuar, si dhe të gjitha kategorive të tjera në nevojë për këto shërbime. **Shërbimi i këshillimit me telefon ose on-line** është një shërbim i ofruar nëpërmjet linjës telefonike 24/7 për mbështetje, këshillim në kohë krize dhe referim të rasteve të dhunës në familje dhe mbrojtjes së fëmijëve, sipas protokolleve të hartuara dhe të miratuara.

**Kërkesa për përdorimin e shërbimeve të mbrojtjes sociale** dhe dokumentet e nevojshme i dorëzohen një punonjësi social në njësinë e vetëqeverisjes vendore, në mënyrë që ata të vlerësojnë nevojat për shërbimin dhe t'ia përcjellin çështjen organit kompetent të vetëqeverisjes vendore. Këshilli bashkiak kompetent vendos për kërkesën brenda 15 ditëve nga paraqitja e saj. Ky vendim mund të apelohet në gjykatë.

Ofrimi i shërbimeve të mbrojtjes sociale është përgjegjësi e drejtpërdrejtë e njësisë të vetëqeverisjes vendore, me institucionet e qeverisjes qendrore të ngarkuara me monitorimin e respektimit të standardeve dhe plotësimin e shërbimeve vendore në raste të veçanta, kur vlerësohet më efikase.

28 Neni 6 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror, <https://www.refworld.org/docid/5a84406b4.html>.

29 Neni 3 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

Kuadri institucional<sup>30</sup> i mbrojtjes sociale përfshin:

- **Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale** është përgjegjëse për organizimin dhe menaxhimin e sistemit të mbrojtjes sociale, i cili përfshin shërbimet e mbrojtjes sociale. Ministria harton dokumentet e politikave për reformimin dhe modernizimin e sistemit të mbrojtjes sociale, harton standardet minimale të ofrimit të shërbimeve, propozon aktet ligjore dhe nënligjore për plotësimin e kuadrit rregullator të funksionimit të sistemit të mbrojtjes sociale, përcakton kriteret dhe kushtet që duhet të plotësojnë subjektet që ofrojnë shërbime të kujdesit shoqëror, planifikon buxhetin, këshillon dhe udhëzon njësitë e qeverisjes vendore për planifikimin dhe ofrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror, etj. Përveç sa më sipër, janë përgjegjës për mirëmbajtjen e regjistrit elektronik kombëtar nëpërmjet shërbimit social shtetëror.
- **Shërbimi Social Shtetëror** monitoron zbatimin e legjislacionit për shërbimet sociale në të gjithë vendin dhe harton dokumentacionin model për përfituesit e shërbimeve sociale, bën vlerësimin e nevojës për shërbime të kujdesit shoqëror, mbledh, analizon dhe përpunon informacion mbi ecurinë e sistemit të mbrojtjes sociale, trajnon punonjësit e njërive të vetëqeverisjes vendore që merren me shërbimet sociale, mban regjistrin elektronik kombëtar të përfituesve, etj.
- **Inspektorati i Shërbimeve të Kujdesit Shoqëror** është organi përgjegjës për monitorimin dhe kontrollin e zbatimit të shërbimeve në përputhje me rregulloret ligjore në fushën e mbrojtjes sociale. Ata monitorojnë zbatimin e standardeve të ofrimit të shërbimeve nga ofruesit e shërbimeve, kontrollojnë ambientet dhe dokumentet e institucioneve që ofrojnë shërbime, miratojnë masa kundër ofruesve shtetëror dhe joshtetëror të shërbimeve që kanë shkelur rregulloret dhe standardet për ofrimin e shërbimeve, paraqesin propozime për heqjen e licencave të ofruesve të shërbimeve tek autoriteti kompetent, raportojnë rregullisht për inspektimet e kryera dhe masat.
- **Rajonet**, d.m.th. institucionet dhe organet kompetente rajonale përgatisin plane rajonale në fushën e mbrojtjes sociale në koordinim me planet vendore. Ata marrin vendime për ofrimin e shërbimeve të specializuara në nivel vendor, si dhe vendime për krijimin e komisioneve *ad hoc* të përbëra nga përfaqësues rajonalë, bashkiakë dhe të shoqërisë civile, dhe kanë për detyrë të hartojnë nevojat e shërbimit dhe të planifikojnë mënyrën e përgjigjes ndaj tyre.
- **Bashkitë ose njësitë e vetëqeverisjes vendore** (61 gjithsej) janë përgjegjëse dhe kompetente për identifikimin dhe vlerësimin e nevojave për shërbime sociale brenda territoreve të tyre, hartimin e planeve dhe buxheteve vendore të mbrojtjes sociale, planifikimin e një pakete shërbimesh, zhvillimin e tenderit për përzgjedhjen e ofruesve të shërbimeve, bashkërendimin e shërbimeve me shërbimin social shtetëror, si dhe krijimin e departamenteve

30 Nenet 31–38 të Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

të veçanta për mbrojtjen sociale dhe një njësi për vlerësimin e nevojave dhe përcjelljen e rasteve.

**Subjektet që ofrojnë shërbime të kujdesit shoqëror** mund të jenë persona juridikë publik ose jopublik të licencuar për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror.<sup>31</sup>

**Cilësia e shërbimeve të kujdesit shoqëror** ofrohet përmes licencimit dhe mbikëqyrjes së ofruesve të shërbimeve, dhe përmes akreditimit të programeve të trajnimit. Autoritetet kompetente japin licenca për ofruesit e shërbimeve në përputhje me rregulloret përkatëse ligjore. Të gjithë ofruesit e shërbimeve të mbrojtjes sociale duhet të ofrojnë shërbime në përputhje me standardet e përcaktuara nga ministria kompetente. Mbikëqyrja ndaj ofruesve të shërbimeve të mbrojtjes sociale kryhet nga Inspektorati i Shërbimeve të Kujdesit Shoqëror.

**Shërbimet e kujdesit shoqëror** financohen nga buxheti i republikës, buxhetet e njësive të vetëqeverisjes vendore, të ardhurat nga prona dhe veprimtari të tjera të bashkisë, ose në kurriz të përdoruesve që paguajnë një tarifë për shërbimin.<sup>32</sup>

Sipas mënyrës së financimit, shërbimet e kujdesit shoqëror në Shqipëri klasifikohen në shërbime publike dhe jopublike.<sup>33</sup> Shërbimet shoqërore publike financohen nga buxheti i republikës dhe buxhetet e njësive të vetëqeverisjes vendore. Ato përfshijnë shërbimet e ofruara në qendra komunitare, qendra rezidenciale dhe qendra ditore ose në shtëpi. Shërbimet jopublike klasifikohen në shërbime fitimprurëse dhe shërbime jofitimprurëse. Shërbimet shoqërore jofitimprurëse mund të financohen nga buxheti i republikës ose nga buxhetet e njësive të vetëqeverisjes vendore vetëm nëse ato kanë lidhur kontratë me subjektin përgjegjës për ofrimin e shërbimit të kujdesit shoqëror.

Komunat, në bashkëpunim me ministrinë kompetente krijojnë dhe administrojnë **fonde sociale** me qëllim të përmirësimit të standardeve dhe administrimit të kapaciteteve të shërbimeve ekzistuese të kujdesit shoqëror, për të krijuar shërbime të reja dhe për të zhvilluar politika sociale.<sup>34</sup> Fondi financohet nga buxheti, fondet jashtëbuxhetore të organizatave ose individëve vendas ose të huaj, tarifat e shërbimit dhe burime të tjera të ministrisë kompetente dhe komunave.

### Mbrojtja e shëndetit

Sipas statistikave zyrtare nga viti 2020, në Shqipëri funksionojnë 413 qendra shëndetësore të degëzuara në 2,037 ambulanca dhe 46 poliklinika të specializuara.<sup>35</sup> Nga numri i përgjithshëm i ekzaminimeve mjekësore, 40 % janë kryer nga persona mbi 60 vjeç, një tendencë kjo e pranisë në Shqipëri gjatë pesë viteve të fundit.

31 Neni 27 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

32 Neni 45 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

33 Neni 9 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

34 Neni 47 i Ligjit për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror.

35 INSTAT (2020), Treguesit e Shëndetit Publik, <http://www.instat.gov.al/media/8815/public-health-indicators-2020.pdf>.

Shtyllat e kuadrit ligjor të kujdesit shëndetësor në Shqipëri përfshijnë Ligjin për Kujdesin Shëndetësor (Ligji Nr. 10107 nga viti 2009), Ligjin për Shëndetin Publik (Ligji Nr. 10138 nga vit 2009), Ligjin për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (Ligji Nr. 10383 nga viti 2011),<sup>36</sup> Vendimin për Financimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor nga Sigurimi i Detyrueshëm Shëndetësor (Vendimi Nr. 737 nga 2014), Vendimin për Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor (Vendimi Nr. 101 nga 2015), dhe Vendimin për Themelimin, Organizimin dhe Funkionimin e Operatorëve të Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor (Vendimi Nr. 419 nga viti 2018).<sup>37</sup>

Përveç Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, aktorët përkatës në sistemin e kujdesit shëndetësor janë:

- **Operatori Kombëtar i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor** dhe mjediset e tyre rajonale janë baza e organizimit të ri të sistemit të kujdesit shëndetësor, përgjegjës për planifikimin dhe menaxhimin në fushën e kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor, dhe shëndetit publik.<sup>38</sup>
- **Instituti i Shëndetit Publik** ofron mbështetje për Ministrinë përmes shërbimeve të informimit dhe këshillimit. Kjo bëhet përmes hulumtimit dhe mbledhjes së të dhënave për çështjet e shëndetit publik, edukimit të vazhdueshëm të punonjësve shëndetësorë për shëndetin publik, kryerjes së programeve të parandalimit dhe duke vepruar si një qendër laboratorike referuese dhe një observator kombëtar epidemiologjik.<sup>39</sup>
- **Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor** siguron fonde për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor. Shërbimet e tyre financohen nëpërmjet kontributeve të sigurimeve shëndetësore dhe të ardhurave e transfertave të tjera nga buxheti i shtetit.<sup>40</sup>
- Njësitë e kujdesit shëndetësor, kryesisht ato të nivelit primar.
- Në Shqipëri, **kujdesi shëndetësor parësor** organizohet në secilën nga 61 bashkitë nëpërmjet qendrave shëndetësore – klinikave. Mesatarisht, një qendër e kujdesit shëndetësor parësor ofron shërbime për 8,000 deri në

36 International Labour Organization (2021). Review of social protection system in Albania: coverage, expenditure, adequacy and financing Budapest: ILO, f. 7.

37 Strategjia për zhvillimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri 2020–2025, Vendimi Nr. 405 20.05.2020., <http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/12/PHC-Strategy-Nov2021-web.pdf>.

38 Strategjia për zhvillimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri 2020–2025, Vendimi Nr. 405 20.05.2020., f. 9–10, <http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/12/PHC-Strategy-Nov2021-web.pdf>.

39 Instituti Shqiptar i Shëndetit Publik, <https://medipiet.isciii.es/countries-involved/albania/>.

40 UNICEF (2021). Health Sector Budget Brief, Albania:UNICEF.

20,000 banorë, në varësi të faktit nëse është një zonë urbane apo rurale.<sup>41</sup> Qendrat e kujdesit shëndetësor parësor ofrojnë shërbime shëndetësore nga paketa bazë e financuar nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Ato përfshijnë shërbimet e urgjencës, shërbimet shëndetësore për fëmijët, gratë në moshë për të lindur fëmijë, të rriturit, të moshuarit, si dhe kujdesin për shëndetin mendor dhe promovimin e shëndetit dhe edukimin.<sup>42</sup> Lloji i kushteve të vendbanimit është lloji i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor. Kujdesi shëndetësor për të rriturit dhe fëmijët ndahet kryesisht në zonat urbane me shërbime specialistike në to, kurse në zonat rurale, mjekët e përgjithshëm ofrojnë shërbime për pacientët e të gjitha moshave.<sup>43</sup>

### Mbështetja financiare

Në Shqipëri, nuk ka **mbështetje financiare** si ndihmë të drejtpërdrejtë financiare për njerëzit që kanë nevojë për kujdes afatgjatë. Llojet e mbështetjes financiare janë ndihma ekonomike, pagesa e aftësisë së kufizuar dhe pensionet sociale. Ndihma ekonomike përcaktohet për familjet në nevojë që nuk kanë të ardhura të mjaftueshme, jetimët që nuk janë në institucionet e kujdesit shoqëror, prindërit me më shumë se 2 fëmijë të lindur në të njëjtën kohë, viktimat e trafikimit dhe viktimat e dhunës në familje.<sup>44</sup> Ndihma për personat me aftësi të kufizuara është një formë e mbështetjes financiare për personat me aftësi të kufizuara që synon të përmirësojë cilësinë e jetës së tyre. Jepet në bazë të një mendimi të një bordi mjekësor. Janë paralajmëruar reformat e programit të pagesës së aftësisë së kufizuar duke rishikuar kriteret e vlerësimit dhe duke riorientuar vlerësimin e aftësisë së kufizuar nga modeli i mëparshëm mjekësor drejt atyre bio-psiko-sociale.<sup>45</sup> Që nga viti 2015, Shqipëria ka vendosur pensione sociale për personat në moshë 70 vjeç e lart që kanë jetuar në Shqipëri për 5 vitet e fundit dhe që nuk kualifikohen për pension për shkaqe të tjera. Shpenzimet e pensioneve sociale mbulohen nga buxheti i shtetit.<sup>46</sup>

## 2.1 Kuadri strategjik

Dokumentet më të rëndësishme strategjike në fushën e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor përfshijnë masat që i referohen shërbimeve të kujdesit afatgjatë.

41 World Health Organisation Country Office in Albania (2018). Primary health care in Albania: rapid assessment, Copenhagen: WHO.

42 Po aty, f. 5.

43 Po aty, f. 4.

44 International Labour Organization (2021). Review of social protection system in Albania: coverage, expenditure, adequacy and financing Budapest: ILO.

45 Po aty, f. 42–43.

46 Po aty, f. 17.

**Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2015–2020** ka skaduar.<sup>47</sup> Objektivi kryesor i saj ishte ndërtimi i një sistemi të mbrojtjes sociale për të gjithë personat që kanë nevojë për ndihmë ose që janë përjashtuar socialisht me anë të programeve parandaluese dhe të riintegritimit social të kombinuara me skemat e punësimit. Objektivi i parë specifik i referohej lehtësimit dhe zbutjes së varfërisë duke mundësuar një mbulim më të mirë të familjeve dhe personave të varfër dhe tejet të varfër, duke rritur transparencën dhe duke shmangur rastet e mundshme të abuzimit në skemën e ndihmës ekonomike dhe masat e punësimit, me qëllim përfshirjen sociale. Objektivi i dytë specifik i referohej përmirësimit të cilësisë së jetës së personave me aftësi të kufizuara nëpërmjet harmonizimit të standardeve të vlerësimit me standardet ndërkombëtare të klasifikimit të aftësisë së kufizuar dhe vendosjes së një skeme pagese në para me qëllim sigurimin e integritimit social dhe ekonomik. Së fundi, objektivi i tretë specifik iu referua zhvillimit të shërbimeve të kujdesit shoqëror bazuar në parimet e decentralizimit dhe deinstitutionalizimit me qëllim përfshirjen e grupeve të cenuara në programet e mbrojtjes sociale dhe inkurajimin e pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe efektive në shoqëri.

**Programi i Qeverisë Shqiptare 2021–2025** parashikon zgjerimin e një qendre të re dhe rrjeti shërbimi për fëmijët, gratë dhe të moshuarit që kanë nevojë për ndihmë dhe mbrojtje nëpërmjet Fondit Social. Në sektorin e shëndetësisë është planifikuar të vazhdohet me një qasje të integruar në punën e sistemit shëndetësor në të gjitha nivelet, në mënyrë që të ofrohet kujdes shëndetësor cilësor, i përballeshëm dhe i sigurt për grupet e cenuara si të moshuarit, fëmijët, gratë dhe personat me aftësi të kufizuara.<sup>48</sup> Parashikohet që deri në vitin 2024, dhjetë qendra të mjekësisë familjare do të funksionojnë me shërbime të integruara sociale dhe shëndetësore, dhe me fokus në çështjet e shëndetit mendor, shërbimet për fëmijët dhe të rinjtë dhe kujdesin paliativ. Gjithashtu është planifikuar të krijohet një Program Kombëtar të Mjekësisë së Specializuar të Lëvizshme në mënyrë që popullsia në zonat e largëta të ketë një qasje periodike në kujdesin shëndetësor të specializuar.

Në vitin 2020, Shqipëria miratoi dokumentin e parë kombëtar që trajton strategjikisht problemin e moshimit të popullsisë – **Planin Kombëtar të Veprimit mbi Moshimin 2020–2024**.<sup>49</sup> Ky dokument strategjik parashikon një sërë masash që duhet të miratohen për të mundësuar një jetë më të gjatë, të shëndetshme dhe aktive për të gjithë shqiptarët nëpërmjet ndërgjegjësimit të shoqërisë për shëndet të mirë, parandalimin e sëmundjeve, si dhe uljen e pabarazive në trajtimin e nevojave të të moshuarve. Përveç sa më sipër, Plani parashikon rregullimin e profesionit të kujdestarit dhe një qasje më të lehtë në tregun e punës për kujdestarët joformalë mbi moshën 50 vjeç, si dhe mbështetje për vendosjen e standardeve dhe protokolleve të caktuara të kujdesit dhe trajnimit për stafin e kujdesit shëndetësor në fushën e kujdesit afatgjatë. Plani Kombëtar i Veprimit mbi Moshimin synon të adresojë integrimin e shërbimeve shëndetësore dhe sociale që kontribuojnë në kujdesin afatgjatë në periudhën e ardhshme.

47 Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2015–2020, Raport Progresi 2019, Shtator 2020, [https://socialprotection.org/discover/legal\\_policy\\_frameworks/progres-report-2019-national-strategy-social-protection-2015-2020](https://socialprotection.org/discover/legal_policy_frameworks/progres-report-2019-national-strategy-social-protection-2015-2020).

48 Programi Qeveritar 2021–2025, Këshilli i Ministrave, Republika e Shqipërisë, f. 32–34. <https://kryeministria.al/wp-content/uploads/2021/10/Government-Program-2021-2025.pdf>.

49 Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Plani Kombëtar i Veprimit mbi Moshimin 2020–2024, <http://acpd.org.al/wp-content/uploads/2021/01/PLANI-KOMB%C3%8BTAR-I-VEPRIMIT-MBI-MOSHIMIN-Anglisht.pdf>.

Sipas Planit, politikat parësore mbi moshimin janë mbrojtja dhe përfshirja sociale, shërbimet e integruara sociale dhe shëndetësore, promovimi i shëndetit dhe mirëqenies dhe rritja e ndërgjegjësimit për të moshuarit dhe nevojat e tyre.<sup>50</sup> Mbrojtja dhe përfshirja sociale e të moshuarve përfshijnë mbështetjen për të moshuarit më të varfër përmes garantimit të minimumit për jetesë dhe përmirësimit gradual të pensioneve më të ulëta, rritjes së qasjes në transportin publik për të moshuarit më të varfër, pjesëmarrjes më të gjerë të të moshuarve në jetën e komunitetit, zgjatjes së jetës në punë dhe ruajtjes së aftësive të punës dhe promovimit të të mësuarit gjatë gjithë jetës, si dhe promovimit të punës vullnetare dhe bashkëpunimit ndërmjet brezave. Shërbimet e integruara sociale dhe shëndetësore përfshijnë integrimin e shërbimeve shëndetësore me ato sociale dhe kujdesin e vazhdueshëm për të moshuarit në nevojë, zgjerimin e shërbimeve në qendrat komunitare dhe krijimin e modeleve të apartamenteve si komunitet, forcimin e ndihmës në shtëpi, rritjen e kapaciteteve geriatrike dhe gerontologjike për profesionistët e shëndetësisë dhe punonjësit socialë. Promovimi i shëndetit/mirëqenies dhe rritja e ndërgjegjësimit për të moshuarit dhe nevojat e tyre përfshin promovimin e një jete të shëndetshme, parandalimin e sëmundjeve të invaliditetit për të moshuarit, përmirësimin e imazhit të moshimit dhe luftimin e çdo forme paragjykimi dhe diskriminimi, si dhe përmirësimin e informacionit dhe monitorimin e shëndetit/mirëqenies së të moshuarve.

Qëllimet strategjike të **Planit Kombëtar të Veprimit për Personat me Aftësi të Kufizuara 2021–2025** përfshijnë përmirësimin e cilësisë së jetës përmes ofrimit të kujdesit shëndetësor të qasshëm dhe të përballueshëm për të gjitha kategoritë e personave me aftësi të kufizuara, si dhe krijimin e sinergjive midis institucioneve dhe sektorëve të ndryshëm për të promovuar dhe monitoruar të drejtat e personave me aftësi të kufizuara në mënyrë gjithëpërfshirëse, të vazhdueshme dhe të qëndrueshme.<sup>51</sup> Për të ofruar shërbime sociale të qasshme dhe të përballueshme, autoritetet lokale dhe qendrore do të fokusohen në arritjen e tre objektivave specifike në bashkëpunim me sektorin civil. Objektivi specifik 1 është monitorimi i efekteve të vlerësimit të aftësisë së kufizuar sipas modelit të ri. Objektivi specifik 2 është ofrimi i shërbimeve të integruara që kombinojnë pagesat me para në dorë me kujdesin social cilësor. Dhe së fundi, objektivi specifik 3 është promovimi i jetesës së pavarur përmes shërbimeve të reja që kontribuojnë në përfshirjen sociale. Objektivat specifike në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor të përballueshëm janë lehtësimi i qasjes në shërbimet shëndetësore dhe zhvillimi i shërbimeve parandaluese dhe të ndërhyrjes së hershme dhe rehabilitimit.

**Strategjia për Zhvillimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020–2025**<sup>52</sup> bazohet në një qasje gjithëpërfshirëse dhe pjesëmarrëse sepse përpiqet t'u përgjigjet në mënyrë adekuate nevojave shëndetësore të të gjitha grupeve, dhe rrjedhimisht, t'u

50 Po aty, f. 19.

51 Plani Kombëtar i Veprimit për Personat me Aftësi të Kufizuara 2021–2025, [https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/03/Plani-Kombetar-2021-2025\\_ENG.pdf](https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/03/Plani-Kombetar-2021-2025_ENG.pdf).

52 Strategjia për zhvillimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri 2020–2025, Vendimi Nr. 405, 20.05.2020., <http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/12/PHC-Strategy-Nov2021-web.pdf>.



mundësojë grupeve të cënueshme qasje më të mirë në shërbimet shëndetësore. Strategjia mundëson integrimin si vertikal ashtu edhe horizontal të shërbimeve shëndetësore. Ajo ka disa objektiva. Objektivi i parë është rritja e cilësisë dhe mbulimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor për të zvogëluar numrin e pacientëve që referohen në institucionet dytësore, tretësore ose të urgjencës, rritjen e kënaqësisë së pacientit dhe përmirësimin e reputacionit të mjekëve të familjes. Objektivi i dytë është përgatitja e sistemit shëndetësor për çdo sfidë të mundshme, përfshirë nevojën e rritur për shërbime dhe adresimin e mungesës së punonjësve shëndetësorë duke promovuar rolin e infermierëve dhe teknikëve. Objektivi i tretë është të ofrojë shërbime shëndetësore dhe sociale të integruara dhe t'u përgjigjet nevojave individuale të personave dhe grupeve të cënueshme. Së fundi, strategjia synon të përmirësojë qasjen në shërbime dhe të ofrojë kujdes shëndetësor të koordinuar dhe të vazhdueshëm përmes bashkëpunimit me specialistët mjekësor.

Me rritjen e numrit të të moshuarve në totalin e popullsisë shqiptare, është e domosdoshme zgjidhja sistematike e çështjeve që lidhen me sëmundjet jo të transmetueshme, aftësinë e kufizuar dhe shëndetin mendor. Është e njohur se kujdesi afatgjatë i koordinuar siç duhet i pacientëve me sëmundje kronike parandalon një rrezik të lartë të shtrimit në spital. Prandaj, një nga objektivat specifike të kësaj strategjie është përshtatja e shërbimeve me nevojat shëndetësore të popullatës.<sup>53</sup> Masat e planifikuara për zbatimin e saj përfshijnë pilotimin e një modeli të ri të organizimit të integruar të shërbimeve sociale dhe shëndetësore për grupet e cënueshme në 4 qytete. Ky model përfshin kujdesin në shtëpi, kujdesin paliativ, kujdesin për shëndetin mendor në komunitet, këshillimin psikologjik, social dhe ligjor, si dhe shërbime të tilla si kujdesi për veten, rehabilitimi, etj.

Masat gjithashtu sigurojnë mbështetje për integrimin vertikal të shërbimeve të KSHP përmes përmirësimit të koordinimit të KSHP me lidhjet e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe social, duke siguruar vazhdimësinë e kujdesit dhe zvogëlimin e pengesave për referim dhe kundër-referimin tek/nga specialisti.<sup>54</sup> Përveç sa më sipër, shërbimet e KSHP do të përmirësohen duke u dhënë përparësi grupeve të cënueshme dhe me rrezik të lartë. Grupet e synuara përfshijnë: të moshuarit (kujdesi geriatrik, kujdesi familjar, krijimi i një modeli të integruar të kujdesit mjekësor-social, etj.), pacientët me sëmundje kronike, personat me aftësi të kufizuara (më shumë shërbime sociale sesa shërbime të kujdesit shëndetësor), komuniteti rom, fëmijët me nevoja të veçanta, adoleshentët, etj.<sup>55</sup> Për të siguruar kujdes më efikas duke siguruar qasje në shërbimet e KSHP për të gjitha kategoritë e popullsisë së mbuluar, Strategjia mundëson rimodelimin e shpërndarjes gjeografike të KSHP.<sup>56</sup> Këto ndryshime duhet të kontribuojnë në një përshtatje fleksibël të shërbimit shëndetësor bazuar në karakteristikat dhe nevojat e popullatës, ku, ndër të tjera, ato përfshijnë ngritjen e Qendrave të Mjekësisë Familjare, si dhe pilotimin e një rrjeti të komuniteteve të kujdesit shëndetësor/kujdesit shoqëror në zona të largëta.

53 Po aty, f. 30.

54 Po aty, f. 31.

55 Po aty.

56 Po aty, f. 32.

## 2.2 Kujdesi afatgjatë nga këndvështrimi i vendimmarrësve dhe ofruesve të shërbimeve

Kur bëhet fjalë për funksionimin e sistemit të kujdesit afatgjatë në Shqipëri, këndvështrimet e vendimmarrësve dhe ofruesve të shërbimeve ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme. Përfaqësuesit e institucioneve besojnë se ofrimi i shërbimeve të kujdesit afatgjatë është gjithëpërfshirës dhe relativisht në mënyrë të barabartë financiarisht i mbështetur dhe i shpërndarë në të gjithë rajonin, dhe se institucionet pranojnë punën e kujdestarëve joformalë. Të intervistuarit, veprimtaria parësore e të cilëve është ofrimi i kujdesit, pjesërisht ose plotësisht nuk janë dakord me sa më sipër. Si vendimmarrësit ashtu edhe ofruesit e kujdesit pajtohen se duhet të bëhet diçka për të përmirësuar sistemin e informimit të qytetarëve rreth shërbimeve të kujdesit afatgjatë.

Në lidhje me krijimin e një sistemi efektiv të kujdesit afatgjatë, një e intervistuar nga një prej institucioneve shqiptare të kujdesit shëndetësor tha se gjatë dy viteve të fundit është bërë shumë në lidhje me ofrimin e të gjitha shërbimeve të nevojshme dhe përmirësimin e vazhdueshëm të tyre, por se ka ende vend për përmirësim në mënyrë që të arrihet një nivel i kënaqshëm i ofrimit të shërbimit. Ajo beson se të gjitha shërbimet ofrohen aktualisht për kategoritë e kujdesit afatgjatë. Sa i përket shpërndarjes rajonale të shërbimeve, e intervistuarja vlerëson se ka shpërndarje të përshtatshme në kuadër të kujdesit spitalor dhe parësor, dhe specifikon se të gjitha qytetet kanë spitalet dhe qendrat e tyre shëndetësore në nivel bashkish dhe fshatrash, por se ka disa zona rurale ku mund të hasen disa probleme të vogla. E intervistuarja ynë deklaroi se nuk është kompetente për të vlerësuar nëse përfitimet në para janë adekuate. Në aspektin e cilësisë së shërbimeve të kujdesit afatgjatë të ofruara në Shqipëri, pavarësisht nëse marrim në konsideratë shërbimet spitalore apo kujdesin spitalor, shërbimet konsiderohen të një cilësie të kënaqshme nga këndvështrimi i Institutit.

Sa i përket kujdesit joformal, sipas të intervistuarës sonë, sistemi aktual shtetëror njihet dhe mbështet kujdestarët joformalë (të cilët mund të jenë anëtarë të familjes), dhe ka përfitime në të holla që shkojnë drejtpërdrejt te kujdestarët në varësi të gjendjes së personit. Sipas mendimit të të intervistuarës sonë, kriteret e kujdestarit joformal përcaktohen mirë nga një komision i përbërë nga anëtarë të fushave të mjekësisë, legjisllacionit, mbrojtjes sociale dhe fushave të tjera. Lidhur me ofrimin e shërbimeve të mbështetjes (trajnitimit) për kujdestarët joformalë, nuk ka informacion nëse është e rregulluar ligjërisht që të mbahet një trajnim formal, por ajo vë në dukje se mjekët zakonisht këshillojnë anëtarët e familjes për çështje specifike në lidhje me përdoruesin përkatës.

Të intervistuarit tanë nga organizata dhe shoqata të ndryshme (Shoqata e Mjekësisë Familjare, Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPHZ), Shoqata Paraplegjike Shqiptare, organizata e kujdesi në shtëpi „Sanus”), dhe një ekspert i pavarur, të gjithë kishin një këndvështrim pjesërisht ose në mënyrë të konsiderueshme të ndryshëm mbi funksionimin e sistemit të kujdesit afatgjatë në Shqipëri. Këto shoqata dhe organizata ofrojnë lloje të ndryshme shërbimesh, nga një organizatë që merret me ndërmjetësimin në kujdesin në shtëpi – Sanus, te Shoqata e Mjekësisë Familjare, e cila ofron të gjitha llojet e shërbimeve të kujdesit parësor afatgjatë për familjet, tek organizatat që mbrojnë dhe llojnë për ndryshime të politikave (Shoqata Para-

plegjike dhe Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin). Duhet të theksohet se asnjë nga të intervistuarit nuk është përfaqësues i një qendre gerontologjike ose organizate që merret me çështjen e kujdesit joformal.

Kur ofruesve të shërbimeve u kërkohet të përshkruajnë funksionimin e sistemit në praktikë, e intervistuar nga një OJQ vuri në dukje se OJQ-të janë financuesit kryesorë të shërbimeve jo-publike, sepse ato ofrojnë 35% të shërbimeve për të moshuarit, ku 10% e shërbimeve ofrohen nga fondacionet. Ka edhe diferenca rajonale në përfaqësimin e shërbimeve, sepse shumica e shërbimeve ofrohen në rajonin e Tiranës, ndërsa numri më i vogël ofrohet në rajonin e Vlorës (vetëm një). Eksperti i pavarur bie dakord me këtë dhe thekson se shpërndarja rajonale varet nga njohja e saktë e nevojave në nivel rajonal dhe bashkiak, nga fuqia financiare e bashkive, nga një politikë e drejtë e shpërndarjes së fondeve financiare nga qendra drejt bashkive. Ajo vuri në dukje se shërbimet duhet të jenë në dispozicion të gjithsecilit, veçanërisht në zonat më të largëta rurale, nëpërmjet sigurimit të transportit të përshtatshëm.

Sipas ekspertit, Shqipërisë i mungojnë shërbime të tilla si integrimi, shërbimet e kujdesit për ata që kanë më shumë se një problem (ekonomik dhe shëndetësor, ekonomik dhe social, ose social dhe shëndetësor). Shërbimet e munguara mund të ofrohen nga ofruesit privatë të shërbimeve, me pjesëmarrjen e shtetit në mbulimin e kostove të përdoruesve.

Sa i përket përfitimeve në të holla, eksperti beson se ato nuk janë adekuate në aspektin e sasisë dhe cilësisë. E intervistuar nga OJQ-ja që ofron shërbime vuri në dukje se mundësitë për të gjeneruar fonde për mbulimin e shërbimeve janë të kufizuara në nivele të bashkive dhe se është e vështirë të sigurohen fonde për shërbime afatgjata. Ajo e ilustroi këtë me shembuj të shërbimeve që janë zbatuar për një maksimum prej një viti, deri në masën në të cilën ministria kompetente e financoi shërbimin nëpërmjet fondit të mirëqenies sociale.

Ofruesit e shërbimeve theksuan nevojën urgjente për të rishikuar politikën dhe ligjet në këtë fushë për të krijuar një mjedis gjithëpërfshirës që do të mbështeste kujdestarët joformalë. Sipas disa ofruesve të shërbimeve, ka plane për të formuar një strukturë koordinimi në të ardhmen që do të identifikonte problemet e të moshuarve dhe do të krijonte mundësi për ofrimin e shërbimeve në shtëpitë e përdoruesve.

Të intervistuarit besojnë se cilësia e shërbimeve ekzistuese të kujdesit afatgjatë nuk është e kënaqshme dhe se është e nevojshme të hartohen shërbime për të përmbushur nevojat aktuale të përdoruesve.





### 3. GJENDJA SHËNDETËSORE DHE NEVOJAT PËR KAGJ

#### Gjetjet kryesore:

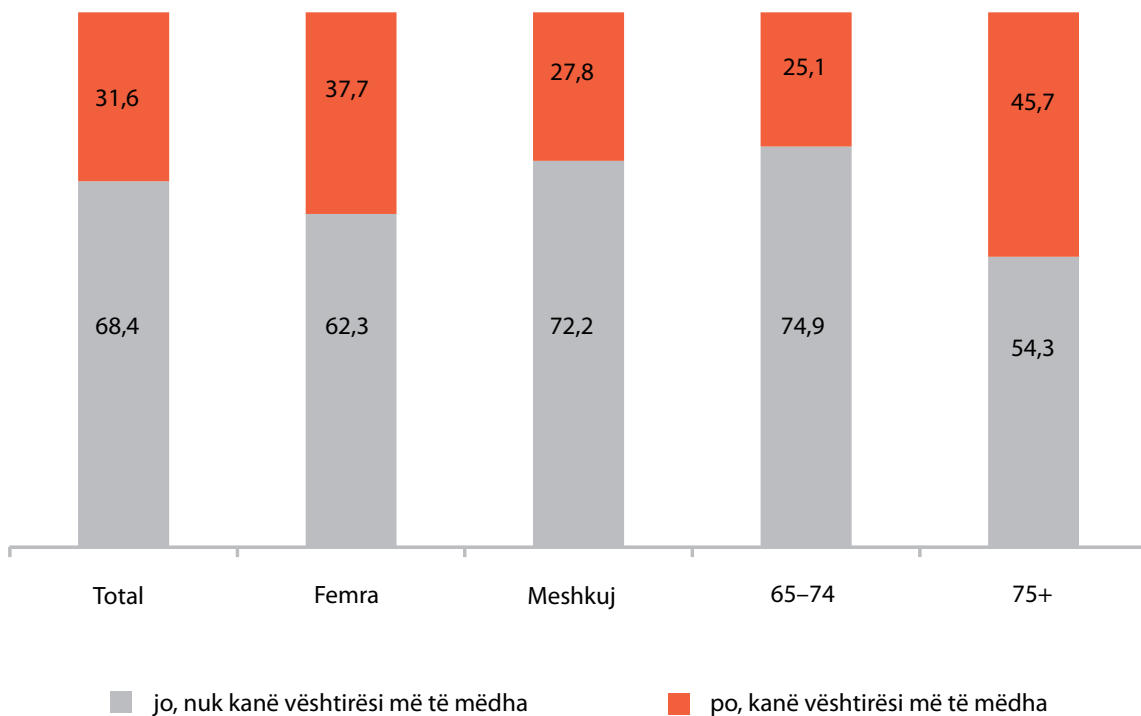
- 31.6% e të anketuarve më të vjetër se 65 vjeç raportuan vështirësi të mëdha në kryerjen e aktiviteteve të përditshme.<sup>57</sup>
- 45.7% e personave më të vjetër se 75 vjeç raportuan nevojë për kujdes afatgjatë në lidhje me 25.1% e personave të moshës 64–75 vjeç.
- Në shumicën e rasteve (24.7%) arsyeja për vështirësitë në kryerjen e aktiviteteve të përditshme lidhet me çështjet e lëvizjes.
- Dy të tretat e rasteve (66%) kishin nevojë për ndihmë në monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore dhe afërsisht po aq (61.5%) kishin nevojë për ndihmë në mbajtjen e higjienës së apartamenteve.
- Analiza e të dhënave për mbështetjen e kërkuar për aktivitet tregoi se ka dallime statistikisht të rëndësishme në lidhje me gjininë dhe moshën. Prandaj, një përqindje më e lartë e grave (38,6%) se burrat (32,2%) kishin nevojë për ndihmë me monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore, dhe gjithashtu me pagesën e faturave dhe blerjen e ushqimeve, shkuarjen për shëtitje, ushtrime terapeutike dhe përgatitjen e ushqimit. Një përqindje më e lartë e personave mbi moshën 75 vjeç kundrejt personave 65–74 vjeç raportuan një nevojë për ndihmë me të gjitha aktivitetet, veçanërisht në ruajtjen e higjienës themelore dhe veshjen (76.6% kundrejt 61.1%) dhe me monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore (45.7% kundrejt 29.6%).
- Te personat me aftësi të kufizuara nën moshën 65 vjeç, deri në 98% raportuan se kanë nevojë për kujdes afatgjatë për shkak të vështirësive të mëdha në kryerjen e aktiviteteve të përditshme.
- Pjesa më e madhe e të anketuarve (89%) nga kategoria e personave me aftësi të kufizuara të moshës 18–64 vjeç raportuan se kanë probleme me lëvizjen.
- Në kategorinë e personave me aftësi të kufizuara, një pjesë e madhe (80%) e të anketuarve raportuan se kanë nevojë për ndihmë në mirëmbajtjen e higjienës dhe veshje (80%) dhe pothuajse po aq (79%) raportuan se kanë nevojë për ndihmë në përgatitjen e ushqimeve.

57 Për qëllimin e këtij anketimi, të anketuar me vështirësi të mëdha nënkuptojnë të anketuarit të cilët kanë raportuar se kanë vështirësi të mëdha në kryerjen e aktivitetit të specifikuar ose nuk mund ta bëjnë fare atë.

### 3.1 Personat mbi moshën 65 vjeç

Hulumtimi tregoi se në një nënkampion të të anketuarve më të vjetër se 65 vjeç, 31.6%, kanë vështirësi ndërsa 68.4% nuk kanë vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve.<sup>58</sup> Për të ilustruar dallimet gjinore, 37.7% e të anketuarve femra kanë vështirësi dhe 62.3% kanë raportuar se nuk kanë vështirësi më të mëdha, ndërsa 27.8% e të anketuarve meshkuj kanë vështirësi dhe 72.2% nuk kanë vështirësi më të mëdha. Analiza tregoi se këto dallime midis përqindjes së grave dhe burrave që kanë nevojë për kujdes afatgjatë nuk janë statistikisht të rëndësishme. Për të ilustruar dallimet në moshë, rezultatet tregojnë se, në mesin e personave 75+, 45.7% e të anketuarve kanë nevojë për kujdes afatgjatë dhe 54.3% nuk kanë nevojë për të, d.m.th. nuk kanë vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve. Te të anketuarit e moshës 65–74 vjeç, 25.1% kishin nevojë për kujdes afatgjatë dhe 74.9% nuk kishin nevojë për të.

Grafiku 2: Pjesa e personave që kanë nevojë për kujdes afatgjatë për shkak të vështirësive më të mëdha në kryerjen e AJP-ve, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Në shumicën e rasteve (24.7%), arsyeja për vështirësitë në kryerjen e AJP-ve lidhet me problemet e lëvizjes. Në mënyrë të konsiderueshme më pak të anketuar raportuan probleme me shikimin, kujtesën, komunikimin dhe dëgjimin (Grafiku 3).

58 Në analizë, të anketuarit që patën vështirësi më të mëdha u konsideruan ata të cilët, kur iu bë pyetja 83 në pyetësor, thanë se kishin vështirësi më të mëdha për të kryer një nga aktivitetet ose se nuk mund të bënin fare aktivitetin e përmendur.

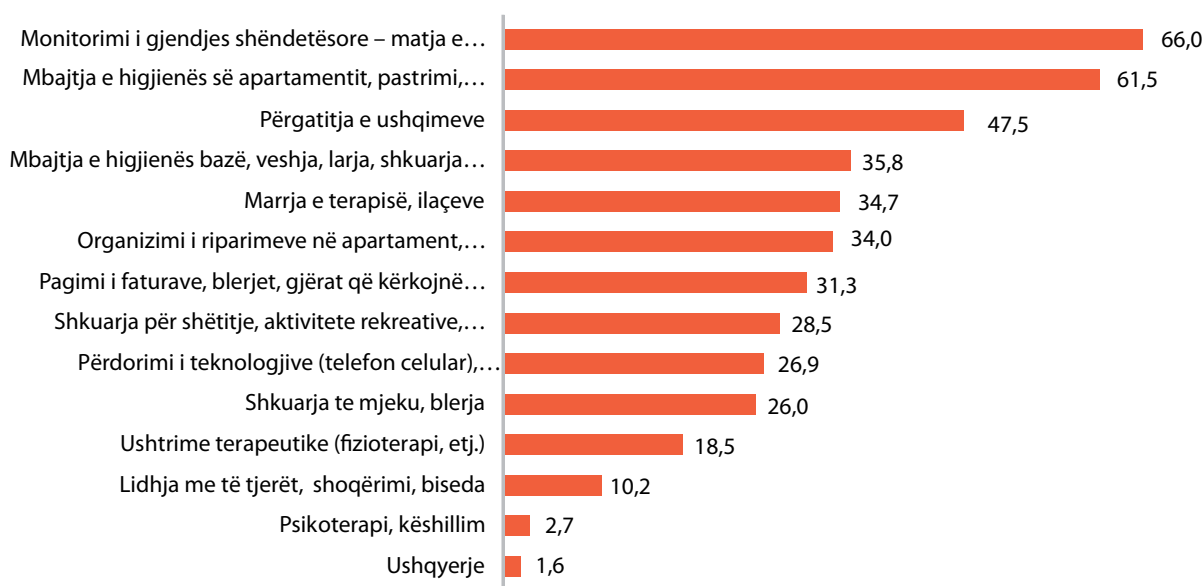
Grafiku 3: Pjesa e të moshuarve me vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve, për arsye, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Dy të tretat e të anketuarve (66%) treguan se kishin nevojë për ndihmë në monitorimin e shëndetit të tyre, 61.5% në mirëmbajtjen e higjienës së apartamenteve, 47.5% në përgatitjen e ushqimeve, 35.8% në mirëmbajtjen e higjienës bazë dhe veshjes, 34.7% në marrjen e terapisë, 34% në organizimin e riparimeve në apartamentet e tyre dhe 31.3% në pagesën e faturave dhe blerjen e ushqimeve (Grafiku 4).

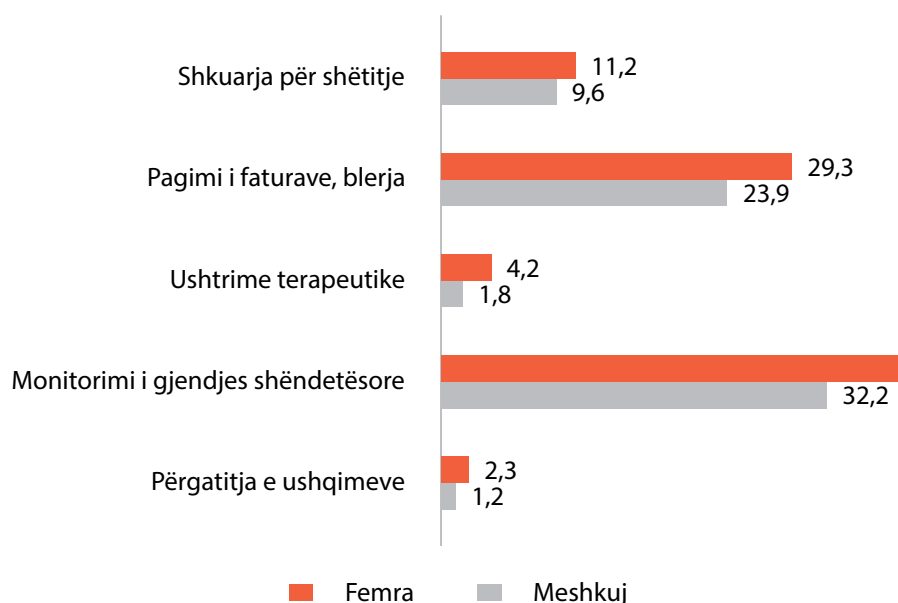
Grafiku 4: Pjesa e të moshuarve që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve, për llojin e aktivitetit, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Analiza e të dhënave tregoi se ka dallime statistikisht të rëndësishme në lidhje me gjininë dhe moshën, d.m.th. se ekziston një marrëdhënie midis gjinisë/moshës dhe gjasave që një person do të ketë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve. Një përqindje më e lartë e grave (38.6%) se burrat (32.2%) kanë nevojë për mbështetje në monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore, pagimin e faturave dhe blerjet e ushqimeve (29.3% kundrejt 23.9% burra), shkuarjen për shëtitje (11.2% kundrejt 9.6%), ushtrime terapeutike (4.2% kundrejt 1.8%) dhe përgatitjen e ushqimeve (2.3% kundrejt 1.2%).

**Grafiku 5: Pjesa e të moshuarve që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve të ndryshme, sipas gjinisë, %<sup>59</sup>**



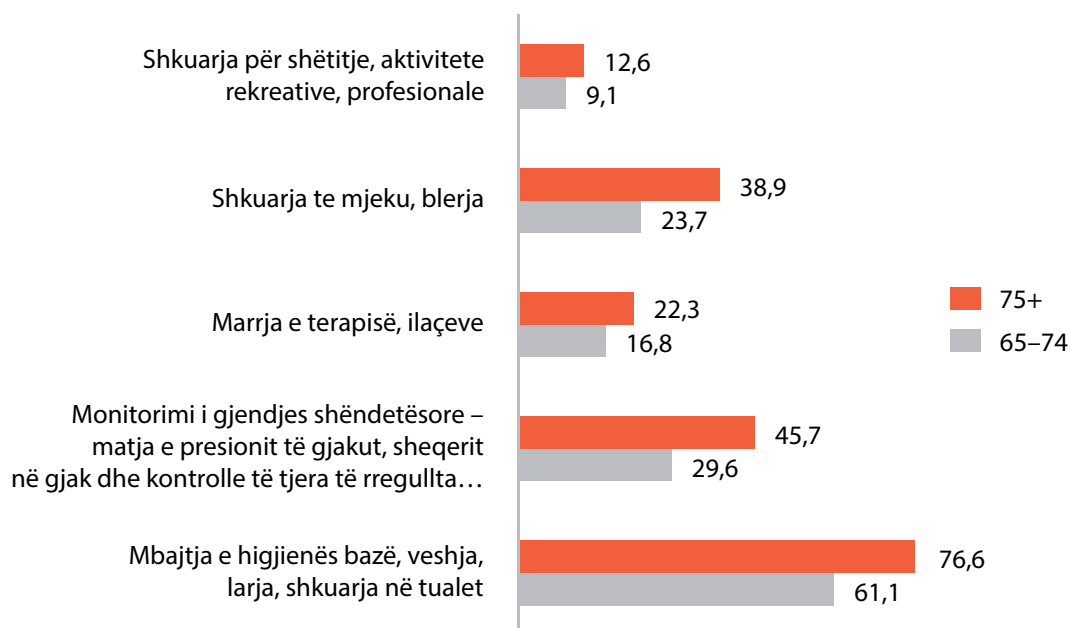
Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Probabiliteti që një person të ketë nevojë për mbështetje në mbajtjen e higjienës bazë dhe veshje, monitorimin e gjendjes së tij shëndetësore, shkuarjen te një mjek, marrjen e terapisë ose shkuarjen për një shëtitje rritet me moshën. Një përqindje më e lartë e personave mbi moshën 75 vjeç sesa personat e moshës 65–74 vjeç kanë nevojë për mbështetje për ruajtjen e higjienës bazë dhe veshje (76.6% kundrejt 61.1%), monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore (45.7% kundrejt 29.6%), shkuarjen te një mjek ose blerjen e ilaçeve (38.9% kundrejt 23.7%), marrjen e terapisë (22.35 kundrejt 16.8%), shkuarjen për një shëtitje ose aktivitete rekreative (12.6% kundrejt 9.1%).

59 Janë paraqitur vetëm aktivitetet për të cilat dallimi gjinor është gjetur të jetë statistikisht i konsiderueshëm.



Grafiku 6: Pjesa e personave që kanë nevojë për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve të ndryshme, për moshë, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

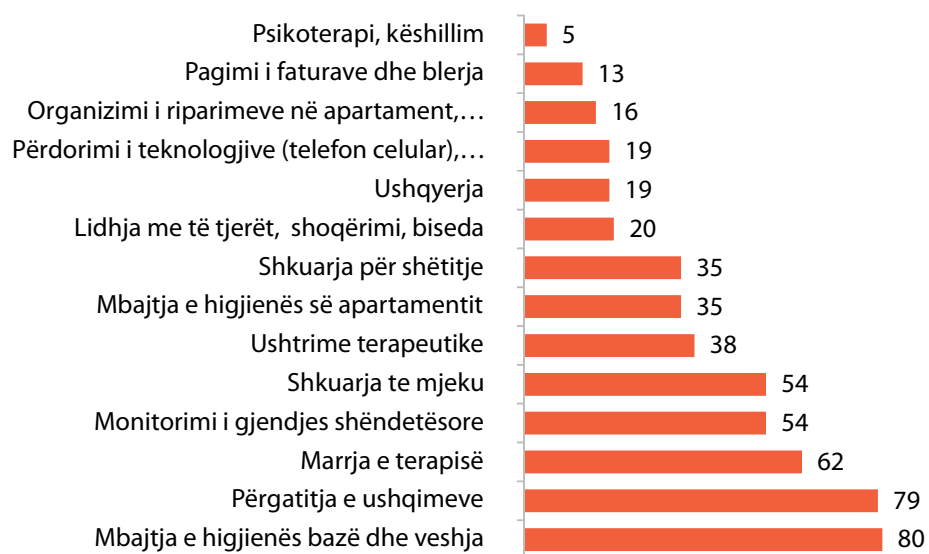
### 3.2 Personat me aftësi të kufizuara nën 65 vjeç

Rregulloret në fushën e mbrojtjes sociale përshkruajnë çdo person që vuan nga dëmtimi fizik dhe/ose shqisor afatgjatë, paaftësi mendore dhe/ose intelektuale si një person me aftësi të kufizuara.

Në kategorinë e personave me aftësi të kufizuara nën 65 vjeç, gati 98% kanë nevojë për kujdes afatgjatë për shkak të vështirësive të mëdha në kryerjen e AJP-ve. Pjesa më e madhe e të anketuarve (89%) raportuan se kishin probleme me lëvizjen, 9% vështirësi në komunikim dhe komunikim, 8% vështirësi për shkak të sëmundjeve kronike, dhe po aq raportuan se kishin probleme me dëgjimin, ku 6% raportuan vështirësi në shikim.

Në kategorinë e personave me aftësi të kufizuara nën 65 vjeç, 80% e të anketuarve raportuan nevojën për mbështetje në mbajtjen e higjienës dhe veshjes, 79% për përgatitjen e ushqimeve, 62% për marrjen e terapisë, 54% për monitorimin e gjendjes së tyre shëndetësore dhe e njëjta përqindje raportoi nevojën për mbështetje kur shkonin te një mjek. 38% kishin nevojë për mbështetje në ushtrimet terapeutike, ku 35% e të anketuarve kishin nevojë për mbështetje në mirëmbajtjen e higjienës së apartamenteve. Një pjesë më e vogël e të anketuarve kishin nevojë për mbështetje në shkuarjen për shëtitje, konsumimin e ushqimit dhe përdorimin e teknologjive (Grafiku 7).

Grafiku 7: Pjesa e personave me aftësi të kufizuara të moshës 18–64 vjeç që raportuan nevojën për mbështetje në kryerjen e aktiviteteve, sipas llojit të aktivitetit, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.



## 4. MËNYRA E MENAXHIMIT TË NEVOJËS PËR KUJDES AFATGJATË

### Gjetjet kryesore:

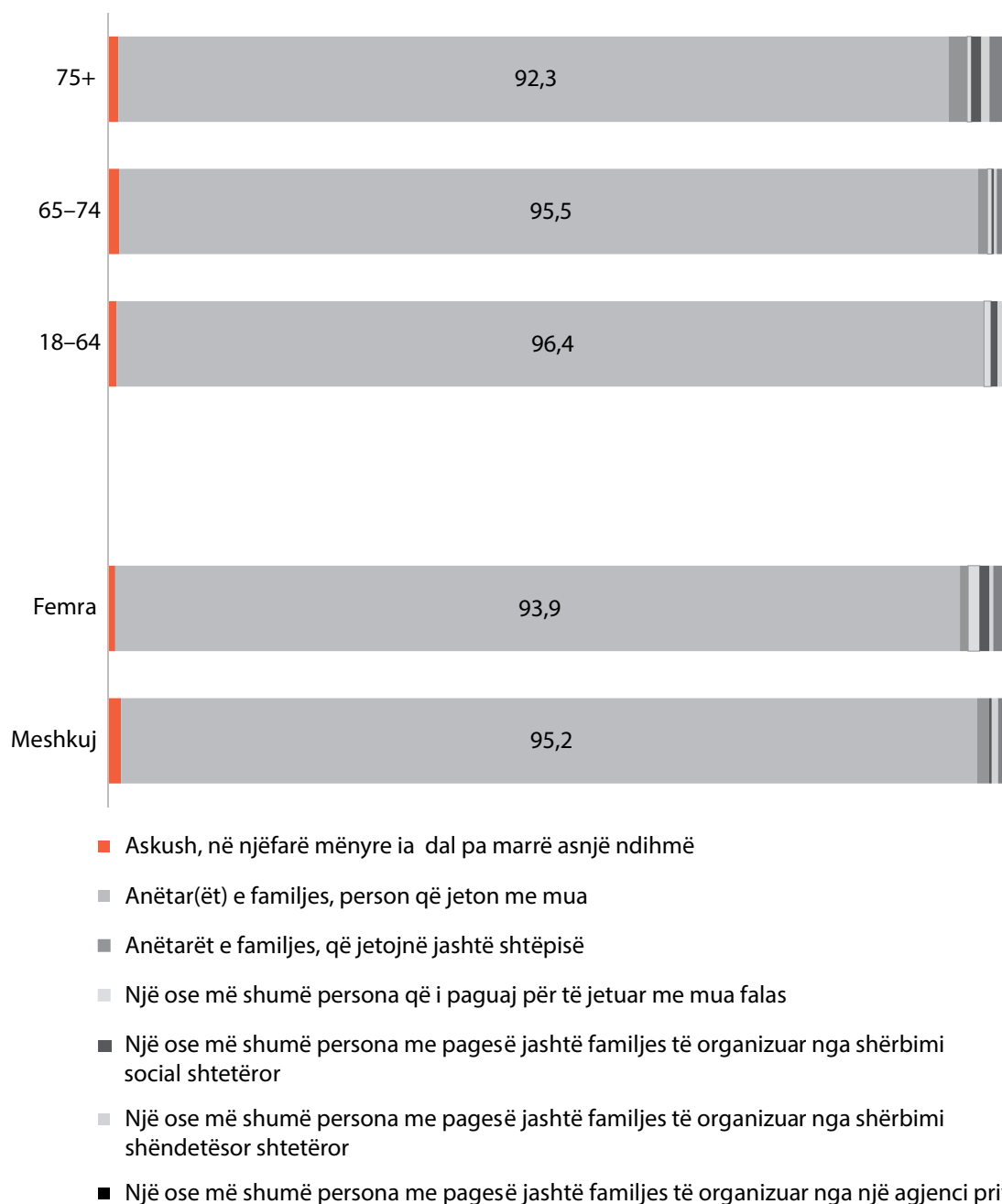
- Në mostrën totale të të anketuarve, 94.7% raportuan se marrin mbështetje nga anëtarët e familjes së tyre dhe 95.3% mendonin se ndihma që marrin nga anëtarët e familjes së tyre është më e rëndësishmja.
- Në 60.5% të rasteve, më shumë se një person ofron mbështetjen e nevojshme për të anketuarit.
- Shumica e të anketuarve kishin nevojë për mbështetje më të shkurtër gjatë ditës, kryesisht gjatë dy (29.3%) ose tre (30.5%) orëve në ditë.
- 37.8% e të anketuarve që jetojnë vetëm nuk marrin mbështetje nga askush dhe duhet t'ia dalin vet.
- 4.3% e të anketuarve që jetojnë vetëm me një fëmijë apo më shumë fëmijë të mitur nuk kanë mbështetje dhe ia dalin vet, ku 90.4% mbështeten vetëm tek i mituri ose fëmijët.
- Nevoja për KAGJ mbeti e njëjtë gjatë pandemisë COVID-19 për pothuajse dy të tretat e të anketuarve (63.3%).

Rezultatet e sondazhit treguan se 94.7% e të anketuarve morën mbështetje nga anëtarët e familjes, 1.2% nga anëtarët e familjes që nuk jetojnë në familje dhe e njëjta përqindje e të anketuarve nuk kanë mbështetje dhe janë të detyruar t'ia dalin vet. Një përqindje shumë e vogël e të anketuarve mbështeten në ndihmën e personave privatë, personave të dërguar nga institucionet sociale dhe shëndetësore ose agjencitë private, ose në ndihmën e fqinjëve të tyre (më pak se 1% për secilin nga opsionet e kujdesit të listuar).

Rezultatet gjithashtu treguan se nuk kishte dallime statistikisht të konsiderueshme në varësi të gjinisë dhe moshës. Megjithatë mostra përfshinte disi më pak gra se burra, ato mbështeten në mbështetjen e anëtarëve të familjes pothuajse aq sa burrat. Përkatësisht, 95.2% e të anketuarve meshkuj dhe 93.9% të anketuar femra mbështeten tek anëtarët e familjes. Pjesa më e madhe e personave me aftësi të kufizuara (96.4%) dhe personave mbi 65 vjeç (95.5% persona të moshave 65–74 vjeç dhe 92.3% persona mbi 75 vjeç) marrin ndihmë në kryerjen e AJP-ve nga anëtarët e familjes së tyre. Gjithashtu, mbi 90% e të anketuarve në të gjitha llojet e vendba-

nimeve morën mbështetje nga anëtarët e familjes me të cilët jetojnë. Në qytetet më të vogla vihet re se çdo i anketuar i nëntë ka raportuar se ka marrë mbështetje nga personat jashtë familjes të organizuar nga shërbimet shëndetësore shtetërore.

Grafiku 8: Mënyra e menaxhimit të nevojës për kujdes afatgjatë, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

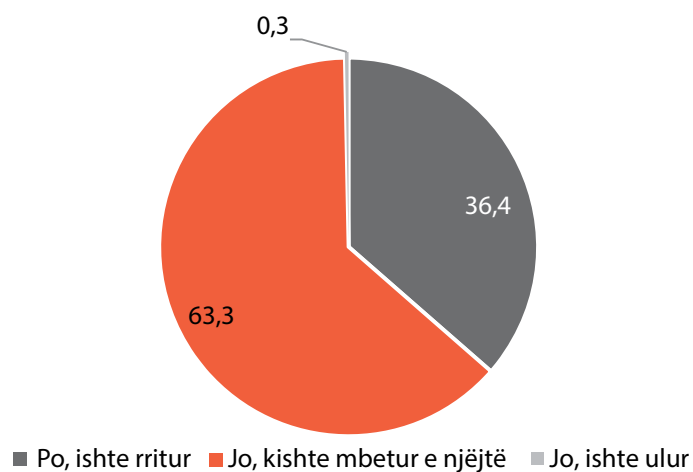
Shumica e të anketuarve (95.3%) raportuan se ndihma që marrin nga anëtarët e familjes së tyre është më e rëndësishmja, 2.3% raportuan se kanë marrë ndihmë nga anëtarët e familjes që nuk jetojnë në të njëjtën familje dhe 1.3% raportuan se kanë marrë ndihmë nga një person nga një organizatë humanitare.

Kur vëzhguan se sa njerëz i ndihmojnë ata në baza javore, rezultatet treguan se 39.5% e të anketuarve morën ndihmën e një, 42.4% morën ndihmën e dy dhe 9.9% morën ndihmën e tre personave. Më pak të anketuar raportuan se merrnin ndihmë nga katër ose më shumë njerëz. Kur përmbledhim përqindjet, mund të shohim se 60.5% e të anketuarve marrin ndihmë nga një ose më shumë persona, gjë që mund të tregojë ose ashpërsinë e vështirësive që kërkojnë kujdes afatgjatë dhe/ose shpërndarjen e barrës së ofrimit të kujdesit afatgjatë midis disa kujdestarëve. Kjo gjithashtu mund të tregojë se mbështetja organizohet sipas disponueshmërisë së ofruesve të shërbimeve dhe orëve të tyre të punës. Duhet të kemi parasysh se hulumtimi i anketës tregoi se shumica e ofruesve të kujdesit janë anëtarë të familjes, prandaj, është e arsyeshme të pritët që ata duhet të kombinojnë kujdesin afatgjatë dhe përgjegjësitë e tyre të punës. Ky supozim mbështetet nga rezultatet që tregojnë kohëzgjatjen e kujdesit. Gjetjet treguan se të anketuarit kishin nevojë për kujdes më të shkurtër gjatë ditës. Në fakt, 24.6% e të anketuarve marrin kujdesin e personave të tjerë gjatë ditës, 35.4% për dy orë në ditë, 22.7% për tre orë dhe 5% për katër orë në ditë. 11.9% e të anketuarve marrin kujdes më të gjatë që zgjat katër orë në ditë ose më shumë. Kur krahasojmë numrin mesatar të orëve të mbështetjes me të dhëna gjinore, mund të shohim se gratë marrin pak më shumë orë kujdes sesa burrat (2.93 kundrejt 2.59 orë). PAK të moshave 18–64 marrin orët më të shumta të kujdesit – deri në 5.79, ndërsa personat e moshës 65–74 marrin orët më të pakta të kujdesit (mesatarisht 2 orë). Të anketuarit më të vjetër, të moshës 75+ vjeç, marrin mesatarisht 2.57 orë kujdes në ditë.

Për të fituar një pasqyrë gjithëpërfshirëse të nevojave për kujdes afatgjatë, ne krahasuam informacionin se kush mbështet të anketuarit dhe me kë jetojnë në analizën e rezultateve të anketës. Gjetjet treguan se në mostrën e përgjithshme të të anketuarve, 37.8% e personave që jetojnë vetëm nuk marrin kujdes nga askush dhe duhet t'ia dalin vet. Nëse ata nuk mund t'ia dalin vet, 35,1% e personave që jetojnë vetëm marrin kujdes nga anëtarët e familjes që nuk jetojnë me ta. Një përqindje më e madhe e personave që jetojnë vetëm mbështeten në ndihmën e njerëzve nga agjencitë (13.5%) ose fqinjët (8,1%) krahasuar me personat që jetojnë me dikë. 4.3% e të anketuarve që jetojnë vetëm me një fëmijë ose më shumë fëmijë të mitur nuk marrin asnjë kujdes dhe ia dalin vet, ndërsa 90.4% mbështeten vetëm te fëmija ose fëmijët e mitur (kjo tregohet nga përgjigja e tyre se ata marrin kujdes nga anëtarët e familjes së tyre). Po ashtu, shumica e të anketuarve që jetojnë me fëmijë të rritur (95,9%) mbështeten në ndihmën e tyre. Mbi 90% e të anketuarve të tjerë që jetojnë me të afërmit në të njëjtën familje (nipërit, prindërit, vëllezërit, motrat, të afërmit e tjerë) mbështeten në ndihmën e tyre.

Pothuajse dy të tretat e të anketuarve (63.3%) raportuan se nevoja e tyre për kujdes afatgjatë mbeti e njëjtë gjatë pandemisë COVID-19, ndërsa një e treta e të anketuarve (36.4%) raportuan një rritje të nevojës për KAGJ.

Grafiku 9: Nevoja për KAGJ gjatë pandemisë COVID-19, %



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Në mostrën e përgjithshme, numri i të anketuarve që kanë raportuar se kanë vështirësi në AJP dhe nuk kanë marrë asnjë lloj ndihme është shumë i vogël dhe nuk lejon analiza të mëtejshme sasiore, por interesante është se në tre nga këto pesë raste, të anketuarit kanë deklaruar se nuk marrin kujdes për shkak se nuk kanë pasur fonde për të aplikuar për shërbimin.

Gjetjet nga intervistat me përdoruesit e shërbimit KAGJ treguan se nevoja për kujdes afatgjatë të PAK përmbushet pjesërisht përmes sistemit të kujdesit shëndetësor, d.m.th. shërbimi i vizitës në shtëpi i ofruar nga mjekë të institucioneve shëndetësore publike ose mjekë privatë. Problemi kryesor është se këta njerëz marrin kujdes kryesisht përmes kujdesit joformal që nuk mbulohet nga sistemi dhe shërbimet e mbrojtjes sociale.

## 5. QASJA NË SHËRBIMET E KAGJ-SË

### Gjetjet kryesore:

- 12.8% e të anketuarve përdorën shërbime shëndetësore që kanë komponentë të kujdesit afatgjatë.
- Lidhur me përdorimin e shërbimeve shëndetësore, nuk ka dallime statistike të konsiderueshme sipas gjinisë, por ka dallime sipas grupmoshave. Një përqindje më e lartë e personave 75+ (12.6%) përdorën shërbime shëndetësore krahasuar me të anketuarit e moshave 18–64 (8.5%).
- Dy të tretat e të anketuarve që nuk ishin në gjendje për të marrë shërbime shëndetësore gjatë pandemisë COVID-19 nuk kompensuan nevojën për shërbime shëndetësore dhe u detyruan t'ia dalin vet.
- Intervistat me përdoruesit e KAGJ-së që përdorën shërbimin e ndihmës në shtëpi treguan se ata kryesisht përdorën shërbimet e ofruara nga ofruesit privatë dhe joformalë të shërbimeve, dhe ata u informuan për shërbimin përmes kanaleve private, përmes rekomandimeve.
- Për shkak të pandemisë COVID-19, shërbimet e mbështetjes në komunitet u pezulluan në 60.7% të rasteve dhe u reduktuan në 32.1% të rasteve.
- Vetëm 9.1% e të anketuarve mbi 65 vjeç raportuan se ishin të mirëinformuar për shërbimin e akomodimit në familje, ku 8.5% ishin të informuar për akomodimin në një institucion. Pothuajse gjysma e të anketuarve nga ky grup nuk kanë menduar për akomodim në familje (48.8%) ose në institucion (44%). Më shumë se dy të tretat e tyre raportuan pamundësinë për t'u kujdesur për veten si më parë si të vetmen arsye që do t'i bënte ata të përdornin akomodimin në familje (76.3%) ose në institucion (70.2%).

Në kapitujt vijues, analiza do të përqendrohet në kushtet dhe mundësitë e përfituesve për të marrë lloje të ndryshme të kujdesit brenda sistemit të kujdesit shëndetësor dhe social, si në rrethana të rregullta ashtu edhe gjatë një pandemie. Shërbimet do të paraqiten nga këndvështrimi i përdoruesit në analizën sasiore dhe cilësore të të dhënave të mbledhura. Në këtë drejtim u analizuan vetëm shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe social të mbuluara nga humtimi. Në anketën ose intervistën e zhvilluar, çdo i anketuar pati mundësinë të evidentojë specifikat e shërbimit që përdor, si dhe avantazhet dhe disavantazhet kryesore të atij shërbimi.

## 5.1 Shërbimet që mbulon sistemi i kujdesit shëndetësor

Kujdesi afatgjatë si pjesë e kujdesit shëndetësor ofrohet kryesisht në nivelin parësor. Çdo bashki ka qendra KSHP të lidhura me post-ambulancat shëndetësore, të cilat ofrojnë një paketë bazë të shërbimeve shëndetësore të financuar nga fondi i sigurimeve shëndetësore, përfshirë shërbimet për të moshuarit. Shërbimet shëndetësore për personat me aftësi të kufizuara nuk janë kategorizuar në mënyrë specifike si një paketë e shërbimit bazë shëndetësor, por ofrohen brenda kujdesit shëndetësor për të rriturit. Qendrat shëndetësore ofrojnë vizita në shtëpi për pacientët me vështirësi në kryerjen e AJP-ve. Përveç sa më sipër, një numër i caktuar i shtretërve spitalorë është i destinuar për kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike dhe ofrimin e kujdesit paliativ.

### 5.1.1 Vizitat në shtëpi

**Shërbimi i vizitës në shtëpi** përfshin vizitën e mjekëve në shtëpinë e pacientit për shkak të trajtimit në shtëpi kur pacienti nuk është në gjendje të vizitojë institucionin shëndetësor sepse ai ose ajo është i palëvizshëm ose ka një gjendje të caktuar mjekësore, si dhe kur një vizitë e tillë kërkohet si vazhdim i trajtimit të pacientit. Vizitat e mjekëve kryhen nga mjekët dhe specialistët e kujdesit parësor, dhe ato përfshijnë një ekzaminim mjekësor, administrimin e terapisë së nevojshme (injeksione, infuzione) dhe kujdesin shëndetësor (ndërrimin e fashave, ndërrim kateteri, etj.). Vizitat në shtëpi të infermierëve të kujdesit në shtëpi janë një lloj specifik i këtij shërbimi. Ato janë një formë e kujdesit shëndetësor në shtëpinë e pacientit dhe kryhen nga infermierë/teknikë me urdhër të një mjeku të kujdesit parësor ose të një specialisti. Vizitat në shtëpi të infermiereve të kujdesit në shtëpi përfshijnë administrimin e terapisë, dhënien e këshillave për trajtimin, kujdesin dhe dietën, si dhe marrjen në konsideratë të kushteve të jetesës së pacientit dhe dhënien e këshillave se si të përmirësohen ato në mënyrë që të përmirësohet shëndeti i pacientit.

Ky shërbim është shërbimi më i rëndësishëm i kujdesit afatgjatë në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor. Sipas të dhënave statistikore të INSTAT, pothuajse 80,000 vizita në shtëpi janë kryer në vitin 2020. Në periudhën nga viti 2015 deri në vitin 2019, numri i vizitave në shtëpi është rritur me 15%, me një zhvillim tregues relativisht të pabalancuar. Sidoqoftë, distanca midis qendrave të KSHP-së që varion nga 10 në 25 km<sup>60</sup> dhe pajisjeve të transportit të ekipit mjekësor shpesh të papërshtatshme mbetet një sfidë për ofrimin e këtij shërbimi, veçanërisht në zonat rurale.

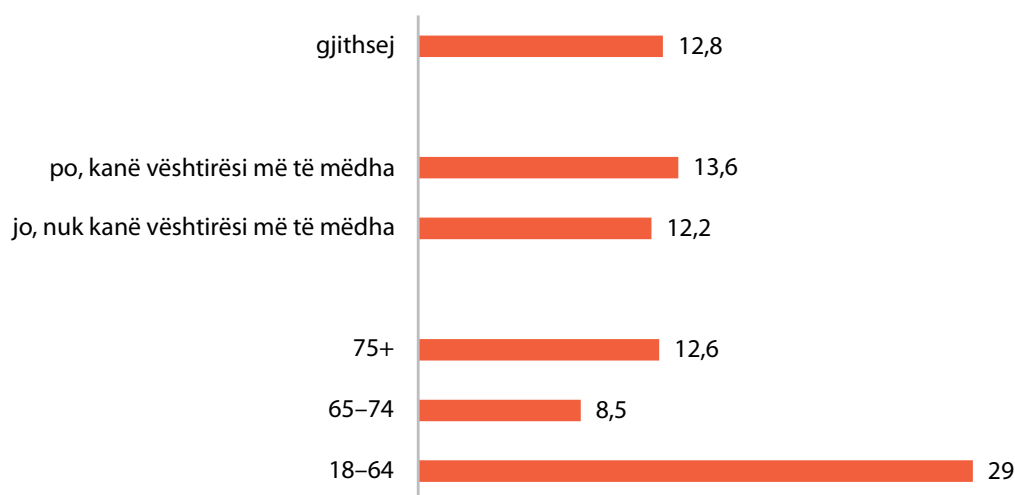
Të dhënat e analizës sasiore treguan se 12.8% e të anketuarve përdorën shërbime shëndetësore që kanë komponentë të kujdesit afatgjatë. Midis të anketuarve që kanë përdorur shërbimet, ka një raport të barabartë të personave që kanë dhe atyre që nuk kanë vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve. Në grupin e personave me vështirësi më të mëdha në kryerjen e AJP-ve, 13.6% përdorën vizita në shtëpi të infermierëve të kujdesit në shtëpi ose vizita në shtëpi të mjekëve në dy vitet e mëparshme.

60 World Health Organisation Country Office in Albania (2018). Primary health care in Albania: rapid assessment, Copenhagen: WHO, f. 4.



Analiza sasiore tregoi se nuk ka dallime statistikisht të konsiderueshme sipas gjinisë, por ka dallime statistikisht të konsiderueshme sipas grupmoshave. 12.5% e të anketuarve meshkuj përdorën shërbime shëndetësore që kanë komponentë të kujdesit afatgjatë kundrejt 13.1% të të anketuarve femra. Në mostrën totale, 29% e PAK të moshave 18–64 vjeç përdorën vizitat në shtëpi të mjekëve ose vizitat në shtëpi të infermierëve. Në kategorinë e personave 65+, 12.6% e të anketuarve nga nëngrupi i personave mbi moshën 75 vjeç përdorën shërbimet shëndetësore kundrejt 8.5% të anketuarve nga nëngrupi i personave të moshës 65–74 vjeç.

**Grafiku 10: Pjesa e të anketuarve që kanë përdorur vizitat në shtëpi të infermiereve të kujdesit në shtëpi ose vizitat në shtëpi të mjekëve në dy vitet e mëparshme, për moshë, %**



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Kur përshkruhet niveli i kënaqësisë me shërbimet shëndetësore të ofruara, 91.9% e të anketuarve që iu përgjigjën kësaj pyetjeje besojnë se ato kënaqin nevojat e tyre. Arsyet më të zakonshme për pakënaqësinë me shërbimet shëndetësore të ofruara janë mungesa e kushteve për t’iu përgjigjur siç duhet kërkesës për kujdes dhe ashpërsia e sëmundjes.

Përgjigjet e pyetjeve në lidhje me ndikimin e pandemisë COVID-19 në ofrimin e shërbimeve shëndetësore treguan se gjysma e të anketuarve (51.4%) tregojnë se ato ishin në dispozicion në mënyrë të barabartë si para pandemisë. Midis atyre që raportuan se shërbimet ishin të padisponueshme gjatë pandemisë, shumica (66.7%) nuk kompensuan nevojën për shërbime shëndetësore dhe ia dolën vet, ndërsa pjesa tjetër ia dolën duke paguar shërbime private të kujdesit shëndetësor ose me ndihmën e të afërmeve ose miqve që janë punonjës shëndetësorë.

Intervistat e kryera me përdoruesit e shërbimeve zbuluan se vizitat në shtëpi janë shërbimi më i zakonshëm i kujdesit afatgjatë. Të anketuarit përdorën shërbimet e mjekëve të tyre të KSHP ose shërbimet e mjekëve privatë. Niveli i kënaqësisë me cilësinë e shërbimeve të kujdesit afatgjatë është i ndarë. Disa përdorues nga kategoria e personave me aftësi të kufizuara besojnë se mjekët nuk kanë njohuri të mjaftueshme për trajtimin e personave me aftësi të kufizuara dhe infrastruktura e strukturave shëndetësore është e paqasshme për personat me aftësi të kufizuara. Disa përdorues gjithashtu vunë në dukje problemet në përdorimin e shërbimit ose mungesën e disponueshmërisë së tij gjatë pandemisë COVID-19.

### 5.1.2 Kujdesi paliativ

Kujdesi paliativ është kujdes mjekësor i specializuar për personat që jetojnë me një sëmundje të rëndë në mënyrë që të ndihmohen pacientët të jetojnë në mënyrë sa më aktive deri në vdekje. Ai përfshin pacientët onkologjikë në fazën terminale të sëmundjes, si dhe personat me një sëmundje kronike progresive që e bën të pamundur ose në një moment të caktuar do ta bëjë të pamundur që pacienti të kujdeset për veten e tij. Kujdesi paliativ mund të ofrohet në një spital ose në shtëpinë e pacientëve.

Në Shqipëri, shërbimet e KAGJ ofrohen për pacientët me sëmundje kronike dhe pacientët onkologjikë në nivelin e shërbimit dytësor spitalor, dhe një pjesë e shtretërve spitalorë janë të dedikuara për këtë. Sipas Strategjisë Kombëtare të Kujdesit Paliativ dhe Planit të Veprimit 2011–2016, njësitë e kujdesit paliativ krijohen në spitalet rajonale.<sup>61</sup> Programi i Qeverisë Shqiptare 2021–2025 parashikon që 10 qendra model të mjekësisë me shërbime të integruara sociale-shëndetësore të bëhen funksionale deri në vitin 2024, me kujdesin paliativ si një nga fushat e fokusit.<sup>62</sup> Strategjia e Zhvillimit të Kujdesit Parësor Shëndetësor 2021–2025 përfshin pilotimin e modeleve të integruara të shërbimit për grupet e cenueshme me shërbime të kujdesit paliativ në katër qytete.

Hulumtimet sasiore dhe intervistat me përdoruesit e shërbimeve treguan se nuk kishte të anketuar që përdornin shërbime të kujdesit paliativ.

## 5.2 Shërbimet e ofruara brenda sistemit të mbrojtjes sociale

Shërbimet shoqërore ofrohen në 276 qendra shërbimi në Shqipëri.<sup>63</sup> Shërbimet publike shoqërore ofrohen në 30 qendra rezidenciale dhe 119 qendra komunitare/ditore të kujdesit. OJQ-të ose organizatat fetare ofrojnë shërbime në 86 qendra të kujdesit komunitar/ditor dhe 41 qendra rezidenciale.

Pak më shumë se gjysma e të gjitha shërbimeve të mbrojtjes sociale (54%) ofrohen nga institucionet publike kundrejt 46% të shërbimeve të ofruara nga OJQ-të ose organizatat humanitare. Shumica e tyre (74%) ofrohen në qendrat ditore të kujdesit, ndërsa 26% ofrohen në qendrat rezidenciale.

34% e bashkive shqiptare nuk kanë ofruar shërbime të kujdesit shoqëror për vitin 2019, edhe pse kishin një plan të miratuar të kujdesit shoqëror. Deri në 62% e bashkive në vend nuk ofruan shërbime për të moshuarit dhe 61% nuk ofruan shërbime për personat me aftësi të kufizuara.

61 Rama, R. et al. (2017). Paliative Care-Albania (Kujdesi Paliativ-Shqiperi), Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 55 No. 25.

62 Programi Qeveritar 2021–2025, f. 34, <https://kryeministria.al/wp-content/uploads/2021/10/Government-Program-2021–2025.pdf>.

63 Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2015–2020, Raport Progresi 2019, Shtator 2020, [https://socialprotection.org/discover/legal\\_policy\\_frameworks/progress-report-2019-national-strategy-social-protection-2015–2020](https://socialprotection.org/discover/legal_policy_frameworks/progress-report-2019-national-strategy-social-protection-2015–2020).

### 5.2.1 Shërbimi i ndihmës në shtëpi

Shërbimi i Ndhmës në Shtëpi u ofrohet të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara me vështirësi në kryerjen e AJP-ve, dhe anëtarët e familjes së të cilëve nuk janë në gjendje t'u ofrojnë kujdes të tillë. Ai mund të përfshijë ndihmë në blerjen e ushqimeve dhe ilaçeve, mbajtjen e higjienës personale, nevoja të tjera të përditshme, si dhe mbështetje psiko-sociale. Shërbimi i ndihmës në shtëpi ofrohet në bazë të një vlerësimi individual.<sup>64</sup> Në Shqipëri, ky shërbim nuk është i institucionalizuar ose i ngritur në mënyrë të përhershme. Plani Kombëtar i Veprimit mbi Moshimin 2020–2024 përcakton ngritjen e këtij shërbimi dhe forcimin e kapaciteteve për zbatimin e tij si një nga objektivat e tij.

Vetëm 2.6% e të anketuarve përdorën shërbimin e paguar të ndihmës në shtëpi. 41.2% e tyre përdorën shërbimet e ofruara nga agjencitë private, 35.3% përdorën shërbimet e ofruara nga kujdestarët joformalë, 23.5% përdorën shërbimet e ofruara nga institucionet publike dhe 5.9% përdorën shërbimet e ofruara nga OJQ-të ose organizatat humanitare.

Intervistat me përdoruesit që përdorën këtë shërbim treguan se ata kryesisht përdorën ndihmën në shtëpi si një shërbim të ofruar nga ofruesit privatë joformalë të shërbimeve. Ata u informuan për shërbimin nëpërmjet kanaleve private, përmes rekomandimeve. Ndhma në shtëpi kërkohet për kryerjen e aktiviteteve të tilla si ndihma për lëvizje përreth, mbajtjen e higjienës, administrimin e terapisë, etj. Përdoruesit janë të kënaqur me cilësinë e shërbimit dhe shërbimi ishte në dispozicion gjatë pandemisë COVID-19, ku u morën masat e përshkruara epidemiologjike.

## 5.3 Shërbimet e mbështetjes së jetesës në komunitet

Shërbimet e Mbështetjes së Jetesës në Komunitet ofrohen brenda qendrave ditore si shërbime ditore 6–8 orë në ditë (shërbim gjatë gjithë ditës) ose deri në 6 orë në ditë (shërbim gjysmë ditor).<sup>65</sup> Ato mund të përdoren për një numër të caktuar ditësh në javë ose gjatë gjithë javës. Ato ofrojnë siguri fizike të përdoruesve, ndihmë në kryerjen e veprimtarive, kujdes mjekësor dhe rehabilitim psiko-social, mbështetje familjare dhe kujdes tjetër të nevojshëm.

### 5.3.1 Qendrat ditore

Vetëm 5% e të anketuarve kishin mundësinë të përdornin Shërbimet në Komunitet, d.m.th. Shërbimet e Mbështetjes për Jetesën në Komunitet. 70.6% e të anketuarve raportuan se kishin marrë informacion në lidhje me shërbimin përmes anëtarëve të familjes, miqve ose fqinjëve, 17.2% përmes punonjësve në institucionet e kujdesit shëndetësor, 5.9% nëpërmjet qendrave për punë sociale dhe një numër i vogël i tyre morën informacion nga media ose OJQ-të. Atyre iu ofrua ndihmë në formën e aktiviteteve sociale dhe kujdesit shëndetësor. Të anketu-

64 Ligj Nr. 121/2016 Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë, (Ligje – Ministria e Shëndetësisë (shendetesia.gov.al)), neni 12;

65 Ligj Nr. 121/2016 Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë, (Ligje – Ministria e Shëndetësisë (shendetesia.gov.al)), neni 15;

arit ishin plotësisht (38.7%) ose kryesisht (25.8%) të kënaqur me shërbimet e mbështetjes në komunitet.

Të anketuarit raportuan se nuk kanë nevojë për më shumë orë për këtë shërbim, dhe se nuk kanë nevojë për forma të tjera të ndihmës brenda këtij shërbimi. Shumë pak thanë se kishin nevojë për një formë ndihme shtesë – kujdes në shtëpi, këshillim shëndetësor dhe mbështetje psikologjike.

Shërbimet e Mbështetjes së Jetesës në Komunitet janë ndërprerë për shkak të pandemisë COVID-19 në 60.7% të rasteve, d.m.th. janë reduktuar në 32.1% të rasteve. Në këtë rast, 55.2% e të anketuarve raportuan se nuk ishin në gjendje të kompensojnë mungesën e ndihmës dhe duhej t'ia dilnin vet, ku 34.5% e të anketuarve kishin mbështetjen e anëtarëve të familjes së tyre.

Bazuar në hulumtimin cilësor të kryer te përdoruesit e shërbimit, mund të arrijmë në përfundimin se ata janë pjesërisht të informuar për shërbimin dhe kushtet për përdorimin e tij. Qendrat e kujdesit ditore ofrojnë ndihmë përmes aktiviteteve sociale, ushtrimeve fizioterapeutike dhe kujdesit shëndetësor. Roli i këtij shërbimi është veçanërisht i rëndësishëm për socializimin e të moshuarve. Përdoruesit janë të kënaqur me cilësinë e shërbimit, dhe mendojnë se punonjësit e qendrës ditore janë të mirë dhe të përbalueshëm. Gjatë pandemisë së COVID-19, ky shërbim nuk ka qenë i disponueshëm dhe kjo ka ndikuar negativisht në jetën e personave që nuk kanë mundur të kompensojnë shërbimin dhe në jetën sociale të të moshuarve. Disa të anketuar në mënyrë të pavarur vendosën të mos e përdorin shërbimin gjatë pandemisë për arsye shëndetësore.

### *5.3.2 Shërbimi i ndihmës personal*

Një përqindje shumë e vogël e të anketuarve përdorën shërbimin e një ndihmësi personal. Ata përdorën si shërbimin e ofruar nga institucionet publike, ashtu edhe shërbimin e ofruar nga organizatat joqeveritare ose humanitare. Të anketuarit deklaruan se kishin probleme në procesin e aplikimit për përdorimin e këtij shërbimi për shkak të dokumentacionit që duhej të mbledhej dhe numrit të vizitave në institucion për fillimin dhe përfundimin e procedurës.

Ata që përdorën shërbimin thanë se ai u reduktua ose u ndërpre në një moment gjatë pandemisë COVID-19. Ata e kompensuan mungesën e shërbimit duke u kujdesur për veten ose duke pasur kujdes joformal nga anëtarët e familjes.

## 5.4 Shërbimet e akomodimit

**Shërbimet e akomodimit** ofrohen pasi të jetë shteruar mundësia e ofrimit të ndihmës në shtëpi.<sup>66</sup> Këto shërbime ofrohen si shërbime ditore afatshkurtra ose si shërbime afatgjata. Ne shqyrtuam se në çfarë mase dhe në çfarë mënyre të anketuarit përdorën akomodimin në familje dhe shërbimet e akomodimit në institucione.

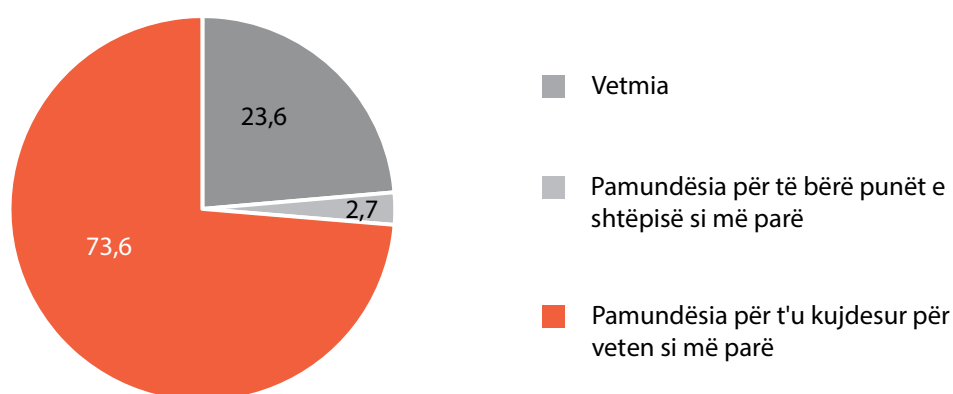
### 5.4.1 Shërbimi i akomodimit në familje

Anketa tregoi se gjysma e të anketuarve (55.7%) ishin pjesërisht të informuar në lidhje me shërbimin e akomodimit në familje për të moshuarit. Më shumë se një e katërta (26.8%) nuk është informuar për disponueshmërinë e shërbimit për shkak se nuk janë të interesuar në të, dhe 8.5% nuk është informuar për shkak se nuk dinë se ku të marrin informacion. Vetëm 9.1% e të anketuarve deklaruan se ishin të mirëinformuar për këtë shërbim.

Pothuajse gjysma e personave mbi 65 vjeç (48.8%) thanë se nuk e konsideronin nëse do të donin të përdornin akomodim në familje nëse do të ishte e nevojshme, dhe 34.3% nuk e dinin nëse do të donin. Nga ana tjetër, rezultatet treguan se 16.9% e të anketuarve mendonin për këtë shërbim të kujdesit afatgjatë.

Në 73.6% të rasteve, arsyeja më e rëndësishme pse të anketuarit do të zgjidhnin të përdornin akomodimin në familje ishte pamundësia për t'u kujdesur për veten siç mund të bënin më parë, dhe 23.6% raportuan vetminë si arsye. Në shumë më pak raste (2.7%), të anketuarit do të zgjidhnin të përdornin akomodimin në familje sepse nuk mund të bëjnë të gjitha aktivitetet e nevojshme.

**Grafiku 11: Arsyt e marrjes në konsideratë të akomodimit në familje për të moshuarit, %**



*Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.*

66 Ligj Nr. 121/2016 Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë, (Ligje – Ministria e Shëndetësisë (shendetesia.gov.al), neni 21;

#### 5.4.2 Shërbimi i akomodimit institucional (shërbimi i akomodimit rezidencial)

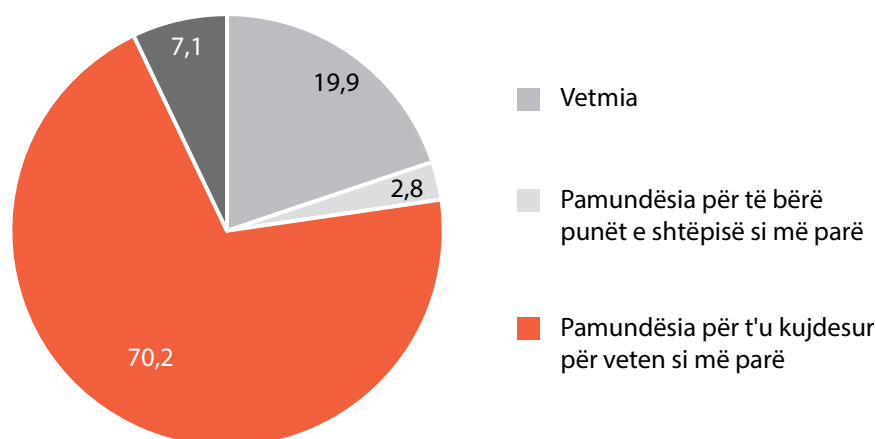
Shërbimi i akomodimit rezidencial ofrohet në institucione (opsionet e strehimit për të moshuarit ose personat me aftësi të kufizuara) përmes ofrimit të kujdesit të duhur pasi të jetë shteruar mundësia e ofrimit të ndihmës në shtëpi dhe në qendrat e kujdesit ditor. Përdoruesit më përparësi të shërbimeve të akomodimit në institucionet publike janë personat që nuk janë në gjendje të paguajnë për akomodimin nga burimet e tyre. Shtretërit e mbetur zihen nga përdoruesit që paguajnë për shërbimin.<sup>67</sup> Shqipërisë i mungon kapaciteti për të ofruar shërbime rezidenciale për të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara.

Ndërgjegjësimi i të anketuarve për shërbimin e akomodimit institucional është i ngjashëm me atë të shërbimit të akomodimit në familje, pasi më shumë se gjysma (55.7%) është pjesërisht e informuar për këtë shërbim. Më shumë se një e katërta (26.3%) nuk janë të informuar sepse nuk janë të interesuar, dhe 9.5% e personave nuk kanë ditur se si të marrin informacion në lidhje me këtë formë të kujdesit afatgjatë. 8.5% e të anketuarve oshin të informuar për shërbimin institucional të akomodimit.

Rezultatet e anketës treguan se 44% e njerëzve nuk mendonin, 34.3% nuk e dinin nëse do të përdornin shërbimin e akomodimit institucional nëse do të ishte e nevojshme. Nga ana tjetër, 21.7% e të anketuarve konsideruan përdorimin e këtij shërbimi të kujdesit afatgjatë.

Në 70.2% të rasteve, arsyeja më e rëndësishme pse të anketuarit do të zgjidhnin këtë shërbim ishte pamundësia për t'u kujdesur për veten siç bënin më parë, 19.9% raportuan vetminë si arsye dhe 7.1% disponueshmërinë e kujdesit shëndetësor në institucionet e akomodimit. Vetëm 2.8% e të anketuarve do të zgjidhnin të përdornin akomodimin institucional sepse ata nuk mund të bëjnë të gjitha aktivitetet e nevojshme siç bënin më parë.

**Grafiku 12: Arsyet për marrjen në konsideratë të opsioneve të strehimit për të moshuarit ose personat me aftësi të kufizuara, %**



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021

67 Ligj Nr. 121/2016 Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë, (Ligje – Ministria e Shëndetësisë (shendetesia.gov.al)), neni 23;



## 6. KUJDESI JOFORMAL DHE KUJDESTARËT JOFORMALË

### Gjetjet kryesore:

- 95.9% e PAK dhe të moshuarve marrin ndihmë nga kujdestarët joformalë.
- Kujdestarët joformalë janë anëtarët më të afërt të familjes – bashkëshortët (42.9%), fëmijët (31.6%), prindërit (13.5%).
- Një përqindje më e lartë e grave (46.4%) kundrejt burrave (40.3%) mbështetet në ndihmën e fëmijëve të tyre.
- Ekzistojnë dallime statistikisht të konsiderueshme në lidhje me moshën e të anketuarve në lidhje me kujdestarët joformalë. Një përqindje më e lartë e njerëzve të moshës 65–74 vjeç (32.6%) kundrejt 75+ (17.7%) mbështeten në ndihmën e një bashkëshorti. Një përqindje më e lartë e njerëzve mbi 75 vjeç (68.4%) mbështetet në ndihmën e fëmijëve të tyre.
- Në 88.7% të rasteve, kujdestarët joformalë nuk marrin këshilla ekspertësh për ofrimin e kujdesit nga agjencitë përkatëse qeveritare ose OJQ-të dhe organizatat humanitare.
- Një në dhjetë të anketuar raportuan se kujdestari i tyre joformal është në gjendje të keqe shëndetësore dhe, në shumicën e rasteve, vuan nga një sëmundje kronike.
- Deri në 92.1% e të anketuarve nuk përdorën një akomodim institucional afatshkurtër në mënyrë që kujdestarët e tyre joformalë të mund të bënin një pushim.

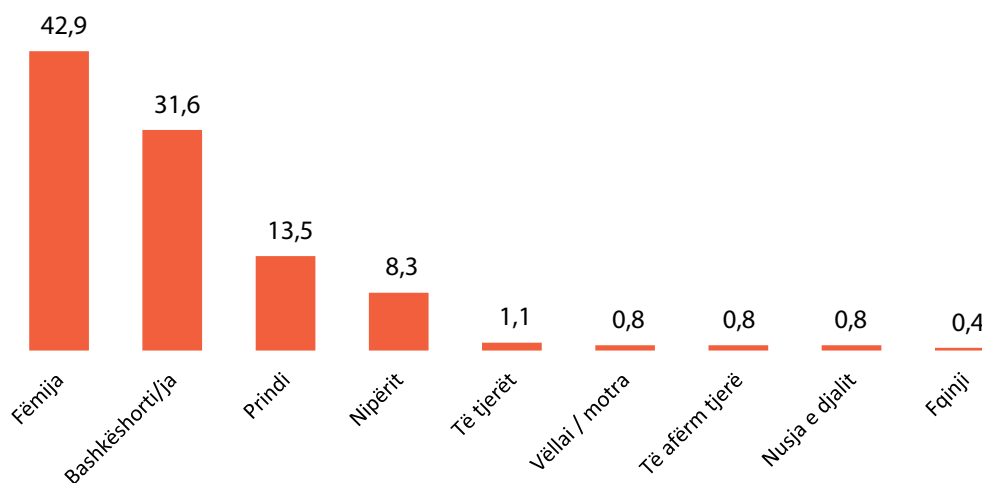
Në Shqipëri, kujdesi joformal është një formë tradicionale e kujdesit afatgjatë, veçanërisht kur bëhet fjalë për të moshuarit. Megjithatë, ky lloj i kujdesit afatgjatë nuk njihet dhe rregullohet në sistem. Plani Kombëtar i Veprimit mbi Moshimin 2020–2024 duhet të paraqesë disa ndryshime në këtë drejtim. Plani pranon se kujdestarët joformalë duhet të integrohen në sistemin e kujdesit shëndetësor duke u fokusuar te të moshuarit. Theksohet se „mbështetja për kujdestarët joformalë është një nga investimet më efikase në fushën e kujdesit afatgjatë për të moshuarit” sepse mund të rrisë produktivitetin e tyre që mund të çojë në „përmirësimin e cilësisë së kujdesit me një kosto më të ulët për sistemet e kujdesit shëndetësor dhe të shër-

bimeve shoqërore.”<sup>68</sup> Prandaj, është e nevojshme të sigurohet mbështetje për kujdestarët joformalë në formën e trajnimit, ofrimit të informacionit, këshillimit psikologjik, ndihmës në komunikimin me institucionet dhe formalizimin e statusit të tyre të tregut të punës.

Të dhënat e anketës treguan se në 95.9% të rasteve, kujdestarët joformalë janë ata që ofrojnë ndihmë për personat me aftësi të kufizuara dhe të moshuarit (94.7% raportuan anëtarë të familjes dhe 1.2% anëtarë të familjes që nuk jetojnë në familje). Këto të dhëna tregojnë rëndësinë kryesore të kujdesit joformal në sigurimin e KAGJ. Të dhënat e anketës ofruan informacion mbi profilin e kujdestarëve, ngarkesën e tyre të punës dhe nevojat, gjë që është e rëndësishme për të kuptuar më mirë përmbushjen e nevojave afatgjata të kujdesit. (Grafiku 12).

Pjesëmarrësit kryesorë përsa i përket ofrimit të kujdesit joformal janë anëtarët më të afërt të familjes – fëmijët (42.9%) ose bashkëshortë (31.6%), prindërit (13.5%) dhe nipërit. Në mënyrë të konsiderueshme më pak të anketuarve u ofrohet kujdes joformal nga të afërmit e tjerë (vëllai, motra, nusja e djalit, të tjerët) ose fqinjët.

**Grafiku 13: Kujdestarët joformalë, %**



Burimi: SeConS, Hulumtim mbi qasjen në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri, 2021.

Kur i krahasojmë të dhënat për kujdestarët joformalë dhe gjininë e të anketuarve, analiza sasiore nuk tregoi dallime statistikore sipas gjinisë. Bazuar në shpërndarjen e përgjigjeve, mund të theksohet se një pjesë pak më e madhe e grave (46.4%) sesa burrat (40.3%) mbështeten në mbështetjen e fëmijëve ose nipërve të tyre.

Nga ana tjetër, dallimet statistikore vihen re në lidhje me moshën e të anketuarve. Shumica e tyre (42.1%) e personave me aftësi të kufizuara të moshës 18–64 vjeç mbështeten te bashkëshortët e tyre. Te personat mbi 65 vjeç, përqindja e të anketuarve që mbështeten në ndihmën e bashkëshortëve të tyre është më e lartë në nëngrupin e atyre moshave 65–74 vjeç (32.6%) sesa në një nëngrup personash mbi 75 vjeç, ku 17.7% mbështeten në ndihmën e bashkëshortëve

68 Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Plani Kombëtar i Veprimit mbi Moshimin 2020–2024, <http://acpd.org.al/wp-content/uploads/2021/01/PLANI-KOMB%C3%8BTAR-I-VEPRIMIT-MBI-MOSHIMIN-Anglisht.pdf>.





të tyre. Siç pritej, një përqindje më e madhe e të moshuarve mbështeten në mbështetjen e fëmijëve të tyre. Me rritjen e moshës, kjo përqindje është më e lartë dhe arrin në 57.6% të të anketuarve të moshave 65–74 vjeç, pra 68.4% të të anketuarve mbi 75 vjeç.

Të dhënat e anketës konfirmuan ngarkesën e punës së kujdestarëve joformalë dhe mungesën e mbështetjes. Rezultatet treguan se 78.2% e të anketuarve deklaruan se personat që u ofrojnë atyre kujdes joformal nuk marrin kompensim, dhe 88.7% deklaruan se kujdestarët e tyre joformalë nuk marrin këshilla ekspertësh për ofrimin e kujdesit nga agjencitë përkatëse qeveritare ose OJQ-të dhe organizatat humanitare. Një në dhjetë të anketuar raportuan se kujdestari i tij joformal është në gjendje të keqe shëndetësore. Arsyet mbizotëruese për shëndetin e dobët të kujdestarëve joformalë janë sëmundjet kronike, të pasuara nga pleqëria dhe një pjesë shumë e vogël e paaftësive. Shumica e të anketuarve që marrin kujdes joformal (92.1%) deklaruan se nuk kishin përdorur një akomodim institucional afatshkurtër në mënyrë që kujdestarët e tyre joformalë të mund të bënin një pushim.

Intervistat me përdoruesit e shërbimit të kujdesit afatgjatë treguan se anëtarët e familjes që janë kujdestarë të të moshuarve nuk kanë marrë mbështetje nga palët e përfshira të sistemit të mbrojtjes sociale, d.m.th. qendrat e punës sociale ose OJQ-të ose organizatat humanitare. Një përfituese që kujdeset për një nënë 95-vjeçare deklaroi se ata nuk kanë mbështetje në drejtim të ofrimit të nevojave themelore shëndetësore dhe higjienike për këta njerëz (p.sh. ilaçe, pele-na për të rritur, etj.). Deklaratat e dhëna nga përdoruesit konfirmojnë të dhënat e sondazhit në lidhje me ngarkesën e anëtarëve të familjes që ofrojnë kujdes joformal.



## 7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

### PËRFUNDIME

**Në Shqipëri, nuk ka një përkufizim zyrtar të kujdesit afatgjatë.** Në vend të kësaj, rregullore të caktuara në fushën e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor dhe sigurimeve shoqërore përmbajnë elemente që rregullojnë ofrimin e ndihmës për personat që nuk mund të kryejnë në mënyrë të pavarur AJP-të për shkak të vështirësive. Politikat publike në fushën e mbrojtjes sociale janë kryesisht të fokusuara në zbutjen e varfërisë dhe përfshirjen sociale të grupeve të cenueshme, prandaj, masat për ofrimin e shërbimeve që kontribuojnë në kujdesin afatgjatë janë hartuar brenda atij kuadri. Detajet e mbështetjes për personat që nuk janë në gjendje të kryejnë në mënyrë të pavarur AJP-të gjenden në dokumentet e planifikimit në lidhje me fushën e moshimit dhe PAK. Nga ana tjetër, politikat e kujdesit shëndetësor synojnë zhvillimin e kapaciteteve të rritjes së shërbimit shëndetësor dhe rritjen e qasjes dhe përballueshmërisë së tij, veçanërisht në zonat rurale të vendit, gjë që nga ana tjetër kontribuon në kujdesin afatgjatë.

**Ushtrimi i të drejtës për kujdes afatgjatë është i pasigurt për shkak të financimit të shërbimit shoqëror nga fondet lokale që mbështeten në burime të ndryshme.** Në fakt, ofrimi i shërbimeve të mbrojtjes sociale është përgjegjësi e drejtpërdrejtë e autoriteteve lokale, ndërsa instancat më të larta administrative kanë një rol rregullator dhe marrin pjesë në ofrimin e shërbimeve të përshtatshme kur gjykohet e përshtatshme. Autoritetet lokale ofrojnë shërbime sociale nga fonde të dedikuara që mbështeten në burime të tjera përveç fondeve publike, siguria e të cilave nuk ofron qëndrueshmëri minimale.

**Planet e qeverisë tregojnë një perceptim të zhvilluar të nevojës për një qasje të integruar në zhvillimin e shërbimeve që kontribuojnë në kujdesin afatgjatë, por rezultatet e këtyre aspiratave ende priten.** Pritet të zhvillohen kapacitetet e institucioneve shëndetësore, të cilat do të përfshijnë ofrimin e shërbimeve shoqërore. Kjo qasje mund të kontribuojë ndjeshëm në kujdesin afatgjatë, duke marrë parasysh faktin se kapacitetet institucionale në lidhje me kujdesin shëndetësor janë më të qasshme dhe më të zhvilluara. Megjithatë, detajet dhe efikasiteti i zbatimit të masave dhe aktiviteteve të parashikuara në këtë drejtim mbeten për t'u zhvilluar. Përndryshe, kapacitetet ekzistuese të organizatave të sektorit jopublik nuk shfrytëzohen dhe integrohen plotësisht në sistemin e ofrimit të ndihmës.

**Një gamë e gjerë e nevojave të ndryshme të KAGJ të qytetarëve shqiptarë mbetën të papërbushura.** Nevojat e papërbushura të lidhura me shëndetin janë mbizotëruese në popullatën mbi moshën 65 vjeç, ndërsa personat me aftësi të kufizuara kanë nevojë për ndihmë në kryerjen e AJP-ve.

**Megjithëse shumica e nevojave të të anketuarve për kujdes afatgjatë mund të përmbushen në shtëpi, kjo lloj ndihme përdoret nga një numër shumë i vogël qytetarësh.** Kjo është veçanërisht e vërtetë për shërbimet e ndihmës në shtëpi, të cilat ofrohen rrallë si shërbime publike. Qytetarët që përdorin ndihmën në shtëpi kryesisht punësojnë ofruar shërbimesh ose individë për këtë. Vizitat në shtëpi janë disi më të zakonshme, por duke marrë parasysh kërkesën, është ende një shtrirje shumë e ulët. Vizitat në shtëpi organizohen nga institucionet shëndetësore dhe gjithçka tregon se ky lloj shërbimi është më i pranishëm në mjedise më të mëdha urbane, ndërsa ofrimi i kësaj lloj ndihme përbën një sfidë logjistike në zonat rurale, që ndikon në mënyrë vendimtare në disponueshmërinë e saj.

**Ka një pjesë shumë të vogël të përdoruesve të shërbimit të qendrave ditore.** Arsyeja kryesore është fakti se ky shërbim nuk ekziston në shumicën e komuniteteve lokale. Përdoruesit e qendrave ditore janë plotësisht të kënaqur me këtë shërbim. Në këtë drejtim, është e rëndësishme të theksohet se shërbimet e ofruara në qendrat ditore kanë vetitë e kujdesit shëndetësor dhe social, dhe bëjnë një shembull të mirë të mbështetjes së integruar. Prandaj, përdoruesit zgjedhin këtë shërbim për të përmirësuar jetën e tyre sociale dhe për të ruajtur shëndetin e tyre.

**Shërbimet e akomodimit dukshëm nuk janë një praktikë e zakonshme në ofrimin e kujdesit afatgjatë.** Megjithëse ekziston një interes i caktuar që kushtëzohet nga pritjet e qytetarëve se aftësia e tyre për t'u kujdesur për veten do të ulet, tani për tani, nuk ka një strukturë të përshtatshme dhe të qartë si në aspektin e ofertës ashtu edhe në atë të kërkesës. Në një masë të caktuar, shërbimet rezidenciale, kryesisht në formën e kujdesit paliativ, ofrohen nga institucionet shëndetësore dhe organizatat humanitare, ndërsa zhvillimi dhe afirmimi i llojeve të tjera të akomodimit, përfshirë akomodimin në familje, nuk është përcaktuar ende.

**Kujdesi i ofruar nga kujdestarët joformalë është një lloj mbështetje në të cilën mbështeten kryesisht njerëzit që nuk mund të kryejnë në mënyrë të pavarur AJP-të.** Kujdestarët joformalë zakonisht janë anëtarë të ngushtë të familjes me një përqindje të vogël të qytetarëve që marrin ndihmë nga mjediset e tyre më të gjera. Modeli mbizotërues i familjes në Shqipëri bazohet në vlerat tradicionale duke përfshirë përgjegjësinë e anëtarëve të familjes për ata që kanë nevojë për kujdes ditor, i cili lejon shpërndarjen e detyrave për më shumë persona, duke parandaluar dhe zvogëluar efektet negative në kujdestarët joformalë.

**Mbështetja për kujdestarët joformalë nuk është në fokusin e politikave publike, por përfshihet në rregullore përmes një forme të caktuar të përfitimeve në para.** Të dhënat mbi shtrirjen dhe përshtatshmërinë e këtij lloji të mbështetjes për kujdestarët joformalë nuk janë në dispozicion, prandaj, nuk ka bazë për të nxjerrë përfundime mbi efektet e tyre. Mbështetja këshilluese për kujdestarët joformalë nuk është e përcaktuar institucionalisht dhe përbëhet vetëm nga këshillat sporadike të ofruara nga mjekët nga qendrat shëndetësore.

## REKOMANDIME

- Kujdesi afatgjatë duhet të zërë një hapësirë më të konsiderueshme në politikën publike. Është e qartë se do të duhet pak kohë që kujdesi afatgjatë të formulohet si një formë unike e ndihmës, por deri atëherë, ai mund të përfaqësohet më mirë në politikën e kujdesit shoqëror dhe shëndetësor.
- Përpjekje shtesë duhet të bëhen për të përcaktuar dhe siguruar fushëveprimin dhe përmbajtjen minimale të kujdesit afatgjatë nga fondet publike në mënyrë që të vendoset qëndrueshmëria dhe siguria bazë e këtyre shërbimeve.
- Insistimi për masa të mëtejshme për zhvillimin e shërbimeve të integruara bazuar në përvojën e arritjeve të mëparshme, dhe me përdorimin e infrastrukturës ekzistuese do të kontribuonte në forcimin e cilësisë dhe disponueshmërisë së KAGJ. Duhet theksuar se ekzistojnë kapacitete për ofrimin e shërbimeve që nuk gjenerohen nga sektori publik, dhe se integrimi i tyre në të gjithë sistemin do të sillte përfitime të shumëfishta.
- Është e nevojshme të rritet ndjeshëm mbulimi i shërbimeve që kontribuojnë në kujdesin afatgjatë për të arritur efektet individuale dhe sociale të këtij lloji të mbështetjes.
- Duke pasur parasysh nevojat e qytetarëve dhe shtrirjen aktuale të përdoruesve, një zhvillim i gjerë i shërbimeve që kontribuojnë në kujdesin afatgjatë në shtëpi, përfshirë zhvillimin e mekanizmave rregullatorë, duhet të jetë një përparësi e politikave publike të lidhura me KAGJ.
- Përvoja dhe praktikën e deritanishme tregojnë se zhvillimi i qendrave ditore bazuar në një koncept shërbimi tashmë të vendosur duhet të vazhdohet me përparim të shtuar, duke ruajtur dhe përmirësuar integrimin ekzistues të mbështetjes.
- Ne mund të presim që modelet mbizotëruese të familjes të ndryshojnë me kalimin e kohës, gjë që do të rrisë nevojën për shërbime akomodimi, prandaj, duhet të bëhen përpjekje shtesë për të zhvilluar dhe rregulluar në mënyrë të përshtatshme këtë opsion.
- Duke pasur parasysh rolin dominues të kujdestarëve joformalë, është e nevojshme të monitorohen vazhdimisht efektet e mbështetjes ekzistuese të ofruar për ta dhe të krijohen shërbime të tjera që do të mbështesin dhe forcojnë rolin e tyre në arritjen e kujdesit afatgjatë.





## 8. REFERENCAT

- European Commission (2018). *The 2018 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016–2070)*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/32352>.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2021). *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>.
- European Health Interview Survey (EHIS), [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm).
- INSTAT (2019). Projeksionet e popullsisë 2019–2031, <http://www.instat.gov.al/media/5224/projeksionet-e-popullsisë-2019–2031.pdf>.
- INSTAT (2020). Treguesit e Shendetit Publik 2020, <http://www.instat.gov.al/media/8815/public-health-indicators-2020.pdf>.
- INSTAT (2022). Popullsia e Shqiperise, [http://www.instat.gov.al/media/9829/popullsia-on-1-janar-2022\\_final-15-04-2022.pdf](http://www.instat.gov.al/media/9829/popullsia-on-1-janar-2022_final-15-04-2022.pdf).
- Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF. (2018). *Albania Demographic and Health Survey 2017–18*. Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR348/FR348.pdf>.
- International Labour Organization (2021). *Review of social protection system in Albania: coverage, expenditure, adequacy and financing*. Budapest: ILO, f. 3, [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms\\_798635.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_798635.pdf).
- Jorgoni, E. (2020). *Albania: first national policy document on ageing, ESPN Flash Report 2020/47*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission, <https://eespn.euro.centre.org/wp-content/uploads/2020/08/ESPN-Flash-report-2020-47-AL-July-2020.pdf>.

- Ligji Nr. 121/2016 Per Sherbimet e Kujdesit Shoqeror ne Republiken e Shqiperise.
- Ligje – Ministria e Shendetesise ([shendetesia.gov.al](http://shendetesia.gov.al)).
- Ligji per Sherbimet e Kujdesit Shoqeror, <https://www.refworld.org/docid/5a84406b4.html>.
- Ministria e Shendetesise dhe Mbrojtjes Sociale, Plani Kombetar i Veprimit mbi Moshimin 2020–2024, <http://acpd.org.al/wp-content/uploads/2021/01/PLANI-KOMB%C3%8BTAR-I-VEPRIMIT-MBI-MOSHIMIN-Anglisht.pdf>.
- Plani Kombetar i Veprimit per Personat me Aftesi te Kufizuara 2021–2025, [https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/03/Plani-Kombetar-2021–2025\\_ENG.pdf](https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/03/Plani-Kombetar-2021–2025_ENG.pdf).
- Programi Qeveritar 2021–2025, Keshilli i Ministrave, Republika e Shqiperise, <https://kryeministria.al/wp-content/uploads/2021/10/Qeveria-Programi-2021–2025.pdf>.
- Rama, R. et al. (2017). Paliative Care-Albania (Kujdesi Paliativ-Shqiperi), *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 55 No. 2S. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807704/>.
- Shqiperi 2020–2025, Vendimi Nr. 405, 20.05.2020., <http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/12/PHC-Strategy-Nov2021-web.pdf>.
- Shtator 2020, [https://socialprotection.org/discover/legal\\_policy\\_frameworks/progress-report-2019-national-strategy-social-protection-2015–2020](https://socialprotection.org/discover/legal_policy_frameworks/progress-report-2019-national-strategy-social-protection-2015–2020).
- Strategjia Kombetare e Mbrojtjes Sociale 2015–2020, [https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/06/Strategjia\\_Kombetare\\_per\\_Mbrojtjen\\_Sociale\\_2015–2020.pdf](https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/06/Strategjia_Kombetare_per_Mbrojtjen_Sociale_2015–2020.pdf).
- UNICEF (2021). *Health Sector Budget Brief*, Albania: UNICEF, [Health\\_Brief.pdf \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/albania/files/Health_Brief.pdf).
- World Health Organisation Country Office in Albania (2018). *Primary health care in Albania: rapid assessment*, Copenhagen: WHO, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/373718/alb-phc-ra-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/373718/alb-phc-ra-eng.pdf).





**CIP – Katalogimi ne botim. BK Tirane.**

Qasja në shërbimet e kujdesit afatgjatë në Shqipëri /  
Grupi i Nismës për Zhvillim SeConS. – Tiranë : Barleti,  
2022, 58 f., 210x297 mm

Bibliogr.

ISBN 978-9928-378-06-4

1. Mirëqënia publike      2. Kujdesi institucional  
3. Kujdesi mjekësor      4. Të moshuarit  
5. Të paaftë      6.Politika sociale 7.Shqipëri  
364.4 -056(496.5)