**LIGJ**
**Nr.9638, datë 9.11.2006**

**PËR RATIFIKIMIN E PLANIT TË VEPRIMIT TË PROGRAMIT KOMBËTAR 2006-2010 NDËRMJET KËSHILLIT TË MINISTRAVE TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË DHE FONDIT TË KOMBEVE TË BASHKUARA PËR POPULLSINË (UNFPA)**

Në mbështetje të neneve 78, 83 pika 1 dhe 121 të Kushtetutës, me propozimin e Këshillit të Ministrave,

KUVENDI
I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

VENDOSI:

Neni 1

Ratifikohet plani i veprimit i Programit Kombëtar 2006-2010 ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Fondit të Kombeve të Bashkuara për Popullsinë (UNFPA).

Neni 2

Ky ligj hyn në fuqi 15 ditë pas botimit në Fletoren Zyrtare.

**Shpallur me dekretin nr.5128, datë 1.12.2006 të Presidentit të Republikës së Shqipërisë, Alfred Moisiu**

**PLANI I VEPRIMIT**
TË PROGRAMIT KOMBËTAR 2006-2010 MIDIS KËSHILLIT TË MINISTRAVE TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË DHE FONDIT TË KOMBEVE TË BASHKUARA PËR POPULLSINË (UNFPA)

Kuadri

Këshilli i Ministrave i Republikës së Shqipërisë dhe Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë (UNFPA) në Shqipëri kanë rënë në marrëveshje të përbashkët për përmbajtjen e këtij dokumenti të planit të veprimit për programin kombëtar (CPAP) dhe përgjegjësitë e tyre për implementimin e Programit Kombëtar.

Në vijim të marrëveshjes reciproke dhe bashkëpunimit për realizimin e Konventës për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CDAW 1979); Konferencës Botërore mbi të Drejtat e Njeriut (1993); Programit të Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin (PoA-ICDPD,1994); Konferencës së Katërt Ndërkombëtare për Gratë (Pekin, 1995); Deklaratës së Mijëvjeçarit (2000); sesionit special të Asamblesë së Përgjithshme të OKB-së mbi HIV/AIDS (2001); Samitit Botëror mbi Zhvillimin e Qëndrueshëm (WSSD 2002);

*mbi bazën* e eksperiencës së fituar dhe progresit të bërë gjatë zbatimit të programit të parë të bashkëpunimit (1997-2001);

*duke hyrë* në një program të dytë bashkëpunimi (2006-2010);

*duke deklaruar* se këto përgjegjësi do të realizohen nën frymën e bashkëpunimit miqësor,

Këshilli i Ministrave i Republikës së Shqipërisë dhe Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë kanë rënë dakord si më poshtë:

PJESA I

## BAZA E MARRËDHËNIES

Marrëdhënia midis Këshillit të Ministrave dhe Fondit të Kombeve të Bashkuara për Popullsinë udhëhiqet nga Marrëveshja Standarde mbi Asistencën Bazë, nënshkruar nga Këshilli i Ministrave dhe UNDP-ja më 17 qershor 1991, e cila, *mutatis mutandis*, aplikohet edhe për UNFPA-në mbi bazën e marrëdhënieve institucionale të rregulluara dhe të përfshira në letrën e drejtorit ekzekutiv të UNFPA-së të datës 27 shtator 1996, drejtuar Ministrisë së Punëve të Jashtme.

## PJESA II
## SITUATA E POPULLSISË DHE E SHËNDETIT RIPRODHUES NË SHQIPËRI

1. Popullsia e Shqipërisë, e vlerësuar të jetë 3.1 milionë, pritet të arrijë në 3.6 milionë në vitin 2010. Emigracioni jashtë vendit dhe një rënie në fertilitet kanë kontribuar në reduktimin e ritmeve të rritjes së popullsisë nga 1989-2001.

2. Shqipëria është një nga vendet më të varfra në Europë. Ajo kishte një GDP për frymë prej 1.499 $ në vitin 2003 dhe një nivel të rritjes ekonomike prej 4.7 për qind. Rreth 30 për qind e popullsisë jeton me më pak se 2$ në ditë. Nga ky numër, afërsisht 15 për qind jetojnë në varfëri ekstreme, me më pak se 1$ në ditë. Papunësia është e lartë, me 22,7 për qind, dhe më e lartë midis moshave të reja me rreth 35,2 për qind dhe midis grave me 28,4 për qind.

3. Rreth 58 për qind e shqiptarëve jetojnë në zona rurale dhe 42 për qind jetojnë në zona urbane. Densiteti i popullsisë varion nga rajoni në rajon për arsye të emigracionit të jashtëm dhe të brendshëm, me zonat më pak të populluara në verilindje. Rajonet rurale dhe malore kanë të ardhurat më të vogla dhe shërbimet më të pakta sociale dhe shëndetësore. Ekzistojnë pak të dhëna mbi shëndetin, varfërinë, punësimin dhe edukimin. Jetëgjatësia është 77 vjeç për gratë dhe 72 për burrat.

4. Nivelet e emigracionit të brendshëm dhe të jashtëm kanë qenë të larta që nga fundi i viteve 90-të, ku emigrantët kërkojnë mundësi më të mira ekonomike. Rreth 25 për qind e popullsisë ka emigruar në vendet fqinje, përfshirë Greqinë dhe Italinë. Emigracion masiv ka ndodhur nga zonat rurale për në qendrat e zhvilluara urbane. Tirana, kryeqyteti, ka absorbuar rreth 50 për qind të migracionit të brendshëm dhe Durrësi, qyteti më i madh detar, ka absorbuar rreth 40 për qind.

5. Emigracioni ka ngritur shqetësime te politikëbërësit, veçanërisht në lidhje me raportet e banorëve me moshë 15 vjeç dhe më të rinj. Me mbi 50 për qind të popullsisë së saj nën moshën 24, Shqipëria ka raportin më të madh të popullsisë së re në Europë.

6. Ndryshimet në dinamikën e popullsisë janë pasojat më dramatike të transicionit demografik, që karakterizohet nga familje më të vogla dhe një rënie në madhësinë e familjes.

7. Vendi trashëgoi një model tradicional sovjetik të kujdesit shëndetësor publik. Cilësia e dobët e shërbimeve në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor vë një barrë të rëndë mbi sistemin spitalor, cilësia e të cilit është gjithashtu e varfër. Gjatë trazirave shoqërore në 1997, pothuaj 50 për qind e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor ose u prishën, ose u privatizuan.

8. Në 2004, Këshilli i Ministrave aprovoi një strategji afatgjatë për zhvillimin e sistemit shëndetësor. Strategjia synon të decentralizojë sistemin shëndetësor, të ngrejë kapacitetet për menaxhimin e shëndetësisë dhe përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor. Ligji për shëndetin riprodhues, i aprovuar nga Parlamenti në vitin 2002, bazohet në metodën e të drejtave riprodhuese. Këshilli i Ministrave mbështet Programin e Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin (ICPD), dhe e konsideron shëndetin riprodhues dhe të drejtat riprodhuese si pjesë e axhendës së zhvillimit, në linjë me strategjinë për zhvillim rajonal dhe objektivat për zhvillim të mijëvjeçarit (MDGs).

9. Në vitin 2010, Këshilli i Ministrave do të marrë përsipër përgjegjësinë për prokurimin e kontraceptivëve për sektorin publik, sipas strategjisë kombëtare për sigurimin e kontraceptivëve. Strategjia kombëtare për zhvillimin social-ekonomik vë theks të veçantë në sektorin shëndetësor, me objektivin e rritjes së efektivitetit dhe efiçencës së menaxhimit të burimeve njerëzore dhe financiare. Ajo gjithashtu fokusohet në përmirësimin e aksesit në shërbimet shëndetësore bazë. Shpenzimet publike për shëndetësinë gjatë 2002 përbënin 2.7 për qind të GDP-së dhe 8.5 për qind të shpenzimeve totale publike. Shpenzimet publike për shëndetësinë do të rriten në 3.2 për qind të GDP-së në 2006.

10. Vdekshmëria amëtare ka rënë nga 38 vdekje për 100 000 lindje të gjalla në fillim të viteve 90-të në 17.7 për 100 000 lindje të gjalla në 2003. Vdekshmëria foshnjore ka rënë në 23 vdekje për 1 000 lindje të gjalla në fillim të viteve 90-të në 15.5 për 1 000 lindje të gjalla në 2003. Nëntëdhjetë e pesë për

qind e grave i lindin fëmijët në spitale dhe klinika. Megjithatë, aksesi ndaj kujdesit të paralindjes është i kufizuar. Në zonat rurale, vetëm 60 për qind e grave shtatzëna e kanë bërë vizitën e parë të paralindjes brenda tremujorit të parë të shtatzënisë. Maternitetet vuajnë nga infrastruktura e varfër, mungesa e medikamenteve dhe pajisjet e vjetëruara.

11. Për arsye se shëndeti riprodhues është një koncept relativisht i ri në Shqipëri, ai nuk është i integruar si duhet në kujdesin shëndetësor parësor. Përpjekjet e integrimit pengohen nga konteksti konservativ social dhe kulturor. Koncepti i shëndetit riprodhues të adoleshentëve nuk është kuptuar ende dhe ekzistojnë vetëm disa të dhëna të kufizuara.Si rezultat, nuk mbështetet sa duhet aksesi i të rinjve në shërbimet e shëndetit riprodhues. Shtatzënitë e adoleshentëve në 2001 përbënin 16.6 për qind të të gjitha lindjeve të gjalla. Nuk ka shifra të besueshme mbi nivelet e aborteve tek adoleshentët. Shumë aborte bëhen në qendra e klinika private dhe nuk raportohen.

12. Planifikimi familjar u prezantua në fund të viteve 90-të. Niveli i përdorimit të kontraceptivëve modernë është 11 për qind. Aparati intrauterinare ishte metoda kontraceptive më popullore në vitin 1996; megjithatë në 2000, tabletat orale kontraceptive u bënë metoda më popullore. Përdorimi i prezervativëve është i ulët dhe zë 2 deri 3 për qind të prevalencës së kontraceptivëve. Tërheqja është metoda më e përdorur e planifikimit familjar, me shumë raste dështimi. Popullariteti i metodës së tërheqjes, i kombinuar me një nivel të ulët informimi mbi metodat moderne, ka kontribuar në nivelin e lartë të aborteve, një abort për çdo 2.3 lindje. Niveli aktual mund të jetë më i lartë.

13. Në fund të vitit 2004 kishte 148 raste me HIV/AIDS. Numri aktual i shqiptarëve të infektuar mund të jetë shumë i madh. Ato janë të dhëna të pandara dhe nga ky numër 42 janë rastet me AIDS, 37 kanë vdekur; 73 për qind e rasteve të konfirmuara janë emigrantë, 39 për qind janë femra; 61 për qind janë meshkuj; 5 raste janë transmetim nëna te fëmija; mosha mesatare varion nga 20 në 35 vjeç. Pjesa më e madhe e infektimit me HIV/AIDS raportohen të kenë ndodhur jashtë vendit, si rezultat i emigracionit të përkohshëm në vendet fqinje. Në vitin 2004, Këshilli i Ministrave aprovoi një strategji kombëtare për të parandaluar dhe kontrolluar HIV/AIDS dhe u zhvillua një plan veprimi. Një analizë paraprake e të dhënave mbi infeksionet e transmetuara seksualisht (STls) tregon nivele të larta infeksioni. Por ende nuk ekzistojnë qendra referuese apo protokolle trajtimi për diagnostikimin dhe menaxhimin e infeksioneve të aparatit riprodhues.

Shërbimet e shëndetit riprodhues

14. Gratë mbajnë një pjesë disproporcionale të peshës së sëmundjes në popullsi, me nivele të ulta të shëndetit riprodhues. Megjithëse lindjet në shtëpi janë të sigurta nëse monitorohen dhe ndiqen nga personeli i trajnuar, kjo nuk ndodh gjithmonë. Kjo ndodh veçanërisht në fshatrat e largëta ku mjetet e transportit mungojnë (burimi i të dhënave statistikore: Studimi mbi shëndetin riprodhues 2002 dhe të dhëna të MoSH). Është vlerësuar se afërsisht 60 për qind e grave, veçanërisht në zonat urbane kanë akses në shërbimet e shëndetit riprodhues. Përcaktuesit e menjëhershëm të shëndetit të varfër amëtar lidhen me:

15. Mungesën e aksesit ndaj/dhe cilësia e dobët e kujdesit, veçanërisht në zonat rurale. Furnizimi i papërshtatshëm me pajisje, medikamente dhe kapacitete teknike për stafin që punon në rrethe janë faktorët që ndikojnë negativisht në shëndetin e grave. Aksesi i pamjaftueshëm ndaj shërbimeve të kujdesit prenatal, mungesa dhe cilësia e dobët e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, burimet e pakta njerëzore të personelit shëndetësor që punon në këto qendra dhe niveli i ulët i edukimit shëndetësor midis grave, familjes dhe komunitetit (kjo gjithashtu lidhet me statusin e ulët social-ekonomik të gruas në familje) janë gjithashtu faktorë influencues.

16. Shëndeti i keq dhe statusi i ushqyerjes së mirë të grave shkakton anemi gjatë shtatzënisë, defiçencë mikroushqyese etj. Sipas statistikave të publikuara nga INSTAT-i (Instituti i Statistikave) rreth 50 për qind e grave shtatzëna janë anemike.

17. Sjellja e papërshtatshme nga ana e shëndetit riprodhues dhe mungesa e njohurive midis grave për shëndetin e tyre riprodhues dhe çështjet që lidhen me shtatzëninë, i pengojnë ato të kërkojnë kujdes formal, kur kanë probleme shëndeti. Përveç kësaj, shërbimet janë drejtuar tërësisht nga gratë, sepse shërbimet e riprodhimit dhe të tjera që lidhen me to konsiderohen si totalisht përgjegjësia e grave. Si rrjedhim burrat nuk adresohen si partnerë potencialë dhe mbështetës të fuqizimit të grave.

18. Situata epidemiologjike e STls në Shqipëri është e paqartë, pasi bazohet vetëm në studime të vogla dhe jo në sisteme të përshtatshme vrojtimi. Sistemi diagnostik dhe i trajtimit të STls është pothuaj i shkatërruar. Rezultatet që dalin nga studimet tregojnë një rritje në numrin e rasteve në STls. Është një rezultat kuptimplotë që tregon për rolin që luajnë STls-të, përhapja e HIV/AIDS, si edhe masat parandaluese që duhet të ndërmerren për të parandaluar këto infeksione.

19. Për të përmirësuar aksesin dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, burimet janë rritur nga viti në vit, por ende ky sektor mbetet larg nga një nivel i kënaqshëm financimi. Shpenzimet publike për shëndetin në 2002 (sipas strategjisë kombëtare për zhvillimin social dhe ekonomik) përbënin 2,7% të GDP-së dhe 8,49% të shpenzimeve totale publike, ndërsa në 2001 ato ishin respektivisht 2% dhe 6,47%. Duke pasur parasysh gjendjen delikate të sektorit, ky është një sektor prioritar për periudhën 2003-2006. Shpenzimet publike në sektorin e kujdesit shëndetësor do të jenë rritur nga 2,7% të GDP-së në 2002 në 3,2% të GDP-së në 2006. Në kuadrin e NSSED-së shërbimet e kujdesit shëndetësor konsistojnë në: (i) rritjen e efektivitetit dhe efiçencës së alokimit të burimeve; (ii) sigurimin e aksesit dhe barazisë për shërbimet cilësore shëndetësore në të gjithë vendin; (iii) përmirësimin e synimeve për shëndetin nëpërmjet ndërhyrjeve në zona të veçanta.

20. Qëndrueshmëria financiare e shërbimeve shëndetësore do të arrihet nëpërmjet reformave që përfshijnë skemën e sigurimit shëndetësor. Strategjia për sigurimin shëndetësor dhe kuadri rregullator që lidhet me të do të jenë të rëndësishëm për periudhën 2003-2006. Kapaciteti i Institutit të Sigurimeve Shëndetësore do të forcohet përballë skemave të reja dhe të përmirësuara të siguracioneve.

HIV/AIDS

21. Shqipëria ende pretendon nivelin më të ulët të prevalencës së HIV/AIDS, megjithëse kjo është rritur në vitet e fundit. Rasti i parë i personit të infektuar me HIV në Shqipëri u diagnostikua në maj 1993 nëpërmjet një *screening* rutinë të gjakut. Që atëherë deri në 2000, rreth 5-10 persona të infektuar me HIV-it dhe 1-4 raste me AIDS u diktuan në vit nëpërmjet një sërë programesh të ndryshme për testimin pasiv klinikal apo laboratorik. Deri në 1 dhjetor 2004 kishte 148 persona të infektuar me HIV, zyrtarisht të regjistruar në vend. Shumica e këtyre rasteve i përket grupmoshës 30-40 vjeç, por është vërejtur një tendencë drejt moshave më të reja gjatë tre vjetëve të fundit me një numër rastesh në grupmoshën 20-30 vjeç në rritje. Ekziston gjithashtu një tendencë feminizimi i epidemisë që nga 2000, me një numër rastesh femra të infektuara me HIV/AIDS që vjen në rritje (IPH,2003; IPH,2004). Transmetimi seksual i HIV gjendet kryesisht midis grave të martuara në Shqipëri dhe transmetimi nëna te fëmija është identifikuar gjatë dy viteve të fundit, duke rezultuar në infektimin e fëmijëve (IPH,2004). Numri aktual i rasteve me HIV konsiderohet të jetë më i lartë dhe vlerësohet të jetë nga 400 deri në 1000.

22. Mosha relativisht e re e popullsisë, rritja e emigracionit, prostitucioni dhe trafikimi, mungesa e informacionit mbi risqet e sjelljeve seksuale të pambrojtura dhe përfitimet nga përdorimi i prezervativëve, cilësia e dobët e shërbimeve për STls-të dhe mungesa e protokolleve dhe sistemeve të referimit, të gjitha kontribuojnë në këtë tendencë.

23. Sjelljet e rrezikshme-veçanërisht midis të rinjve dhe popullsisë së lëvizshme në Shqipëri-janë rritur vazhdimisht. Tashmë mund të ekzistojë një rrezik potencial për transmetimin gjerësisht të HIV-it midis përdoruesve të drogave nëpërmjet injeksioneve, të cilët përdorin të njëjtat shiringa me njëri-tjetrin dhe te personat që kryejnë seks të pambrojtur me disa partnerë.

24. Transmetimi seksual është ende mënyra dominuese e infeksionit të HIV-it me afërsisht 90% të të gjitha rasteve. 70% e infektimit me HIV dhe rastet me AIDS (HIV/AIDS) besohet se e kanë marrë infeksionin e HIV-it jashtë Shqipërisë.

25. Nuk ka të dhëna të mjaftueshme mbi transmetimin e HIV-it midis MSM në Shqipëri, UNFPA, UNICEF, WHO punojnë me grupet me risk të lartë (MSM, CSW) me programe të parandalimit të HIV-it dhe aktivitete për edukim nëpërmjet bashkëmoshatarëve.

Adoleshentët dhe të rinjtë

26. Të rinjtë shqiptarë janë në risk të HIV/AIDS dhe infeksioneve të tjera të transmetueshme seksualisht. Të dhënat zyrtare tregojnë një nivel shumë të ulët të sëmundjeve të transmetueshme seksualisht dhe HIV/AIDS, por këto shifra tregojnë vetëm një pjesë të historisë. Ka disa arsye pse të rinjtë janë të ekspozuar ndaj infeksioneve, veçanërisht ayre që transmetohen seksualisht. Sjellja seksuale përfshin risk. Eksperimentimi me drogat, nëse është ligjore ose jo, gjithashtu përfshin risqe. Shpesh mungon informacioni miqësor për të rinjtë që e mban parasysh realitetin e jetës së të rinjve, ndaj dhe ekzistojnë shumë pak shërbime këshillimi për të rinjtë me HIV. Ata përjetojnë inat dhe konfuzion për jetën e tyre seksuale dhe riskun e infektimit të të tjerëve. Hendeku midis informacionit dhe realitetit tregon nevojën për politika dhe programe efektive ndërhyrjeje (UNICEF, “Rinia në transicion”).

27. Gjysma e popullsisë është nën njëzet e katër vjeç, varfëria dhe mungesa e shanseve janë karakteristikat përcaktuese të jetës për shumë vetë nga ky grup. Rastet e abuzimit me alkoolin dhe drogat midis adoleshentëve, veçanërisht djem, janë rritur ndjeshëm, sipas UNICEF-it (Rinia në transicion).

28. Vajzat në zonat rurale tradicionalisht martohen në moshë më të re, në krahasim me djemtë e rinj, por hendeku po zgjerohet edhe më tej. Të dhënat e UNICEF-it nga studimi i 2003 “Rinia në transicion” tregojnë se 35 për qind e vajzave të reja midis 15-19 vjeç martohen atë vit, krahasuar me 4 për

qind të djemve të të njëjtës grupmoshe. Kur martohen, vajzat në zonat rurale detyrohen të braktisin ëndërrat për edukim të mëtejshëm dhe punësim dhe bëjnë fëmijë. Megjithëse mungon informacioni i saktë në zonat e largëta rurale midis popullsisë së romëve në moshë 14-17 vjeç, fejesat dhe martesat *de facto* janë raportuar që në moshë 13 dhe 14 vjeç. Këto martesa nuk raportohen që kur kodi i ri i familjes e rriti moshën për martesë për vajzat nga 16 në 18. Këto martesa konsiderohen si jozyrtare dhe shkelje e ligjit, duke i lënë të drejtat e këtyre vajzave të reja të pambrojtura nga kodi i familjes për shkak të moshës së tyre.

29. Sëbashku me një rritje të përgjithshme në nivelet e krimit në shoqërinë shqiptare, numri i adoleshentëve të përfshirë në aktivitete kriminale, përfshirë trafikimin dhe shpërndarjen e drogës është rritur. Përveç kësaj, ka evidencë të abuzimit seksual të vajzave. Krimi është përqendruar kryesisht midis djemve të rinj me nivel të ulët arsimor. Problemet në sistemin arsimor dhe mungesa e shkollave në zonat rurale nënkupton se një numër në rritje i të rinjve nuk po arsimohen si duhet. Ata që braktisin shkollën ka më shumë gjasa të përfshihen në krime.

30. Të rinjtë janë vazhdimisht nën riskun e rekrutimit në biznesin e shpërndarjes së drogës dhe në trafikimin e qenieve njerëzore. Të dhëna nga RHS në 2002 tregojnë se shumë të rinj ende janë të pashqetësuar për riskun e kryerjes së seksit të pambrojtur, megjithëse kjo tregon se rreth 50% e grave të reja dhe 60% e burrave të rinj përdorin një lloj forme kontracepsioni në marrëdhënien e parë seksuale, respektivisht 24% dhe 39% përdorin një prezervativ. Biseda me një partner për të përdorur prezervativin lidhet pozitivisht me rezidencat urbane, nivelin arsimor dhe përdorimin e prezervativit në të kaluarën, por duket se nuk ka lidhje me moshat midis 15-24 vjeç të të dy sekseve. Kështu, duhet forcuar më shumë trajnimi me aftësi për jetën, veçanërisht në kontekstin e implementimit së fundmi të programit për edukimin shëndetësor në shkolla.

31. Duke marrë në konsideratë si më sipër, me kërkesën e Qeverisë, UNFPA-ja nën një projekt të financuar nga SIDA (Swedish International Development Agency) po mbështet zhvillimin dhe publikimin e një teksti shkollor për shkollat e mesme mbi “Edukimi për stil jete të shëndetshme”.

Çështjet gjinore

32. CEDAW dhe Platforma e Veprimit e Pekinit, kanë qenë dokumentet bazë të punës së kryer nga Komiteti për Barazinë Gjinore (CGE).Që nga 1999, Shqipëria ka zhvilluar strategjinë e saj qeveritare për gratë dhe për të futur çështjet gjinore. Këshilli i Ministrave i Republikës së Shqipërisë ia ka dorëzuar raportin e tij të parë periodik në 2002 Sekretarit të Përgjithshëm të Kombeve të Bashkuara në përputhje me obligimin e vendit, si nënshkruese dhe shtet anëtar në Konventën për eliminimin e të gjitha formave të diskriminimit ndaj grave. Po kështu, raporti i parë alternativ i CEDAW-së, është dorëzuar gjithashtu në 2002. Publikimi i raportit periodik ka nxjerrë në pah gjendjen reale të grave në Shqipëri dhe programet e mundshme të zhvillimit për ta përmirësuar atë. Është e vështirë të paraqitet një pamje e plotë dhe e saktë e gjendjes ekonomike dhe të drejtave ligjore të grave shqiptare, në mungesë të të dhënave statistikore mbi rolin e grave në zhvillimin e shoqërisë shqiptare dhe ekonomisë. Statistikat zyrtare janë të dobta në lidhje me identitetin gjinor, si aksesi në programet kredi dhe institucionet financiare. Pavarësisht angazhimit dhe përpjekjeve nga të gjithë aktorët, situata e përgjithshme dhe pozita e gruas në Shqipëri nuk ka ndryshuar dukshëm në dekadën e fundit. Ka një hendek në rritje midis shanseve të mira dhe të vogla dhe përfitimeve midis grave dhe burrave në sektorin rural dhe urban në shoqëri. Këto pabarazi e pengojnë shumë progresin e vendit drejt zhvillimit të qëndrueshëm, të barabartë dhe efiçent që mbështetet mbi parime demokratike dhe të drejtat e njeriut. Pabarazitë gjinore ndeshen në udhëheqje dhe vendimmarrje, punësim dhe të ardhura, arsimim dhe sektorin shëndetësor, si edhe dhunë në familje dhe trafikim i femrave.

33. Sipas Raportit për Zhvillimin Njerëzor 2005 “Pro-Poor Pro Women Policies and Development in Albania”, gratë në zonat rurale vuajnë pasojat e shkatërrimit të infrastrukturës sociale dhe reduktimit të shpenzimeve në sektorin social. Barazia midis grave dhe burrave (barazia gjinore) njihet si kritike për zhvillimin e qëndrueshëm, përfshirë përmirësimin e cilësisë së jetës për të gjithë, respektimin e të drejtave të njeriut dhe funksionimin e duhur të shoqërisë demokratike.

34. Shqipëria është një nga 183 vendet që kanë nënshkruar Planin e Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare për Popullsinë dhe Zhvillimin (Kairo, 1994), e cila e vë gruan në qendër të shërbimeve të shëndetit riprodhues në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor. Nisur nga kjo Shqipëria ka zhvilluar disa dokumente strategjike si: strategjia kombëtare për zhvillimin social dhe ekonomik, politikën për kujdesin shëndetësor parësor me fokus në radhë të parë në përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Vërtet një nga objektivat e objektivave për zhvillim të mijëvjeçarit (Objektivi 5) është “reduktimi i vdekshmërisë amëtare me 75% brenda periudhës 2000-2015”.

35. Nivelet në rritje të dhunës ndaj grave dhe toleranca publike ndaj dhunës janë tregues të vulnerabilitetit në rritje të grave ndaj shkeljes së të drejtave dhe një tregues i dobësisë së atyre përparimeve

të bëra në sigurimin e barazisë gjinore në dekadat e fundit. Shumica e njerëzve të intervistuar për "Dhunë në familje në Shqipëri" (studim i UNICEF-it) pranuan se dhuna në familje nuk është e pazakontë dhe ndjenë se viktimat heshtin, sepse përgjigja e komunitetit është në përgjithësi joaprovuese. Abuzimi është një fenomen kompleks që nis nga poshtërimi, kërcënimet dhe izolimi shoqëror deri te seksi i detyruar dhe rrahja.

36. Qeveria Shqiptare në bashkëpunim me shoqërinë civile duhet të monitorojnë dhe vlerësojnë implementimin e strategjisë kombëtare kundër trafikimit të qenieve njerëzore. Qeveria Shqiptare dhe shoqëria civile e konsiderojnë parandalimin e trafikimit të grave dhe vajzave si prioritet. Promovimi i ndërgjegjësimit publik për trafikimin e grave dhe vajzave nuk duhet të synojë vetëm parandalimin, por edhe ndërgjegjësimin në lidhje me pranimin e viktimave të trafikimit në momentin e kthimit të tyre. Krijimi i vendeve të punës për gratë dhe vajzat dhe fuqizimi i tyre ekonomik do të reduktojnë së tepërmi numrin e viktimave të trafikimit.

Përgjigja e Qeverisë

37. Shqipëria ka marrë pjesë dhe ka rënë dakord për parimet kryesore të Programit të Veprimit të ICPD-së, Programit të Veprimit të Konferencës Botërore mbi të Drejtat e Njeriut, Konventës për Eliminimn e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas, Konventës për të Drejtat e Fëmijëve, Programit të Veprimit të Samitit Botëror për Zhvillimin Shoqëror, Platformën e Veprimit të Konferencës së Katërt Botërore për Gratë dhe marrëveshje të tjera ndërkombëtare.

38. Raporti Kombëtar mbi ICPD+10 nënvizoi progresin e bërë drejt arritjes së objektivave të ICPD-së dhe MDGs-së. Aprovimi i një sërë ligjesh dhe programesh tregon për synimin e Qeverisë që të arrijë objektivat e ICPD-së në Shqipëri. Baza ligjore për mbrojtjen e shëndetit të popullsisë është e fortë dhe përfshin: ligjin për shëndetin riprodhues (procesi i aprovimit të ligjit u mbështet tërësisht nga UNFPA-ja); ligji për futjen e një sistemi të ri financimi për sigurimet shëndetësore; ligji për parandalimin e HIV/AIDS; ligji për abortin; ligji për barazinë gjinore dhe një bazë ligjore për parandalimin e trafikimit të njerëzve.

39. Shqipëria ka nënshkruar disa traktate të OKB-së, konventa dhe konferenca globale. Njësia e Raportimit mbi Traktatet e OKB-së e ngritur në Ministrinë e Jashtme të Shqipërisë është funksionale. Ajo ka përgjegjësinë për të raportuar mbi traktate të ndryshme të OKB-së, konventat dhe konferencat ndërkombëtare. Drejtoria e OKB-së dhe e organizatave të tjera ndërkombëtare në MoFA ka përsëritur angazhimin për ICPD+10. MoFA-ja ka njohur kontributin e UNFPA-së dhe nevojën për të vazhduar aktivitetet, përfshirë parandalimin e STI/HIV/AIDS, planifikimin familjar dhe furnizimin me kontraceptivë për të plotësuar nevojat e grave, burrave dhe të rinjve në Shqipëri.

40. Samiti për Zhvillim i Mijëvjeçarit i OKB-së pati rezultat Deklaratën e Mijëvjeçarit, miratuar nga 191 kombe. Shqipëria është e angazhuar të punojë për arritjen e MDGs, që kanë dalë nga njohuritë dhe eksperienca e konferencave globale të OKB-së në dekadën e fundit dhe që identifikojnë fushat kryesore ku duhet të fokusohen përpjekjet. "Shqipëria dhe objektivat për zhvillim të mijëvjeçarit" të përgatitur në 2002, e bën Shqipërinë vendin e parë në rajon që ka raportuar për këtë çështje.

Pjesa III. Bashkëpunimi dhe mësimet e nxjerra në të kaluarën

41.UNFPA-ja ka punuar me Këshillin e Ministrave që nga viti 1983, fillimisht mbi bazë projekti. Nga 1983-1990 Shqipëria ka marrë asistencë prej 1,5 milion USD. Asistenca e UNFPA-ja fokusohej në futjen e planifikimit familjar dhe mëmësinë e sigurt në kontekstin e kujdesit shëndetësor parësor. Në bashkëpunim me Organizatën Botërore të Shëndetësisë (EHO), UNFPA-ja ka punuar me Ministrinë e Shëndetësisë për të ngritur qendrat rajonale të planifikimit familjar në 12 qarqet.

42. Projektet e mbështetura nga UNFPA-ja kanë trajnuar personelin shëndetësor dhe kanë furnizuar me kontraceptivë dhe pajisje bazë për të përmirësuar kujdesin shëndetësor amëtar dhe të fëmijëve e për të futur metodat moderne të planifikimit familjar në nivel të kujdesit shëndetësor parësor dhe në maternitetet kryesore në Tiranë. Programi i hartoi instruksionet për shërbimet e planifikimit familjar në gjuhën shqipe dhe trajnoi doktorët dhe mamitë.

43. Cikli i parë  i mbështetjes së UNFPA-së mbuloi periudhën 1991-1995 dhe u zgjat me një vit. UNFPA-ja ngriti zyrën e saj në Tiranë në janar 1996 dhe emëroi një përfaqësues. Programi i parë kombëtar (1997-2000) u miratua për 4 milionë USD (2.8 milionë USD nga burime të rregullta dhe 1.2 milion USD nga burime të tjera). Ky program përfshinte aktivitete për rininë, si edhe parandalimin e STI dhe HIV/AIDS. UNFPA-ja dhe Këshilli i Ministrave e shtynë programin për një vit deri në 2001. Programi vazhdoi të ngrinte kapacitetet institucionale të Ministrisë së Shëndetësisë, duke u fokusuar në marketingun social.

44. Një projekt lidhës u planifikua dhe u implementua gjatë vitit 2002, që përfshiu një komponent për sigurimin e kontraceptivëve modernë dhe zhvillimin e sistemit logjistik të kontraceptivëve. Ai

gjithashtu promovoi marketingun social të prezervativëve për të parandaluar STIs dhe HIV/AIDS te të rinjtë. Pëveç kësaj, UNFPA-ja mbështeti studimin e parë për njohuritë, sjelljet, praktikat dhe besimet, dhe studimin për shëndetin riprodhues të grave dhe burrave shqiptarë 2002. Projekti, që u shty deri në 2005, rriti aksesin ndaj shërbimeve përmes qendrave model të OJQ-ve, përfshirë një klinikë për gratë në Vlorë dhe një qendër për të rinjtë në Shkodër.

45. Mësimet e nxjerra përfshijnë nevojën: a) për të forcuar shërbimet e shëndetit riprodhues dhe siguruar trajnim të specializuar të personelit shëndetësor, si edhe për të përmirësuar aksesin ndaj shërbimeve cilësore të shëndetit riprodhues në nivel të kujdesit shëndetësor parësor; b) për të vazhduar ngritjen e kapaciteteve kombëtare mbi popullsinë dhe formulimin e politikave, përfshirë grumbullimin e të dhënave dhe analizimin e tyre; dhe c) për të përmirësuar bashkëpunimin dhe bashkërendimin e mekanizmave për përdorimin e burimeve të kufizuara.

46. U identifikuan fusha të tjera të ndërhyrjeve nëpërmjet programit të ri kombëtar 2006-2010 që përfshijnë:

a) Zhvillimi i aktiviteteve të shëndetit riprodhues duhet të bazohen në rezultatet e analizës sekondare të kërkimeve për popullsinë për zhvillimin më të mirë të këtyre aktiviteteve;

b) Për arsye të fushave të pamjaftueshme që lidhen me popullsinë, ngritja e kapaciteteve për demografinë mbetet një prioritet kyç për zhvillimin kombëtar;

c) Për arsye të rritjes së praktikave të pasigurta dhe sjelljeve të rrezikshme të të rinjve, dhe rritjes së rasteve me STI/HIV, kjo fushë do të jetë një nga fushat e ndërhyrjes për programin e ardhshëm të vendit;

d) Si bazë e strategjisë kombëtare për sigurimin e kontraceptivëve, angazhimi i Qeverisë është të prokurojë të gjithë kontraceptivët për sektorin publik në 2010. Deri atëherë, ndihma nga jashtë do të jetë shumë e rëndësishme;

e) Zhvillimi i aftësive këshillimore dhe komunikuese të personelit shëndetësor që duhet lidhur me komponentin e kryerjes së shërbimeve;

f) Programi i edukimit me shëndetin riprodhues dhe seksual të adoleshentëve duhet të bëhet pjesë përbërëse e politikave dhe kurrikulës së Ministrisë së Arsimit;

g) Pjesëmarrja e komunitetit në çështjet e RH/FP do të përdoret për iniciativa komunitare për të përmirësuar aksesin e RH/FP dhe për informacion dhe shërbime për barazinë dhe drejtësinë gjinore.

47. Mësimet e nxjerra për koordinimin dhe menaxhimin e programit do të përmirësojnë zbatimin e programit në të gjitha nivelet. Përdorimi efektiv i të dhënave ekzistuese nën procesin e programimit të ri do të ndihmojë zbatimin e programit.

## PJESA IV
## PROGRAMI I PROPOZUAR

Rezultatet dhe strategjitë e Programit Kombëtar

48. Programi Kombëtar do të harmonizohet me ciklin e programit të Programit për Zhvillim të Kombeve të Bashkuara (UNDP) dhe të Fondit të Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF). Ai do të bazohet mbi rezultatet e katër kuadrove të asistencës për zhvillimin e Kombeve të Bashkuara (UNDAF), si dhe të vlerësimit të përbashkët të vendit (CCA) për Shqipërinë. Programi reflekton prioritetet e Strategjisë Kombëtare të Zhvillimit Social dhe Ekonomik (NSSED) planet dhe strategjitë rajonale të OZHM-ve, si dhe programin e Veprimit të ICPD-së. Ai është zhvilluar në bashkëpunim me Këshillin e Ministrave dhe inkurajon partneritetet me agjencitë e Kombeve të Bashkuara dhe partnerë të tjerë që punojnë në fushën e shëndetit, popullsisë dhe zhvillimit.

49. Qëllimi i programit është që të kontribuojë në përmirësimin e cilësisë së jetës së njerëzve në Shqipëri, duke mbështetur te rezultatet e mëposhtme të UNDAF-it: a) një qeveri transparente dhe të përgjegjshme që zhvillon dhe zbaton politika efektive kombëtare të cilat synojnë në arritjen e OZHM-ve dhe integrimin në Bashkimin Europian; b) krijimi i një ambienti mbështetës për të rritur pjesëmarrjen e njerëzve në formulimin e politikave dhe në procesin vendimmarrës kombëtar; dhe c) përdorimi në rritje i shërbimeve cilësore publike të ofruara në një mënyrë efiçente, transparente, të përgjegjshme dhe të barabartë.

50. PV synon të adresojë prioritetet gjinore kyçe të barazisë, zhvillimit të popullsisë, si dhe të shëndetit riprodhues dhe të drejtave riprodhuese. Aktivitetet që lidhen me popullsinë do të implementohen në nivel kombëtar, ndërkohë që komponenti i SHR-së do të fokusohet në tri fusha të caktuara, brenda kuadrit të aktiviteve të përbashkëta, në mbështetje të planeve të zhvillimit rajonal sipas OZHM-ve.

51. Strategjia e programit është që të përforcojë kapacitetet dhe sistemet e homologëve kombëtarë

për të përpunuar, mbështetur dhe zbatuar politika efektive që do të kenë efekte të qarta pozitive në forcimin e sistemit shëndetësor për të arritur nevojat seksuale dhe riprodhuese të grave, burrave dhe të rinjve, të mbështesë barazinë gjinore dhe fuqizimin e gruas nëpërmjet partneriteteve me shoqërinë civile dhe me organizatat e tjera qeveritare dhe joqeveritare. Programi do të mbështesë përmirësimin/zhvillimin e një baze të dhënash mbi statistikat që lidhen me popullsinë, zhvillimin dhe shëndetin.

52. Programi kërkon të riforcojë kapacitetet e homologëve kombëtarë dhe sistemeve për të zhvilluar, mbështetur dhe zbatuar politika që: a) do të plotësojnë nevojat seksuale dhe riprodhuese të grave, burrave dhe të rinjve; b) mbështesë barazinë gjinore dhe fuqizimin e grave nëpërmjet partneriteteve me organizatat e shoqërisë civile dhe shoqatat joqeveritare (OJQ). Programi kërkon të zhvillojë një bazë të dhënash për statistika vitale të lidhura me popullsinë dhe shëndetin.

53. Programi do të përbëhet nga dy komponentë: shëndeti riprodhues, popullsia dhe zhvillimi. Komponenti që ka të bëjë me popullsinë dhe zhvillimin, përfshin gjithashtu aktivitete që lidhen me aspekte gjinore.

54. Komponenti i parë i PV të UNFPA-së do të kontribuojë në drejtim të rezultateve (1) dhe (3) të UNDAF-it, respektivisht "Një qeveri transparente dhe e përgjegjshme që zhvillon dhe zbaton politika efektive" dhe "Përdorimi në rritje i shërbimeve cilësore të ofruara në një mënyrë efiçente, transparente, të përgjegjshme dhe të barabartë" nëpërmjet dy rezultateve të PV-së, të titulluara "Zbatim dhe monitorim i vazhdueshëm i politikave dhe strategjive të lidhura me "gender" – çështjet gjinore, popullsinë dhe shëndetin riprodhues" dhe "Përdorim në rritje për gratë, burrat dhe adoleshentët i shërbimeve cilësore të SHR-së, informacionit dhe këshillimit".

55. Komponenti i dytë i PV-së do të kontribuojë në drejtim të rezultatit 2) të UNDAF-it të titulluar: "Krijimi i një ambienti mbështetës, i cili siguron pjesëmarrjen e njerëzve në formulimin e politikave dhe procesin e vendimmarrjes" nëpërmjet një rezultati të PV të titulluar "Mbështetje në rritje për barazinë gjinore, popullsinë, shëndetin riprodhues dhe të drejtat riprodhuese nga një varietet grupesh në disa nivele kombëtare dhe të komunitetit".

Lidhjet midis rezultateve të UNDAF-it dhe rezultateve të programit kombëtar

56. Qëllimi i përgjithshëm i UNDAF-it është mbështetja e integrimit të Shqipërisë në Bashkimin Europian duke përdorur OZHM-të e lokalizuara si objektiva të përbashkët të UN-it. UNDAF-i përforcon këtë synim duke i shtuar gjithashtu një qeverisje të përmirësuar dhe programe mbështetëse në drejtim të përmbushjes së 7 qëllimeve të para. CCA (Vlerësimi i përbashkët për vendin) identifikoi reduktimin e varfërisë dhe mbështetjen ndaj kuadrit të përgjithshëm të politikës kombëtare si fushën bazë të ndërhyrjes së sistemit të UN-it në Shqipëri. Gjithashtu u vu në dukje mungesa e performancës menaxhuese ndryshe e shprehur në rëndësinë e reformës institucionale duke synuar në rritjen e efiçencës, transparencës dhe përfshirjes së intitucioneve qeveritare.

57. Grupi i punës i UN-it do të punojë që të rrisë shërbimet sociale dhe të sigurojë që këto shërbime janë ofruar në një mënyrë efiçente dhe të përgjegjshme. Mekanizmat janë gjithashtu të disponueshëm për të adresuar çështjen e përjashtimit nga ofrimi i shërbimeve sociale dhe raportimi dhe monitorimi i implementimit. Aktivitetet do të synojnë të forcojnë kapacitetet e ofruesve të këtyre shërbimeve për të vepruar si punonjës të zotë, efiçent dhe të përgjegjshëm për detyrën që kanë duke ofruar arsim bazë cilësor, shërbime shëndetësore dhe mbrojtëse për fëmijët, të rinjtë dhe gratë.

58. UNFPA-ja së bashku me UNICEF-in ka marrë rolin drejtues në grupin e punës së UN-it dhe në rezultatin 3) të UNDAF-it "Përdorimi në rritje i shërbimeve cilësore të ofruara në një mënyrë efiçente, transparente, të përgjegjshme dhe të barabartë". Ky rezultat i përgjigjet qëllimit të zhvillimit kombëtar për përmirësimin e shërbimeve shëndetësore dhe të arsimit, si dhe përmirësimin e infrastrukturës dhe shërbimeve të jetës për popullsinë. Autoritetet lokale në zonat rurale dhe urbane do të përfshihen në planifikimin dhe menaxhimin duke përfshirë dhe sigurimin e shërbimeve publike.

Shëndeti riprodhues

59. Ky komponent programi është krijuar për t'iu përgjigjur prioriteteve të sektorit shëndetësor të Qeverisë Shqiptare, sikurse është artikuluar dhe në Strategjinë Kombëtare për Zhvillimin Social dhe Ekonomik, si dhe në Strategjinë Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS (2004-2010). Ai gjithashtu do të kontribuojë për të rritur kërkesën për shërbime të shëndetit riprodhues, me fokus grupet në pozita të pafuqishme (të tilla si burrat, dhe gratë e zonave rurale, të varfërit, të rinjtë, MSM, ushtarët etj.).

60. UNFPA-ja do të vazhdojë të mbështesë MeSH dhe autoritetet shëndetësore lokale në disa rrethe të caktuara dhe OJQ-të për të operacionalizuar strategjitë ekzistuese kombëtare në lidhje me sigurimin e shërbimeve seksuale dhe riprodhuese gjithëpërfshirëse të orientuara nga klienti në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, duke përfshirë dhe furnizimin me produkte për SHR-në. Sigurimi i shërbimeve *pre-*, *peri-* dhe *post-natale*, shërbimi pas abortit, sikurse dhe SST parandalimi i HIV/AIDS

shërbimet miqësore për të rinjtë që do të jenë pjesë e këtij komponenti. Mbështetje do t'i jepet kësaj ministrie edhe për të zhvilluar dhe për të bërë efiçente një Strategji Kombëtare për Shëndetin Riprodhues, e cila do të kontribuonte në shërbime dhe standarde të unifikuara të SHR-së dhe do t'i përgjigjet nevojave në rritje të popullsisë për shërbime të SHR-së. Kjo do të kontribuonte për të përshkallëzuar sigurimin e shërbimeve të integruara të SHR-së në nivelin e kujdesit shëndetësor primar, sikurse të sigurojë mbështetje në fushën e reformës së sektorit shëndetësor. Mbështetja do të vazhdojë t'i jepet Qeverisë Shqiptare në implementimin e strategjisë afatgjatë të sigurimit të produkteve të SHR-së dhe planet e veprimit duke arritur angazhimet e veta në pjesën e përqindjeve të buxhetit vjetor, si dhe në arritjen e pavarësisë për t'i siguruar kontraceptivët sektorit publik në 2010. Kjo mbështetje do të përfshijë aspekte të furnizimit (logjistikës dhe cilësisë së kujdesit), aksesit dhe kërkesës dhe një ambient të favorshëm politik (duke përfshirë dhe kuadrin e zhvillimit) financiar, ligjor (ligjet, rregullat) dhe ambientin social-ekonomik, kapacitetet kombëtare (burimet njerëzore), koordinimit dhe integrimit të shërbimeve dhe mjeteve.

61. Nën rezultatin e PV(1): "Zbatim dhe monitorim i vazhdueshëm i politikave dhe strategjive të lidhura me çështjet gjinore, popullsinë dhe shëndetin riprodhues" komponenti i programit ka një output, të quajtur:

*Output* 1. Përditësimi dhe formulimi i politikave dhe strategjive kyçe të shëndetit seksual dhe riprodhues, çështjeve gjinore dhe politikave të lidhura me popullsinë.

62. Në bashkëpunim me Këshillin e Ministrave, programi do të ndihmojë në përditësimin dhe implementimin e planit të punës së Strategjisë së Promovimit të Shëndetit, të përgatitur nga Ministria e Shëndetësisë nëpërmjet Institutit të Shëndetit Publik, si dhe Planin e Veprimit të Strategjisë Kombëtare të Rinisë, të përgatitur nga Ministria e Turizmit, Kulturës, Rinisë dhe Sporteve. Programi do të trajnojë OJQ-të dhe median në lidhje me aftësitë menaxhuese dhe advokacinë. Ai gjithashtu do të asistojë Ministrinë e Shëndetësisë në krijimin e Komitetit Multidisiplinor të Shëndetit Riprodhues, i cili do të përpunojë një strategji të shëndetit riprodhues të bazuar mbi ligjet e shëndetit. Programi do të mbështesë Programin Kombëtar për të parandaluar SST dhe HIV/AIDS në përputhje të plotë me Strategjinë Kombëtare të aprovuar mbi HIV/AIDS-in.

63. Sipas dokumentit të aprovuar të Programit Kombëtar janë parashikuar strategjitë e mëposhtme: strategjia e parë për arritjen e këtij *outputi* është mbështetja e reformës së kujdesit shëndetësor për t'i bërë shërbimet e shëndetit riprodhues në përputhje me ICPD, nëpërmjet krijimit të kapaciteteve për komponentin e SHR-së të kujdesit shëndetësor parësor dhe të qendrave komunitare të promovimit të shëndetit. Ky *output* do të arrihet nëpërmjet:

a) mbështetjes së Strategjisë për Promocionin e Shëndetit dhe zhvillimit të politikave;

b) mbështetjes së qendrave të kujdesit parësor (PHCC) në zonat e përzgjedhura të Shqipërisë;

c) mbështetje qendrave të promocionit të shëndetit (HPC), që punojnë për çështjet e SHR/PF/HIV dhe të parandalimit të tyre;

64. Strategjia e dytë është mbështetja e zhvillimit dhe shpërndarjes së informacionit dhe e materialeve edukative mbi sjelljet seksuale dhe riprodhuese. Ky *output* do të arrihet nëpërmjet:

a) seminareve me aktorë dhe drejtues të komunave mbi SHR/PF;

b) mbështetje për zhvillimin dhe shpërndarjen e materialeve IEK mbi SHR/PF te të rriturit, çiftet dhe të rinjtë;

c) trajnime mbi metodat e ndryshimit të sjelljes për specialistët e SHR/PF.

65. Nën rezultatin (2) të PV-së: Përdorimi në rritje nga gratë, burrat dhe adoleshentët të shërbimeve cilësore të SHR-së informacionit dhe këshillimit" komponenti i programit ka një output të titulluar:

*Output* 2: Shërbime gjithpërfshirëse të shëndetit riprodhues si në sektorët publik, dhe privat, dhe mekanizma të standardizuar dhe të kontrolluar të integruara në kujdesin shëndetësor parësor dhe maternitet.

66. Një strategji për arritjen e këtij *outputi* është krijimi dhe përdorimi i një baze njohurish nëpërmjet ndihmës së ofruar Ministrisë së Shëndetësisë në nivel qendror dhe lokal për të operacionalizuar strategjitë kombëtare nëpërmjet paketës së unifikuar të shërbimeve të SHRS-së duke përfshirë dhe standarde të monitorimit dhe kontrollit, si dhe treguesit e të dhënave.

67. Një strategji tjetër do të jetë mbështetja dhe forcimi i partneriteteve midis institucioneve qeveritare, OJQ-ve dhe agjencive financuese për të siguruar koordinimin në fushën e SHRS nëpërmjet grupeve tematike të punës.

68. Strategjia e tretë është zhvillimi i sistemeve për përmirësimin e performancës nëpërmjet ofrimit të mbështetjes për trajnimin e burimeve njerëzore dhe vlerësimit të performancës, për të siguruar një gamë të gjerë shërbimesh cilësore të SHR-së duke përfshirë dhe planifikimin familjar që t'i përgjigjet nevojave të paplotësuara. Specifikisht, programi do të sigurojë mbështetje për një trajnim të vazhdueshëm në fushën e

shërbimeve të SHRS-së për mjekët e familjes dhe infermierët, ndihmësmjekët dhe infermierët e komunitetit. Kjo strategji do të synojë të rishikojë dhe përmirësojë komponentin e SHRS-së për kurrikulën e shkollës mjekësore, veçanërisht për kategoritë e sipërpërmendura.

69. Strategjia e katërt do të testojë dhe rishikojë protokollet klinike, politikat dhe praktikat e tjera të shëndetit riprodhues. Ky output do të arrihet nëpërmjet: a) zhvillimit dhe shpërndarjes së materialeve trajnuese për punonjësit e shëndetësisë mbi teknologjitë moderne të SHR/PF/SST; b) zhvillimit dhe rishikimit të protokolleve klinike dhe të politikave, udhëzimeve dhe praktikave të tjera të shëndetit riprodhues; c) forcimit të kurrikulës së SHR/PF për mjekët dhe doktorët nëpërmjet rishikimit dhe publikimit të materialeve trajnuese dhe ToT-ve; d) asistencës teknike dhe ekspertizës në rishikimin e protokolleve klinike; e) produktet e SHR-së të përfshira në paketën e shërbimeve minimale dhe në listën themelore të barnave; f) ekzistenca e strategjisë së sigurisë së kontraceptivëve dhe plani i veprimit në koston përkatëse; g) rritja e linjës së buxhetit kombëtar për produktet e SHR-së.

70. Asistenca do të mbulojë: a) trajnimin në fushën e shëndetit riprodhues për punonjësit e shëndetësisë të fokusuar në kujdesin cilësor dhe të bazuar në kurrikulën e rishikuar të SHR-së, kujdesit dhe këshillimit të nënës; b) mbështetje menaxhimit dhe qëndrueshmërisë nga Ministria e Shëndetësisë të sistemit të statistikave vitale të shëndetit, duke përfshirë sistemin e informacionit dhe menaxhimit të logjistikës së kontraceptivëve (LMIS) dhe menaxhimit të sigurimit të produkteve të shëndetit riprodhues; c) mbështetje për marrjen përsipër të menaxhimit të kontraceptivëve nga Qeveria dhe ofrimi dhe sigurimi më i mirë i furnizimit me produktet e shëndetit riprodhues; d)elaborimi dhe ndarja e shërbimeve cilësore të SHR-së informacionit dhe këshillimit, duke përfshirë dhe HIV/AIDS; e) zhvillimi dhe testimi pilot i një kuadri pune rregullatore që cenon SHR-në duke përfshirë dhe protokollet mbi diagnostikimin dhe trajtimin e SST-ve dhe sistemet e vetëraportimit në nivel rrethi dhe në bazën e të dhënave të MeSH; f) rregullimi dhe akreditimi i punonjësve të shëndetësisë.

Strategjitë mbi popullsinë dhe zhvillimin

71. Komponenti i programit është krijuar për t'iu përgjigjur prioriteteve të popullsisë dhe zhvillimit të Qeverisë Shqiptare për të arritur objektivat kombëtare për OZHM-të, si dhe të Strategjisë Kombëtare për Zhvllimin Social dhe Ekonomik. Ai do të kontribuojë në ndihmë të përpjekjeve kombëtare për të zbatuar ligjin mbi barazinë gjinore dhe ligjit të hartuar kohët e fundit mbi dhunën në familje të adaptuar në maj 2005. Ndihma e UNFPA-së do të jetë në nivel kombëtar nëpërmjet bashkëpunimit me institucionet shtetërore.

72. Rezultati i komponentit të popullsisë dhe zhvillimit është: "Rritje e mbështetjes për barazi gjinore, për popullsinë, për shëndet riprodhues dhe të drejta riprodhuese nga një varietet grupesh në nivele të ndryshme kombëtare dhe në nivel komune" do të kontribuonte ndaj outputit.

*Output 1*: Një kuptim më i mirë i përdorimit dhe analizës së të dhënave mbi popullsinë, shëndetin riprodhues dhe të dhënave lidhur me aspektin e çështjeve gjinore për planifikimin dhe programimin midis sektorëve të ndryshëm.

73. Njëra nga strategjitë për të arritur këtë output mund të ndërtohet bazuar në aftësitë teknike dhe institucionale të partnerëve koordinues dhe implementues. Programi do të sigurojë asistencë teknike dhe mbështetje për Ministrinë e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta (MoLSAEC) dhe Institutit Shqiptar të Statistikave INSTAT. Kjo strategji do të synojë që të adresojë çështje specifike të popullsisë, të tilla si: plakja e popullsisë, rritja negative e popullsisë, fertiliteti i ulët dhe migracioni, dhe do të sigurojë që formulimi dhe zbatimi i politikës mbi popullsinë të jetë i bazuar mbi të drejtat e njeriut dhe barazisë gjinore. Programi do të mbështesë gjithashtu kërkimin operacional dhe trajnimin mbi popullsinë dhe zhvillimin. Një studim i ri mbi shëndetin riprodhues (ose DHS) do të fillojë në 2007 dhe do të ndërmarrë analizën e të dhënave, formulimin e raportit dhe shpërndarjen e rezultateve për të gjithë vendin.

74. Një strategji tjetër do të ishte mbështetja e integrimit të çështjeve të popullsisë në politikat dhe programet e Qeverisë, nëpërmjet *workshopeve* për aktorët kryesorë të sektorëve strategjikë, në mënyrë që të sigurohet mbulimi financiar i duhur dhe integrimi i çështjeve të popullsisë dhe zhvillimit, si dhe për krijimin e një qendre funksionale dokumentimi për ndarjen e njohurive/informacionit.

75. Arritja e këtij outputi synon që të çojë në: a) krijimin e një grupi funksional me specialistë kombëtarë në fushën e popullsisë dhe zhvillimit dhe b) një bazë të dhënash të disponueshme për t'u përdorur kur përgatiten politikat.

76. Programi do të ndihmojë në mbledhjen dhe shpërndarjen e të dhënave, si dhe në sensibilizimin e planifikuesve dhe menaxherëve të disa sektorëve mbi nevojën dhe përdorimin e duhur të këtyre të dhënave. Një studim është parashikuar për të vlerësuar ndikimin e migracionit të brendshëm mbi shëndetin riprodhues, mbi aspektet e çështjeve gjinore dhe çështjet e popullsisë. Trajnimet e duhura për statisticentët do të sigurohen për përdorimin vital të statistikave. Programi do të mbështesë përmirësimin e konceptit mbi

rregullimin e fertilitetit dhe arsyet që ndikojnë në aborte nëpërmjet një studimi specifik. Do të mbështetet gjithashtu përmirësimi i sistemeve të informimit mbi shëndetin e fokusuar kryesisht mbi SHR. Mbështetja do të vazhdojë dhe për planet rajonale të OZHM-ve nëpërmjet pjesëmarrjes aktive në aktivitetet e përbashkëta të UN-së në vend.

77. Sipas programit të aprovuar kombëtar, ky output do të arrihet nëpërmjet: a) krijimit të kapaciteteve në universitetet e zgjedhura për ofrimin e trajnimeve të rregullta gjatë detyrës mbi popullsinë dhe zhvillimin; b) mbështetja dhe zhvillimi i kurseve mbi demografinë në universitetet e zgjedhura kombëtare; c) mbështetja e zhvillimit dhe shpërndarjes së materialeve trajnuese mbi demografinë/popullsinë dhe zhvillimin.

78. Mbështetja e vlerësimeve, analizave dhe shfrytëzimit të të dhënave është e rëndësishme në arritjen e rezultateve të përmendura në këtë output nëpërmjet: a) trajnimit të INSTAT-it dhe të stafit tjetër shtetëror në analizën e të dhënave mbi populsinë; b) mbështetja e adoptimit të metodave ndërkombëtare mbi demografinë dhe popullsinë; c)mbështetja e hartimit dhe zbatimit të disa shembujve studimesh; d) mbështetja e mëtejshme për prodhimin e të dhënave mbi indikatorët e pambledhur që lidhen me aspekte seksuale dhe statistikave të çështjeve gjinore; e) prodhimi/publikimi dhe shfrytëzimi i materialeve që lidhen me çështjet e popullsisë.

79. Mbështetja e studimeve të përzgjedhura mbi popullsinë dhe analiza dhe përdorimi i tyre për politika dhe programe nëpërmjet: a) hartimit të studimeve me asistencën e UNFPA-së; b) mbulimi financiar i pjesshëm i studimeve në lidhje me popullsinë; c) drejtimi i kërkimeve mbi rrjedhojat e rritjes së ardhshme të popullsisë.

Output 2: Rritja e pjesëmarrjes kombëtare dhe lokale në mbështetje të barazisë gjinore dhe fuqizimit të grave

80. Advokacia dhe dialogu politik do të jenë strategjia kryesore e përdorur për të arritur këtë output. Do të organizohen takime koordinuese me MePCSSHB, MeSH dhe IOM për të promovuar mbështetjen ndaj shërbimeve të integruara për viktimat. Do të mbështeten aktivitete informuese për të rritur ndërgjegjësimin e popullsisë mbi rrjedhojat e dhunës me bazë gjinore GBV, si dhe trafikimit të qenieve njerëzore.

81. Promovimi dhe forcimi i partneriteteve do të jetë strategjia e përdorur për të lehtësuar zhvillimin dhe adaptimin e politikave dhe strategjive kombëtare për të adresuar dhunën me bazë gjinore GBV dhe trafikimin e qenieve njerëzore, si dhe përpunimi i strategjive lokale për adresimin e këtyre çështjeve. Nën këtë output do të mbështeten takime koordinuese dhe teknike në nivel qendror dhe lokal.

82. Një strategji tjetër e përdorur nën këtë output do të jetë forcimi i kapaciteteve kombëtare për të adresuar GBV, trafikimin e qenieve njerëzore dhe të drejtat e njeriut duke përfshirë të drejtat riprodhuese dhe barazinë gjinore. Strategjia do të fokusohet në trajnimin e policëve, autoriteteve lokale, stafit mjekësor, punonjësve social, si dhe aktorëve të tjerë që operojnë në këto fusha. Përveç kësaj, stafi mjekësor do të trajnohet për të trajtuar viktimat e dhunës.

83. Arritja e këtij outputi do të çojë në: a) vendosjen e mekanizmave referues dhe krijimin e strategjive në nivel distrikti për të adresuar GBV dhe trafikimin e qenieve njerëzore; b) rritjen e numrit të viktimave që do të trajtohen në këtë drejtim.

84. Ky cikël asistence do të përfshijë më konkretisht dhe specifikisht një output mbi çështje gjinore. Programi do të kontribuojë në: a) implementimin e axhendës së Drejtorisë së Shanseve të Barabarta në MePCSSHB; b) zbatimin dhe forcimin e ligjit mbi barazinë gjinore dhe mbështetjen e përpjekjeve kombëtare për të ndihmuar viktimat e dhunës seksuale dhe me baza gjinore; c) zbatimin e rekomandimeve të Konferencës mbi Shëndetin Riprodhues dhe Gedner; d) aktivitete advokacie për rritjen e ndërgjegjësimit të anëtarëve të parlamentit, OJQ-ve, medias dhe sistemit të UN-së për të mbështetur barazinë, drejtësinë dhe fuqizimin e grave; e) të punohet me autoritetet qeveritare dhe shtetërore për një integrim dhe drejtim më të saktë të aspektit të çështjeve gjinore në politika dhe programe rajonale dhe kombëtare; f) mbështetje për funksionimin sa më të mirë të institucioneve të kujdesit dhe përmirësimin e skemave të sigurimeve sociale për njerëzit e moshuar.

## PJESA V
## STRATEGJIA E PARTNERITETIT

85. Një numër aktorësh të përfshirë do të punojnë me UNFPA-në për implementimin e Planit të Veprimit të Programit Kombëtar (Country Programme Action Plan)(2006-2010). UNFPA-ja dhe Këshilli i Ministrave do të drejtojnë takime rishikuese vjetore, të cilat do të përcaktojnë vazhdimin e partneritetit mbi bazën e arritjeve të rezultateve të kënaqshme.

Ministria e Shëndetit

86. Për të rritur disponueshmërinë e shërbimeve gjithëpërfshirëse të SHR-së të orientuara nga klienti, duke përfshirë dhe shërbimet miqësore dhe informacionin për të rinjtë (YFS), UNFPA-ja do të vazhdojë partneritetin strategjik me MeSH-in dhe drejtoritë e shëndetit publik në distriktet e përzgjedhura. Bashkëpunimi me MeSH-in dhe me Departamentin e Promovimit të Shëndetit të ISHP-së, do të luajë një rol kyç për të arritur kërkesat në rritje për shërbime të SHR-së, veçanërisht midis grupeve vulnerable duke siguruar një kuadër të përgjithshëm institucional dhe politik për zbatimin e intervecioneve për ndryshimin e sjelljes (BCC), në nivel distrikti nëpërmjet rrjetit të promovimit të shëndetit.

87. MeSH do të kontribuojë nëpërmjet sigurimit të: a) burimeve njerëzore; b) infrastrukturës fizike dhe organizative; c) fondeve nëpërmjet strategjisë së sigurisë së kontraceptivëve për prokurimin e kontraceptivëve për t'u shpërndarë falas në qendrat e shëndetit publik. Me qëllim që të shfrytëzohen sa më mirë burimet e kufizuara mbi SHR-në, MeSH do të ketë rolin drejtues në koordinimin e përgjithshëm dhe sinkronizimin e strategjisë së partneritetit dhe aktiviteteve.

88. Kujdes i veçantë do t'i kushtohet bashkëpunimit me Fakultetin e Infermierisë, me qëllim që të rishikohen dhe zhvillohen ashtu siç duhet elemente të kurrikulës për këshillimin në drejtim të shëndetit riprodhues/të drejtat riprodhuese. Kurse trajnimi do të organizohet me mjekët e familjes mbi PF/GBV-në me qëllim që të zgjerohet gama dhe mbulimi i popullatës.

Ministria e Arsimit dhe Shkencës

89. UNFPA-ja do të forcojë partneritetin me MeAQSH, veçanërisht përsa i takon ndërhyrjeve në shkollë për adoleshentët. Në kuadrin e projektit të financuar nga SIDA "Edukimi i shëndetshëm për jetën në shkollë" dhe në bashkëpunim me UNICEF-in, UNFPA-ja pritet që të sigurojë një shfrytëzim më të mirë të burimeve njerëzore të trajnuara dhe një ndikim më të gjerë dhe të thellë të ndërhyrjeve për të rinjtë, duke synuar në arritjen e edukimit shëndetësor nëpër shkolla, përfshirë këtu edhe parandalimin e SST/HIV/AIDS nëpërmjet mësuesve të trajnuar dhe ndërhyrjeve të BCC-së midis të rinjve.

90. MeASH do të sigurojë kuadrin institucional dhe politik për të realizuar ndërhyrjet në shkollë të planifikuara nën PV-në.Ajo do të kontribuojë gjithashtu me burime njerëzore (mësues shkolle dhe psikologë), si dhe me infrastrukturën e duhur.

Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta (MePÇSSHB)

91. UNFPA-ja do të forcojë partneritetin e saj me MePÇSSHB në çështjet e popullsisë dhe zhvillimit. MePÇSSHB do të jetë një partner strategjik në fushën e GBV-së dhe trafikimit të qenieve njerëzore për shkak të rolit të vet kyç në formulimin dhe zbatimin e politikave kombëtare në këtë drejtim. Drejtoria e Shanseve të Barabarta do të jetë një partner strategjik në zhvillimin dhe zbatimin e strategjisë mbi barazinë gjinore, duke përfshirë fuqizimin e gruas dhe përfshirjen e burrave. MePÇSSHB do të kontribuojë me burime njerëzore dhe insfrastrukturën e duhur. Ajo do të sigurojë gjithashtu koordinimin e përpjekjeve të vazhdueshme brenda kuadrit të reformës së shërbimeve sociale, si dhe integrimin e GBV-së dhe aspekte të trafikimit në politika dhe programe ekzistuese.

Instituti Kombëtar i Statistikave (INSTAT)

92. INSTAT-i do të luajë rolin kryesor në të gjitha studimet kombëtare të kryera në Shqipëri. UNFPA-ja do të bashkëpunojë ngushtë me INSTAT-in për zhvillimin dhe mbledhjen e të dhënave të studimit të dytë të shëndetit riprodhues ose DHS-së në lidhje me të dhëna themelore mbi popullsinë.

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)

93. Instituti i Shëndetit Publik do të sigurojë koordinimin e aktiviteteve të HIV/AIDS (duke përfshirë dhe sistemin e survejimit të SST) dhe LMIS, si dhe mbledhjen e të dhënave të disa indikatorëve në nivel kombëtar. Kapaciteti i vetë teknik në koordinimin dhe implementimin e një game të gjerë ndërhyrjesh në këtë fushë, sikurse kërkimet përkatëse të ndërmarra do të përdoren gjerësisht. ISHP-ja do të jetë një partner i rëndësishëm në përpunimin e kërkimeve dhe analizën në fushën e shëndetit dhe veçanërisht në lidhje me të dhënat e pamjaftueshme për abortet, brenda kontekstit të studimit të SHR-së dhe të survejimit të aborteve. Qendra Kombëtare për Promovimin e Shëndetit brenda ISHP-së do të përdoret gjerësisht për zhvillimin dhe shpërndarjen e materialeve IEK/BCC.

USAID dhe projektet e financuara prej tij

94. Bashkëpunimi midis UNFPA-së dhe USAID-it në fushën e SHR-së, përdorimit të kontraceptivëve dhe materialeve IEK do të vazhdojë në të gjithë vendin. Aktivitetet e financuara bashkërisht kanë përfshirë SHR-në, furnizimin me kontraceptivë, trajnimin LMIS, trajnimin e punonjësve të shëndetësisë në nivel primar mbi teknikat e planifikimit familjar etj. Marrëdhëniet midis UNFPA-së dhe USAID-it do të vazhdojnë të jenë të një bashkëpunimi të ngushtë dhe të mbështetura rerspektivisht me aktivitete dhe financime të përbashkëta që plotësojnë njëra-tjetrën. Programet e shëndetit të USAID/Albania fokusohen në reformimin e sistemit të kujdesit shëndetësor parësor (PHC) nëpërmjet:

a)sigurimit të një pakete të mirëpërcaktuar dhe mirëintegruar shërbimesh cilësore të PHC-së, duke përfshirë planifikimin familjar dhe shëndetin riprodhues, shëndetin e fëmijës, parandalimin e TB-së dhe HIV/AIDS; b) përmirësimin e menaxhimit dhe qëndrueshmërisë financiare; c) rritjen e ndërgjegjësimit dhe kërkesës për kujdes shëndetësor të shqiptarëve. Programi ekzistues në bashkëpunim me MeSH-in ka hartuar dhe testuar një model të ri PHC që synon të ndryshojë efiçencën e këtij sektori, cilësinë, menaxhimin dhe alokimin e burimeve. Ky aktivitet i një shkalle të gjerë, i cili përfshin të dhëna me mjete të prodhuara nga një projekt pilot do të zgjerohet në të gjithë vendin për të adresuar nevojat e sektorit (infrasrukturën e varfër, burimin njerëzor të pamjaftueshëm, korrupsionin, mekanizmat e fragmentuar të financimit) dhe reformat që duhen për të forcuar kapacitetet qendrore dhe lokale të PHC-së.

WHO

95. UNFPA-ja do të vazhdojë partneritetin me zyrën e WHO-së në Shqipëri, veçanërisht përsa i përket asistencës teknike për MeSH-in në zhvillimin e strategjive, standardeve dhe protokolleve, si dhe programeve të trajnimit në fushën e SHRS-së. Mbështetja e WHO-së për vitet 2006-2007 do të përfshijë:

- sigurimin e shërbimeve të shëndetit (ndërhyrjeve teknike në terren);
- zhvillimin e infrastrukturës së sistemit shëndetësor (financimin dhe gjenerimin e të ardhurave); dhe
- politikat shëndetësore dhe elementet e tjera të përkujdesit.

UNDP

96. UNFPA-ja do të ketë si partnerë të vet UNDP-në në arritjen e objektivave të caktuara të OZHM-ve për Shqipërinë, parandalimin e HIV-it dhe mbështetjen e INSTAT-it në projektet mbi popullsinë dhe të aspektit Gender. Fushat kryesore të veprimit të mbuluara nga UNDP-ja në këtë cikël programi janë: a) reduktimi i varfërisë dhe zhvillimit demokratik; b) qeverisja demokratike; c) Gender, HIV/AIDS, prandalimi i konflikteve dhe zgjidhja e tyre, ICT për zhvillimin, programe të ndryshme të përbashkëta që parashikojnë adresimin e nevojave dhe të drejtave të të rinjve, ngritja e modeleve pjesëmarrëse, tërheqje e interesit të të rinjve nëpërmjet sporteve, arteve dhe aktiviteteve të tjera rikreative do të jetë shtylla kryesore e bashkëpunimit të UNFPA-së me UNDP-në brenda këtij programi.

UNICEF

97. UNICEF-i do të mbetet një bashkëpunëtor kryesor i UNFPA-së në fushën e mëmësisë së sigurtë dhe ndërhyrjeve për të rinjtë. Bashkëpunimi do të bazohet në sigurimin e trajnimeve për promovimin e kujdesit efiçent prenatal, përgatitjen e manualeve të trajnimit dhe materialeve IEK mbi parandalimin e HIV-it, projektit mbi edukimin e shëndetshëm për jetën në shkolla dhe shërbimeve miqësore për të rinjtë. Përpjekjet e koordinuara të dy agjencive do të kontribuojnë në zhvillimin dhe implementimin e ndërhyrjeve për të rinjtë nëpër shkolla, të bazuara mbi parime ndërkombëtare të miratuara në lidhje me edukimin shëndetësor dhe edukimin me aftësitë për të jetuar në familje, si dhe paketat operacionale të WHO mbi YFS.

Njësia e Marketingut Social (NESMARK)

98. UNFPA-ja dhe NESMARK-u do të vazhdojnë të bashkëpunojnë në fushën e promocionit të kontracepsionit modern dhe parandalimit të SST/HIV/AIDS. Fushata të përbashkëta IEK/BCC do të organizohen duke vënë në fokus të rinjtë dhe grupet në pozita të pafuqishme.

Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ACPD)

99. ACDP në bashkëpunim me MeSH-in dhe në lidershipin e kësaj ministrie, do të jetë një homolog në fushën e trajnimit të punonjësve të shëndetit në fushën e PF-së, GBV-së, si dhe të YFS-së në disa distrikte të zgjedhura.

100. UNFPA-ja do të punojë për të zgjeruar gamën e bashkëpunimit me OJQ të tjera, që do të provojnë që kanë aftësitë teknike në fushën e SHR-së dhe PDS-së.

Klubi i gazetarëve të UN-së

101. UNFPA-ja do të përdorë gjerësisht Klubin e Gazetarëve të UN-së si një burim për trajnimin e gazetarëve në çështjet e GBV-së, zbutjes së varfërisë dhe SHR-së. Do të tentohet të bashkëpunohet me institucione të tjera jo të UN dhe agjenci të specializuara të tilla si Banka Botërore, EU, EC. Aktivitetet e PV-së do të lidhen ngushtë me grupet parlamentare dhe MPs.

OJQ të tjera do të mund të zgjidhen nëpërmjet një tenderimi konkurrues në përputhje me praktikat e UNFPA-së, për të plotësuar aspekte të ndryshme të programit.

## PJESA VI
## MENAXHIMI I PROGRAMIT

102. Programi i propozuar do të forcojë partneritetin midis Qeverisë, OJQ-ve dhe agjencive

bilaterale dhe multibilaterale dhe do të rrisë zotërimin nga Qeveria së pari nëpërmjet ekzekutimit kombëtar (*national execution*). Implementimi do të ndahet midis UNFPA-së, Qeverisë dhe OJQ-ve të akredituara si në nivel qendror, ashtu dhe në atë lokal. Qeveria do të sigurojë kontributin në natyrë, i cili përfshin kohën e njerëzve të qeverisë, ambientet, pjesën e furnizimit të kontraceptivëve, materiale IEK dhe kosto të tjera operacionale. Burime plotësuese do të mobilizohen nga donatorë multi dhe bilateral.

103. Programi do të ketë dy menaxherë komponenti të programit (PCM) dhe 7 partnerë implementimi (IPCs) që do të jenë objekt i rregullimeve përgjatë progresit të programit. PCM-të dhe IPC-të do të punojnë nën koordinimin e përgjithshëm të Autoritetit Koordinues të Këshillit të Ministrave (GCA) (shih shtojcën 4).

Koordinimi

104. Departamenti i Bashkërendimit të Strategjive dhe Koordinimit Strategjik të Ndihmës së Huaj do të veprojë si autoriteti koordinues i Këshillit të Ministrave për të gjithë projektin. Kjo firmë tregon se Këshilli i Ministrave dhe UNFPA-ja kanë rënë dakord mbi rezultatin e zhvillimit që të mbështeten nga programi kombëtar.

105. Zyra e UNFPA-së në Shqipëri përbëhet nga një drejtor joresident për vendin në zyrë në Kosovë, një asistent përfaqësues, një asistent administrativ/financiar dhe një sekretare. Fondet e programit mbulojnë një asistent logjistike/shofer dhe një asistente kombëtare për programin brenda tipologjisë së aprovuar të programit kombëtar, si dhe një koordinator projekti nën një projekt trevjeçar të financuar nga SIDA. Konsulentë afatshkurtër mund të rekrutohen për të përforcuar komponentë të caktuar të programit. Grupi i shërbimit teknik i UNFPA-së për vendet me qendër në Bratislavë-Sllovaki, do të sigurojë asistencë teknike kur të jetë e nevojshme.

Rregullimet e implementimit

106. Programi do të implementohet nën koordinimin e përgjithshëm të Departamentit të Bashkërendimit të Strategjive dhe Koordinimit Strategjik të Ndihmës së Huaj, nga Departamenti i UN-së dhe agjencive të tjera. Do të implementohen dy komponentë të programit të titulluara Shëndeti Seksual dhe Riprodhues dhe Popullsia dhe Zhvillimi.

107. Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë do të veprojë si menaxhere e komponentit të shëndetit riprodhues (RHCM). MeSH do të caktojë një person i cili brenda sektorit të SHR-së do të veprojë si koordinator i përgjithshëm i RHCM-së. RHCM do të jetë përgjegjës për koordinimin e planeve vjetore të punës së partnerëve implementues që punojnë për realizimin e rezultateve 1 dhe 2 të komponentit të SHR-së. Roli koordinues i RHCM-së do të përfshijë përgjegjësinë për të përgatitur raportin e progresit vjetor të programit (ACPR) dhe për të organizuar takime të nivelit të komponentit me partnerët implementues në kontekstin e rishikimit të UNDAF-së.

108. Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta të Shqipërisë do të veprojë si menaxhere e komponentit të popullsisë dhe zhvillimit (PDCM). PDCM do të koordinojë kapacitetet e popullsisë dhe të zhvillimit e duke ngritur aktivitetet në agjencitë përkatëse të Qeverisë do të kontribuojë për formulimin e politikave përkatëse të popullsisë dhe do të koordinojë aktivitetet kërkuese nën këtë komponent. MoLSAEC do të caktojë një person brenda Ministrisë që të veprojë si koordinator i përgjithshëm i PDCM-së. KoordinatorI i përgjithshëm i PDCM-së do të jetë përgjegjës për koordinimin e planeve vjetore të punës së partnerëve implementues, si dhe për të organizuar takime të nivelit të komponentit me partnerët implementues, në kontekstin e rishikimit të UNDAF-së. Drejtoria e Shanseve të Barabarta do të jetë partner implementues (IP) për zhvillimin e Strategjisë Kombëtare mbi Barazinë Gjinore, si dhe Strategjinë Kombëtare për GBV-në, INSTAT-I do të jetë partner implementues (IP) për çdo kërkim/studim në fushën e mbledhjes së të dhënave për popullsinë.

109. Partnerët implementues të propozuar (IP) për implementimin e programit janë: të propozuarit MESH, MePÇSSHB, ISHP, INSTAT, OJQ, zyra e koordinatorit resident të UN-it dhe UNFPA. Do t'i vihej theksi implementimit të decentralizuar, monitorimit dhe vlerësimit.

110. Përzgjedhja e IP-ve është bazuar në sistemet e tyre të fuqishme, duke përfshirë dhe menaxhimin financiar, institucional dhe kapacitetet teknike, eksperiencën e mëparshme në implementimin e aktiviteteve të caktuara, avantazhet krahasuese dhe potencialet për të kontribuar në rezultatet dhe outputet e PV-së. Implementuesit priten që t'i kryejnë aktivitetet brenda udhëzimeve të përcaktuara dhe të sjellin mekanizma të raportimit dhe monitorimit bazuar në rezultatet e aktiviteteve. IP-të do të raportojnë te UNFPA-ja dhe Këshilli i Ministrave të Republikën e Shqipërisë.

111. Të udhëhequr nga thjeshtëzimi dhe procesi i harmonizimit të UN-së dhe ndërhyrjeve të UNFPA-së dhe agjencive të tjera të UN-së do të koordinohet me partnerë kyç për të siguruar një impakt bashkëpunimi. Fushat e përbashkëta të programit, të tilla si kapacitetet përforcuese dhe mbështetja për mbledhjen e të dhënave dhe analizën e tyre, si dhe HIV/AIDS do të identifikohen gjatë konsultimeve

vjetore me agjencitë. Programe të përbashkëta, monitorim dhe rishikime vjetore do të mbahen për të vlerësuar progresin brenda kuadrit të protokollit të UNDAF-it.

112. Plani vjetor i punës që do të aprovohet nga UNFPA-ja e mbi baza vjetore do të formojë marrëveshjen bazë midis UNFPA-së dhe çdo IP-ja. Çdo IP i zgjedhur do t'i kërkohet që të dorëzojë një AWP për t'u diskutuar nga të gjithë partnerët e interesuar mbi bazat e udhëzimeve të dhëna nga UNFPA-ja. Takime vjetore do të mbahen për të parë statusin e implementimit, arritjeve dhe rezultateve. Gjithashtu, do të ndërmerren monitorime të vazhdueshme në terren për projektet.

Mobilizimi i burimeve

113. UNFPA-ja do të asistojë Këshillin e Ministrave në lobimin për burime plotësuese për implementimin e PV-së. Dokumenti i PV-së do të shpërndahet gjerësisht midis donatorëve potencialë dhe sektorit privat. Pritet që Qeveria të rrisë alokimin e vet financiar për programin e SHRS-së dhe popullsinë.

Pjesa VII. Monitorimi dhe vlerësimi i programit

114. Monitorimi dhe vlerësimi i programit (M&E) do të bëhet mbi bazë rezultatesh. Aktorët do të jenë të përfshirë aktivisht për të monitoruar dhe vlerësuar procesin gjatë gjithë implementimit të programit. Monitorimi dhe vlerësimi do të bazohen në tregues të përcaktuar në shtojcat e CPAP-së dhe do të përfshijnë vizita në terren, raporte tremujore dhe vjetore të projekteve dhe raportet standarde të progresit për çdo planpune vjetor AWP. UNFPA-ja dhe Këshilli i Ministrave sëbashku do të bëjnë takime të përvitshme koordinuese me partnerët implementues IP dhe aktorët, zakonisht në tremujorin e fundit të vitit. Mësimet e nxjerra dhe rekomandimet do të përdoren për të përmirësuar performancën e programit.

115. Rezultet e pritshme të programit kombëtar do të vlerësohen në 2009. Partnerët e UNDAF-së dhe përfaqësuesit e donatorëve multi dhe bilateral, si edhe organizatat bashkëpunëtore joqeveritare do të ftohen të marrin pjesë në këto takime për të dokumentuar praktikat më të mira dhe për të dhënë drejtime për ndërhyrjet në të ardhmen.

116. Monitorimi dhe vlerësimi i rezultateve të CP-së do të bëhet në linjë me kuadrin e M&E të UNDAF-së, me qëllim që të mos ketë dublikime dhe kosto transaksioni dhe së fundmi të promovohet një bashkëpunim dhe koordinim më i mirë midis agjencive në nivel vendi, përfshirë aktivitetet e M&E. Mekanizmat që do të përdoren do të bazohen në parimet e menaxhimit me bazë rezultatesh dhe do të udhëhiqen nga procedurat dhe parimet e UNDAF/UNFPA-së.

117. Aktivitetet M&E do të drejtohen nga një sistem treguesish dhe bazash. Në varësi të outputeve të aktiviteteve, treguesit do të jenë të përgjithshëm dhe/ose specifikë dhe do të grumbullohen rregullisht dhe/ose do të merren nga buletinet statistikore të publikuar nga Këshilli i Ministrave, studimet për shëndetin riprodhues, vlerësime të ndryshme dhe publikime të lidhura me to dhe të bëra nga donatorë të tjerë, midis të cilëve nga BE-ja dhe Banka Botërore. Monitorimi i rezultateve të pritshme dhe outputeve do të bëhet nëpërmjet studimeve, përveç analizave të vazhdueshme të të dhënave statistikore mbi shërbimet. Do të ndërmerren vizita teknike dhe menaxhuese në terren të shpeshta për të forcuar manaxhimin e programit. Informacioni nga komponentët e programit do të analizohet, dokumentohet dhe ndahet me aktorët gjatë takimeve vjetore.

## PJESA VIII
## ANGAZHIMET E UNFPA-SË

118. UNFPA angazhon një shumë prej 2,5 milion USD për CP-në që mbulon periudhën 2006-2010, objekt i disponibilitetit të fondeve. UNFPA gjithashtu do të kërkojë të mobilizojë edhe 1.5 milion USD të tjera nga burime të tjera, objekt i interesit të donatorëve, për të plotësuar kërkesat financiare për realizimin e CPAP. Çlirimi i këtyre fondeve do të bëhet në përputhje me parimet, instruksionet dhe procedurat financiare të UNFPA-së.

119. Do të mobilizohen edhe fonde shtesë përmes programimit të përbashkët me agjencitë e tjera të UN, donatorët bilateralë dhe qeverinë.

120. Do të jepet mbështetje teknike për partnerët kombëtarë për të rritur kapacitetet, përfshirë tipe të ndryshme trajnimi siç është përshkruar në dokument, prokurim i pajisjeve të duhura, dhënie shërbimesh, mbështetje për M&E-në, grumbullim të dhënash/analizë/shpërndarje informacioni, advokaci dhe formulim dhe zbatim politikash.

## PJESA IX
## ANGAZHIMET E KËSHILLIT TË MINISTRAVE TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

121. Këshilli i Ministrave i RSH-së do të përmbushë angazhimet e tij në përputhje me

marrëveshjen me UNDP-në, 17 qershor 1991, që aplikohet *mutatis mutandis* për UNFPA-në siç është shprehur në letrën e shkëmbyer midis UNFPA-së dhe Ministrisë së Punëve të Jashtme në shtator dhe nëntor 1996. Bazuar në këtë Marrëveshje, Këshilli i Ministrave do t'i japë UNFPA-së dhe zyrtarëve të saj dhe personave të tjerë që kryejnë shërbime në emër të UNFPA-së, të gjitha ato facilitete dhe shërbime siç u jepen zyrtarëve dhe konsulentëve të fondeve të ndryshme, programeve dhe agjencive të specializuara të Kombeve të Bashkuara. Këshilli i Ministrave do të aplikojë të gjitha klauzolat e Konventës mbi privilegjet dhe imunitetet e agjencive të Kombeve të Bashkuara për pasuritë, fondet dhe asetet e UNFPA-së dhe zyrtarët dhe konsulentët e saj.

122. Këshilli i Ministrave do të vazhdojë të mbështesë UNFPA-në në përpjekjet e saj për të mobilizuar burime nga donatorë të tjerë, me qëllim që të plotësohen nevojat financiare për zbatimin e programit të vendit.

123. Përveç kësaj, Këshilli i Ministrave do të angazhojë fonde kombëtare për aktivitete të tilla, si prokurimin e komoditeteve të shëndetit riprodhues, përfshirë kontraceptivët, BCC dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe sociale etj.

## PJESA X
## KLAUZOLA TË TJERA

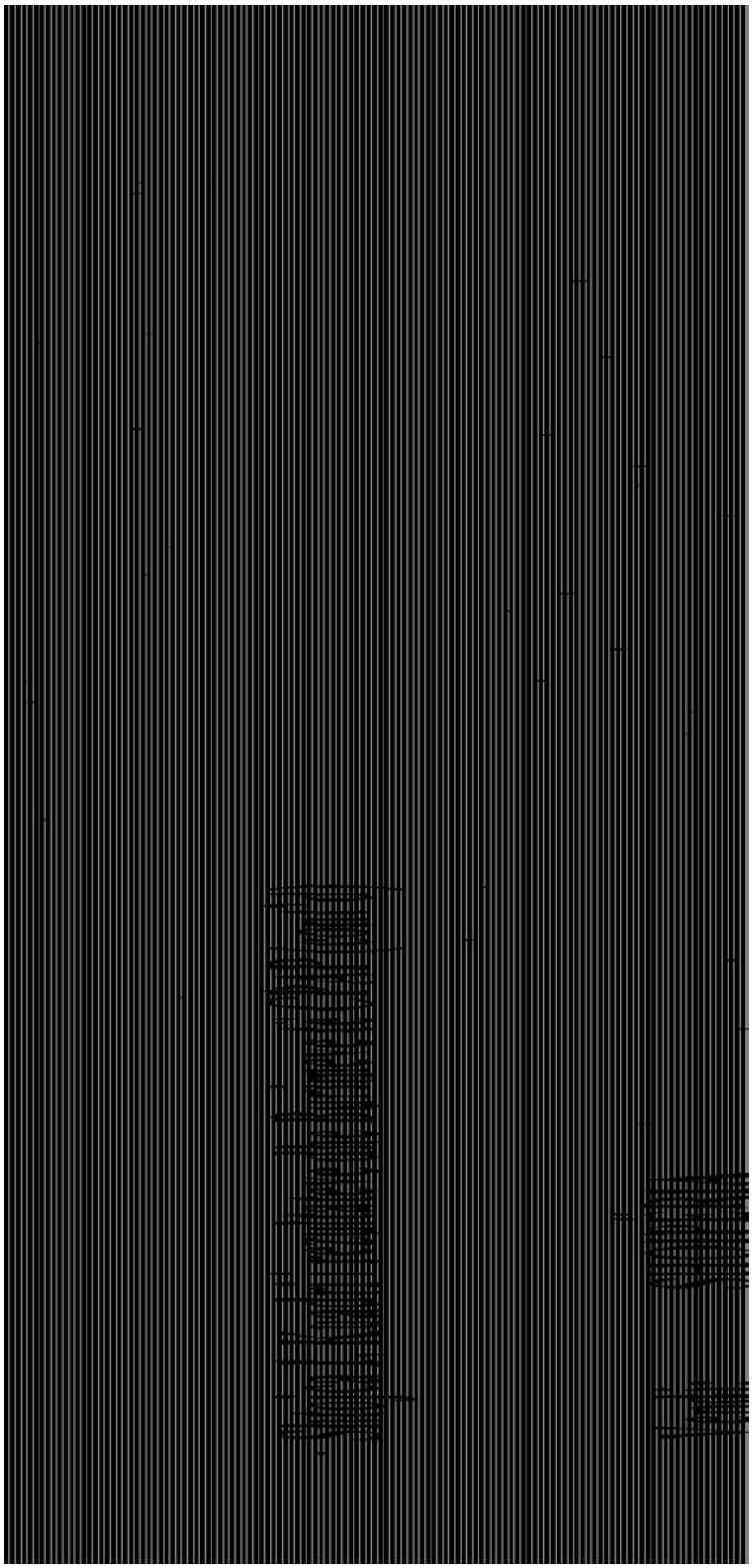
124. Ky CPAP zëvendëson çdo dokument të mëparshëm të programit të vendit të nënshkruar midis Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Fondit të Kombeve të Bashkuara për popullsinë dhe mund të modifikohet vetëm me pëlqimin e ndërsjellë të të dyja palëve, bazuar në rekomandimet e bëra gjatë takimeve vjetore të rishikimit të programit.

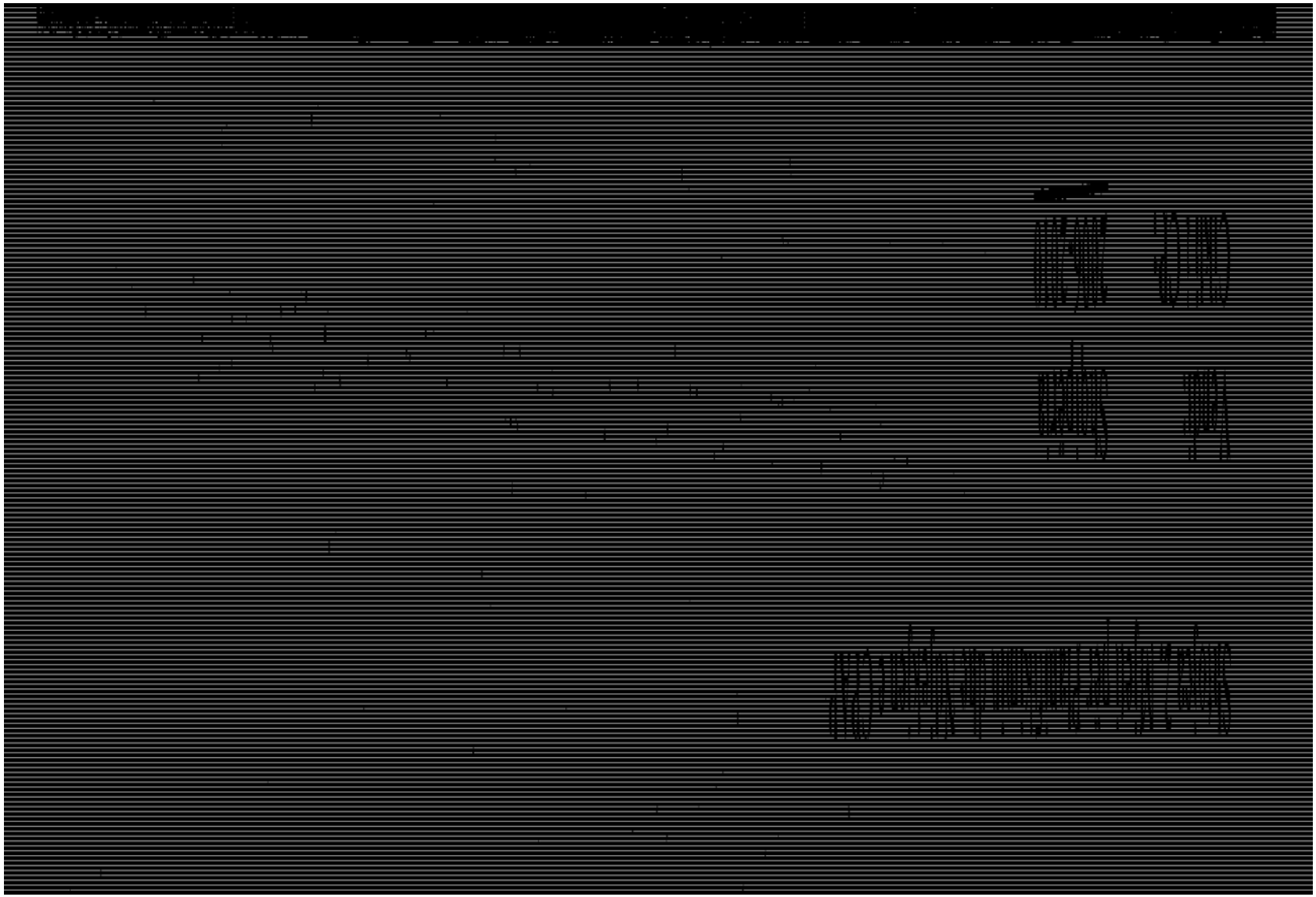
Në dëshmi të tyre këtu, të nënshkruarit, duke qenë të autorizuar, kanë nënshkruar këtë plan veprimi të programit kombëtar, sot më 14.7.2006 në Tiranë, Shqipëri.

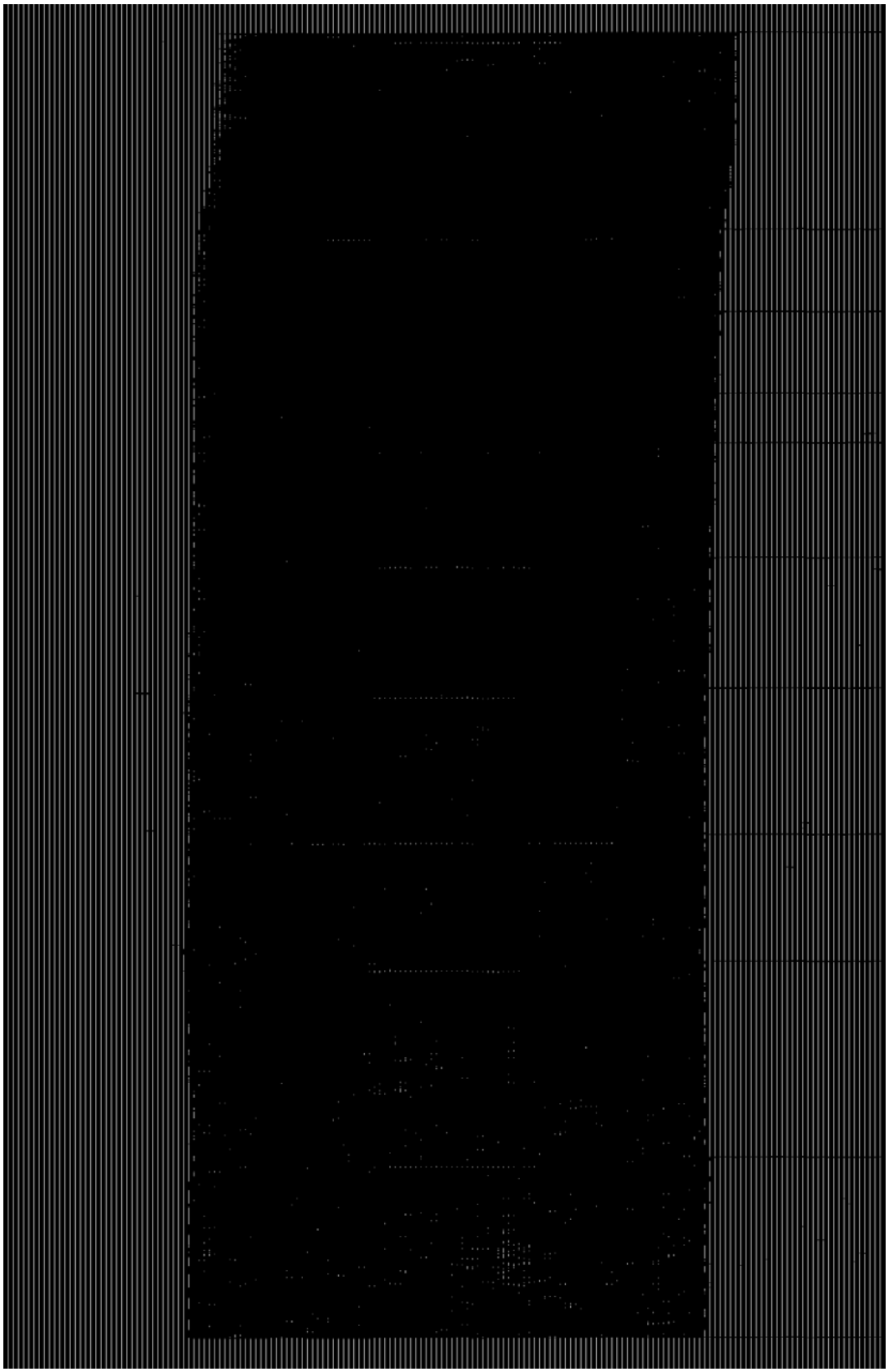
Për Këshllin e Ministrave të Republikës së Shqipërisë
Zëvendëskryeministri
**Ilir Rusmali**

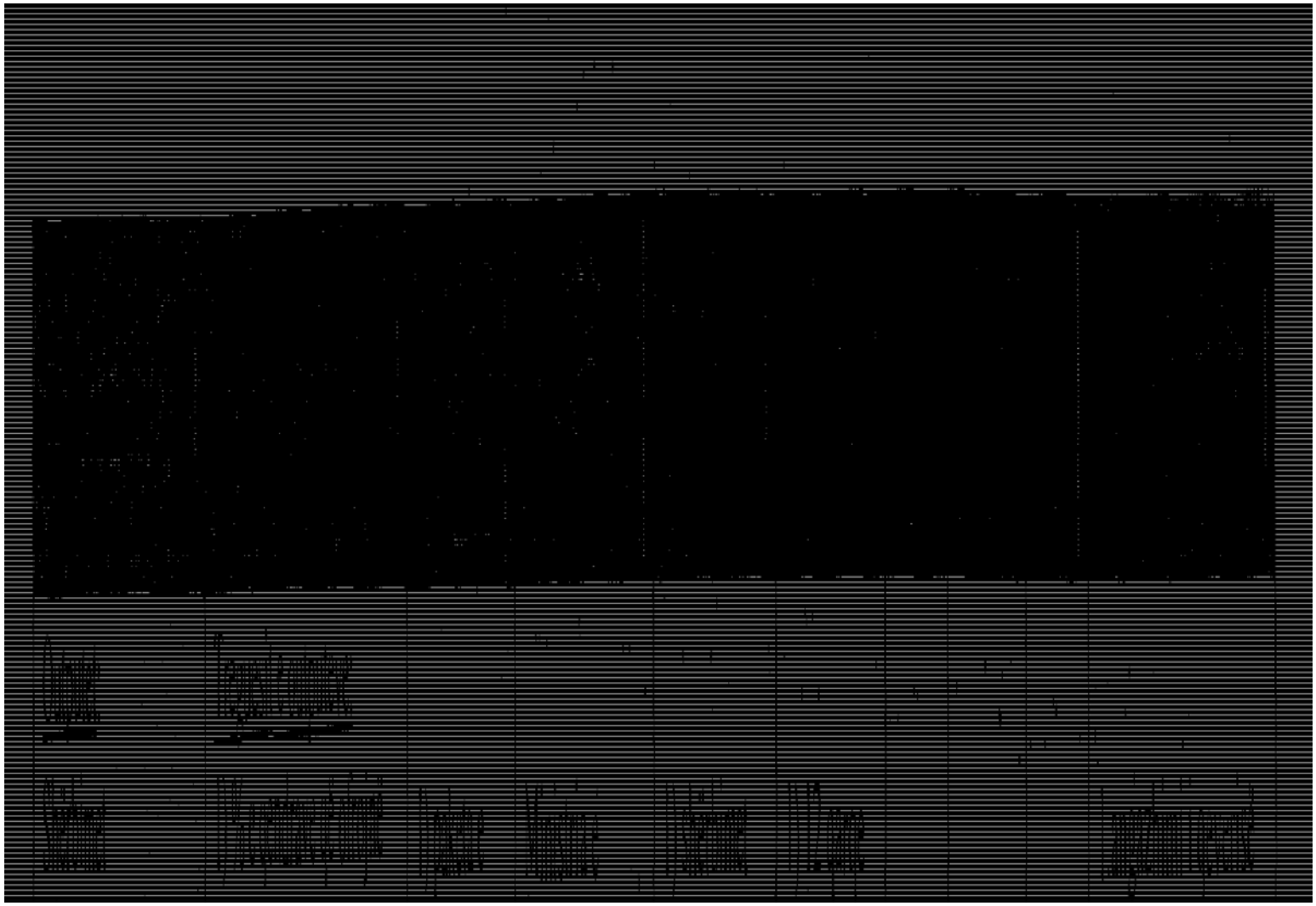
Për Fondin e Kombeve të Bashkuara për Popullsinë
Përfaqësuese e UNFPA për Shqipërinë
**Gülden Türköz-Cosslett**

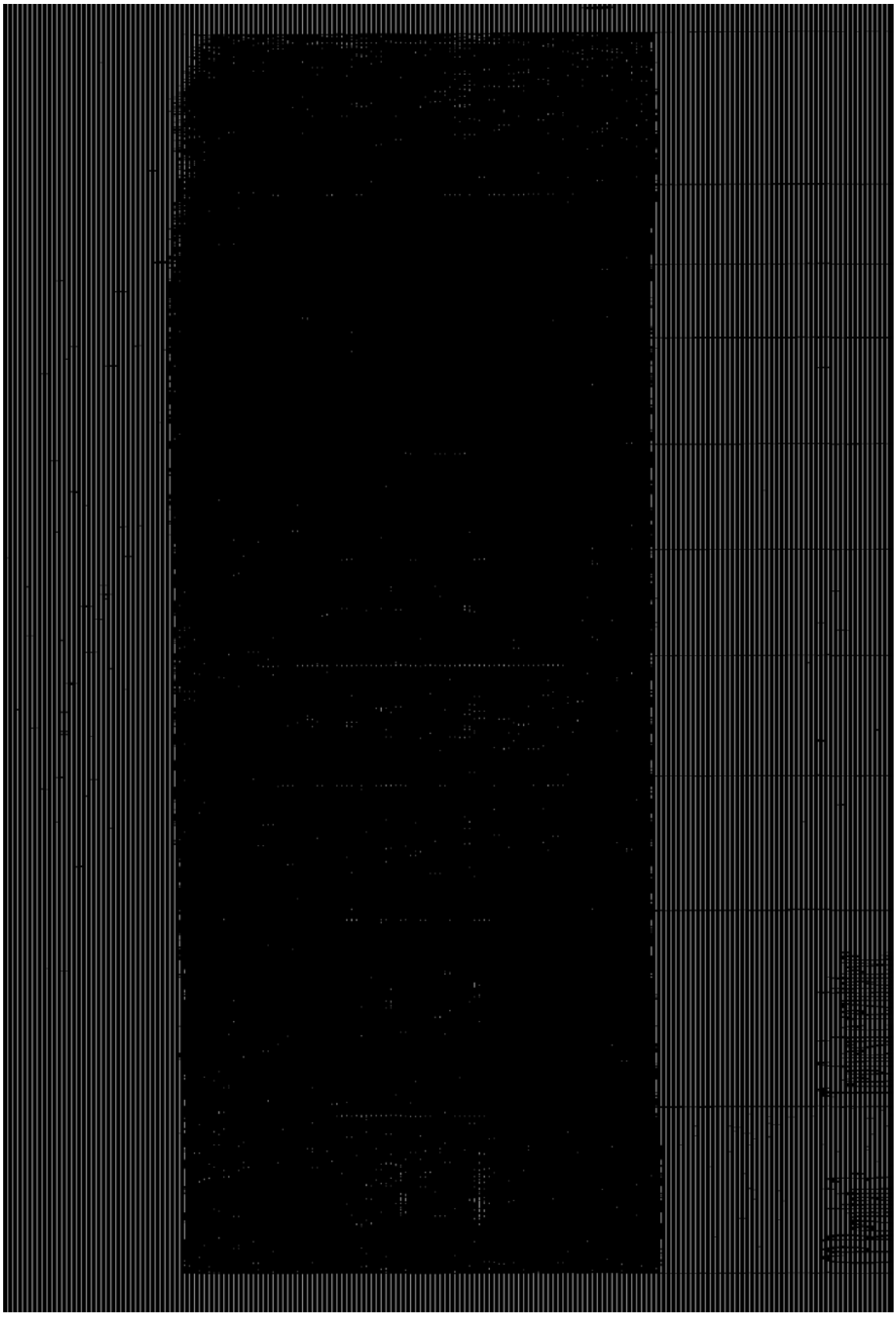


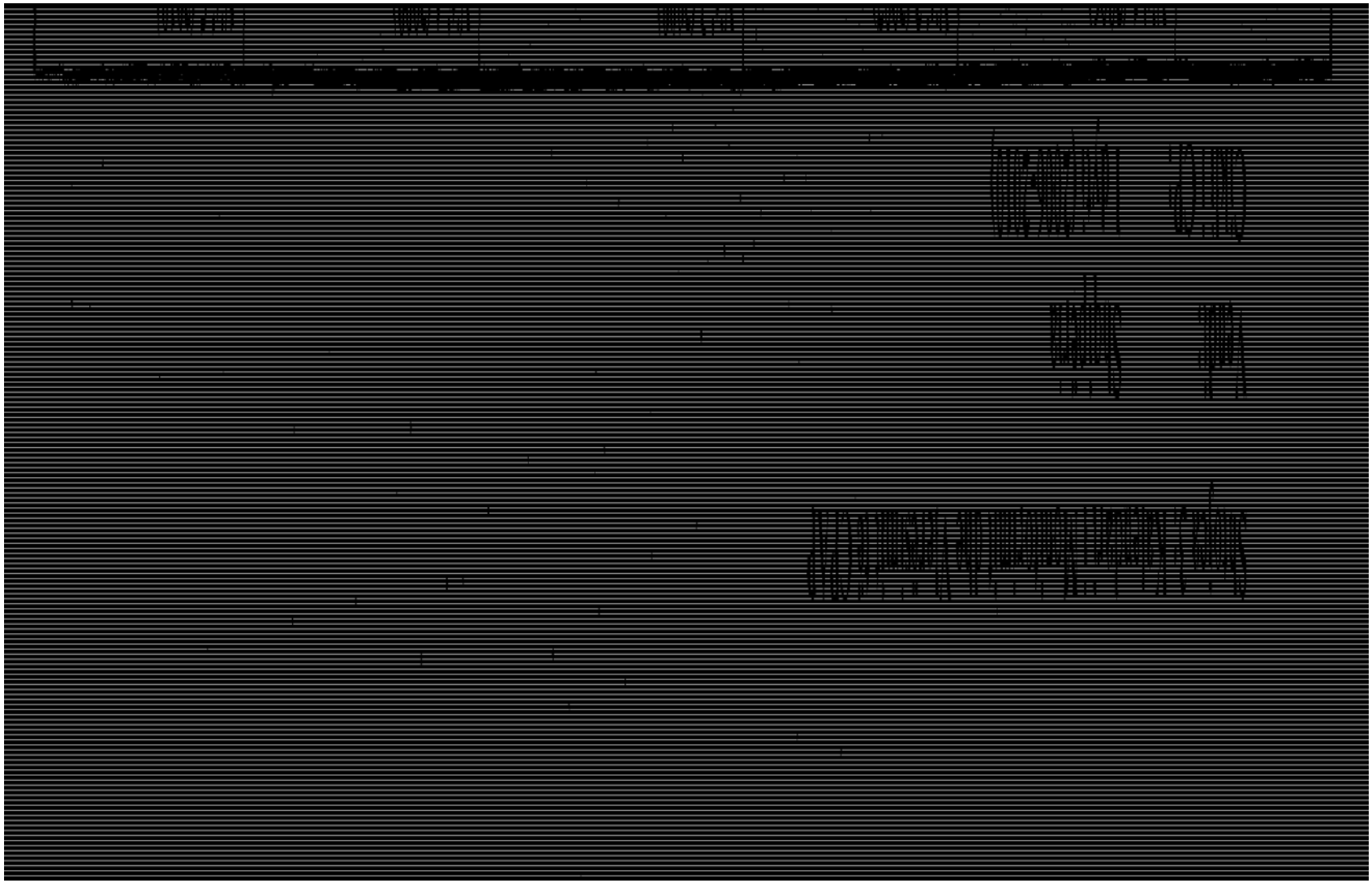












Shtojca 4: Mekanizmi për Kordinimin dhe Implementimin e Programit të Vendit për Shqipërinë

