The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

# TB-ja DHE HIV-i

# PROJEKTI I APLIKIMIT

## Investim për ndikim kundër Tuberkulozit dhe HIV-it

Vendet me tematikë mbivendosje të lartë të tuberkulozit (TB) dhe HIV-it duhet të paraqesin një aplikim të vetëm për secilin program të veçantë, përveç rasteve të një programi të integruar dhe të përbashkët për të dy sëmundjet.

Në kërkon që kërkesat e financimit të paraqiten së bashku në një aplikim të vetëm, Fondi Global synon maksimizimin e ndikimit të investimeve të saj për të dhënë një kontribut edhe më të madh në drejtim të vizionit të një bote të lirë nga TB-ja dhe HIV-i. Programi i përbashkët për HIV-in dhe i Tuberkulozit do të lejojnë të synohet që burimet më të mira, të rrisin shërbimet dhe të rrisin efektivitetin dhe efikasitetin e tyre, cilësinë dhe qëndrueshmërinë.

Të gjithë aplikimet duhet të hartojnë një investim ambicioz, strategjikisht të fokusuar dhe teknikisht të shëndetshëm, të orjentuar dhe bazuar në strategjitë shëndetësore kombëtare dhe Planin Strategjik Kombëtar (PSK).

Aplikimi për TB dhe HIV-in është i ndarë në seksionet e mëposhtme:

**Pjesa 1:** Përshkrimi i kontekstit epidemiologjik dhe të sistemit shëndetësor të vendit, duke përfshirë pengesat në akses, përgjegjësia kombëtare e deritanishme, proceset e vendit për rishikimin dhe rishqyrtimin e përgjigjes kombëtare dhe planet për harmonizimin e mëtejshëm të Sistemit të Politikave Kombëtare me politikat dhe ndërhyrjet për të dy sëmundjet.

**Pjesa 2:** Informacion mbi pasqyrën kombëtare të financimit, përmirësimet dhe vazhdueshmëria

**Pjesa 3:** Kërkesa për Financime për Fondin Global, duke përfshirë edhe një analizë programatike të pengesave, arsyetimin dhe përshkrimin e kërkesës për financim, siç është paraqitur në pasqyrat standarte.

**Pjesa 4:** Marrëveshjet e zbatimit dhe vlerësimin e rrezikut.

SHËNIM I RËNDËSISHËM: Parashtruesit duhet t'i referohen Udhëzimeve të Shkrimit të

Projektit të TB-s dhe HIV-it për të plotësuar këtë pasqyrë.

| Informacione mbi Aplikuesit | | | |
|---|---|---|---|
| **Vendi** | **Shqipëri** | | |
| **Data e fillimit të kërkesës për financim** | **1 prill 2016** | **Data e përfundimit** | **31 mars 201 9** |
| **Përfituesi(it) Kryesor** | **Ministria e Shëndetësisë** | | |

## Seksioni 1: KONTEKSTI KOMBËTAR

## KËRKESA PËR FINANCIM TABELA PËRMBLEDHËSE

**Tabela përmbledhëse e kërkesës për financim do të gjenerohet automatikisht në sistemin online për platformën e menaxhimit të granteve bazuar në informacionin e paraqitur në tabelën e analizës programore dhe pasqyrat standarte.**

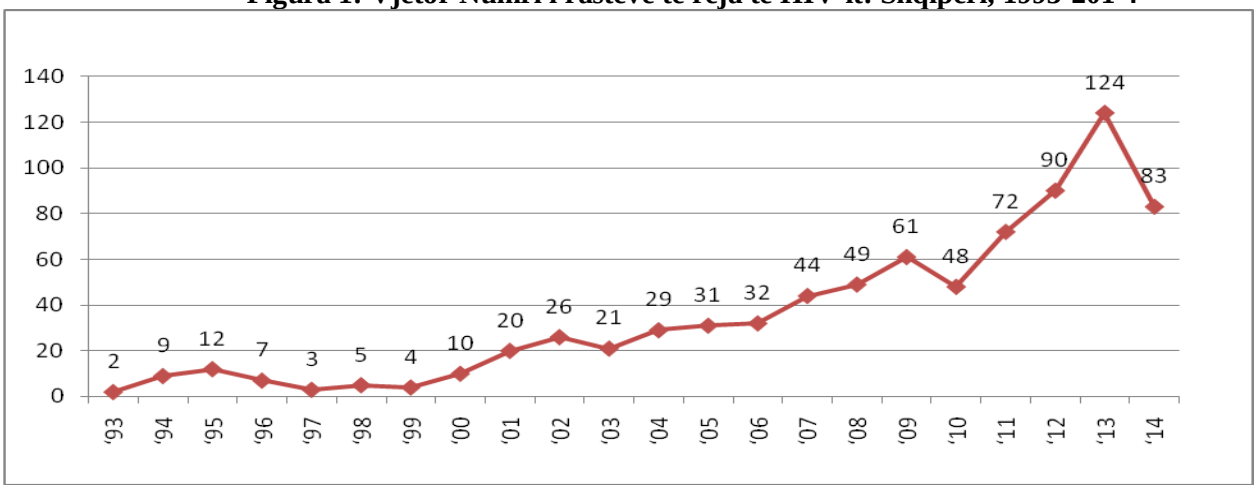
**Aplikimi me një projekt të vetëm përmban detajet dhe kërkesën e aplikuesit për burimet e Fondit Global për komponentët e sëmundjeve të HIV/TB për një periudhë trevjeçare. Aplikimi duhet të artikulojë një investim ambicioz, strategjikisht të fokusuar dhe teknikisht të shëndetshëm, të orjentuar nga të dy strategjitë kombëtare shëndetësore dhe plani strategjik kombëtar për të dy sëmundjet.**
**Ai duhet të përfaqësojë përparësitë, shprehje të plotë të kërkesës për burime, dhe duhet të projektohen dhe zbatohen në një mënyrë që maksimizon ndikimin strategjik të investimeve.**

**Një Aplikim i vetëm për TB dhe HIV-in i detajuar kërkohet së bashku me kërkesën e MKV-së për vendet me norma të larta bashkë-infeksioni për të dy sëmundjet bazuar në të dhënat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë.**

| 1.1 Sëmundshmëritë e vendit, sistemet shëndetësore dhe konteksti i sistemeve të komuniteteve |
|---|
| **a. Situata Epidemiologjike**<br>Shqipëria ka nivel të ulët relative të epidemive të HIV-it dhe TB-s , por ka tregues mund të ketë rritje të tyre nëse burimet e kufizuara të vendit nuk aplikohen në mënyrë efektive për kontrollin e epidemive. |

***Epidemia e HIV*** [1] Shqipëria vazhdon të ketë prevalencë  të ulët epidemie. Deri në fund të Dhjetorit të vitit 2014, janë raportuar një total prej 782 raste me HIV; Megjithatë, numri i rasteve të reja është rritur deri në vitin 2013. Ndërsa numri vjetor i rasteve të raportuara mbeti i ulët deri në vitin 2006 (nën 40 raste/vit), në mes të 2008 dhe 2013, numri vjetor i rasteve me HIV kaloi më shumë se dyfish nga 49 deri në 124 raste. Në vitin 2014, numri i rasteve të reja me HIV ka rënë në 83 raste (Figura 1). [2] Shifrat e paraqitura duhet të interprtohen me kujdes. Së pari, ato bazohen në të dhënat e testimit dhe si të tilla janë në varësi të numrit të testeve të kryera për HIV-in. Në vitin 2014 numri i testimeve për  HIV-in u zvogëluan në 33,419 (nga 37,478 në vitin 2013), e cila mund të shpjegojë rënien në vitin 2014. Së dyti, testimi i HIV kryhet në fazat e vona të infeksionit (rreth 60% të rasteve të reja të raportuara), dhe për këtë arsye shifrat nuk paraqesin me saktësi shkallën aktuale të infeksionit.

**Figura 1: Vjetor Numri i rasteve të reja të HIV-it: Shqipëri, 1993-201 4**

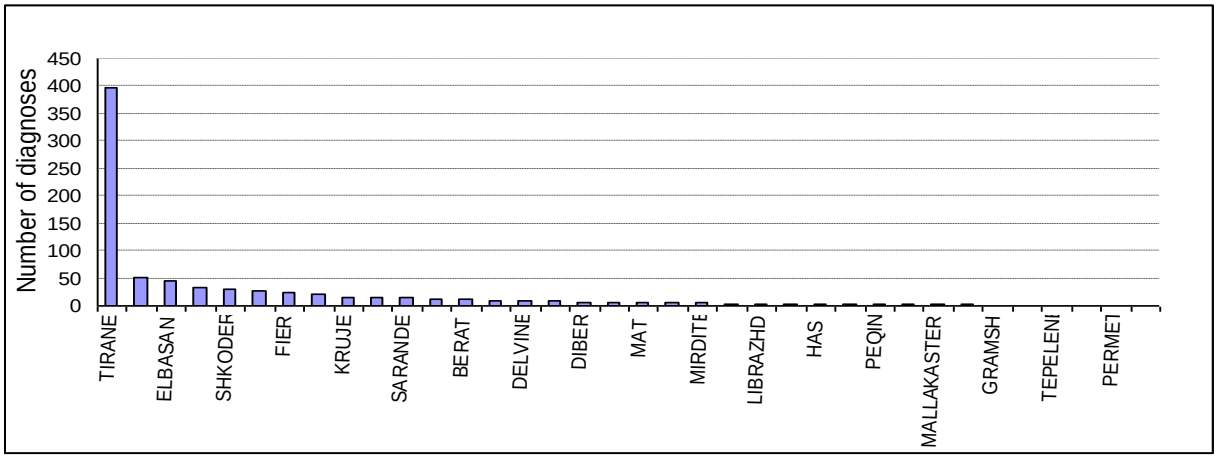



Burimi:. Broën dhe të tjerët (2014a). *HIV-i në Shqipëri: Një Vështrim Epidemiologjik.*

Në 2014, numri i diagnozave ishte i barabartë me 3.0 për 100,000 njerëz (popullsisë së përgjithshme të Shqipërisë sipas INSTAT, regjistrimit të vitit 2011). Ndërkohë që kjo normë është më e ulët në krahasim me 7.8 për 100,000 raportuar në rajonin e Evropës, ajo është më shumë se 2.2 për 100,000 njerëz në rajonin e Evropës Qendrore. [3]

Epidemia e HIV-it në Shqipëri është e përqendruar në kryeqytet, Tiranë, në të cilin jetojnë mbi një e katërta e 2.9 milionë të popullsisë shqiptare. Në përgjithësi, 50% e të gjitha diagnozave për HIV-in janë kryer në Bashkinë e Tiranës, e ndjekur nga qytetet e Durrësit dhe Elbasanit, të cilat janë në afërsi të Tiranës, si dhe qytetin bregdetar të Vlorës, në jug të Shqipërisë. Megjithatë, raste janë raportuar në 33 nga 36 rrethet e Shqipërisë (Figura 2, për hartën shih seksionin 3.2 Figurën 6).

**Figura 2: Numri i diagnozave të HIV-it në Shqipëri sipas Qarqeve 1993-201 4**




***Burimi:.*** *Broën dhe të tjerët (2014a). HIV-i në Shqipëri: Një Vështrim Epidemiologjik.*

Të dhënat e marra nga burimi i bazës së të dhënave  të UNAIDS “info AIDS” tregon një prevalencë të HIV-it në mesin e popullatës së përgjithshme në Shqipëri prej 0.0375% në vitin 2013. [4] Në Shqipëri nuk ekzistojnë vlerësimet formale të prevalencës kombëtare të HIV-it megjithatë, ka informacion shumë të kufizuar në lidhje me grupet e popullsisë brenda të cilit po ndodh transmetimi i HIV-it. [5] Kjo është pjesërisht për shkak se përqindjet e transmetimit të HIV-it mbetet në trende të ulëta dhe si pasojë dhe modelet janë më të vështira për të dalluar se sa në rastin e niveleve më të rëndësishme të transmetimit. Përveç kësaj, edhe pse të dhënat e rasteve të raportimit, sigurojnë disa informacione të vetë-raportuara mbi rrugët e transmetimit, kjo nuk jep informacion në lidhje me ndonjë rrezik specifikë, veçanërisht në mesin e personave të cilët konsiderohen se kanë marrë HIV-in përmes kontakteve heteroseksuale.

Duke pjestuar numrin e diagnozave HIV në vitin 2014 (83) me numrin e testeve të kryera (33.419)  [6] na ofron një normë pozitiviteti prej 0.24%. Megjithatë, shumica e diagnozave janë bërë në një fazë të vonshme të infeksionit dhe për këtë arsye ka të ngjarë të jenë testime “të rekomanduara”; dhe që nënkupton se shkalla prej 0.24% ka gjasa të nënvlerësojë përhapjen aktuale të HIV-it.

Normat relativisht të larta të raportimit të transmetimit nëpërmjet seksit midis meshkujve dhe raportit të lartë të infeksioneve të HIV që ndodhin tek meshkujt tregojnë se transmetimi mes MSM-ve ka të ngjarë të jenë një rrezik i madh për transmetimin e HIV-it. Të dhënat nga studimi i sjelljeve biologjike  (2011) [7] tregojnë norma të ulëta të infeksionit HIV midis dy grupeve MSM dhe PDI dhe nuk tregon infeksione me HIV në mesin e popullatës rome të marrë në shqyrtim. Të dhënat treguan gjithashtu se sjelljet e riskut, të cilat janë të favorshme për transmetimin e HIV-it ishin të pranishme në të gjitha grup-popullatat e studiuara, veçanërisht në mesin e MSM-ve dhe PDI.

*Analiza e situatës së kaskadës në trajtim dhe kujdes*  Konstrukti jonë i vazhdimësisë së kujdesit në Shqipëri është penguar nga mungesa e të dhënave të mbledhura për disa popullata kyçe. Diagnoza fillestare është shtyrë deri në fazat e vona të sëmundjes për shkak të vonesave në testim. Më shumë se 70 për qind e të sapo diagnostikuar janë simptomatikë dhe rreth gjysma e pacientëve të sapo regjistruar në TAR në vitin 2014 janë prezantuesit shumë vonë me CD4 <200 qeliza. Pas një diagnozë pozitive të HIV-it, pacientët janë referuar një psikologu dhe referuar Qendrës Spitalore Universitare Nënë Tereza (QSUT), për trajtimin dhe kujdesin për HIV-in. Nuk ka asnjë vazhdimësi aktive të pacientëve të diagnostikuar rishtazi të cilët nuk shkojnë për kujdes - e njohur ndryshe si ata që janë të humbur për tu ndjekur. Mungojnë të dhënat në përqindjen e atyre të regjistruar për kujdes në Klinikën Ambulatore. Megjithatë, rritja e numrit të atyre që kanë filluar TAR gjatë 5 viteve të fundit tregon tërthorazi se ekziston një pjesë e mirë e atyre që kanë nevojë për trajtim dhe fillimit të trajtimit (2009-34 rasteve; 2010-31; 2011-42 rastet e rasteve; 2012-58 raste; 2013-70 raste). Një bazë elektronike e të dhënave nuk është në dispozicion në klinikën ambulatore për të regjistruar të dhënat.

Trajtimi i HIV dhe të kujdesit kanë qenë në dispozicion që nga mesi i vitit 2004 përmes spitalore dhe ambulatore njësive të bazuar në QSUT. Udhëzimet në TAR janë të bazuara në OBSH 2004 një rekomandimet nd të vitit 2011 dhe uidelines National G nuk janë përditësuar që nga viti 2007. Këto udhëzime tregojnë ART fillimin bazuar në akuza CD4 (<350 qeliza / mm3) dhe kriteret klinike.

Numri i njerëzve që marrin ART është rritur në vitet e fundit nga 161 në vitin 2011 në 335 në vitin 2014. Numrat që iniciojnë ART për herë të parë janë rritur gjithashtu. Për shkak të sistemit të dobët të menaxhimit të furnizimit të prokurimit dhe burokracisë së procesit, aksionet e TAR-së janë të shpeshta, duke rezultuar në pacientë që nuk marrin ndonjë trajtim ose ndërrimin e regjimeve të barnave në varësi të disponueshmërisë së drogës.

Nuk ka të dhëna për mbajtjen në trajtim pas 12 muajsh dhe më pas. Megjithatë vërehet se ky informacion është i regjistruar në klinikën Ambulatore pranë QSUT-s. Ngarkesa virale dhe monitorimi i CD4 nuk kryhen në mënyrë rutinore për shkak të mungesave në kite. Kjo do të thotë se përqindja e pacientëve që i përkasin ART-së dhe që trajtohet me sukses nuk mund të matet. Nuk ka objekte operacionale për të monitoruar rezistencën ndaj mjekimit brenda Shqipërisë. Vendimet për të kaluar në një skemë tjetër kombinimi të ART-në bazohen në treguesit klinikë.

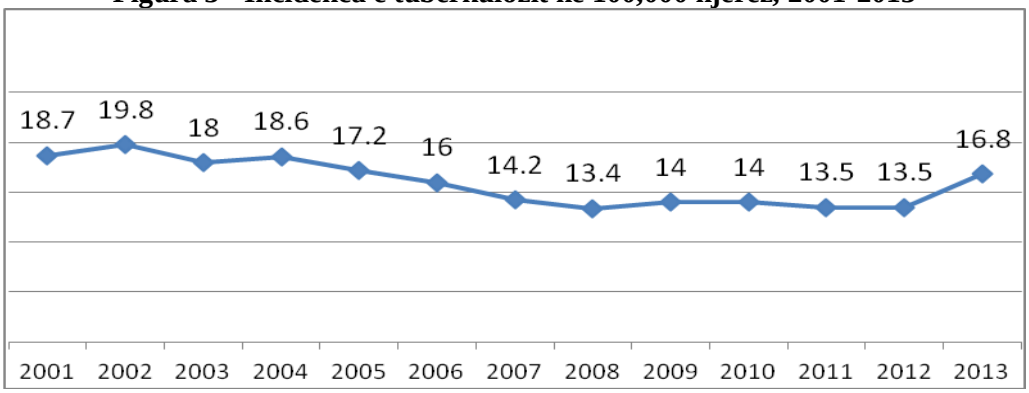
Respektimi perceptohet të jetë i mirë në dy vlerësimet e kryera në QSUT. Gjithashtu trajnimi i punonjësve të shëndetit në aderimin dhe publikimin e udhëzimeve dhe broshurave janë siguruar gjatë raundit të mëparshëm FG.

***Epidemia TB*** Epidemia e TB në Shqipëri, e cila ka qenë e qëndrueshme gjatë viteve të fundit, u përkeqësua në 2013. Pas dhjetë viteve të një incidencë gradualisht në rënie në një nivel tashmë të ulët (nga 18.6 raste për 100.000 banorë në vitin 2004 në 13.5 raste në vitin 2012), kjo u rrit në 16.8 raste në vitin 2013.

Pas përfundimit të epokës komuniste pati një zhvendosje të konsiderueshme të popullsisë nga zonat veri-lindore me prevalencë të lartë të TB në zonat përreth të Durrësit dhe Tiranës. Ky zhvendosje u përqëndrua sidomos në dy

zona, në Bathore në rrethin e Tiranës dhe ish Këneta, në rrethin e Durrësit. Si rezultat, ka një shpërndarje të qartë gjeografike në rastet e TB me dallimeve të dukshme në mes të rajoneve të ndryshme shih Figura 4. si zona e kuqe në hartën në figurën 4 tregojnë, se shkalla më e lartë në vitin 2013 ishte në rrethet veri-lindore (54 / 100,000) dhe, incidenca më e ulët ishte në jug (1,8 / 100,000).

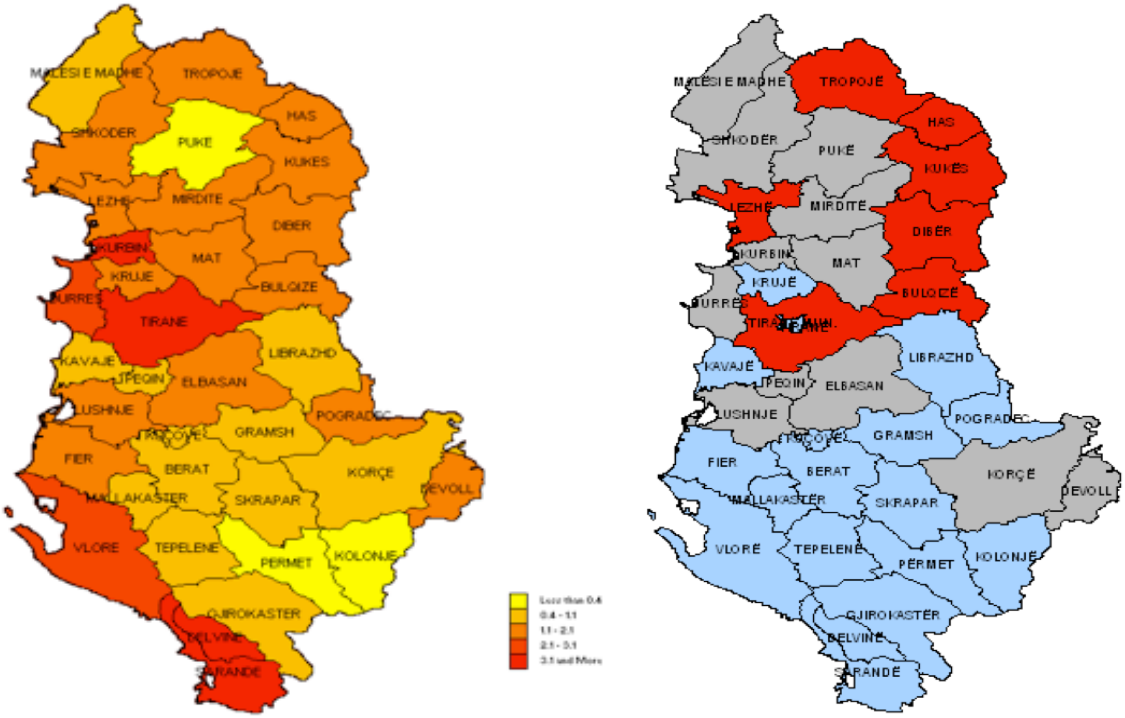
**Figura 3 - Incidenca e tuberkulozit në 100,000 njerëz, 2001-2013**




*Burimi: Qeveria e Shqipërisë (2014). Strategjia kombëtare e tuberkulozit 2015-2019*

Incidenca më e lartë është ndër zonat më të varfëra ekonomike sociale të cilat gjithashtu karakterizohen si me qasje të dobët mjekësore. Shumë nga këto rrethe veri-lindore kufitare me Kosovën dhe ku ka lëvizje të lirë të njerëzve mes Shqipërisë dhe Kosovës. Prevalenca e TB në Kosovë është tre herë më e lartë se në Shqipëri [8] dhe, gjatë verës, Shqipëria pret një fluks të konsiderueshëm të kosovarëve. Shumica e tyre vijnë për arsye të turizmit - shumë prej tyre kanë gjithashtu të afërm në Shqipëri - dhe shumë janë të punësuar në sektorin publik në hotele dhe restorante.

**Figura 4: Prevalenca e HIV (paneli i majtë) dhe Incidenca e TB (paneli i djathtë) sipas Qarqeve, Shqipëri**




*Burimi: HIV / AIDS në Shqipëri, Raporti Kombëtar, Programin Kombëtar të AIDS. Instituti i Shëndetit Publik, Dhjetor 2014; TB raportet kombëtare Program Vjetor 2013 (e kuqe> 20, gri> 10 dhe <20, blu <10)*

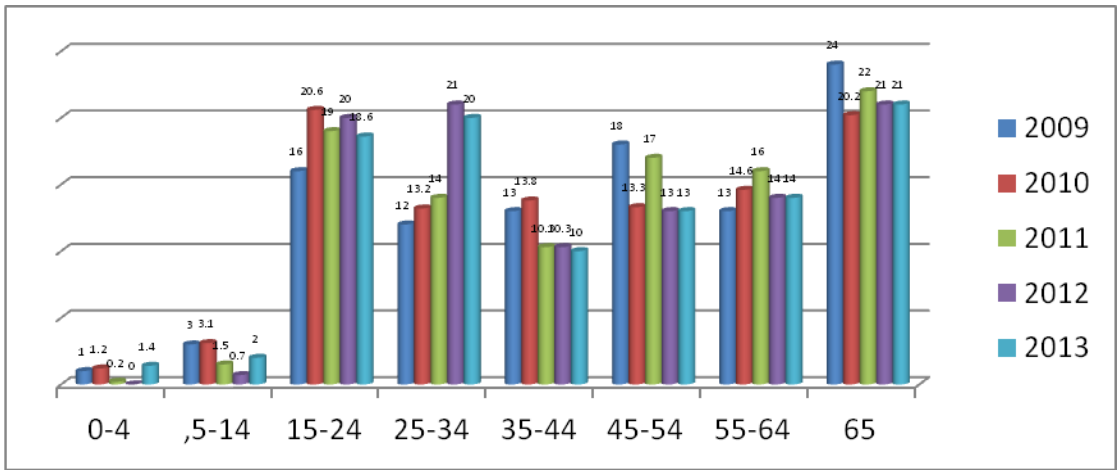
Situata e qëndrueshme epidemiologjike e TB gjatë viteve të fundit ka rezultuar në atq që TB-ja nuk është konsideruar të jetë prioritet i shëndetit publik dhe si rezultat, ndërhyrjet proaktive dhe agresive kundër TB-s dhe fondet e nevojshme janë zvogëluar. Lufta disi e dobët kundër TB-s në Shqipëri është përkeqësuar edhe më tej për shkak të krizës ekonomike [9] dhe reformës së përshpejtuar të kujdesit shëndetësor në vend gjatë viteve të fundit.

Grupi më i prekur nga tuberkulozi janë të rinjtë në mes 15 dhe 34 vjeç (38.6% të rasteve të përgjithshme) dhe një trend në rritje në TB pediatrike u vu re në vitin 2013 (shih figurën 5).

Prevalenca e TB-s në fëmijët e moshës 0 deri në 14 vjeç e ngritur nga 1.7% në vitin 2011 dhe 0.7% në 2012 në 4.1% në vitin 2013 dhe u rrit më tej në vitin 2014 në 5.1% të numrit të përgjithshëm të rasteve të TB në ato vite. Rritja e fundit e TB-s tek fëmijët është konsideruar si një shenjë negative për situatën epidemiologjike të TB-s. Për më tepër, dyshohet se TB-ja tek fëmijët e moshës 0 deri në 14 vjeç ka qenë e nën-diagnostikuar, për shkak të faktit se ajo është më e vështirë për tu diagnostikuar TB-ja tek fëmijët dhe se aktualisht diagnostikimin, trajtimin dhe menaxhimin e TB-s tek fëmijët nuk janë në sferën e drejtpërdrejtë të ndikimit të programit të kontrollit të tuberkulozit. (Shih gjithashtu Aneksin B).

Sa i përket diferencës gjinore, meshkujt vazhdojnë të jenë dy herë më të infektuar nga të gjitha format e TB-s në krahasim me gratë. Ky raport ka qenë i njëjtë për shumë dekada, duke ngritur dyshime për një nën-diagnozë të TB-s në mesin e grave. Është e dyshimtë se pacientët me tuberkulozë femra janë më pak të njoftuar për shkak të një sërë faktorësh socio-kulturorë dhe / ose çështje të ndryshme që kanë të bëjnë me qasjen në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe në sjelljen e kujdesit shëndetësor.

**Figura 5: Shpërndarja sipas Moshës, TB në Shqipëri 2009-2013**




*Burimi: NTP dhe OBSH (2014), Raporti Global*

Aneksi B përshkruan situatën epidemiologjike në lidhje me TB-n në mënyrë më të detajuar.

***HIV / TB Bashkë-infeksion*** Numri i njerëzve me dy diagnozat TB dhe HIV është i vogël, me dy raste të reja në 2013 [10] ; Megjithatë, kjo është një kategori që nuk duhet të neglizhohet megjithëse numrat janë në rritje të ngadaltë. Të dy shërbimet e TB-s dhe HIV-it janë organizuar vertikalisht dhe ka pak koordinim mes tyre; Kjo diskutohet më hollësisht në seksionet e mëvonshme.

Sipas raportit global të UNAIDS 2013, 100% e rasteve të parashikuara të incidencës HIV pozitiv kanë marrë trajtim si për tuberkulozin dhe për HIV, ndërsa 55% e pacientëve me tuberkuloz HIV janë në ART, në vitin 2012.

**b. Popullatat kryesore të prekur**

**HIV-i i lidhurme popullatat kyçe të prekura:**

***Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj (MSM)*** Ndërsa shumica e rasteve HIV supozohen të jenë të grupimit heteroseksualë, Raporti i diagnozave 2 me 1 të meshkujve me femrat tregon se nuk mund të jetë substanciale nën-raportimin i infeksioneve HIV ne mesin e marrëdhënieve seksuale midis meshkujve. Homoseksualët, biseksualët dhe MSM-të e tjera mbeten një popullsi e fshehur dhe e stigmatizuar. Nuk ka vlerësime të madhësisë së popullsisë MSM. Sondazhi i fundit i BioBSS (2011) [11] Prevalenca e vlerësuar e HIV-it shkon nga 0.5 dhe 3.0% në mesin e

MSM të anketuar në vitet 2005 dhe 2011. Sidoqoftë, madhësia e mostrës të BioBSS për çdo vit është e kufizuar vetëm në Tiranë. Ky fakt, i kombinuar me mosdeklarimin e MSM (vetë identifikon si Homo - apo bi seksual në një mjedis hetero-normativ), kufizon vlefshmërinë e këtij vlerësimi.

Diskriminimi dhe stigmatizimi i këtij grupi ka disa efekte të ndërlidhura. BioBSS (2011) tregon se deri në 75% e MSM-ve janë në marrëdhënie seksuale me gratë apo të dashurat, më shumë meshkuj raportojnë seks me meshkuj të tjerë vetëm kur jashtë vendit. Përafërsisht raportohen një e treta deri një e katërta e raportit MSM seksualisht aktivë që kanë katër ose më shumë partnerë meshkuj. Mbi 75% e raportit MSM kanë marrëdhënie seksuale me partneret femra; Vetëm 14% e raportit MSM përdorin vazhdimisht prezervativë. Vlerësohet se më shumë se një e pesta e MSM-ve injektojnë droga (21%), me heroinën që është droga më e shpeshtë e injektuar tek MSM-t në Tiranë.

Normat e ulëta të përdorimit të kondomit gjatë seksit do të thotë MSM janë veçanërisht të pambrojtur ndaj HIV-it, ndërkohë që nivelet e larta të stigmës shkaktojnë përdorimin e ulët të shërbimeve të testimit për HIV-in. Vetëm 24% e MSM-ve raportojnë që ndonjëherë të kenë kryer një test për HIV-in ndërsa identiteti seksual nuk raportohet me të dhënat e testimit për HIV. Ky fakt, i kombinuar me raportin 2: 1 të diagnozave mashkull-femër sugjeron që prevalenca e HIV-it në mesin e MSM-ve ka gjasa të nënraportohet; Dhe kjo popullatë është në rrezik të paraqesi vonesë për diagnozën e HIV-it.

***Transgjinor (TGj)*** Ndonëse nuk ekzistojnë vlerësimet zyrtare të madhësisë së popullsisë transgjinore, përgjithësisht besohet se komuniteti i TGj është i vogël, rreth 20-25 persona ndodhen në kryeqytetin e Tiranës. Fillimisht atje mund të shihen në zona publike si vendi "i nxehtë" për punë seksuale, duke punuar si punëtorë të seksit në rrugë. Në ditët e sotme, transgjinorët (sidomos të rinjtë) janë të përzier me homoseksualët sidomos në grupime apo pika të tjera të shoqatave.

***Njerëzit të cilët injektojnë droga (PDI)*** Përhapja e HIV në mesin e PDI duket të jetë i ulët, me vetëm 1% të rasteve të diagnozës në lidhje me përdoruesit e drogave me injektim [12] .Megjithatë, shërbimet e trajtimit të terapisë mbajtëse me metadon (MMT) aktualisht përshkruajnë më pak se 60-120 mg metadon të rekomanduar, të cilat kombinohen me shkallët e larta të raportuara të shpërndarjes së ageve dhe shiringave, sugjeron se ekziston potencial i rëndësishëm për HIV-in për t'u përhapur me shpejtësi brenda kësaj popullate.

Në vitin 2011 Instituti i Shëndetit Publik (IPH), i mbështetur nga UNAIDS, bëri një vlerësim të madhësisë së popullatës për numrin e PDI duke përdorur metodën e shumëzuesit dhe kapjes-rikthimit. [13] Është vlerësuar se numri i PDI varion nga 4.000 në rreth 6.000 persona. [14] Midis tyre, 32% janë të moshës ose nën 24 vjeç dhe shumica janë të pamartuarve (63%); Dhe mbi 10% e PDI janë analfabetë. Vlerësimet tregojnë se 0.5% e PDI jetojnë me infeksionin HIV. Nëse kjo është aplikuar për të llogaritur prevalencën në mesit e të vlerësuarve të PDI që jetojnë në Shqipëri, kjo është e barabartë me një numër prej 25 PDI që jetojnë me HIV; BioBSS [15] (2011) . Mosha mesatare në fillim të injektimit është 21 vjet, me gati një në pesë vetë raportojnë injektimin e parë në moshën 18 vjeç ose më të re. Injeksioni i shpeshtë është i zakonshëm me 44% që raportojnë injeksione të shumta çdo ditë. BioBSS e 2011 tregon se gjysma e PDI-ve përdorin age ose shiringa të pastruara çdo herë (21%) ose gati çdo herë (31%) me ujë të ftohtë ose të nxehtë (57% dhe 7% respektivisht). [16]

Shumica e PDI-ve janë seksualisht aktive me mbi 90% të tyre kanë pasur marrëdhënie seksuale në 12 muajt e fundit, nga të cilët gjysma kanë pasur dy ose më shumë partnerë në këtë periudhë. Mosha mesatare në seksin e parë ishte 16 vjeç.

Niveli i lartë i shkëmbimit së shiringav dhe përdorimi i ulët i prezervativëve është shqetësues dhe mund të rezultojë në një shpërthim të madh të HIV-it nëse virusi mbërrin në mesin e kësaj popullate. Përkundër kësaj, vetëm 60% e përdoruesve të drogës me injektim raportojnë që ndonjëherë kanë kryer një test për HIV-in. Ndërsa qendrat e ofrimit të trajtimit me terapinë mbajtëse me metadon (MMT) sigurojnë trajtim ndaj drogës të lidhura me PDI, testet e HIV-it nuk janë kryer në këto mjedise.

***Punëtoret e seksit (PS)*** Studimi Demografik Shëndetësor (DHS) 2008-9 raporton se 1.1% e të gjithë njerëzve të intervistuar raportojnë të kenë bërë seks me PS. Të dhënat për punonjëset e seksit janë shumë të kufizuara në aspektin e numrit të popullsisë, sjelljet e tyre, metodat operative dhe gjendjes shëndetësore. Megjithëse shumë programe targetojnë gra të trafikuara apo të dhunuara, punonjësit e seksit (PSF) mbeten jashtë ndërhyrjeve.

Puna e seksit është e paligjshme në Shqipëri dhe konsiderohet si një vepër penale [17] , që mban rrezikun e ndjekjes dhe dënimeve me burgim për të dy palët si PS dhe klientët e tyre. Ka dy lloje të punonjësve të seksit që mund të përmenden: ata në rrugë dhe në motel / hotel / apartamente. Puna e seksit me bazë rruge është më e dukshme dhe përfaqëson grupin më të pafavorizuar që përballet me kërcënimet e përditshme të dhunës, diskriminimit dhe

veprimeve të policisë, dhe mungon qasja në shërbime sociale dhe shëndetësore të përshtatshme, duke përfshirë parandalimin e HIV-it.

Studimi i BioBSS (2011) tregonë se shumica e punëtoreve të seksit fillojnë në një moshë të re, me një të tretën rreth moshës 18 vjeç. Ndërsa përdorimi i prezervativi është i kufizuar, me afërsisht një e katërta nuk kanë përdorin prezervativë në marëdhënien seksuale të fundit. Përafërsisht një e katërta i PS përdorin drogë, me gati 8% që kanë injektuar drogë të paktën një herë në 12 muajt e fundit. Më shumë se gjysma e këtyre grave janë me prejardhje rome.

Përvoja e kaluar dhe një studim nga UNFPA [18] identifikuan vështirësitë e punës me grupin e PS. Punonjësit e seksit janë të stigmatizuar dhe të diskriminuar, ata punojnë nëpërmjet tutorëve "(mbikqyrës, shoferët e taksive, hotelierët / pronarët e moteleve) dhe është vështirë të arrihen direkt. Disa prej tyre përdorin telefonat e tyre celularë ose internetin për të hyrë në kontakt me klientët e tyre. Informacionet anekdotike sugjerojnë që studentet që punojnë si punëtore seksi gjatë kohës së tyre në universitet dhe zakonisht pas kësaj e ndërpresin veprimtarinë si PS. Puna e seksi është stigmatizuar shumë dhe grupi i punëtorëve të seksit të cilët e njohin dhe mbështesin njëri-tjetrin është shumë i vogël, gjë që e bën ndikimin e ndërhyrjes të kufizuar [19] .

***PJHA*** Pothuajse tre të katërtat e diagnozave HIV janë bërë në një fazë të vonë të infeksionit HIV me një nivel të CD4-s në më pak se 350, prej të cilave pothuajse gjysma e tyre (47.1%) e pranishme me një nivel të CD4-s prej më pak se 200. Kjo do të thotë se një pjesë të madhe e njerëzve që jetojnë me HIV (PJHA) ka të ngjarë të mos jetë në dijeni të infeksionit HIV të tyre dhe të mbeten të padiagnostikuar deri në momentin e shfaqje së sëmundjes apo referimit që i sjell ata për testim. Diagnoza e vonuar ka të ngjarë të shoqërohet me shkallë të lartë vdekjesh, veçanërisht brenda vitit të parë të diagnozës dhe transmetimit të mëvonshëm të HIV-it. Një total kumulativ i 122 ose 17.5% të vdekjeve janë raportuar në mesin PJHA; Megjithatë, raportet e vdekjes ka gjasa të nënvlerësohen.

***Gratë shtatzëna*** Në vitin 2013, janë raportuar gjashtë raste të transmetimit nënë-fëmijë (TVNF). Duke supozuar një normë të transmetimit të HIV-it prej 25% në mesin e grave pozitive të patrajtuara me mjekim anti-HIV [20] ; kjo do të thotë të paktën 24 gra HIV pozitive ishin shtatzënë në vitin 2013 dhe 16 të tjerë në vitin 2014. Kjo ka të ngjarë të jetë një vlerësim konservativ, sepse shumica e njerëzve janë diagnostikuar me vonesë dhe foshnjat e tjera të cilët kanë marrë infeksionin HIV vertikalisht mund të mos jenë ende simptomatikë dhe të paraqiten për testimin e HIV-it.

Shumica e foshnjave u diagnostikuan kur paraqiten me disa shenja klinike dhe në gjysmën e rasteve për shkak të statusit të HIV-it tek fëmijët, prindërit u identifikuan dhe filluan trajtimin. Ndërkohë vetëm dy gra kanë marrë deri tani trajtimin me antiretroviral për të parandaluar transmetimin e HIV-it nga nëna tek fëmija. Shqipëria nuk ka Program të testimit antenatal për HIV. [21]

**TB dhe TB / HIV të lidhura me popullatat kyçe prekur**

Në popullatat e rrezikuara për tuberkulozin janë **PJHA** - për të cilët TB-ja përfaqëson shkakun e parë të vdekshmërisë (shih më lart), **kontaktet e TB / rasteve me TB MDR tek të burgosurit**, ,**punonjësit e kujdesit shëndetësor të TB-s,** dhe grupet e tjera të popullsisë që janë veçanërisht të pambrojtur ndaj TB-s. Kjo e fundit përfshin **Popullatat etnike** (romë, egjiptianë, etj), përdorues të drogës dhe alkoolit, popullatat e varfëra / kequshqyer / pastrehët, emigrantët (nga Kosova - përfshirë turistët.), nga Kina, Egjipti, Turqia dhe vendet arabe; por edhe emigrantët e kthyer nga këto vende), njerëzit nga zonat me prevalencë të lartë të TB-s në periferi të kryeqytetit apo zonat veriore (shih Figurën 4), pacientët me sëmundje kronike dhe / ose të institucionalizuar në qendrat e kujdesit kronik (shtëpi pleqsh /spitalet psikiatrike). Epidemiologjikisht relevant është rasti në mesin e emigrantëve pasi ata mund të jenë një burim i transmetimit në familje.

***Popullata e të burgosurve***

5,424 të burgosurit e burgjeve (Min. e Drejtësisë, gusht 2015) në 22 objektet e paraburgimit në Shqipëri janë një nga grupet më të larta të rrezikut në vend. Gjatë periudhës 2013-2014, në mesin e popullatës së përgjithshme të burgjeve (5000) ka pasur 13 raste HIV pozitiv (1 femër, 12 meshkuj). Deri më sot, dy prej tyre kanë vdekur dhe tre janë larguar nga burgu. Nga tetë të burgosurit HIV pozitiv shtatë janë në trajtim me ARV.

Shkalla e infeksionit të tuberkulozit është i lartë. Nje studim [22] i kryer në mesin 1, 684 të burgosur tregoi një normë prej 48%, ndërsa 35% e tyre rezultoi në një tuberkulozi në testin Mantoux të lëkurës (TST) më e lartë se 10 mm. Kushtet e dobëta higjienike dhe sanitare në burgje dhe lirimi i të burgosurve me tuberkuloz latent kontribuojnë në rreziqet që rrisin epideminë në popullatën e përgjithshme. Kemioprofilaktika dhe kontrollimi aktiv midis të burgosurve njihen si elemente vitale në mbajtjen nën kontrll të epidemisë së tuberkulozit.

***Komuniteti Rome dhe egjiptian (R / E)*** Përveç punëtoreve të seksit me origjinë R / E, HIV-i nuk ka qenë i zbuluar

në mesin e popullatave të përgjithshme R / E. Megjithatë, ka faktorë socio-ekonomike dhe kulturorë të cilët e bëjnë R / E më të prekshëm për sa i përket shëndetit të tyre në aspektin e ndjeshmërisë së tyre ndaj TB-s dhe qasja me shërbime shëndetësore rrisin dhe ekspozimin e tyre ndaj HIV-it.

Një studim i fundit nga UNDP-ja dhe të tjerët (2015) [23] në profilizimin e përjashtimit social të romëve dhe egjiptianëve në Shqipëri, tregon se anëtarët e komunitetit R / E janë kapur në grackën e varfërisë shëndetësore të bazuara në: kushtet e tyre të këqija të jetesës që i ekspozojnë ato ndaj disa rreziqeve shëndetësore, të cilat - shoqërohen me nivel të ulët arsimor dhe qasje të dobët në shërbime shëndetësore, duke i zhytur në varfëri. Barrierat në qasje me shërbime shëndetësore për anëtarët e komuniteti R / E janë të shumta, të tilla si mungesa e burimeve financiare; Mungesa e sigurimit shëndetësor; Infrastruktura e dobët shëndetësore; Mungesa e ofruesve të kujdesit shëndetësor; Praktika diskriminuese nga mjekët dhe profesionistët shëndetësorë; Vetëdijësimi dhe njohja e kufizuar e shërbimeve shëndetësore. Shpesh, shërbimet e kujdesit shëndetësor mohohen nëse qasja nuk lehtësohet nga aktivistët e komunitetit. Gjetjet sugjerojnë për më tepër se politikat që afrohen për përmirësimin e shëndetit dhe shëndetin mendor të romëve dhe egjiptianëve duhet të përqafojnë një qasje ndër-sektoriale, dhe të njohin pasojat psikologjike dhe të gjeneratave të sjelljes, të varfërisë dhe diskriminimit të vazhdueshëm.

Me një incidencë të TB në mesin e popullsisë R / E e 26 për 100,000 banorë (2011), e cila është dy herë më shumë si incidenca e TB-s në popullatën e përgjithshme [24] , prekshmëria e tuberkulozit tek komunitetet R / E është e dukshme. Të dhënat tregojnë mangësi në informacion për HIV dhe IST në lidhje me sjelljen seksuale dhe shëndetësore, të siguruara gjatë kërkimeve studimore në mesin e popullatave rome që janë studiuar nga disa studime të bio-sjelljes që janë kryer në të kaluarën (BioBSS 2005 2008 dhe 2011). Vlerësimet e marrëdhënieve të para seksuale në 24% në mesin e grup-moshës 10-14 vjeç dhe 84% raportojnë marrëdhënien e parë seksuale para moshës 18 vjeç; BioBSS 2011. Fillimi i hershëm i akivitetit seksualë dhe rreziku më i lartë për HIV dhe IST është i lidhur me faktin që nuk shkojnë në shkollë dhe duke mos u ekspozuar ndaj programeve shkollore të parandalimit. Femrat kanë më shumë gjasa që të ketë marrëdhënie seksuale në moshë të re dhe një në pesë gra rome (21,3%)janë Të detyruar nga partnerët e tyre që të kenë seks të padëshiruar. [25] . Gjysma e të anketuarve (52%) nuk ka përdorur një prezervativ në 12 muajt e fundit. Pavarësisht nga fakti se shumica e të anketuarve (84.8%) e di se ku për të marrë prezervativë, vetëm 1.7% përdor ato me partnerin e rregullt, në krahasim me pothuajse 43% prezervativëve përdorim me partnerë jo të rregullt. Arsyeja kryesore e dhënë për të mos përdorur prezervativë ishte se të anketuarit "nuk u pëlqen atyre". IBBS 2011 treguan nivele të ulëta të konsumit raportuar alkoolit, dr sjelljen UG-injektuar, ose angazhiminë seks komercial ose partnerët jo të rregullt në 12 muajt e fundit.

**Barrierat kryesore të të drejtave të njeriut dhe pabarazitë gjinore që mund të pengojnë qasjen në shërbimet shëndetësore**

Dallimet me bazë gjinore, stigma dhe diskriminimi dhe varfëria pengojnë aksesin në shërbimet e duhura. Shqipëria është një shoqëri tradicionale dhe patriarkale, në të cilën stigma dhe diskriminimi luajnë një rol të rëndësishëm në parandalimin e anëtarëve të popullatave kryesore të prekura qasjes testimin HIV për diagnozën më të hershme, testimin TB dhe trajtimin e HIV dhe infeksionit TB. Realiteti është se ata që nuk mbulohen nga sigurimi shëndetësor nuk kanë të drejtën themelore të njeriut për qasje në kujdesin shëndetësor. Vendi nuk ka asnjë politikë për të siguruar që grupet kyçe të cënueshme janë në shënjestër me shërbimet e duhura shëndetësore. Të dy grupet e pacientëve me HIV dhe ata me tuberkuloz, që përballen me probleme socio-ekonomike nuk marrin mbështetje financiare dhe shumë shpesh këta pacientë bëhen të margjinalizuar.

Është dyshuar se pacientët me HIV dhe pacientët me tuberkuloz janë të painformuar për shkak të një game të gjerë karakteristikash socio-kulturore dhe / ose faktorëve të ndryshëm që lidhen me qasjen në shërbimet e kujdesit shëndetësor ose në sjelljen e kujdesit shëndetësor. Faktorët kryesorë njihen si dhuna në familje dhe pabarazia gjinore.

***Dhuna në familje*** Cenueshmëria e grave ndaj dhunës dhe sjelljes së rrezikshme seksuale ndikon në transmetimin e STI dhe HIV; dhe situata me rastet e dhunës në familje po pëkeqësohet. Dhuna në familje mbetet kryesisht e fshehur, e mbështetur nga qëndrimet tradicionale dhe patriarkale të disa grupeve minoritare; dhe kjo është përkeqësuar më tej nga dështimi i vënies në zbatim të ligjit nga agjensitë ligjzbatuese për të trajtuar rastet e abuzimit në familje. Të dhënat nga Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim (UNDP) [26] tregojnë se në vitin 2013 59.4 përqind e femrave të moshës 18 dhe mbi të kishin përjetuar ndonjë formë të dhunës fizike, seksuale ose psikologjike. Alkoolizmi, papunësia dhe varfëria përmenden si arsyet kryesore. Varësia ekonomike në nivel të lartë i grave kontribuon në dhunë.

***Pabarazia gjinore***

Në kushtet e pabarazisë gjinore, 51% e të diplomuarve universitarë janë gra, por potenciali i tyre nuk është shfrytëzuar plotësisht në ekonomi. Ato përfaqësojnë 41.6% të fuqisë punëtore në sektorin formal, dhe zotërojnë 27 për qind të bizneseve, ndërkohë që fitojnë 82 përqind të të ardhurave për frymë. Rolet tradicionale gjinore dhe stereotipet pengojnë gratë nga ushtrimi i kompetencave e tyre dhe duke u bërë të varura ekonomikisht. Për shembull: (a) 60.3 për qind e grave që punojnë punë me kohë të pjesshme; (b) gratë shpenzojnë 306 minuta në ditë në punën familjare në krahasim me meshkujt të cilët shpenzojnë 47 minuta; dhe (c) vetëm 8 për qind e pronave janë në pronësi të grave. [27]

Parandalimi dhe trajtimi i dhunës është pjesë e paketës së shërbimit shëndetësor parësor në formën e linjave telefonike të këshillimit, shërbimeve të ndihmës sociale dhe ofrimit të kujdesit shëndetësor. [28] Është përmendur më parë se normat e prevalencës për gratë në lidhje me TB dhe HIV-it janë shumë më pak sesa për burrat dhe se një nga arsyet për këtë mund të jetë ngurrimi i grave për të kërkuar shërbimet e duhura shëndetësore për shkak të rolit të tyre më pak dominues në Familje.

***Stigma dhe diskriminimi*** Ndërsa ka një mbrojtje të fortë ligjore për ata që jetojnë me HIV, shoqata për PJHA raporton nivele të larta të stigmatizimit për HIV me dëshmi anekdotike të sfidave, dhe diskriminimit në aspektin e arsimimit dhe punësimit.

Ndërsa Shqipëria ka ligje kundër diskriminimit që kanë të bëjnë me personat lesbik, homoseksualë, biseksualë dhe transeksualë (LGBT), vendi mbetet një shoqëri heteronormative dhe homoseksualët, biseksualët dhe MSM të tjerë mbeten një popullsi e fshehur dhe e stigmatizuar në Shqipëri. Personat LGBT nuk janë të dukshëm në media, dhe OJQ-të e LGBT-ve raportojnë nivele të larta të stigmës përfshirë abuzimet verbale dhe psikologjike. Ka të ngjarë që përqindja e lartë i MSM-së, të cilët gjithashtu raportojnë të jetë edhe në marrëdhënie seksuale me gratë, dhe raportet e pakta të kontaktit me të njëjtin seks për diagnozën e HIV-it, është pjesërisht për shkak të homofobisë aktuale dhe / ose të perceptuar në shoqëri. [29]

**c. Konteksti i sistemeve shëndetësore dhe sistemeve të komunitetit**

***Konteksti i Sistemit Shëndetësor*** [30] Sistemi i shëndetit publik të Shqipërisë, e cila mbikëqyret nga MSH, ka ndryshuar pak që nga koha e komunizmit. Është e strukturuar dhe e centralizuar në mënyrë rigoroze dhe po përjeton vështirësi në plotësimin e nevojave mjekësore të popullsisë. Mjekët dhe infermieret janë lënë shpesh jashtë nga teknikat e reja dhe zhvillimet në mjekësi dhe, për pasojë, sistemi është gjetur në vështirësi për tu përballuar me çështje moderne të shëndetit të të tilla si përdorimi i drogës, TB, HIV / AIDS dhe IST.

Që nga viti 1990 sistemi shëndetësor i Shqipërisë ka kaluar nëpër një sërë reformash dhe procesesh për të adresuar më mirë nevojat e popullsisë në përputhje me ofrimin e standardit të cilësisë së shërbimit. Një nga reformat kryesore u zhvillua në vitin 1995, kur Këshilli i Ministrave vendosi të ngrinte sistemin e sigurimeve shëndetësore. Kjo filloi si një skemë që mbulonte rimbursimin e rrogave të barnave dhe mjekëve të familjes, bazuar në një mbulim për numër banorësh.Në vitin 2009 u zgjerua për të përfshirë spitalet dhe pastaj të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor. Si rezultat, qendrat e kujdesit shëndetësor parësor janë bërë më të pavarura në drejtim të vetë-menaxhimit dhe shpenzimeve. Struktura e sistemit shtetëror dhe implikimet e reformës në sektorin e shëndetësisë për HIV dhe ofrimin e shërbimeve TB janë përshkruar në Shtojcën C.

Të gjithë shqiptarët ligjërisht kanë të drejtë me ligj për qasje të barabartë në kujdes shëndetësor. Kujdesi shëndetësor financohet nga Qeveria dhe praktikat private janë të kufizuara në një sektor të vogël. Në teori, qasja në kujdesin shëndetësor është i lirë përmes skemës së sigurimit shëndetësor. Të paaftë për punë, fëmijët, gratë shtatzëna dhe të gjithë pacientët me TB dhe HIV-regjistruar marrin kujdes shëndetësor falas. Atyre me të drejtë për të punuar, por të cilët janë të papunë marrin kujdes shëndetësor që është i varur në regjistrimin e integruar për të gjetur punë të paguar. Përderisa kontakti me shërbimet shëndetësore është i lirë, pacientëve u kërkohet të paguajnë një kontribut (zakonisht më pak se USD 40) për ndërhyrjet dhe recetat. Përjashtim është HIV-i, ku për herë të parë dhe të dytë linja e ART-ve paguhen nga Qeveria . Fondi Global ka mbështetur vetëm 50 pacientë të gjeneratës së dytë deri në mars 2015, dhe është në dispozicion deri T3 / T4 të 2015.

Ndërsa sistemi shtetëror është menduar të financohet përmes kontributeve të sigurimeve nga ato të punësuarve dhe punëdhënësve të tyre, papunësia dhe varfëria në Shqipëri është në nivele të larta dhe shumica nuk mund të përballojë të paguajë kontributin për ilaçe. Si rezultat, shumë njerëz nuk arrijnë të marrin mjekim shumë të nevojshme dhe kujdes mjekësor, ndërsa dështimi për të mbledhur një sasi të konsiderueshme të kontributeve do të thotë se sistemi shëndetësor është fuqimisht i varur nga ndihma bamirëse për furnizime mjekësore dhe ilaçe.

Shumica e popullsisë jeton në fshat , e cila përbën një barrë të rritur në sistemin shëndetësor, sepse nuk ka objekte të mjaftueshme shëndetësore për t'u marrë me popullsinë rurale. Prandaj sigurimi shëndetësor është më e mirë në zonat urbane dhe nevojat e banorëve në zonat rurale "nuk janë përmbushur në mënyrë të barabartë.

Masat që po merren për kapërcimin e barrierave të hyrjes të identifikuara tregohen në tabelën e mëposhtme :

| **Pengesat** | **Masat** |
|---|---|
| Qasja e kufizuar në shërbimet shëndetësore, nëse nuk je i siguruar. | Heqja e sigurimit shëndetësor dhe kalimi në financimin e shëndetësisë nëpërmjet taksimit të përgjithshëm në vitin 2017. |
| Bashkë financimi i pagesës së ilaçeve të tjera përveç ARV-ve, në kujdesin ambulator, të cilat rimbursohen pjesërisht nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore | Zgjerimi i listës së barnave që rimbursohen plotësisht.<br>Zvogëlimi i çmimit të barnave që përdorin modele ndërkombëtare referimi të çmimit dhe rishikimi i marzhit të fitimit. |
| Qasja e kufizuar në mjekimin e infeksioneve oportuniste duke qenë se pacientët duhet të kenë një recetë nga një MP për të përfituar nga sigurimet shëndetësore. Kjo rrugë rekomandimi nga MP dhe jo nga Specialistët Infeksionist është kompromettuar nga shkelja e konfidencialitetit dhe anonimitetit (siç përmendet nga pacientët me HIV) | Rishikimi i rregullores së referimit të pacientëve të diagnostikuar përsëri tek MP. Specialistëve të Sëmundjeve Infektive duhet tu jepen kompetenca për të ofruar receta për ilaçe të rimbursueshme. |
| Kapacitetet e kufizuara dhe performanca e dobët e laboratorëve të mikrobiologjisë në spitale. | Zgjidhja e partneritetit Publik /Privat për të rritur performancën e laboratorëve spitalore. |
| Qasja e kufizuar në testim vullnetar. | Rishikimi i paketës së shërbimeve në Qendrat, KTVduke i trajnuar për aftësitë e ofrimit të testimit. |

***Efektet e financimit të shëndetësisë*** Totali i Shpenzimeve të qeverisë në shëndetësi, në vitin 2014 ishte US $ 40 0003010 dhe US $ 345.167.630 në vitin 2013 . Ndërsa ekonomia shqiptare ka patur një rritje në mënyrë të qëndrueshme, në dritën e recesionit ekonomik global, dhe të ardhurat kombëtare bruto për frymë janë dyfishuar gjatë dekadës së kaluar, pjesa publike e prodhimit bruto të vendit kombëtar (PPB) mbetet i ulët në vetëm 2.8%. Rreth 580USD $ për frymë është shpenzuar në shëndetësi, shifra më e ulët në krahasim me vendet fqinje me të ardhura mesatare. Si rezultat i shpenzimeve të ulëta publike në shëndetësi, pjesa e mbetur 60% e shpenzimeve shëndetësore duhet të vijë nga pagesat direkte nën dorë nga popullata e përgjithshme. [31] Tabela 1 përcakton sa është niveli i financimit të shpenzimeve në sektorin e shëndetësisë, ndërsa Tabela 2 tregon përqindjen e buxhetit të Qeverisë që shkon në drejtim të shëndetit, përveç fondeve nga sigurimet shëndetësore.

***Shoqëria civile*** Në përgjithësi, shoqëria civile në Shqipëri ende është relativisht e re: pesëdhjetë vjet të sundimit komunist kanë lënë pak vend për një shoqëri civile të pjekur dhe të organizuar. Si rezultat i kësaj, organizatat e shoqërisë civile ( OShC-t ) relativisht kanë filluar të shfaqen gjatë kohëve të fundit. Ata përballen me sfida të rëndësishme përsa i përket kapacitetit organizativ dhe institucional për të ofruar cilësi të lartë, shërbime të qëndrueshme që mbulojnë zona të mëdha gjeografike. Shumica e OShC-ve kanë një numër relativisht të vogël stafi, shpesh të dominuara nga një drejtues i fortë dhe mbështeten në financimet e jashtme, të cilat zakonisht mbulojnë vetëm një afat të shkurtër kohor. Kjo i bën OShC veçanërisht të ndjeshme ndaj efekteve të financimit të paparashikueshëm dhe shtyrjes së projekteve të donatorëve. Shumë pak OShC kanë qenë në gjendje për të krijuar stabilitet afatgjatë me fonde të garantuara për të mbështetur programe me një vizion të qartë afatgjatë organizativ.

**Tabela 1: Total financiar i shpenzimeve për shëndetin / Burimi 2013**

| Burimi i financimit | 2012 | | 2013 | |
|---|---|---|---|---|
| | US $ 000s | përqindje | US $ 000s | përqindje |
| Buxheti i qeverisë | 49466910 | 16.0 | 49982980 | 14.3 |
| Fondi i Sigurimeve Shëndetësore | 245955220 | 79.5 | 295184650 | 84.4 |
| Fondi Global | 230974 | 0,1 | 180595 | 0,1 |
| Donatorë të tjerë | 11318700 | 3.7 | 292189 | 0,1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Burime të tjera [32] | 2261926 | 0.7 | 4192003 | 1.2 |
| Total | 309246286 | 100 | 349836822 | 100 |

*Burimi: Ministria e Shëndetësisë, 28 janar 2015*

**Tabela 2: Përqindja e shpenzimeve nga buxhetit i Qeverisë për shëndetësinë, përfshirë fondet e Sigurimeve Shëndetësore 2013**

| Komponentët | përqindje |
|---|---|
| Kontributet e sigurimeve shëndetësore | 23.8 |
| Transferimi i buxhetit të shtetit për shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor | 30.6 |
| Transferimi i buxhetit të shtetit për shërbimet spitalore | 45.2 |
| Hyrje të tjera | 0.4 |
| TOTALI | 100 .0 |

*Burimi: Ministri e Shëndetësisë (2014), op. cit.*

Vazhdimësia dhe gjithëpërfshirja e shërbimeve kërkojnë partneritete efektive dhe sistemet e referimit. OSHC-të shpesh i shohin shpesh OShC-të e tjera si konkurrentë në një treg të vogël sesa si partnerë të mundshëm; dhe kjo pengon krijimin e rrjeteve efektive. Këto qëndrime konkurruese shpesh luajnë një rol edhe më të rëndësishëm në mes të OSHC-ve dhe organizatave qeveritare - me mosbesim të ndërsjellë.

'Sistemet e komunitetit' kryesisht i referohen ofruesve të shërbimeve të OJF-ve që ofrojnë shërbime kryesisht tek të afërmit e popullatave kryesore dhe ndryshe nga të parat luajnë një rol relativisht pasiv. Stigma e lidhur me HIV-in dhe diskriminimi si dhe pozita e margjinalizuar e MSM, PDI dhe PS, rezultojnë në një nivel shumë të ulët të organizimit mes vete këtyre grupeve. Kjo i lë ata të varur nga shërbimet që shpesh janë donatorët dhe / ose të shtyrjes së financimeve nga ofruesit e shërbimeve të OJQ-ve, dhe që nuk arrijnë të plotësojnë nevojat e tyre reale. Ndërsa një Shoqatë e PJHA është themeluar, një nivel i ngjashëm i organizimit të komunitetit në mesin e popullatave kryesore ka munguar deri më sot.

Dobësitë dhe mangësitë e përshkruara më sipër japin rezultatet në shërbimet që: a) nuk kanë një perspektivë të qartë të klientit; b) shërbime të plota që nuk arrijnë të sigurojnë vazhdimësinë dhe me cilësi të lartë; dhe c) të destinuara të dështojnë për të arritur rezultate të qarta. Përkundër këtyre mangësive, ka një zhvillim pozitiv në drejtim të zhvillimit të OSHC-ve më të forta dhe më të qëndrueshme, të cilat mund të bëjnë më shumë dhe më mirë për të përmbushur rolin në plotësim të programeve dhe shërbimeve të ofruara nga agjencitë qeveritare. Megjithatë, investimet e qëndrueshme janë të nevojshme në sektorin e shoqërisë civile për të mbështetur më tej këtë trend pozitiv.

Në rastin e TB, OShC-të dhe OJQ-të duhet të sillen në partneritet me sistemet e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale kombëtare për të siguruar që puna e tyre për shëndetin të kuptohet më mirë; për shembull, të tilla si " Qendra e shëndetit të frymëmarrjes dhe TB " OJQ që ka qenë aktiv gjatë zbatimit të grantit GF Rnd. 5. Ish pacientët TB janë duke u angazhuar gjithnjë e më shumë në planifikimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve, siç u pa gjatë zhvillimit të Planit të ri operacional të Strategjisë për TB (NTSP). Megjithatë, pacientët TB nuk e veprojnë në mënyrë të organizuar, duke formuar një rrjet ose organizatë të komunitetit apo OJQ.

Forcimin Kornizave të Sistemit komunitar (CSS) është një nga prioritetet e Qeverisë dhe, së bashku me Programin e OKB-së dhe Bashkëpunimit përmes Programit të Përfshirjes Sociale të Shëndetësisë, vendi ka iniciuar krijimin e një forumi të OJQ-ve dhe rrjeteve të nivelit lokal. Ky është një hap i madh drejt rritjes së angazhimit dhe efektivitetin të komunitetit në përmirësimin e rezultateve të shëndetit dhe rritjen e bashkëpunimit të tyre dhe me ndikim mbi, sektorët publikë dhe privatë.

Ofrimi i shërbimeve për HIV-in ka përfituar nga shërbimet e ndryshme të ofruara nga OSHC-të, kryesisht në fushën e rritjes së kapaciteteve dhe ngritjen e vetëdijes . Megjithatë, shërbime të veçanta të tilla si MMT dhe reduktimit të dëmit kanë qënë në dispozicion në një shkallë të vogël dhe janë ofruar kryesisht në qendrat e qyteteve, sidomos në Tiranë . Nevoja është e njohur për forcimin e iniciativave me bazë komunitare në rajonet e tjera përmes

OSHC-ve dhe gjithashtu veprimet ad-hoc me bazë komunitare.

Shoqëria civile nuk ka mësuar ende se si veprohet për të mobilizuar plotësisht veten për të adresuar boshllëqet në testim, trajtim dhe aderimin për TB dhe HIV-in , dmth kur ndërhyrja mjekësore kërkon gjithashtu një aktivitet paralel në sferën jo-mjekësore .

## 1 . 2 Planet strategjike kombëtare të Sëmundjeve

**Programet kombëtare të ndara për TB dhe HIV-in**

Të dyja programet kanë qenë në bashkëpunim të dukshëm dhe sisteme për të menaxhuar TB dhe HIV aktualisht janë administrativisht të ndara. Megjithatë, mekanizmat e përgjithshme të koordinimit, p.sh. përmes MSh dhe MKV, janë të pranishëm. Për më tepër, Qeveria ka një fokus të shtuar mbi aktivitetet bashkëpunuese midis HIV dhe TB. Në përputhje me rregullat e BE-së dhe direktivat e Ministrisë është duke punuar për një ligj të ri kombëtar mbi sëmundjet infektive dhe konsiderohet se kjo do të trajtojë aktivitete bashkëpunuese për HIV-TB.

**Programi Kombëtar i HIV-it**

Përgjigja kombëtare e Shqipërisë ndaj HIV-it ka qenë e udhëhequr nga Strategjia Kombëtare e parandalimit dhe kontrollit të HIV / AIDS në Shqiperi (SKPKHA) 2009-2014 [33] ; një përmbledhje e zhvillimeve të fundit është përfshirë në Aneksin C.

***Qëllimi dhe strategjia*** Qëllimi i përgjithshëm i SKPKHA ishte për të siguruar që Shqipëria të mbetet një vend me prevalencë të ulët për HIV-in. Në të përcaktohen tre prioritete strategjike: (i) parandalimi i infeksionit të ri HIV / IST në grupet kryesore dhe në mesin e popullatës së përgjithshme; (ii) përmirësimi i trajtimit, kujdesit dhe mbështetjes për PJHA ; dhe (iii) të përmirësojë infrastrukturën e sistemit për të rritur kapacitetin e ofruesve të shërbimeve shëndetësore për të siguruar ofrimin e shërbimeve të një cilësie të lartë dhe në kohë për të gjithë personat e prekur nga HIV / AIDS dhe IST.

Një strategji e re është zhvilluar në dhjetor 2014 dhe është miratuar në Janar 2015. [34] Kjo përfshin një numër të ri dhe përforcojnë strategjitë e mëparshme :

- Duke theksuar nevojën për të dhëna në kohë dhe të sakta epidemiologjike përmes raportimit të rastit dhe BioBSS të rregullta;
- Prioritet në parandalimin nga nëna tek fëmija në transmetimin e HIV-it (PMTCT).
- Ritheksuar rëndësinë e forcimit të ndërhyrjeve të synuara parandaluese në mesin e popullatave të kyçe, në veçanti MSM dhe PDI;
- Përmirësimin e ofrimit të trajtimit dhe kujdesit për PJHA , duke përfshirë rishikimin e pragunt të CD4-s për fillimin e trajtimit në përputhje me udhëzimet e OBSH-s [35] dhe futjen e ilaçeve të reja antiretrovirale (ARV).
- Diagnozë të hershme të HIV-it, përmirësimin e monitorimit laboratorik të PJHA , dhe diagnoza dhe trajtimi i Infeksioneve oportune dhe bashkë-infeksioneve.
- Promovimi i ofrimit të testimit dhe këshillimit rutinë të iniciuar për HIV-in (PITC) në mjedise shëndetësore përfshirë IST dhe klinikat e tuberkulozit dhe, në veçanti në ato të kujdesit antenatal.
- Përmirësimin e ofrimit praktik të shërbimeve të HIV-it duke forcuar prokurimin dhe menaxhimin e furnizimit (PSM), M & V dhe menaxhimin e programit.

***Zbatimi deri më sot*** Në shtator 2014, një organizatë e pavarur bëri vlerësimin për të identifikuar për pikat e forta dhe dobësitë e kombëtare në përgjigjen ndaj HIV-it (shih Shtojcën D).

Përparësitë përfshijnë :

- Disponueshmëria e kujdesit 'të lirë' shëndetësor që përfshin qasje në testimin për HIV dhe trajtimin, e dobishme si për PJHA dhe gjithashtu në zvogëlimin e barrierave për testimin për ato popullatat më të rrezikuara. Numri i njerëzve që marrin TAR është rritur me mbështetjen e dy burimeve; të brendshme dhe financimi i Fondit Global. Testimi për HIV po ofrohet përmes një rrjeti të qendrave të këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV-in (KTV);

- Një laborator i shëndetit publik qendror me infrastrukturën të mirë-krijuar e shëndetit publik, koordinon shërbimet e dedikuara HIV / AIDS dhe shërbimet e parandalimit të HIV;
- Disa shërbime me orjentim për popullatat kyçe janë duke u dhënë, për shembull sigurimi i MMT për PDI përmes mbështetjes nga dy burime të brendshme dhe financimit të Fondit Global, edhe pse aktivitetet e reduktimit të dëmit janë minimale;
- Klinicistët shumë të aftë për HIV-in dhe një klinikë ambulatore e dedikuar për HIV me ARV-të për të gjithë dhe të arritshme. ISHP ka ekspertizë të pasionuar dhe të përkushtuar epidemiologjike me sistemet e vendosura të mbikqyrjes për testimin e HIV-it monitorimin dhe trendet epidemiologjike;
- OJQ-të e angazhuar dhe aktive që ofrojnë një rol të rëndësishëm në shpërndarjen e aktiviteteve parandaluese, duke përfshirë dhe shërbimet;
- Një kuadër i fortë ligjor që mbron PJHA (2008) dhe grupet e tjera kyçe të tilla si lesbikët, homoseksualët, biseksualët dhe transeksualët (LGBT) kundër diskriminimit (2010).

Të dhënat nga 2011 BioBSS [36] ofrojnë dëshmi se kjo mbështetje shtesë ka filluar të ketë sukses.

Për shembull:

- Nivelet e njohurive rreth masave të parandalimit të HIV dhe simptomat e IST-ve ishin më të larta në mesin e MSM-ve në vitin 2011 se në raundet e mëparshme të studimit.
- Më shumë PDI (36.7%) të identifikuar mes programeve të shkëmbimit të shiringave (NEPs) si një burim i ageve dhe shiringave sterile në krahasim me 27.7% në vitin 2008 dhe vetëm 11% në 2005. Pothuajse gjysma e të gjithë PDI-ve (47%) kanë raportuar marrjen e shiringave nga punonjësit në terren në 2011 krahasuar me vetëm 10% në vitin 2008. Pothuajse dy të tretat e PDI-ve raportuan se kishin marrë age dhe shiringa nga NEPs në 12 muajt e fundit.
- Qasja në trajtim të drogës për PDI-t, veçanërisht me metadon, është përmirësuar nga viti 2008 deri në vitin 2011. Në vitin 2011, vetëm pak më shumë se një e treta (35.4%) nuk kanë raportuar se kanë marrë ndonjë trajtim për përdorimin e drogës në krahasim me pothuajse dy të tretat (64%) në vitin 2008. në vitin 2011, më shumë se një e katërta e të anketuarve (28.4%) ishin aktualisht në trajtimin e krahasuar me vetëm 10.8% në vitin 2008.

***Kufizimi dhe mësimet e nxjerra*** Kufizimet për zbatimin e Strategjisë së HIV kryesisht pasqyrojnë burimet e kufizuara financiare për shëndetësinë dhe HIV dhe prioriteteve konkurruese në sektorin e shëndetësisë. Këto probleme kanë qenë veçanërisht të rënda që nga përfundimi i raondit të 5 të grantit të Fondit Global. Ato përfshijnë shërbime joadekuate mbikqyrjese për HIV-in dhe mungesa në monitorimin rutinë ; duhet të forcohet përkrahja financiare dhe politike e qeverisë ndaj HIV-it ; nivele joadekuate të ofrimit të testimi për HIV-in; mbulimi 100 % gjatë gjithë vitit me ART; dhe nevoja për një rrjet të fortë të OJQ-ve (shih gjithashtu Shtojca E ).

Mësimet e nxjerra janë:

- Shërbimet e fokusuara duhet të jenë specifike për popullatat kryesore dhe ato kyçe;
- Shërbimet e HIV duhet të integrohen në ofrimin e shërbimeve shëndetësore të përgjithshme ;
- Nismat për financim afatmesëm dhe afat-gjatë janë një bazë e domosdoshme që kërkohet për të forcuar kapacitetet organizative dhe efektivitetin e OJQ-ve;
- Menaxhimi efektiv dhe trajtimi i PJHA kërkon diagnozë të shpejtë, monitorim efektiv dhe diagnostikimin dhe trajtimin e infeksioneve të tjera, sidomos tuberkulozit, përveç ofrimit të TAR ;
- Shërbimet si një angazhim i përcaktuar për bashkë-financimet nga Qeveria është i nevojshëm;
- Nevojat e forcimit të kapaciteteve në disa fusha, duke përfshirë monitorimin, prokurimin dhe menaxhimin e furnizimit.

**Programi Kombëtar i TB-s**

Si rezultat i masave të marra për kontrollin e TB gjatë viteve të fundit, Shqipëria ka arritur të zbatojë strategjinë e DOTS në të gjithë vendin, por komponentin DOT (një nga pesë përbërësve të DOTS) nuk zbatohet në të gjitha rrethet në Shqipëri. Strategjia e Re Kombëtare e TB-s 2015-2020 (NSP)[37] është projektuar për të ndërtuar mbi sukseset e viteve të fundit trajtimin e faktorët që kushtëzojnë përmirësimet në kontrollin e TB.

***Qëllimi dhe strategjia***

Qëllimi kryesor i PKS është konsolidimi i arritjet të bëra deri tani në luftën kundër TB dhe për të zvogëluar TB deri në fund të 2019. Plani strategjik ka katër objektiva:

1. Sigurimi i cilësisë së shërbimit të kujdesit shëndetësor për të gjithë pacientët TB.
2. Ulja e barrës socio-ekonomike e TB-s.
3. Mbrojtja e grupeve që janë të prekshme për TB, TB / HIV dhe MDR.
4. Mbrojtja dhe promovimi i të drejtave të njeriut në parandalimin, trajtimin dhe kontrollin e TB-s.

***Zbatimi në kohë;*** Arritjet në kontrollin e TB në Shqipëri janë në masë të madhe për shkak të programit të mëparshëm të TB, zbatimit të PKS 2009-2014, dhe investimeve të donatorëve. [38] Zbatimi i raundit të 5 të grantit të Fondit Global ka luajtur një rol të rëndësishëm në përpjekjet kombëtare ndaj rishfaqjes dhe lehtësimin kundër TB; ai mbështet krijimin e infrastrukturës së nevojshme fizike për diagnostifikim dhe trajtimin e TB-s, dhe duke forcuar kapacitetet e sistemit shëndetësor për të adresuar TB-n. Përveç kësaj, rritja ekonomike ka pasur një ndikim pozitiv në arritjet në TB, me klasën e mesme dhe të punësuarit që kanë qasje më të mirë në shërbime për shkak të aftësisë së tyre për të paguar për shpenzimet direkte dhe indirekte; rritjen e urbanizimit sigurisht që ka sjellë një segmentim shumë më të madh të popullsisë më afër për t'u kujdesur. Së fundi, përmirësimi i arsimit ka luajtur një rol në përmirësimin e sjelljeve shëndetësore që kërkohen.

Edhe pse objektivat e PKS ishin ambicioz , por me përjashtim të një rënie në numrin e rasteve me TB, tre nga pesë objektiva janë arritur, dmth (i) arritja dhe mbajtja e një përqindje të lartë të trajtimit të suksesit për raste pështymë pozitive të TB-s (më shumë se 90%); (ii) reduktimi dhe ruajtja e vdekshmërisë në më pak se pesë raste për 100,000 banorë; dhe (iii) dedektimi në më shumë se 75% të lëndëve të reja me diskreditimi-pozitiv të tuberkulozit pulmonar. Dy objektivat që nuk ishin arritur (i) Incidenca e TB në më pak se 15 raste të reja për 100,000 banorë në vit për pesë vitet e ardhshme duke ulur shkalla e incidencës TB në 14 raste të reja për 100,000 banorë në vit nga 2019 ; (ii) përhapja e MDR në më pak se 2% .

Me mbështetjen e Fondit Global, disa grupe të popullsisë ka marrë kontakte aktive për herë të parë. Për shembull, depistimi i TB-s është kryer në të gjitha burgjet shqiptare që rezulton në testimin e 1,684 të burgosurve nga të cilët 48% kanë pasur infeksion latent tuberkulozi. Depistimi i 1,000 romëve, kryesisht në Tiranë, gjeti se 8% (82) prej tyre kishin TB.

Realizimi i këtyre aktiviteteve është lehtësuar nga bashkëpunimi midis Programeve të HIV dhe TB. Tryeza për TB / HIV u zhvilluan me përfaqësues nga Departamenti i Sëmundjeve Infektive, Departamenti Pneumologjisë dhe Departamenti i Sëmundjeve Infektive të Shëndetit Publik dhe Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" ( QSUT ), duke mbuluar fushën e koordinimit të TB dhe trajtimit për PJHA , testimin me proteina derivatit të pastrimit (DPP) dhe profilaksi me izoniacid.

***Kufizimi dhe mësimet e nxjerra*** Mësimet e nxjerra nga zbatimi i strategjisë së kushtëzuar të TB dhe kufizimet kryesore të përgjigjes ndaj TB-s , në lidhje me një përgjigje të përgjithshme dhe zbatimi i raundit të 5 Fondit Global në veçanti, janë paraqitur këtu (shih Shtojcën G të gjitha mësimet e nxjerra dhe Shtojca F për klinike kufizimet):

- Sigurimi i DOT për të gjithë pacientët me TB për të gjithë kohëzgjatjen e trajtimit është me rëndësi kritike. Që të ndodhë kjo, ka nevojë për vullnet politik dhe mbështetje adekuate financiare; në veçanti, alokimet buxhetore janë të nevojshme: (a) për të siguruar stafin e nevojshëm dhe mbështetje logjistike për kryerjen e aktiviteteve themelore të tilla si mbikëqyrja dhe monitorimi; dhe (b) për ilaçet anti-TB në mënyrë që të shmangen veprimet kundërshtuese.
- Ekziston nevoja për të forcuar integrimin dhe planifikimit të koordinuar në mënyrë që: (a) kontrolli i TB të jetë i integruar në kujdesin shëndetësor parësor; (b) repartet e dedikuara për TB-n të jenë në spitale për të minimizuar ndër-infeksionet dhe për të shmangur mbipopullimin e objekteve për pacientët me TB; (c) duke punësuar më shumë pulmonologist; (d) klinikat private me objekte përkatëse të jenë të integruar në programin e kontrollit të TB ; dhe (e) pediatrit , mjekët e familjes dhe infermierët të trajnohen në mënyrë adekuate për mbikëqyrjen e shërbimeve diagnostike të TB dhe të trajtimit për fëmijët .
- Ti kushtohet vëmendje më të madhe plotësimit të nevojave të njerëzve nga grupet në nevojë dhe të varfër, dhe të merren me TB-HIV përmes: (a) depistimit të grupet me rrezik të lartë për zhvillimin e TB përveç zbulimit të infeksionit të TB-s në mesin e kontakteve të ngushta të pacientëve me TB; (B) duke siguruar një kuadër të fortë mbështetës ligjor.

- Masat për kontrollin e infeksionit TB duhet të forcohen edhe më tej për të siguruar qasje më të duhur me MDR-TB në menaxhimin e rasteve dhe masave të kontrollit të saktë ajror të infeksionit.
- Ekziston një nevojë për të adresuar kërkesat për MDR-TB.
- Kërkohet trajnim për Mjekët e Familjes për TB.
- Krijimi i sistemit të referimit ka penguar qasje të menjëhershme ndaj pacientëve të TB-s në shërbime për shkak të mungesës së sigurimit shëndetësor.
- Ka një mungesë të përfshirjes së shoqërisë civile në identifikimin dhe trajtimin e tuberkulozit.
- Kërkohet përditësimi i Manualit Kombëtar të TB-s për të përfshirë rregulloren për ofrimin e shërbimeve për grupet kryesore në nevojë.

**Aktivitetet e përbashkëta TB-HIV brenda Programeve Kombëtare të HIV-it dhe Tuberkulozit**

Aktivitete të përbashkëta për TB / HIV u organizuan për herë të parë gjatë zbatimit Roundit të 5 të Fondi Global. Ndërhyrjet përfshinë krijimin e një komiteti të përbashkët koordinues, shfaqjen e pacientëve me TB për infeksionin HIV dhe shfaqjen e pacientëve me HIV për infeksion latent tuberkulozi, dhe shkëmbimin e informacionit. Megjithatë për fat të keq, pas përfundimit të programit të Fondit Global, këto aktivitete ishin ndërprerë për shkak të mungesës së fondeve.

PSK i ri përshkruan ambicien e kërkuar për të ofruar testimin e HIV për të gjithë njerëzit me TB. Megjithatë, ai gjithashtu njeh sfidat në këtë fushë, duke përfshirë nevojën për të referojnë pacientët për testimin HIV dhe kapacitetit të kufizuar jashtë Tiranës. Strategjia gjithashtu njeh një numër të grupeve që janë veçanërisht të pambrojtur ndaj TB përfshirë PDI; Megjithatë, numri i PDI diagnostikuar me TB mbetet i ulët edhe pse është fakt i njohur se kjo mund të jetë për shkak të mungesës së raportimit të përdorimit të injektimit të drogës në mjediset e trajtimit të TB. Strategjia gjithashtu njeh rëndësinë e bashkëpunimit mes programeve të TB-s HIV-it dhe OJQ-ve dhe se ky bashkëpunim u forcua gjatë periudhës së financimit të raundit të 5 të Fondit Global. Megjithatë, është fakt i njohur gjithashtu se përfitimet nuk janë të qëndrueshme.

Politika e hartuara në PKS në lidhje me HIV / TB janë që të ofrojnë programe kombëtare dhe aktorët e tyre të jenë të lidhur me drejtimin për zbatimin e aktiviteteve të përbashkëta TB / HIV përmes një Programi Kombëtar të Koordinimit për aktivitete të përbashkëta për TB / HIV. Ajo ka për qëllim që të dy programet e HIV dhe TB, duke përfshirë partnerët e tyre, duhet të bashkëpunojnë për të siguruar qasje në shërbime të integruara për TB / parandalimin e HIV, diagnostikimin, trajtimin dhe kujdesin. Është gjithashtu e rekomanduar që të gjitha kontaktet familjare të një rasti indeks të infektuar me HIV të jenë të këshilluar të dhe testuar për HIV.

***Mesimi e nxjerra***

- Duhet të zhvillohet dhe formalisht të miratohet një strategji e përbashkët HIV / TB për të siguruar zbatimin efektiv dhe të vazhdueshëm të aktiviteteve të përbashkëta.
- Programi Kombëtar i Koordinimit për Aktivitete të Përbashkëta HIV / TB duhet të jenë të qarta dhe të dakordësuara me kushtet e referencës.
- Pacientët me TB duhet të ekzaminohen për infeksionin HIV pas fillimit të trajtimit me barna anti-TB.
- Duhet të bëhet sigurimi i testeve të HIV për të siguruar që pacientët e hospitalizuar me TB në QSUT të testohen ; dhe testimin për HIV duhet të futet në spitale rajonale që trajtojnë pacientët me TB.
- Pacientët me HIV duhet të ekzaminohen për TB dhe TB latente në baza vjetore, në mënyrë proporcionale ti nënshtrohen diagnostikimit për infeksion TB përmes testimit igra.
- Vizitat në shtëpi të një pacienti primar, nga investiguesit e kontaktit, janë një aspekt i rëndësishëm i kontrollit të TB.
- PPD dhe IGRA duhet të vihen në dispozicion në objektet e kujdesit shëndetësor publik.
- PJHA që jetojnë në të njëjtën shtëpi ose në kontakt të ngushtë me pacientët TB duhet të trajtohen me kemoprofilaksë për të parandaluar infeksionin aktiv TB.
- PJHA që kanë një test negativ lëkurës për tuberkulozit, si dhe ndaj testeve të kontrollit jo-reaktive të lëkurës, duhet të konsiderohen të jenë jo imuno-reagim.

**Lidhja e programeve me strategjinë kombëtare të shëndetit**

Shqipëria ka dy strategji të tjera të rëndësishme për HIV dhe TB që lidhen me shëndetin më gjerësisht:

Strategjia e Sistemit Shëndetësor Kombëtar 2007-2013; dhe Shëndetit Publik dhe Strategjia e Promovimit të Shëndeti titulluar "Drejtë një shteti të shëndetshëm dhe një Popullate të shëndetshme."

***Strategjia Kombëtare e Sistemit Shëndetësor 2007-2013(*** NHSS) [39] me qëllim përmirësimi i shëndetit të popullatës, duke siguruar shërbime të përgjegjshme dhe mbrojtje financiare ndaj shpenzimeve katastrofike të sëmundjeve. Katër prioritetet e saj janë: (i) për të rritur kapacitetin dhe efikasitetin e shërbimeve aktuale shëndetësore; (ii) rritjen e aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore; (iii) përmirësimin e financimit të sistemit shëndetësor; dhe (iv) të përmirësojë qeverisjen e sistemit shëndetësor. Brenda (i), ka katër qëllime: (1) të zvogëlojë pengesave financiare, gjeografike, kulturore dhe profesionale; (2) të artikuloj një rrjeti shërbimesh në gjendje për të garantuar vazhdimësinë e kujdesit; (3) të ofrojnë shërbime të përhapura gjerësisht falas të domosdoshme të shëndetit publik; dhe (4) të sigurojë mbulim solide farmaceutike. Programi HIV është një nga pesë programet vertikale të shëndetit publik që kërkojnë për të siguruar qasje për të gjithë popullsinë brenda këtyre qëllimeve. Programe të tjera janë të shëndetit mendor, shëndetit publik dentar, imunizimi dhe promovimin e shëndetit.

PKS është pjesë e Strategjisë Kombëtare të Sistemit Shëndetësor dhe si i tillë është një pjesë integrale e qëllimeve të theksuara më sipër. Objektivat strategjike PKS janë në përputhje me reformat shëndetësore.

***Shëndetit Publik dhe Strategjia e Promovimit të Shëndetit*** Përveç kësaj, Shqipëria ka një Strategji të Shëndetit Publik dhe Strategjia e Promovimit Shëndetësor të titulluar "Drejt një të shteti të shëndetshëm dhe një Popullatë të shëndetshme." [40] i cili identifikon çështjet kryesore të shëndetit publik si: sëmundje kardiovaskulare / kanceri; aksidentet; sëmundjet respiratore; Shendeti mendor; sëmundjet e diarresë, dhe shëndeti seksual dhe riprodhues (SRH), i cili perfshin kancerin cervikal dhe HIV-in. Strategjia përmban objektivat dhe veprimet e përgjithshme për përgjigje ndaj HIV-it. Këto janë përgjithësisht në përputhje me strategjinë e HIV-it, edhe pse strategjia e shëndetit publik ka prioritet parandalimin e HIV-it në mesin e të rinjve në shkollë sesa në mesin e çdo grupi tjetër.

**Procesi i Shtetit për zhvillimin e Planeve Strategjike Sëmundjeve Kombëtare**

Ka pasur një debat mbi atë se nëse Shqipëria duhet apo jo të dorëzojnë një aplikim të kombinuar HIV / TB për Fondin Global ose kërkesa të veçanta për çdo sëmundje specifike. Fillimisht MKV-ja vendosi mbi këtë të fundit për shkak të strukturës vertikale të menaxhimit të sëmundjeve në vend, me shkallë të ndryshme të përgatitjes së atyre sistemeve dhe zonat e ndryshme të fokusit të programeve të propozuara. Megjithatë, më vonë në vitin 2014 në këshillat e Fondit Global, u vendos që të dorëzojnë një propozim të përbashkët që do të hartohet në njohjen e rëndësisë së madhe të bashkëpunimit HIV / TB dhe pastaj të vënë këtë bashkëpunim në veprim. Strategjitë kombëtare të dy sëmundjeve "janë zhvilluar në vitin 2014, por në një mënyrë disi vertikale, edhe pse strategjia e TB-s është më e qartë në lidhje me bashkëpunim HIV / TB.

***HIV*** Pas një Urdhëri të Ministrit në Mars të vitit 2014, u ngrit një grup pune i përbërë nga tetë persona nga MSH , ISHP, të Departamentit të Sëmundjeve Infektive në QSUT dhe një përfaqësues nga PJHA . Grupi ka mbajtur tetë ose më shumë takime, duke përfshirë tryeza të rrumbullakëta në Qershor dhe Korrik 2014, për çështje që kanë të bëjnë me MSM, PJHA , PDI, trajtimin dhe kujdesin, komunitetin rom dhe PNF. Përveç anëtarëve të grupit të punës, tryeza të rrumbullakëta u ndoqën nga aktorë të tjerë, duke përfshirë zyrtarët e qeverisë, staf të OJQ-ve, përfaqësues të popullatave kryesore dhe komunitetet e prekura dhe përfaqësues të agjencive ndërkombëtare, duke përfshirë UNAIDS, Fondi i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara (UNFPA) dhe Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF).

Pas këtyre konsultimeve, anëtarët e grupit të punës hartuar seksionet përkatëse të strategjisë. Mbështetje teknike është siguruar përmes OBSH, e financuar nga Fondi Global. Fushat specifike të përkrahjes teknike përfshirë një analizë epidemiologjike e kryer në gusht 2014, dhe kostimin e strategjisë dhe analizën e qasjeve të mbikqyrjes, trajtimin dhe kujdesin, të cilat janë kryer në Nëntor 2014.

Dokumenti i draftit të strategjisë u finalizua në mes të Dhjetorit 2014 dhe plani i saj i veprimit dhe buxheti janë aprovuar zyrtarisht nga Qeveria e Shqipërisë në janar 2015.

***Tuberkulozi*** Pas një Urdhëri të Ministrit në Mars të vitit 2014, një Strategji e re TB u zhvillua me një projekt të qarkulluar në korrik 2014 dhe një grup pune të ngritur , i përbërë nga dhjetë anëtarë nga MSH , ISHP, Departamenti Pulmonar Pediatrik në QSUT dhe Klinika në Spitalin Universitar 'Shefqet Ndroqi' (UHSN) . Grupi i punës ka mbajtur dhjetë takime dhe katër takime konsultative / tryezave të

rrumbullakëta me grupet e interesit [41], duke përfshirë edhe zyrtarë të Qeverisë, staf të OJQ-ve dhe përfaqësues të rëndësishëm të popullatave kyçe. Strategjia u finalizua në Korrik 2014, dhe plani i saj i veprimit dhe buxheti janë aprovuar zyrtarisht nga Qeveria në janar 2015.

## 1.3 Planifikimet e përbashkëta dhe shtrirjes së Strategjive , Politikave dhe ndërhyrjeve të TB dhe HIV-it

### a. Planet për përafrimin e mëtejshëm HIV dhe TB

Bashkëpunimi në mes programeve të TB dhe HIV-it është forcuar gjatë kohës që të dy programet u mbështetën në raundin e 5 nga Fondi Global. Megjithatë, këto përfitime nuk janë të qëndrueshme dhe financimi i Fondit Global ka përfunduar.

PSK 2015-2019 thekson nevojën për përmirësimin e koordinimit në mes të parandalimit dhe të kujdesit shërbimet TB/HIV dhe, veç e veç, në mënyrë që të ofrojnë testimin e HIV-it për të gjithë njerëzit me TB. Por ai gjithashtu njeh sfidat në këtë fushë, duke përfshirë edhe nevojën për të referojnë pacientët për testimin HIV dhe kapacitetit të kufizuar jashtë Tiranës. Strategjia njeh gjithashtu: (a) grupet që janë veçanërisht të pambrojtur ndaj TB, duke përfshirë PDI. Megjithatë, numri i PDI-ve i diagnostikuar me TB mbetet i ulët edhe pse është pranuar se kjo mund të jetë për shkak të mosraportimit të injektimit përdorimit të drogës në mjediset e trajtimit të TB; dhe (b) rëndësinë e bashkëpunimit mes programet e TB dhe HIV dhe OJQ-të, të cilat u forcua gjatë periudhës së financimit të Fondit Global, por jo në mënyrë të qëndrueshme.

Sistemet për të menaxhuar TB dhe HIV aktualisht janë administrativisht të ndara në Shqipëri, edhe pse ka disa mekanizma të përgjithshëm koordinues, p.sh. përmes MSh dhe MKV-s. Megjithatë, ka një numër të zonave në të cilat bashkëpunimi mes TB / HIV ka nevojë të përmirësohet, duke përfshirë:

- Krijimi i një forum të rregullt konsultativ për përgjigjet ndaj TB dhe HIV;
- Sigurimi i OIKT për njerëzit e diagnostikuar me TB;
- Sigurimin e diagnostkimit të duhur të TB-s për PJHA ;
- Sigurimi i ofrimit trajtim parandalues të TB për PJHA ; dhe
- Duke siguruar masat e duhura për të parandaluar transmetimin e TB në institucionet shëndetësore gjatë trajtimit të personave me HIV.

Megjithëse vendi fillimisht vendosi të paraqesë dy propozime të veçanta për sëmundjet, rëndësia e madhe e bashkëpunimit HIV / TB është e njohur dhe vendimi eventual për të paraqitur një Projekt propozim të përbashkët reflekton synimin e vendit për të forcuar këtë bashkëpunim. Kjo ka rezultuar në pesë strategjitë Ndërsektoriale në programet aktuale të HIV dhe TB përshkruara më poshtë në Tabelën 3.

**Tabela 3: Planet për të ardhmen të shtrirjes Ndërsektoriale të Strategjive dhe ndërhyrjeve për HIV dhe TB**

| Zonat e Bashkëpunimit Ndersektoriale të Përbashkët | Ndërhyrjet e propozuara (Nga planin operativ) | Rezultati i pritur |
|---|---|---|
| Forumi Konsultativ për përgjigjet kombëtare të programeve të TB dhe HIV | • Zgjedhja e anëtarëve të Grupit Teknik të Ekspertëve (TEG) të TB dhe HIV.<br>• Përkufizim i termave të referencës (ToR)të TEG-së<br>• Hartimin e planit operativ të TEG dhe rendin e ditës për mbledhjet e rëndësishme gjatë periudhës 201 6 -201 8 .<br>• Krijimi i një të mekanizmave për Bashkërendimit të asistencës ndërsektoriale teknike ndërkombëtare nga OBSH dhe UNAIDS. | a) Zhvillimi Udhëzuesve të rinj për HIV / tuberkuloz të qartë për të trajtuar atë që duhet të bëhet, nga kush, kur dhe si;<br>b) një plan të burimeve njerëzore për trajnimin, mbikëqyrjen dhe vlerësimin e zbatimit të Udhëzuesit të ri të HIV / TB-s. |

| | | |
|---|---|---|
| | • Duke rënë dakord me buxhetin për asistencë teknike të TEG dhe.<br>• Zhvillimin e strategjive për të përfshirë programet e HIV /TB dhe OSHC-t dhe të koordinojnë aktivitetet e tyre. | |
| Sigurimi i OIKT për njerëzit e diagnostikuar me TB | • Identifikimi i rretheve dhe bashkive me incidencë më të lartë të popullsisë në rrezik për HIV dhe / ose tuberkulozit për të zhvilluar programe pilote dhe demonstrim në rrethe dhe komuna për të arritur rezultatet e pritura.<br>• Caktimi i përgjegjësive specifike për zbatimin e ndërhyrjeve pilot nga epidemiologët e rrethit mbështetur nga specialistët e TB dhe HIV në nivel rajonal. | a) 100% e TB dhe HIV të dyshuar në IShP testuar për HIV dhe infeksionit TB;<br>b) Regjistrimi, këshillim dhe zbatimin e masave parandaluese dhe kurative si për HIV / TB sipas Udhëzuesve të rinj (për shembull, isoniazid kemoprofilaksë për pacientët TB-infektuar dhe PJHA );<br>c) Lidhja e regjistrave të infeksionit TB dhe HIV në rrethe, në nivel rajonal dhe qëndror;<br>d) Mbikëqyrja dhe vleresimi i aktiviteteve parandaluese dhe të kujjdesit të kryera. |
| Sigurimi i depistimit të duhur të TB për PJHA | • Ofrimi i udhëzimeve për të gjitha rrethet dhe komunat.<br>• Llogaritja e shpenzimeve, furnizimet, nevojat për trajnim dhe për të siguruar buxhet dhe mjete të mjaftueshme.<br>• Caktimi i përgjegjësive të stafit për zbatim dhe monitorim. | a) Programi i HIV do të sigurojë që depistimi i TB të kryhet sistematikisht në ISHP për grupet vulnerabël për HIV të identifikuara në Raportin e HIV Epidemiologjia e 2014.<br>b) Të gjithë personat e infektuar HIV-TB do të regjistrohen dhe masat e duhura të parandalimit dhe të kujdesit të administrohen në nivel ISHP-je. |
| Sigurimi i trajtimit parandalues të TB-s për PJHA | • Fillohet në rrethe pilot me grupet më vulnerabël ndaj HIV-it.<br>• Zhvillimi i një plani trajnimi HR dhe të administruar trajnimit hap-pas-hapi për stafin e qarkut për zbatimin e Udhëzuesve të rinj TB / HIV<br>• Caktimi i përgjegjësve për të zbatuar dhe monitoruar rezultatet. | 100% e PJHA do të regjistrohen në ISHP dhe të ofrohen masat në parandalim dhe / ose kujdes në përputhje me Udhëzuesit e rinj të HIV / TB. |
| Marrja e masave të duhura për të parandaluar transmetimin e TB në institucionet shëndetësore dhe në ato të trajtimit të njerëzve me HIV | • Identifikimi i rretheve dhe komunave me qendrat e trajtimit të HIV-it dhe të trajnimi i stafit të tyre për të zbatuar udhëzimeve të reja për HIV/ TB.<br>• Pacientët TB të cilët janë HIV pozitiv duhet të jetë në spital derisa testi i TB të jetë negativ. | 100% e PJHA që ndjekin qendrat e parandalimit dhe trajtimit duhet të ketë një grafi të qartë të kraharorit me X Ray dhe ato të dyshuar me TB nga monitorimi me X Ray duhet të veçohen dhe testohen urgjentisht përmes depistimit bakteriologjik për TB. |

**b. Çelësi për të kapërcyer barreat e shtrirjes së TB dhe HIV-it**

Pengesat potenciale për përafrimin e HIV dhe TB përfshijnë:

- Korniza legjislative dhe ajo e politikave të zhvillimit të nevojshme për funksionimin efektiv të PKS mund të marrë më shumë kohë se sa pritej ;
- Ndryshimi i sjelljes është i vështirë të arrihet. Ai mund të marrë më shumë kohë seç pritet; të ndryshojë mentalitetin e vendimmarrësve dhe ofruesit e shërbimeve për sëmundjen e TB nga ajo e

ofrimit vertikal të shërbimeve shëndetësore në një mënyrë me bazë më të gjerë më holistike të shëndetit publik e të menduarit;

- Në drejtim të adresimit të nevojave të popullatave kryesore: ndërsa të burgosurit janë një "audiencë rob “, ekzistuese që bëhet në kuadër të sistemit të ngurtë penal, kërkohet një përpjekje e bashkërenduar për të arritur një numër më të lartë të popullsisë, për të ndjekur, të mbajë kontakte dhe për të kapërcyer dyshimet e autoritetit të tyre për t'i bindur ata për të hyrë në shërbime dhe trajtim;
- Më shumë avokimit mund të jenë të nevojshme për të siguruar që qeveria të vazhdojë të mbështesë programin e TB.

## SEKSIONI 2 : SITUATA E FINANCIMIT , PLOTËSIMI I NEVOJAVE DHE QËNDRUESHMËRIA

### 2.1 Financimi në përgjithësi për periudhën e ardhshme të zbatimit

**a. Disponueshmëria dhe Burimi i fondeve**

***HIV*** Me përjashtim të fondeve nga Fondi Global dhe disa aktivitete të vogla në drejtim të rritjes së ndërgjegjësimit dhe të ngritjes së kapaciteteve, të gjithë financimet për përgjigjen kombëtare ndaj HIV vijnë nga burime të brendshme, duke përfshirë Fondin e Sigurimeve Shëndetësore ( FSSH ) dhe buxhetit të qeverisë qendrore. Ka disa mbështetje të tjera financiare për sistemin shëndetësor nga burime ndërkombëtare, p.sh. Qeveria Zvicerane dhe Banka Botërore, por këto nuk ka fokus të veçantë mbi HIV. Përveç kësaj, disa agjenci ndërkombëtare sigurojnë sasi të kufizuar të asistencës teknike për përgjigjen kombëtare ndaj HIV. Që nga përfundimi i granteve të raundit të 5 të FG në vitin 2012, Fondi Global ka ofruar mbështetje të kufizuar përmes vazhdimi të shërbimeve mbështetëse për TMM dhe linjën e dytë të TAR .

Tabela 4 paraqet një pasqyrë të disponueshmërisë së fondeve për komponentët e strategjisë aktuale të HIV ( SKPKHA 2015-2019 ). Asnjë nga këto zona nuk janë financuar në nivele adekuate. Megjithatë, ka disa nën-zona që janë të financuara më mirë se të tjerët, p.sh. ofrimin e linjës së parë dhe të dytë të TAR -it dhe këto zona janë përjashtuar nga ky propozim.

Granti i mëparshëm i Fondi Global ka inkurajuar Qeverinë për të rritur investimet e saj në disa zona të përgjigjes së HIV, duke përfshirë sigurimin e TAR, shërbimeve të testimit dhe këshillimit dhe disa elemente të ofrimit të metadonit. Megjithatë, kjo ende nuk ka ndodhur në atë masë sa kanë qenë shpresuar për to. Pritet që "gatishmëria për të paguar" dispozita sipas modelit të ri të financimi do të rrisë vëmendjen e qeverisë për të dhe të përqëndrohet në këto çështje.

Aktualisht, ka dy strategji kryesore për të duke u përpjekur për të adresuar mangësitë e financimit tëHIV-it. I pari ka të bëjë me angazhimin e Qeverisë për të zgjeruar fushat e saj të ofrimit financiar, për shembull, për të përfshirë të gjithë terapinë e linjë së dytë. Duke filluar nga janari 2014, Qeveria do të mbulojë të gjithë terapinë e linjës së parë dhe të dytë dhe do të aplikojë për terapi rikuperuese (një gjeneratë tëre ilaçesh anti- HIV) për pacientët të cilët zhvillojnë rezistencë; E dyta përfshin sigurimin që FSSH mbulon kostot e duhura të trajtimit dhe kujdesit të HIV-it.

**Tabela 4: Disponueshmëria e fondeve për Strategjinë Kombëtare HIV, Përbërësit**

| Komponenti strategjik | Disponueshmërinë e Fondeve | Koment |
|---|---|---|
| I. Parandalimi i infeksioneve të reja me HIV në mesin e grupeve në rrezik | shumë e ulët | Financimi i vetëm në dispozicion është për shërbime metadon nga Qeveria dhe Fondi Global. Shërbimet janë shkallëzuar rëndë përsëri që nga përfundimi i grantit të Roundit të 5 të Fondit Global. |
| II. Rritja e mbulimit dhe shpeshtësinë e testimit HIV përmes | ulët | Disa Testimi ofrohet përmes qendrave të KTV, por në nivele të ulëta. Pak, nëse ndonjë OIKT është në dispozicion në shërbimet shëndetësore rutinë, duke përfshirë shërbimet antenatale. |

| | | |
|---|---|---|
| KTV dhe shërbimet shëndetësore ekzistuese | | |
| III. Parandalimi i transmetimit vertikal të HIV-it nga nëna tek fëmija | mesatar | Qeveria paguan për trajtim për femrat PJHA dhe foshnjat e lindura . Testet e shpejta janë dhënë falas në Departamentin e Shëndetësisë dhe, nga 2015 e tutje, brenda klinikave antenatal. UNAIDS është duke punuar edhe në ngritjen e vetëdijes dhe ngritjen e kapaciteteve në tre qytete; Elbasan dhe Shkodra në vitin 2014, dhe Vlora në vitin 2015. |
| IV. Parandalimi i infeksioneve të reja me HIV dhe IST në mesin e popullsisë së përgjithshme | ulët | Qeveria aktualisht mbështet dhënien e testeve të shpejta në Departamentin e Shëndetësisë dhe, nga 2015, në kuadër të kujdesit shëndetësor parësor. |
| V. Sistemet mbështetëse të parandalimit, kujdesit dhe trajtimit HIV / AIDS | Moderuar (por jo adekuate) | Disa sisteme ekzistojnë, duke përfshirë QKTV dhe sigurinë e gjakut. Megjithatë, sistemet janë të pamjaftueshme për të siguruar se parandalimi, kujdesi dhe trajtimi janë dhënë në mënyrë efektive. |
| VI. Përmirësimi i trajtimit, kujdesit dhe mbështetjes për PJHA | Moderuar (por jo adekuate) | Qeveria është duke siguruar linjën e parë dhe të dytë të TAR-it. Megjithatë, ka boshllëqe të rëndësishme të financimit në lidhje me monitorimin laboratorike, trajtimin e infeksioneve oportune dhe përshtatshmërinë e udhëzimeve të trajtimit. Masat e PNF janë të papërshtatshme. |
| VII. Kujdesi social dhe mbështetja | ulët | Disa mekanizma ekzistojnë në sistemet e mbështetjes sociale (paguar me fonde publike), por këto janë të kufizuara. Një Urdhër i Ministrit për mbështetjen e fëmijëve nën moshën 18 vjeç dhe familjet e tyre (të miratuar nga MSH dhe Ministria e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë) është ende në pritje në Ministrinë e Financave. |
| VIII. Monitorimi, vlerësimi i ndikimit dhe fusha kërkimore | ulët | Monitorimi minimal është kryer, raportimi rasti, dhe ka studime të mbikqyrjes që nga përfundimi i grantit të Roundit të 5 të Fondit Global. |

***T uberkulozi*** Grant i mëparshëm i Fondi Global pati efektin e tij në inkurajimin e Qeverisë për të rritur fondet për TB gjatë periudhës së zbatimit të projektit: të gjitha dispanseritë janë rindërtuar; rrjeti Diagnoza bakteriologjike u bë funksionale në nivel rrethi; strategjia DOTS është iniciuar dhe zgjeruar; një numër i madh i publikimeve, protokolleve dhe udhëzimeve mbi kontrollin e TB janë botuar; dhe ka pasur një program të rëndësishëm për ngritjen e kapaciteteve për specialistë, mjekë dhe infermierë në kujdesin ambulator.

Megjithatë, pas një fillimi premtues nuk ka pasur një zgjerim të aktiviteteve të financuara nga qeveria në masën që mund të ketë qenë shpresuar për to. Pritet që "gatishmëria për të paguar" dispozita sipas modelit të ri financimi do të rrisë vëmendjen e qeverisë për të dhe të përqëndrohet në këto çështje. Disponueshmëria e tanishme e financimit për komponentët e Strategjisë Kombëtare TB janë treguar në Tabelën 5.

**Tabela 5: Disponueshmëria e fondeve për Strategjinë Kombëtare TB; Përbërësit**

| Komponenti strategjik | Disponueshmërinë e Fondeve | Koment |
|---|---|---|
| I. Sigurimi i cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor për të gjithë pacientët me TB | mesatar | Droga e linjës së parë janë dhënë nga Qeveria, siç janë disa aktivitete DOT ofruara nga stafi i sektorit të barnave në spital, duke përfshirë pulmonologist dhe infermierë. Pagat e tyre janë paguar nga Qeveria dhe përgjegjësitë e tyre përfshijnë gjurmimin e kontaktit, referimin e pacientëve problematike / kontakteve dhe kemoprofilaksë Izoniazid. |

| | | |
|---|---|---|
| II. Ulja e përpjekjeve njerëzore dhe barrës social-ekonomike të TB | ulët | Ky komponent është i gjerë dhe përfshin diagnostikimin në kohë për të zvogëluar ngarkesën virale të TB në komunitet dhe kështu të reduktojë shanset e infektimit, sigurojnë trajtim të menjëhershëm, të zvogëlojë shanset e sëmundjeve të rënda TB dhe të çojë në rezultate më të mira të trajtimit, duke reduktuar më tej vuajtjet njerëzore.<br>Pacientët me TB marrin falas trajtimin dhe testet laboratorike, por vetëm pasi ata kanë qenë të diagnostikuar me TB. Para diagnozës pozitive, çdo test i nevojshme duhet të paguhet nga pacienti, nëse ata nuk kanë sigurim shëndetësor.<br>Ndihma sociale për pacientët me TB ofrohet nga institucionet e shërbimeve sociale publike pas përfundimit të trajtimit. Ndonjëherë trajtim zgjat për gjashtë deri në tetë muaj, gjatë së cilës kohë pacienti ka asnjë ndihmë financiare dhe / ose sociale. |
| III. Mbrojtja e grupeve që janë të prekshme për TB, TB / HIV dhe MDR. | Asnje | Nuk ka buxhet për këtë komponent, e cila përfshin kontrollin e kontakteve të ngushta pacientëve TB dhe popullatave kryesore; kontrollin me MDR; parandalimin e infeksionit TB dhe infeksione të tjera në rrugë ajrore; rritjen e bashkëpunimit në mes të programeve TB dhe HIV dhe realizimin e aktiviteteve të përbashkëta TB-HIV<br>Nuk ka legjislacion për të trajtuar kontrollin e infeksionit në mesin e grupeve të rrezikuara, edhe pse kjo në tubacion. Hendeku midis politikës, dhe nevojave për legjislacion në këtë fushë, është bërë më i dukshëm në vitet e fundit dhe ka të bëjë kryesisht me të shkuar reformës shëndetësore dhe krijimin e një sistemi referimi që nuk lejon njerëzit të pasiguruar akses në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Pasi legjislacioni i përshtatshëm është në vend, udhëzimet do të hartohet për të mbuluar shfaqjen dhe trajtimin e këtyre grupeve.<br>Ka një plan për të mbështetur ngritjen e shërbimeve komunitare. Hapa janë gjithashtu duke u marrë për të trajtuar mungesën e trajtimit për pacientët MDR, i cili do të mbështetet nga fondet e MSH ; aktualisht pacientët MDR duhet të udhëtojnë në vendet fqinje si Kosova për trajtimin e tyre. |
| IV. Mbrojta dhe promovimi i të drejtave të njeriut në parandalimin, trajtimin dhe kontrollin eTB-s. | Asnje | Ky komponent është edhe pafinancuara. Ajo mbulon: (a) Edukimi shëndetësor për pacientët me tuberkuloz dhe popullata e përgjithshme, ngritjen e bashkëpunimit dhe lidhjeve me partnerët kryesorë ( MSH , OBSH, USAID), departamenteve qeveritare; dhe objektet shëndetësore rajonale dhe nivel qarku; dhe (b) zhvillimin efushatave të edukimit informimit dhe komunikimit (IEC) në median e shkruar, radio dhe televizion, shpërndarjen e materialeve reklamuese dhe organizim të aktiviteteve. |

**b. Burimet e donatorëve të tjerë nga investimet e propozuara të Fondit Global**

Nuk ka fonde të jashtme nga donatorë të tjerë për secilin program. Megjithatë, OBSH-ja vazhdimisht ka mbështetur zhvillimin e PKS-ve duke sguruar asistencën teknike.

**c. veprimet e planifikuara për të adresuar boshllëqet e rëndësishme të financimit**

Si pjesë e strategjive kombëtare mbi HIV / AIDS dhe TB qeveria financon përmirësimin e shërbimeve parandaluese të HIV-it dhe trajtimin e TB që tregojnë rritjen e përgjegjësisë në ato shërbime. PNF dhe depistimi për agjentët infektivë në shtatzëni janë tani në paketat e kujdesit shëndetësor parësor. Përveç kësaj, udhëzimet dhe planet janë të financuara, duke përfshirë TMM, PNF, kontrollin për sifilizin, depistimi në çdo shtatzëni për agjentë infektivë si dhe udhëzimet laboratorike të skrinimit .

Ndërkohë, qendrat e KTV tani janë pjesë e drejtorive të shëndetit publik me stafin paguar 100% nga të buxhetit të shtetit. Gjithashtu kitet dhe reagentët, si dhe aktivitetet e mirëmbajtjes janë financuar plotësisht për herë të parë nga buxheti i shtetit , edhe pse alokimet janë jo plotësisht të mjaftueshme për të

mbuluar të gjitha aktivitetet vullnetare të testimit.

Modalitetet e fondeve për aktivitete të tjera parandaluese në grupe të ndryshme vulnerabël siç janë PDI , romët, MSM, PS janë diskutuar dhe disa prej aktiviteteve janë planifikuar për t'u integruar me iniciativa të tjera publike për të ruajtur qëndrueshmërinë e tyre. Disa aktivitete të integruara kanë filluar me financim nga strukturat e shëndetit publik të qeverisë dhe gjithashtu në bashkëpunim me shërbimet sociale dhe arsimore. Shumica e testimit për HIV për popullatat në rrezik janë dhënë nga qeveria në strukturat e pushtetit si në Qendrat e KTV Laboratorin e Institutit të Shëndetit Publik, laboratorëve publike shëndetësore. Testimi në vendin e shërbimit do të merret përsipër nga të shteti kur Fondi Global do të përfundojë dhe problemi prokurimit të lidhura me shërbime të tilla do të zgjidhet.

Qeveria është angazhuar për shumë vite për të siguruar 100% e linjës së parë dhe linja 2 të trajtimit me ARV trajtim më vonë pjesshme HIV. Duke filluar nga muaji mars 2015 Qeveria mbulon të gjithë pacientët në linjë TAR parë dhe të dytë.

***Tuberkulozi*** të disa mangësive të identifikuara në përgjigje TB, veprimet e mëposhtme lehtësuese do të merren:

- Angazhimi i dobët politik dhe financiar i Qeverisë ka ndryshuar që kur qeveria e re erdhi në pushtet në vitin 2013. Kjo është e dukshme përmes përfshirjes së Zëvendës Ministrit të Shëndetësisë në hartimin e PKS-ve të reja dhe zhvillimit të Projekt-propozimit si dhe gatishmëria e Qeveria për të shtuar fondet për tuberkulozin .
- Menaxhimin dhe mbikëqyrjen me kapacitete të pamjaftueshme në nivel PKT, vendosja e saj në Departamentin pulmonar dhe mungesa e menaxhimit klinik për të mbështetur gjetjet epidemiologjike do të trajtohen me emërimin e një programi Koordinator në Institutin e Shëndetit Publik . Stafi i caktuar për të PKT do të punojë me orar të plotë për TB dhe do të pajisen me kapacitetet e mbikëqyrëse dhe menaxhuese të nevojshme për të drejtuar një program efektiv.
- Qeveria është duke punuar në krijimin e një sistemi të qëndrueshëm për prokurimin, blerjen dhe menaxhimin e barnave të cilat do të përmirësojnë nevojat për ilaçe, mjetet e analizave laboratorike, dhe furnizime të tjera mjekësore. Dizajni i një sistemi të ri të menaxhimit të furnizimit të prokurimit (PSM) për TB do të trajtojë mungesat aktuale të një sistemi të besueshëm për furnizimin dhe shpërndarjen e drogës TB.
- Përmirësimet në kuadrin e politikave për të mbështetur parandalimin dhe trajtimin e rasteve me TB: të gjithë TB dhe rastet e dyshuara TB do të marrë testimin e lirë dhe shërbime, si dhe investigimi i ngushtë e kontaktit do të zbatohet dhe mbështetet.
- Pamjaftueshmëria dhe shpërndarja në mënyrë të pabarabartë e burimeve njerëzore do të adresohet përmes krijimit të PKT që do të bëhet një program në të drejtën e vet me një drejtor program dhe ambjente të përkushtuara.
- Qasje joadekuate në shërbimet e kujdesit shëndetësor do të trajtohet nëpërmjet trajnimit të punonjësve të kujdesit shëndetësor dhe personelit tjetër në kuadër të programit të ri, i cili pastaj do të punojë me grupet e komunitetit për të diskutuar dhe zbatuar mënyra për të hyrë më shumë dhe për të arritur popullatat, të tilla si ato që Roma.
- Duke iu drejtuar romëve, të burgosurve dhe grupeve të tjera të rrezikuara do të mbështetet nga të dy investime e propozuara të Fondit Global dhe në rritjen e pjesës së fondeve të programit gjatë tre viteve të ardhshme nga ana e Qeverisë.
- Kontrolli MDR, parandalimi i infeksionit TB dhe infeksioneve të tjera ajrore është një prioritet në bazë të PKT. Fondet nga Fondi Global dhe donatorët e tjerë do të përdoret për të filluar iniciativa në këtë fushë, që do të merren përsipër nga Qeveria në fund të periudhës tre-vjeçare.
- Duke kontribuar në forcimin e sistemit shëndetësor të bazuar në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor do të arrihet përmes riorganizimit të TB nga Klinika pulmonare në ISHP dhe përdorimin e një qasje të shëndetit të orientuar më shumë publik.
- Angazhimi i njerëzve me TB dhe komunitetin përmes partneritetit; institucione dhe OSHC-të do të harmonizohet me qëllim që të punojnë së bashku me komunitetet për të identifikuar dhe zbatuar qasjet më të mira për të arritur popullatat kryesore.

| 2.2 Kërkesat homologe të financimit | | |
|---|---|---|
| **Kërkesat homologe të financimit** | **Në përputhje** | **Nëse jo, të gjejë një justifikim të shkurtër dhe veprimet e planifikuara** |
| i. Mundësimi i të dhënave të besueshme për të vlerësuar pajtueshmërinë | ☒ Po ☐ jo | |
| ii. Minimumi i Kontributit tëpragut nga qeveria për programin e sëmundjes (të ulët të ardhura 5%, më e ulët të ulët-të mesme të ardhura-20%, e sipërme të ulët-të mesme të ardhura-40%, të ardhurat-60 e sipërme të mesme%) | ☒ Po ☐ jo | |
| i. Rritja e kontributit të qeverisë në programin e sëmundjes | ☒ Po ☐ jo | |

Burimet kryesore financiare për HIV dhe TB janë nxjerrë nga burime publike, si Ministria e Financave (MF), dhe përmes taksave publike dhe të ardhurave të tjera, duke përfshirë Fondin e Sigurimeve Shëndetësore (FSSH). Gjithashtu ka burime ndërkombëtare. Agjentët e financimit janë:

- MSH , i cili ndan buxhetin për institucionet shëndetësore publike, duke përfshirë faqet e testimit HIV dhe Qendra gjak dhe Detoxification Departamentit në QSUT . Fondet qeveritare për HIV-it për vitin 2013 arrijnë në US $ 1,020,9 0 0 dhe në 2014 US $ 1.140.070 ;
- Fondi Detyrueshëm i Kujdesit Shëndetësor Kombëtar ( ish Fondit për Sigurim Shëndetësor ) bashkojnë burimet financiare nga MF dhe nga taksat për blerjen e shërbimeve të tilla si kujdesin parësor dhe spitalor.

Shërbimet e HIV (parandalimi dhe trajtimi) janë; (i) të publikut në QSUT ; (ii) Programi Kombëtar HIV / AIDS brenda ISHP; (iii) Qendrat e KT për HIV; dhe (iv) Qendra publike për kontrollin e gjakut. Ofruesit e shërbimeve TB janë: (i) Spitali i Universitar ”Shefqet Ndroqi” (UHSN) ; dhe (ii) dispanseritë.

***Shpenzimet për HIV / AIDS dhe TB 2013-2014***

Mbledhja e të dhënave për 2013-2014 shpenzimeve është bazuar në qasjen "lartë-poshtë", dhe teknikat për burime përcjelljen e fondeve duke përdorur raportimin financiar të qeverisë, si dhe raportet nga raportet e donatorëve të ndryshëm ndërkombëtarë (të tilla si agjencitë e OKB-së, Fondit Global, dhe kështu me radhë). Kjo mundëson identifikimin e burimeve të financimit, si dhe agjentët financiar që ndan buxhetin. Megjithatë, vlerësimi i HIV dhe shpenzimeve TB është e bazuar në qasjen e "poshtë-lart", për të mbledhur të dhënat nga ofruesit e shërbimeve për të dy fondet publike dhe ndërkombëtare dhe sigurimin e kostos së ofruesve të mësipërme shërbimeve shëndetësore në lidhje me HIV / AIDS dhe TB ofrimit të shërbimit.

Vlerësimi i kostos së shërbimit të përdorur për propozimin bazohet në vijim:

1. kosto e drejtpërdrejtë për HIV dhe ofrimin e shërbimeve TB përfshijnë; (i) pagat e personelit; (Ii) kosto e ekzaminimeve ose mjeteve dhe reagente; (Iii) mbështetjen e ndjenjes; dhe (iv) materialet e konsumit.
2 Kostot indirekte për HIV dhe ofrimin e shërbimeve TB përfshijnë: (i) kostot e shërbimeve (energji elektrike, ujë, ngrohje, telefon); (Ii) pastrimi; (Iii) lavanderi; (Iv) administrimin; dhe (v) të mirëmbajtjes dhe amortizimit shpenzimet.

Për vitin 2015, HIV dhe TB shpenzimeve vlerësuar është i bazuar në të Qeverisë afatmesme të planifikimit të buxhetit. Kontributi shqiptar për periudhën pas është llogaritur në bazë të të dhënave nga planet kombëtare e strategjike për të dy sëmundjeve. Të dhënat mbi fondet e donatorëve janë dhënë direkt nga

agjencia përkatëse të OKB-së dhe nuk ka informacion mund të sigurohet për fondet e ardhshme në vend.

Më 14 janar 2015, Qeveria ka miratuar zyrtarisht dy planeve kombëtare sëmundje 2015-2019 dhe buxhetet e tyre shoqëruese. Kontributi i MSH është paraqitur në Tabelën 6 më poshtë.

**Tabela 6: Angazhimi i Qeverisë me financime për Programet Kombëtare të HIV-it TB, në USD $**

| Shpenzimet e Qeverisë dhe Angazhimi | 2013 (Y-1) | 2014 (Y0) | 2015 (Y1) | 2016 (Y2) | 2017 (Y3) | 2018 (Y4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HIV** | 1020900 | 1140070 | 1180020 | 1333020 | 1532130 | 1964210 |
| **TB** | 631120 | 537003 | 620,000 | 680200 | 749850 | 821050 |

*Burimi: Letër nga Ministria e Shëndetësisë për Fondin Global, 29 janar 2015*

***Rezultatet e bazuar në zgjidhje të iniciuar nga Qeveria*** Kontratat në mes të qendrave shëndetësore dhe Fondit për Sigurim Shëndetësor (FSSH) i referohen PPB dhe përtërihen çdo vit. Buxheti përfshin stimuj nga qeveria për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve të ofruara , duke përfshirë mbështetje për trajnime, pjesëmarrje në seminare dhe konferenca, punë për komunitetin dhe gjithashtu stimuj financiarë për punën e mirë, për kualifikimet, pas orarit të punës ose rritjen e numri të njerëzve që hyjnë në qendër. Punonjësit e shëndetësisë (mjekët dhe infermierët) të punës duke ofruar shërbime të PJHIV marrë një bonus financiar [42] .

***Paketa e Kujdesit Primar Shëndetësor (e re) 2014 Paketa*** e re shëndetësore parësore të kujdesit (PHP) i miratuar në vitin 2014 nga Ministria e Shëndetësisë janë parandalimi i HIV dhe procedurat e testimit në parandalim për fëmijët, të rriturit dhe gratë shtatzëna. Protokollet për parandalimin e transmetimit nga nëna tek fëmija janë zhvilluar me mbështetjen e UNFPA. Për më tepër , paketa institucionalizon testimin e shpejtë si një ndër testet rutinë laboratorike të parashikuara në nivelin e Kujdesit NF edhe pse kapaciteti i laboratorve dhe stafit në qendrat shëndetësore për të kryer testimin duhet të ngrihen . Fokusi i pranishëm është në qendrat e shëndetit të grave që janë pjesë e PSHB të sistemit dhe janë në gjendje për të informuar, dhe referuar rastet e nevojshme. Përveç kësaj, aktivitetet e promovimit dhe të komunitetit në bazë ndërhyrjet një pjesë re e PShB dhe përmban përgjegjësi të qarta për mjekët dhe infermieret për të ndërmarrë aktivitete në komunitet me përfshirjen e pushtetit lokal dhe departamenteve të shëndetit publik të rajoneve.

Paketa e Kujdesit parësor gjithashtu përfshin shërbime specifike të TB për të rriturit[43] :

- menaxhimi i çështjeve kronike (diagnozën, trajtimin, parandalimin dhe referimin në bazë të miratuar udhëzimet klinike praktikë ose protokolleve): kollë kronike dhe Tuberkuloz;
- Informim dhe edukim për trajtimin e duhur (kollës kronike, tuberkulozin, diabetit, etj) ;
- Informim dhe edukim rreth TB dhe HIV / AIDS / STI;
- Vlerësimi, referimi dhe trajtimi i pacientëve me TB sipas udhëzimeve ( si pjesë e aftësive Taff në kujdesin shëndetësor parësor) ;
- Kerkesa e rekomanduar: tuberkuloz i dyshimtë; ndonjë komplikim i TB ose ngjarje kundërt ndaj trajtimit;
- organizimin e informimit dhe edukimit brenda komuniteteve, në shkolla, familje, shtëpi, dhe në vendet dhe institucione e punës duke respektuar drejtat gjinore e TB dhe HIV / AIDS / IST (brenda shërbimeve komunitare) .

## SEKSIONI 3 : KËRKESA PËR FINANCIM PËR FONDIN GLOBAL

### 3 .1 Analiza Programatike e Pengesave

Analiza sasiore programatike mund të kryhet për disa paketa e shërbimeve të përcaktuara grupe / synuara siç paraqitet në modulet e ofrimit të shërbimeve. Llogaritjet janë në dispozicion për PDI, të burgosurit, PNF, të konfirmuarit me TB , MDR TB, dhe depsitimi i romëve . *Madhësia e popullsisë në nevojë, si dhe objektivat e vendit në analizën programatike referojuni Strategjisë Kombëtare për*

*Parandalimin dhe Kontrollin e HIV / AIDS në Shqipëri 2015-2019 (SKPKHA) dhe Strategjisë Kombëtare të tuberkulozit 2015-2019 (PKTB)* .

Për shkak të dhënave jo të disponueshme të popullsinë në total të vlerësuar në nevojë / në rrezik , mangësitë programatike nuk mund të vlerësohet për MSM, PS, PJHA . Në përgjithësi, ajo është e njohur se analiza e hendekut programatik është e dobët në sigurimin e provave të vështira për këto paketa të rëndësishme të shërbimit. Kjo është për shkak se të dhënat rutinë dhe / ose e sondazhit mund pjesërisht të mbështesë vetëm në analizë. Për këto boshllëqe jo të llogaritshme programore analiza është bazuar kryesisht në mësimet e nxjerra nga programet e zbatuara (p.sh. GF Rnd. 5) , ekspertiza nga profesionistët që punojnë në terren dhe të siguruara nga burime të tjera në dispozicion .

Të dhënat nënvizojnë një popullsi të madhe të padisgnostikuar me HIV dhe një nevojë urgjente për testim të zgjeruar , ndërsa vëzhgimi tregojnë një raport 2: 1 Meshkuj dhe Femra që nënkupton se MSM dhe PS aktivitete janë raportuar më pak në mesin e rasteve të reja të diagnostikuara (shih seksionin 1.1). Prandaj, boshllëqet kryesore për HIV kanë të bëjnë me mbulimin e pamjaftueshëm të ndërhyrjeve parandaluese për ata që janë në rrezik të lartë, dhe një nivel të ulët të testimit HIV . Pothuajse tre të katërtat e diagnoza HIV janë bërë në një fazë të vonë të infeksionit HIV me një nivel të CD4 prej më pak se 350, nga të cilat 52% e pranishme me një nivel të CD4 prej më pak se 200. Testimi i vonë çon në trajtimin e vonuar. Kjo është veçanërisht rasti në mesin e MSM, PDI, PS dhe gratë shtatzëna. Edhe pse të dhënat aderimin nuk janë në dispozicion për kaskadën e trajtimit, profesionistët konfirmojnë dobësi në vazhdimësi të kujdesit, nga testimi dhe diagnoza në trajtimin dhe regjistrimet e mbajtjes dhe efikasitetit .

Ndërprerjet e mjekimit janë raportuar të jenë të shpeshta dhe regjimet e ilaçeve ARV në dispozicion janë të kufizuara për shkak të proceseve burokratike. Ndërprerjet e trajtimit raportohen për shkak të veprimeve të dobëta të prokurimit dhe menaxhimit të furnizimit me barna antiretrovirale ( ARV ) , dhe të praktikave. Disa ARV nuk janë në dispozicion për deri në tre muaj çdo vit, e cila rrit rrezikun e zhvillimit të rezistencës së pacientëve ndaj TAR. Mungesa e barnave ka kontribuar në vdekjen e pacientit dhe mbi një e katërta e atyre që marrin ARV janë tashmë në regimin e linjës së dytë. Përveç kësaj, monitorimi i TAR-së nuk është i përshtatshëm për shkak të mungesës së kiteve për matjen e CD4 dhe matjen e ngarkesës virale në veçanti. Në mënyrë të ngjashme, diagnoza dhe trajtimi i infeksioneve oportune ( IO ), dmth hepatiti, dhe IO të tjera virale) nuk është i përshtatshëm për shkak të mungesës me kite dhe antimikrobikëve. Përveç kësaj, udhëzuesit klinikë për TAR dhe IO duhet të përditësohen në bazë të rekomandimeve të fundit të OBSH, si dhe procedurat standarde operative ( PSO ) dhe protokollet për menaxhimin e IO, menaxhimin e rasteve, dhe referimin mungojnë.

Ndërsa disa OJQ kanë fituar përvojë në GF Rnd. 5 dhe disa OJQ-të janë të përkushtuara, të rëndësishme e me kapacitete të shërbimit, dobësitë dhe mangësitë programore mbeten për popullatat kryesore në rrezik të lartë të infektimit me HIV. Lidhja midis Qeverisë dhe organizatave të shoqërisë civile është e pazhvilluar dhe vendi ka nevojë për një rrjet të fortë të OJQ-ve që të jetë i koordinuar mirë dhe të ketë në shënjestër programe parandaluese të zbatuara nga OJQ-të dhe të financuara dhe të monitoruara nga Qeveria.

Për TB, boshllëqet kryesore programatike lidhen me kapacitet të pamjaftueshëm për diagnozën e shpejtë, zbulimin e ulët dhe jo të plotë të rasteve (dhe njoftim rasti), kontakti gjetjen e praktikave të dobëta, menaxhimi i dobët i TB për fëmijët, kontrollin e TB nuk është i integruar në KSHP dhe të mungesës adekuate të burimeve e kapaciteteve njerëzore në nivel qendror. Pavarësisht trajtimit të lartë shkalla e suksesit , trajtimi i vëzhguar drejtpërdrejt (DOT) është vështirë të kryhet gjatë fazës së trajtimit ndjekës Standardet organizative, teknike dhe operacionale duhet të udhëheqin programin e kontrollit të TB.

Kultura dhe sensibiliteti i testeve për MDR- TB nuk janë në mënyrë rutinore në dispozicion për shkak të mungesës së reagentëve dhe, si rezultat, nuk ka të dhëna të besueshme mbi konfirmimin e kulturës dhe përhapjen MDR. Përqindja e rasteve me TB në mesin e rasteve pulmonare, të konfirmuar nga rastet pozitive ishte 6 4 %, duke përfshirë kulturë pështyme 71 %, dhe ka pasur dy raste MDR në vitin 2013. Megjithatë, pacientët MDR nuk janë trajtuar për shkak të mungesës së barnave të linjës të dytë, dhe mungesa e infrastrukturës dhe burimeve njerëzore e kapaciteteve në vend .

Ndërsa rastet mes komunitetit romë dhe egjypyjan mbeten të ulëta , faktorët specifikë të rrezikut (shih sektorin 1.1) tregojnë vulnerabilitetin e tyre . Komunitet R / E nuk janë një grup homogjen me mbulimin për HIV / IST dhe nevojat për TB. Kjo i bën ata veçanërisht të rrezikuara, pasi ato priren të jenë të lëvizshme dhe

në përgjithësi më pak qasje në informacion dhe shërbime, dhe janë të përfaqësuara në mënyrë disproporcionale në grupe MARP, duke përfshirë IDUs, MSM dhe punëtoret e seksit. Ndërsa nuk ka asnjë program të vetëm IEK që mund të plotësojnë nevojat e ndryshme të informacionit të shumta nën-komuniteteve R / E , të komponenteve të veçanta IEK për R / E duhet të përfshihen në të gjitha programet e parandalimit, kujdesit trajtimit të TB dhe HIV / AIDS, për të rritur njohuritë e tyre, dhe qasje në këto programe.

Të burgosurit janë në rrezik të lartë të TB (dhe HIV) për shkak të kushteve të këqia sanitare dhe mbipopullimit. Pas lirimit ata janë një rrezik potencial për rritjen e epidemisë në mesin e popullatës së përgjithshme.

HIV / AIDS dhe aspektet e saj shumëdimensionale të trajtimit janë ende të reja në Shqipëri. Shërbimet ndërsektoriale për PJHA dhe familjarëve të tyre, duke përfshirë kujdesin shëndetësor standardizuar, psikosociale, mbështetje, arsimimi, shërbimet ligjore dhe të referimit, informacioni mbi sëmundjen, lehtësimin e problemeve financiare për familjet e fëmijëve, trajtimi i rasteve të braktisjes dhe kujdesit paliativ janë të dobëta. Ky grupim i çështjeve, të cilat duhet të adresohet, mbetet një përgjegjësi, barrë dhe përkushtimi i institucioneve shëndetësore, institucioneve të mirëqenies dhe organeve të qeverisjes vendore.

Punonjësit e kujdesit shëndetësor dhe ofruesit e tjerë të shërbimeve profesionale të shëndetit në sektorin shoqëror janë raportuar të kenë qëndrime që ndikojnë negativisht në sjelljen që kërkojnë të MSM, PDI, PS dhe PJHA . Shërbimet miqësore shëndetësore dhe sociale dhe jogjykuese, respektimin e të drejtave të njeriut dhe barazinë gjinore është e nevojshme ndikojnë në fund të fundit në reduktimin e sjelljeve të rrezikshme dhe rritjen e aksesit për kujdes. Koncepti i menaxhimit multidisiplinar të rasteve duhet të zbatohet nga stafi klinik në QSUT. Mangësitë e deritanishme vërejtur për shkak të disa arsyeve: tema nuk është e përfshirë në kurrikulat universitare dhe mungesa e 'menaxhimit të rasteve' trajnimin e MF, mentaliteti i përbashkët që të mos merren me "problemet klinike ", barra e lartë e punës klinike në klinikë ambulatore, si dhe mungesa e bashkëpunimeve me shërbimet komunitare.

Edhe pse investimet e qeverisë janë bërë në vendosjen e rutinë sistemit të mbledhjes së të dhënave për shëndetin dhe një analizë e të dhënave është duke u finalizuar, mangësitë kryesore mbeten në mbikëqyrjen e HIV dhe TB dhe monitorimin e pacientëve përgjatë kaskadës së trajtimit. Kjo dobësi ndikon në planifikimin dhe hartimin e politikave të bazuara në dëshmi të HIV dhe TB në vend . Zgjidhje jo strukturore në formën e sondazheve në kohë , si anketat e sjelljes demografike dhe shëndetësore (p.sh. BioBSS , SDSH) nevojiten për të mbushur boshllëkun.

### 3.2 Kërkesat e Aplikantit për Financime

Adresimi programor dhe financiar analiza e boshllëqeve, nevojat e tanishme dhe kufizimet e reagimit kombëtar ndaj dy TB dhe epidemisë së HIV.

Strategjia Kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e HIV / AIDS në Shqipëri 2015-2019 (SKPKHA) dhe Strategjia Kombëtare TB 2015-2019 (PKTB) së bashku me projekte të tjera të financuara nga donatorët mund pjesërisht të adresojnë vetëm dobësitë dhe mangësitë e identifikuara. Kjo kërkesë financimi është e kufizuar në shumën e alokimit për Shqipërinë dhe për këtë arsye është e fokusuar në maangësitë me prioritet më të lartë në kuadër të përgjigjeve kombëtare për HIV dhe TB.

Projekti i propozuar pritet të mbush pjesërisht boshllëqet. Qëllimi i programit tre-vjeçar është që të mbajë epidemitë TB dhe e HIV-it në nivelet aktuale të ulëta dhe për të zvogëluar TB dhe sëmundshmërisë HIV-lidhur dhe vdekshmërisë në Shqipëri. Duke pasur parasysh karakterin e koncentruar të epidemive, fokusi është në meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (MSM), njerëzit të cilët injektojnë droga (PDI), punonjëset e seksit (PS), transgjinorët (TGj) , njerëzve të infektuar TB dhe kontaktet e tyre, PJHA dhe partnerët seksuale të popullatave kryesore të prekura ( PK ) dhe PJHA , të burgosurit dhe grupet e tjera të rrezikuara.

Duke ndërtuar mbi arritjet dhe mësimet e nxjerra në Fondin Global Round i 5 dhe në kuadrin e Programeve Kombëtare për TB dhe HIV dhe mangësive ekzistuese programatike dhe financiare dhe kufizimet, vizioni për Projektin është të nxisë një shëndet publik të qëndrueshëm afatgjatë në sistemin e kujdesit të vazhdueshëm dhe të qëndrueshëm për TB, dhe parandalimin e HIV, trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen e shërbimeve gjithnjë e më të integruara, të institucionalizuara, të përqendruara, dhe

shkallëzuara nëpërmjet ndërhyrjeve me ndikim të lartë në popullatat më të prekura dhe epidemiologjike të vendit, duke siguruar shërbime cilësore që janë të ndjeshme nga pikëpamja gjinore dhe mund të arrihen në mënyrë të barabartë në popullatat kyçe me rrezik.

Duke pasur parasysh statusin e Shqipërisë si vend me të ardhura të mesme, kërkesa për financim mund të jetë për një periudhë tre-vjeçare të grantit dhe për këtë arsye hartimi i zgjidhjeve të qëndrueshme është një shqetësim kryesor në zhvillimin e Projekt- propozimit. Në mënyrë që të sigurohet qëndrueshmëri dhe për të adresuar boshllëqet programatike dhe mësimet e nxjerra, Projekt-propozimit *nuk* do të përqëndrohet në mbylljen e të gjitha mangësive në aktivitetet e parandalimit, por përkundrazi do të paraqesë një grant, i cili shërben si një katalizator për strukturat e ndërtimit që mbështesin lidhjen midis qeverisë dhe një shoqërinë civile të forcuar, dhe për të krijuar ndryshime strukturore dhe funksionale brenda sistemit të kujdesit shëndetësor publik për vazhdimin e aktiviteteve parandaluese dhe vazhdimësi të kujdesit pas përfundimit të financimit të FG.

Mekanizmi Koordinues Vendor (MKV) ka identifikuar shtatë prioritetet strategjike në të cilat programi do të kontribuojë [44] . Strategjitë kryesore synojnë sigurimin e qëndrueshmërisë programatike dhe financiare, duke ulur stigmatizimin dhe diskriminimin dhe intensifikuar identifikimin dhe mbulimin e popullatave kryesore të prekura në fushat e përzgjedhura duke siguruar vazhdimësi të kujdesit. Çelsi për të kjo është ndjekja e një sistemi klient / pacient që ndërtohet në nivel komuniteti dhe është i lidhur me një sistem të forcimit të mbikëqyrjes publike.

**Strategjitë**

**1. Sigurimi i qëndrueshmërisë programatike dhe financiare**

Është kuptuar se mbajtaj e epidemisë së HIV-it dhe TB në nivelet aktuale në Shqipëri nuk do të jetë e qëndrueshme pa një rritje të vazhdueshme në shpërndarjen e burimeve publike. Prandaj, një strategji shkrirjeje do të sigurojë që fondet e qeverisë gradualisht do të zëvendësojnë një përzgjedhje të aktiviteteve të financuara nga Fondi Global, duke kërkuar mbështetje nga donatorë të tjerë dhe sektori privat. Tranzicioni do të mbështetet nga qasjet e programeve që synojnë përdorimin optimal të burimeve të pakta pa rrezikun e ndërprerjes së ndërhyrjeve dhe me cilësi të njëjtë. Ato përfshijnë forcimin e sistemit shëndetësor , duke bërë të mundur ndryshime strukturore dhe mbulim kobëtar në QKTV, trajtimit të kaskadës, lidhjes midis qeverisë dhe OJF / OshC-ve, prokurimin dhe menaxhimin e furnizimit, dhe me forcimin e sistemit të mbikqyrjes .

Një v***lerësim gjithëpërfshirës i qëndrueshmërisë financiare dhe programore*** do të zhvillohet në vitin 1 (me AT) me qëllim për të zhvilluar një plan veprimi të miratuar nga qeveria për objektivat afatmesme dhe afatgjata të Programit Kombëtar HIV-it dhe të Tuberkulozit, duke përfshirë të gjitha ndërhyrjet dhe aktivitetet e mbështetura nga Fondi Global. Plani do të përfshijë rezultate të matshme, duke përfshirë edhe fakte në nivel të konsiderueshëm të buxhetit nga burime të brendshme (Ministria e Financave / MSH) për shembull sigurimin e ilaçeve për HIV dhe TB, ruajtjen e lidhjeve dhe sigurimin ebazës ligjore të mbështetejes së programeve të OSHC-ve në parandalim, mbikëqyrje dhe monitorim, BioBSS , etj. Plani i Veprimit do të zhvillohet nga Koordinatorët e programit HIV dhe TB, MSH, Ministria e Financave, MKV-ja dhe palët e tjera të interesuara, dhe do të shërbejë si një kornizë për diskutimet mbi marrëveshjet e tanishme dhe të ardhshme për financim për të përmbushur objektivat e programit. Pas shqyrtimit afatmesëm (MTR) të Programit të HIV i cili do të zhvillohet në vitin 2017, qeveria ka në plan të ndërmarrë një hap në investimet strategjike për të zhvilluar një kuadër për financimin e qëndrueshëm të dy programeve HIV dhe TB pas përfundimit të programit të propozuar për zbatim.

***Kalimi në MSH i udhëheqjes për parandalimin e HIV dhe TB*** Sapo legjislacioni i ri për kontraktimin social të jetë miratuar (pritet brenda vitit 2016), MSH do të marrë përsipër përgjegjësinë e plotë të kontraktimit dhe menaxhimit të Nën/Kontraktorëve ( SR ) . Kjo mundëson vazhdimin e parandalimit dhe të shërbimeve të tjera nën financimin e qeverisë. Përveç kësaj, ajo mundëson përkrahjen dhe forcimin e sistemeve të komunitetit [45] , ndërtimin e organizatave të forta të bazuara në komunitet dhe krijimin e rrjeteve lokale me qëllim të identifikimit, në fillim të HIV dhe zbulimin e TB dhe referimin, përmirësimin e aksesit në trajtimin dhe nxitjen e mbështetjes dhe zhvillim të sigurt.

***Mbështetja e Qeverisë për trajtimn bazë të HIV-it dhe TB-s*** Duke filluar nga viti 2 MSH do të vendosë rregullat për prokurimin e të gjitha barnave TB nga buxheti i qeverisë. Të gjitha ilaçet e linjës së parë për TB do të prokurohen nga qeveria. Ilaçet e linjës së dytë për trajtimin e MDR-TB që janë të nevojshme (Politika Fondi Global QA) do të prokurohen me anë të GLC / OBSH. Vendi do të shqyrtojë mundësinë e përafrimit të prokurimin e barnave të parë të linjës me të njëjtin mekanizëm. Linja e parë dhe e dytë e ARV-ve dhe shërbimet e TMM do të financohet nga Qeveria që nga fillimi i grantit GF. Testimi për PNF do të bëhet pjesë e QKNF-s dhe do të transferohen në fondet e qeverisë gjatë zbatimit të programit [46] . Të gjitha fushatat mediatike nën FG do të vazhdohen nga Qeveria.

Standardet procedurat operative, protokollet dhe udhëzuesit do të zhvillohet me ekspertizë e jashtme teknike nga granti dhe do të monitorohen nga MSH në nivelet e ndryshme të sistemit shëndetësor, duke përfshirë ato për aktivitetet në terren të komunitetit.

***Arritja e lidhjeve midis reformës shëndetësore dhe strategjive të reja të HIV-it dhe TB-s*** Ndërhyrjeve të propozuara në Grant janë të lidhura me reformën e gjerë të sistemit shëndetësorë dhe të tjera shëndetësore që mbështet programet. Në analizat e detajuara zhvillimi i modeleve të mundshme të shërbimeve në nivelin parësor shëndetësor me qëllim të arritjes së mbulimit universal shëndetësorë do të mbështetet në zhvillimin e Strategjisë së re Kombëtare të Shëndetësisë, për të cilën që në korrik të vitit 2015 janë ndërmarrë hapat e para nga MSH. Kjo lidhet me përgjegjësitë e dispanserive të tuberkulozit, që të transferohen gradualisht në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor, ndërkohë që roli i tyre do të ripërcaktohet si qendra ambulatore të sëmundjeve të mushkërive, laboratorë rajonale dhe diagnostifikim dhe mbështetje për ilaçe ofrimit të logjistikës. Tabela në shtojcën e dokumentit tregon se si depistimi i TB-s dhe të ndjekja do të mbështetet nëpërmjet shërbimeve dhe fondeve shëndetësore të parësorit. Në mbështetje të saj ligji për sigurimin shëndetësor u rishikua për të hequr pagesën për vizitën tek MF dhe reduktimin e pagesës për vizitat e shërbimeve të specializuara të pavarura nga statusi i sigurimit të personit. Pagesa e kujdesit për pacientët e TB-s do të reduktohet me 75% në fund të vitit 2015 deri në pa kosto në fund të vitit 2017.

Përveç kësaj , një ligj i ri për parandalimin e infeksioneve dhe sëmundjeve infektive është hartuar, konsultuar gjerësisht dhe në përputhje me legjislacionin e BE-s. Drafti i përditësuar me inputet akademike dhe të shoqërisë civile është paraqitur në Këshillin e Ministrave për miratim.

Programe të tjera të sistemit shëndetësor, të cilat janë të mbështetura ndërkombëtarisht, përfshijnë projektet e Bankës Botërore, Projekti "Të dhënat E-shëndetësor shqiptar mbarëkombëtar Elektronik " financuar nga Qeveria Austriake, si dhe" Shëndet për të gjithë "programin e mbështetur nga Zvicra. Projekti i Bankës Botërore synon në 1) përmirësimin e shërbimeve spitalore (Planifikim, menaxhim, kuadrit ligjor dhe rregullator, ndërtimin e kapaciteteve, cilësisë së shërbimit / udhëzimeve, sistemi Shëndetësor Kombëtar), 2) zgjerimin e sistemit HMIS / e-shëndetësor (të krijojë dhe zbatojë HMIS në spitalet rajonale dhe për të përmirësuar cilësinë e të dhënave; të krijojë sistemin e informacionit të sigurimit shëndetësor për trajtimin adekuat të pacientit), dhe 3) përmirësimin e sistemit të financimit shëndetësor (reformat sistemit të pagesave në kujdesin parësor dhe spitalor, projektimin dhe pilotimin e politikave farmaceutike për të zvogëluar shpenzimet dhe për të përmirësuar qasje të përballueshme për ilaçet).

Projekti E-Health Albania mbështet regjistrin elektronik të pacientëve, duke përfshirë një sistem reference nga parësori në shërbime të specializuara. Regjistrimi i TB-s si komponent ndërhyrjeje në Grantin e FG do të lidhet me sistemin e Projektit "Shëndet për të Gjithë"(HAP-i) dhe do të përqëndrohet në përmirësimin e shërbimeve shëndetësore parësore për grupet më të rrezikuara në shoqëri ose zonat më disavantazh në vend. Projekti ka për qëllim të mbulojë 10 njësi vendore në vend. Zbatimi filloi në Dibër dhe Fier. Dibra është një nga zonat kryesore për ndërhyrje të TB dhe Njësia e Programit Central TB në ISHP do të kërkojnë partneritet për aktivitete të përbashkëta dhe sinergji.

***Qeverisja dhe menaxhimi i programeve të HIV dhe TB Z***gjidhjet e paqëndrueshme janë gjetur në strukturën e qeverisjes dhe menaxhimit për programin e kontrollit të TB. Nën udhëheqjen e MKV-s Programi Kombëtar i TB-s do të vendoset si Njësia e Menaxhimit Qëndror të TB nën Departamentin e Sëmundjeve Infektive të Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), me struktura menaxhimi duke qenë në përputhje me sëmundje të tjera infektive si HIV. Organogrami bashkëngjitur Shtojca. përshkruan marrëdhëniet hierarkike ndërmjet instituteve dhe objekteve shëndetësore aktive në programin e TB në Shqipëri.

**2. Drejt reduktimit të stigmatizimit dhe diskriminimit**

Programi do të sigurojë për reduktimin e pabarazive në qasje në kujdesin dhe cilësinë e kujdesit në lidhje me stigmën dhe diskriminimin drejtuar drejt grupeve vulnerabël dhe atyre me risk të lartë në tre grupe kryesore të synuara në afruarimin e shërbimeve shëndetësor dhe social profesionale nga ofruesit dhe punonjësit në terren, si dhe popullatën e përgjithshme. Subjektet mbi të drejtat e njeriut, gjinisë dhe ndërveprimit miqësore, të sigurt dhe jo-gjykues me ShkSh-në janë duke u përfshirë në kurrikulat ekzistuese dhe modulet e reja të trajnimit për profesionistët që i përkasin gjyqësorit, burgjeve, shërbimeve shëndetësore dhe sektorët socialë.

**3. Intensifikimi i ndërhyrjeve në terren për popullatat kryesore për zbulimin e hershëm**

Programi ka për qëllim për të identifikuar një numër në rritje të PDI, MSM dhe PS dhe testimin e tyre për HIV dhe TB. Kjo kërkon një qasje me bazë komuniteti në kujdes shëndetësor dhe qasje në mbulim mediatik.

***Qasja e bazuar në Komunitet*** Qasja synon ndërtimin dhe përdorimin e rrjeteve të komunitetit për identifikimin e personave në risk duke ofruar shërbime të sigurta dhe konfidenciale, informacione dhe referime. Organizatat me bazë komuniteti për MSM, studentët, të rinjtë, si dhe grupe të tjera s do të identifikohen për të hyrë në rrjet dhe do të shërbejnë si pika stacionare shërbimi . Ata do të jenë sytë dhe veshët e rrjetit , duke identifikuar personat me risk. Rrjeti do të koordinohet nga një njësi ekonomike. Qasja multidisiplinare për të bashkëpunuar dhe koordinuar kërkon ofrimin e shërbimeve shëndetësore, shërbime social [47] dhe departament edukimi në nivel komunal.

Një sistem informacioni me bazë komuniteti do të ngrihet dhe do të informojë rrjetin. Përveç kësaj, në komunitetet përfaqësuese të zgjedhura hulumtimi operacional do të drejtojë zbatimin e strategjisë. Përveç kësaj, organizata me bazë në komunitet do të marrin mbështetje për kontributin e tyre në aktivitetet e rrjetit dhe për të siguruar strehim, KTV, ndihmë mjekësore, TMM , DOT në rast të TB dhe referimit, si dhe lidhjes së tyre me autoritetet qeveritare për të siguruar vazhdimësinë e aktiviteteve parandaluese përtej FG.

***Kujdesi shëndetësor bazuar në qasja*** Qasja do të përdorë kolegët dhe punëtorët në terren që veprojnë nga pikat e shërbimit stacionare (për PDIs quajtur braktisjes në qendra ) të përcaktuara për PK s në komunitet. Në veçanti, punëtorët e seksit në terren sidomos femra do të synoj ofrimin e shërbimeve për grupet e riskut, duke përfshirë përdoruesit e drogës dhe punëtorët e seksit. Një sistem i testuar tashmë (në zvogëlimin e dëmeve ) do të futet inkurajimi i klientëve për të sjellë të tjera klientë për shërbime në bazë të një sistemi të shënuar.

Përveç kësaj, ekipet e lëvizshme do të arrijnë zonat më të largëta dhe pikat e nxehta. Pika shërbimi stacionare do të shërbejnë si shpërndarës lehtësisht të arritshëm për PK-e në terren dhe do të ofrojnë strehim dhe shërbime të përshtatura sipas nevojave për personat në risk dhe do të zgjerojnë kapacitetin shpërndarës të shërbimit. Përveç kësaj , Qendrta e ofrimit të testimit te iniciuar ofruesi(QOTI) do ofrojnë qasje në testim dhe këshillim në qendrat e zgjedhura shëndetësore të miratuara për ndërhyrje. Qendrat e KTV dhe klinikat në komunitet apo afër do të jenë të lidhur me rrjetin e komunitetit.

***Qasje Mediatike*** kombëtare dhe përdorimi i mediave lokale për të ndikuar në qëndrimet dhe sjelljet ndaj GV si në popullatën e përgjithshme, me synim drejt ofruesit e profesionistëve të shëndetësisë dhe shërbimeve sociale. Disa kanale do të adresohen për mesazhe të përsëritura, duke përfshirë TV, radiot, gazetat, internetin, duke filluar me trajnimin e gazetarëve (shih gjithashtu Strategjia 2 #) .

**4. Drejt diagnozën së hershme të TB dhe kujdesi i integruar në ShBK me pacientin në qendër**

Duke u bazuar në mësimet e nxjerra nga programi i Fondit Global Rnd 5 dhe përsëritja e rekomandimeve nga GLC dhe "Strategjisë Stop-TB-s" (OBSh) , i PKTB-s ka për qëllim të zhvillojë një program të kujdesit dhe të parandalimit të integruar duke patur në qendër pacientin. Granti do të mbështet këtë përmes përmirësimit dhe rritjen e kapaciteteve teknike, dhe përmirësimit infrastrukturor dhe pajisjeve.

***Pacienti në qendër të integrohen gradualisht në KSHP*** Qasja synon të zhvillojë sistemin e tanishëm të kujdesit ndaj TB nga një sistem i orientuar vertikalisht dhe spital me shtretër në modelin e kujdesit për një qasje horizontale dhe në komunitet duke mbështetur modelin e përqendruar të kujdes ndaj pacientit në ambulancë . Njësia e Menaxhimit Qendror të TB do të ngrihet si një organizim efektiv të kontrollit të TB

në të gjithë nivelet e sistemit shëndetësor deri në nivelin e komunitetit , me role të qarta / procedura standarde operative të përshkruara për mjekët e familjes, infermierët, dispanseritë, epidemiologët, pulmonologistët , pediatrit dhe mbikëqyrësit / mekanizëm monitorim ) .

Modeli pacient i jashtëm që përfshin një rol të rëndësishëm në zbulimin e hershëm të TB (rasti aktive gjetje / kontakti gjetjen dhe mundësitë e shpejta testimit) , trajtimin e komunitetit dhe monitorimin e tij (ringjalljen e modelit infermieristik të barnave në spital) dhe mbështetja sociale do të zhvillohet dhe rregullohet në mënyrë që në fund të fundit të mbështetet zhvillimi i mëtejshëm i politikave dhe strategjive, si dhe të kontribuojë në hartimin e një kuadri legjislativ afatgjatë në kontrollin e TB të një ndryshimi gradual nga në-pacient për trajtim jashtë- të pacientëve, e shoqëruar me masa efektive për kontrollin e infeksionit dhe integrimit të plotë në kujdesin shëndetësor parësor. Ndryshimi do të zvogëlojë koston në spitale, si rrjedhim do të çlirojë burimet që ndoshta mund të ridrejtohen në kujdesin ambulator të pacientit dhe në qendrat në nivel komuniteti, duke përfshirë mbështetje shtesë për DOT dhe mbështetje për pacientët me TB.

Modeli ambulant me Pacientin në qendër do të shoqërohet me zhvillimin dhe implementimin e planit të edukimit për TB për gratë dhe fëmijët në zonat me numër të lartë rastesh, përmes përfshirjes së OShC-ve, për të reduktuar barrierat e hyrjes kulturore dhe forcimin e njohurive shëndetësore . Për më tepër, në aspektin e qasjes së shërbimit, barrierat financiare do të ndalohet ligjërisht me anë të masave tatimore të bazuara në kujdesin shëndetësor që do të hujnë në zbatim në vitin 2017.

***Testimi i shpejtë i TB-s*** Laboratori Kombëtar i Referimit të TB do të vendoset në një ndërtesë të re në QSUSP dhe i akredituar nga MSH me mbulim financiar të funksioneve të tij. LKRT do të jetë përgjegjës për diagnozën primare të TB nga testimi kulturës GeneXpert, depistimi i linjës përmes shqyrtim (LPA) dhe testimin për ndjeshmërinë ndaj ilaçeve (N), si dhe për raportimin e rezultateve nga niveli qendror në nivelin periferik. Nën kujdesin e LKRT dhe drejtuar nga Udhëzuesit Kombëtar të TB rrjeti i 9 laboratorëve periferike do t'i nënshtrohen masave të e nevojshme në mënyrë që të kryejë shpërndarjen e tyre, funksionimin dhe logjistikën e rrjetit. për transportin e sigurt të mostrave pështymë në LKRT. LKRT do të mbikëqyrë laboratorë periferikë përmes testeve të zotësisë dhe në kontrollimin në vend.

**5 . Duke siguruar vazhdimësi të kujdesit pas zbulimit të hershëm**

Programi do të forcojë lidhjet dhe referimet në mes të testimit dhe trajtimit objektiv dhe humbjeve në adresë në referime të SHBK-së në mes të OSHC / OJQ-ve dhe të kujdesit shëndetësor dhe qendrave të KTV përmes një qasje të menaxhimit të rasteve dhe të përforcuar sistemin e mbikqyrjes (shih Strategjia # 5) .

Vazhdimësia fillon me diagnozën e hershme të HIV dhe TB , veçanërisht në mesin e anëtarëve të padeklaruar të popullatave kryesore . Me qëllim të arrites së testimit të hershëm, qendrat e KTV do të përshtaten për nevojat e veçanta të SHBK-së në drejtim të ofrimit të ndërveprimit klienti-ofrues ( miqësore dhe jo-gjykuese) dhe bashkëpunimit me pikat e shërbimeve stacionare. Për më tepër, funksionet dhe kapacitete e qendrave të KTV do të zgjerohen, duke përfshirë promovimin shëndësor. Futja e PITC në mjedise shëndetësore të përzgjedhura, duke përfshirë shërbimin antenatal, TB dhe klinikat IST-ve , do të kontribuojë më tej në zbulimin e hershëm. Kaskada e Trajtimit do të përfitojë nga zhvillimi dhe rishikimi i protokolleve dhe udhëzimeve klinike . Prandaj elementet e kaskadës së trajtimit do të rishikohen dhe modifikohen për mbështetjen me veprime (shih seksionin 3.3) .

***Rasti me qasje menaxhimi*** është një koncept i ri që duhet të zhvillohet në Shqipëri për të SHBK-së dhe PJHA . Ajo përfshin menaxhimin e rasteve jo- mjekësore dhe mjekësore . Menaxhimi i rasteve jo-mjekësore fillon në komunitetin ku moshatarët e SHBK-së dhe punëtorët në terren janë të trajnuar për të mbështetur klientët në qasjen e shërbimeve sociale dhe mjekësore dhe burime të tjera të komunitetit sipas nevojave të tyre. Edukatorët dhe punëtorët në terren do të trajnohen për të identifikuar nevojat dhe për të zvogëluar barrierat për kujdes, përmes avokimit, informimit dhe dukimit dhe të ndjekjes me klientin mbi pranimit të testimit, këshillimit dhe trajtimit. Kjo nuk është një ndërhyrje e thjeshtë, por një punë intensive udhëzimi i rregullt i klientit / pacientit , kërkon burime të mjaftueshme njerëzore në komunitet për mbështetje. Kur është e mundur, do të ngrihen grupet e bashkëmoshatarëve. Vëmendje e veçantë do t'i jepet për të gjeneruar këtë mbështetje në komunitet përmes angazhimit të OSHC-ve të tjera, si të rinjtë, nxënës dhe organizatave të grave (shih gjithashtu Strategjia 3 #). Menaxhimi mjekësor i Rastit synon respektimin e trajtimit në rast se pacientët nuk janë në gjendje për ta bërë këtë vetë. Menaxheri i caktuar i rastit nga klinika

do të trajnohen në fushat e mbështetjes administrative, sociale dhe psikologjike për të menaxhuar në mënyrë optimale skemën dhe aderimin e pacientit. Menaxhimi i rasteve jo-mjekësore dhe mjekësore do të jetë i lidhur me anë të takimeve të rregullta koordinuese në nivel bashkie të organizuara nga koordinatori i rrjetit (shih pjesën 3 #).

**6 . Klienti ndjekja nga komuniteti**

Në mënyrë që të gjenerojnë dëshmi mbi zbatimin e programit, strategjia është që të fillojë një bazë të sistemit të informacionit të komunitetit që do të lidhet me sistemin e informimit shëndetësor dhe sistemit të mbikqyrjes. Në nivel Komuniteti numri i SHBK-së të identifikuara, rasteve të zbuluara, këshilluara, testuara, dhe referuara do të mblidhen sistematikisht dhe do të ngrihet një bazë të dhënash elektronike lokale që do menaxhohet nga rrjeti i komunitetit. Një përzgjedhje e këtyre të dhënave të mbikëqyrjes do të ndahen me sistemin e informimit shëndetësor , në bazë të treguesve të paracaktuara.

Sistemi i përmirësuar i mbikqyrjes, si në nivel Komuniteti dhe nivel objekti shëndetësor është i domosdoshëm për menaxhimin e rasteve. Nga ana tjetër, menaxhimi i rastit mbështet mbledhjen e të dhënave. Mbikëqyrja do të forcohet në mënyrë që rastet mund të menaxhohet lehtësisht.

Një sistem rutinë i mbledhjes së të dhënave do të zhvillohet për HIV dhe TB për të forcuar monitorimin e programit dhe për të mundësuar analizën e të dhënave në nivelet e ndryshme të sistemit. Për këtë çështje, të dhënat depo që është duke u finalizuar nga ISHP nga qeveria dhe burime të tjera, do të mbështeten për lidhjen e HIV-it dhe grupeve të të dhënave TB dhe ndërlidhjeve me të dhëna të tjera, si dhe për lidhjen e bazave të të dhënave ekzistuese elektronike duke përdorur një kod unik identifikues .

Pritet që një veprim nga i sistemit të bazuar në letër në zgjidhjet elektronike të menaxhimit të të dhënave të kontribuojnë në zbulimin e të dhënave dhe për të mundësuar analizën, duke gjeneruar kështu transparencën dhe duke kontribuar për rritje të përgjegjshmërisë dhe bazës së provave në palnifikim dhe buxhetim. Në fund të fundit, sistemi rutinë i informacionit dhe dëshmitë epidemiologjike shërbejnë për të siguruar një përgjigje të orjentuar. Për këtë çështje , Programi parashikon që të dhënat e mbikqyrjes, vlerësimet e numrit të popullsisë dhe të dhënat e bazuara në komunitet mund të ndryshojnë në qasjen e përgjithshme të grantit në kohën e duhur.

**7 . Qasja përmes rajonalizimit**

Shqipëria ka qenë e ndarë në 36 rrethe dhe 12 prefektura, megjithatë një hartë të re administrative është miratuar kohët e fundit me 61 komuna dhe 12 prefektura. Të gjitha përpjekjet për parandalimin e HIV-it janë të bazuara në rrethe dhe prefekturat. Megjithatë, tani të gjitha aktivitetet parandaluese dhe programet që lidhen me grupet kyçe të popullatës do të zbatohet në bazë të bashkive dhe prefekturave në bazë të përhapjes së HIV dhe vlerësimin e rrezikut. Harta mbi përhapjen e HIV-it në Figurën 4, në seksionin 1.1 paraqet shpërndarjen e rasteve ende sipas rretheve , megjithatë , bazuar në të dhe disa vlerësime të zoanev të rrezikut si rajone prioritare për të adresuar popullatat kyçe të prekura do të jetë si më poshtë:

1. Zonat me prioritet të lartë për HIV-in : Prefekturat Tiranë, Durrës, Vlorë, Fier, Elbasan, Korçë , Shkodër;
2. Zonat me prioritet mesatar për HIV-in : Prefekturat Lezhë , Kukës, Dibër;

Të gjitha shërbimet komunitare për HIV-in do të përqendrohet në këto prefektura. Të dy fushat prioritare të lartë dhe të mesëm do të jenë të ligjshme për paketa të njëjtat shërbimit, por modeli i shërbimit mund të jetë i ndryshëm. Për shembull, për MSM një pikë shërbimi stacionare do të zbatohet në Tiranë, ndërsa vetëm njësitë në terren dhe të lëvizshme janë përdorur në rrethe të tjera.

Rajonet prioritare për programet e TB janë përcaktuar bazuar në incidencën për TB (shih figurën 4 në seksionin 1.1).

1. Zonat me prioritet të lartë për TB : Prefektura Kukës, Dibër, Shkodër, Lezhë, Tiranë;
2. Zonat prioritare mesatar për TB : Prefekturat Durrës, Lushnje, Elbasan, Korçë, Mirëdita, Fier dhe Vlorë;

Qasja e Rajonalizuar e TB përfshin zhvillimin e strategjive për të siguruar që në zonat me prioritete të larta kërkon ndërhyrje aktive në gjetjen dhe diagnozën (p.sh. Disponueshmëria e qëndrueshme e isionazid chemoproprophylaxis ) , kontaktin gjurmimin, referime të përshtatshme dhe DOT janë të

vendosur dhe të integruar në SHBK me mbështetje nga OSHC- s. Zonat prioritare mesatare dhe të ulta për TB do të kenë kërkesa vetëm për PPD.

Deri më tani ka pasur pak bashkëpunim për programet parandaluese HIV dhe TB në mesin e aktorëve të shoqërisë civile dhe qendrat e kujdesit shëndetësor. Shërbimet për HIV dhe TB të ofruara nga shoqëria civile do të bashkërendohen me ato të qendrave shëndetësore dhe komunitetin e ofruesve të shërbimeve shëndetësore të cilët janë të vendosur në çdo rajon. Shërbimet komunitare të ofruara nga shoqëria civile do të zgjerohet në zonat brenda prefekturave sipas prioritetit të tyre të përshkruara më lart dhe do të kërkojnë bashkëpunimin me qendrat e kujdesit shëndetësor dhe social ekzistuese në rajon dhe zonat specifike (shih gjithashtu strategji # 3).

**Objektivat**

Me kushtin që shtatë prioritetet kryesore strategjike të programittë zbatohen, janë identifikuar dhe propozuar dy objektivat e mëposhtme me 14 module me ndërhyrje specifike:

1. Për të siguruar qasje të barabartë cilësi të lartë në parandalimin e TB dhe HIV, trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen me një fokus në popullatat kryesore të prekura (MSM , TGj , PDI, PS dhe klientët e tyre , PJHA dhe partnerët, të burgosurit dhe njerëz të tjerë në nevojë epidemike më të prekur nga HIV dhe TB);

2. Për të forcuar sistemet shëndetësore dhe të komunitetit që mundësojnë nevojat e bazuar, me kosto efektive dhe ndërhyrje të integruara për popullatat kryesore ndikuar kryesisht nga epidemia e HIV dhe TB .

Në seksionin 3.3 kërkesa për financim e aplikantit është elaboruar më tej, ku janë të specifikuara përzgjedhjet racionale të moduleve dhe rezultatet e tyre të pritshme, së bashku me hollësi më tej të strategjive dhe objektivave të parashikuara në këtë nen.

## 3 .3 Modularët shabllon

Duke iu referuar prioriteteve të identifikuara strategjike të informimit do të intensifikohen ndërhyrjet për popullatat kryesore për zbulimin e hershëm dhe duke siguruar vazhdimësi të kujdesit dhe ndjekjen e popullatave kryesore të prekura ( PK-së ) , ndërsa kërkojnë efikasitetin e shërbimeve dhe përdorimin optimal të burimeve për zgjidhje të qëndrueshme (shih seksionin 3.2), dhe në përgjigje të dy objektivat e propozimit, janë zgjedhur katërmbëdhjetë module (brenda buxhetit). Ato mund të ndahen në dy grupe kryesore, dmth *modulet e ofrimit të shërbimeve* (9) dhe *module që mundësojnë mjedisin* (5). Modulet e ofrimit të shërbimit do të gjenerojnë rezultate me referencë në objektivin 1, modulet Mundësimi i mjedisit do të gjenerojë dalje me referencë për objektivin 2.

**Modulet e ofrimit të shërbimit**

Në vijim janë zgjedhur nëntë module të ofrimin të shërbimeve : 1 . Programet e parandalimit për meshkujt që kryejnë seks me meshkuj ( MSM ) dhe personat transgjinorë ( TGj ) ; 2 . Programet parandaluese për njerëzit të cilët injektojnë droga (PDI) ; 3 . Programet e parandalimit për punëtoret e seksit (PS) dhe klientët e tyre ; 4 . Trajtim, kujdes dhe mbështetje për HIV; 5 . PNF; 6. MDR-TB ; 7. Programet e parandalimit për grupet e tjera vulnerable të popullsisë (të burgosurit); 8. TB / HIV; dhe 9 . Parandalimi dhe Kujdesi TB.

Fokusi i përgjithshëm i ndërhyrjeve në këto module është për të siguruar zbulimin e hershëm dhe vazhdimësi të kujdesit përmes ofrimin e shërbimeve efektive për KP s , duke plotësuar mangësitë kombëtare në programet për HIV dhe TB sipas analizës programatike .

*Modulet e ofrimit të shërbimeve* Katër modele e shërbimit në dispozitë për parandalimin, trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen do të aplikohen në kombinime të ndryshme , dmth në terren, njësive të lëvizshme , pikat e palëvizshme të shërbimit ( SSP [48] ) një pikë bazë si objekt shërbimit. Gjatë gjithë këtyre shërbimeve të ofruara modelet të menaxhimit të rastit do të pilotohen dhe zbatohen në masën e mundshme. Përveç kësaj, modeli i shërbimeve me bazë komuniteti në zbulimin e PK-ve do të bëhet funksionale (shih seksionin qasje të bazuar në komunitet 3.3 ) . Në zbatimin e tyre zakonisht modelet janë të

kombinuara në varësi të vendndodhjes dhe karakteristikat e popullsisë së synuar.

**MSM** Gjatë viteve të fundit parandalimi i HIV-it për MSM ka qenë i fokusuar në edukimin e HIV-it, promovimin e kondomit dhe atë të punës terren, por vetëm në shkallë të kufizuar, dhe kryesisht në në zonën e kryeqytetit në Tiranë. Aktivitetet në këtë propozim synojnë rritjen e mbulimit në Tiranë, zgjerimin e shërbimeve në qytete të tjera , dhe zgjerimi i mbulimit të programit të punëtorëve të seksit meshkuj . Gjatë programit përfshirja aktive MSM dhe pronësia e këtyre përgjigjeve synohet pasi ato konsiderohen si vendimtare për suksesin.

Strategjitë e propozuara përfshijnë ngritjen e pikave të palëvizshme të shërbimit (SSP ) që janë të drejtuara nga anaëtarët e komunitetit dhe do të ofrojnë shërbime për grupe të ndryshme të MSM. Qendra për MSM do të nxisë një mjedis të sigurt dhe miqësore për klientët. MSM. POSh në Tiranë do të ofrojë këshillim individuael, testimin për HIV dhe IST-t e tjera, takimet e grupit, seancat e trajnimit dhe aktiviteteve sociale dhe rekreative. Përveç kësaj, pika e shërbimit do të shërbejë si bazë për punëtorët në terren dhe të trajnuar MSM Peer Educator s sigurimin e referimit dhe ndihmës me folloë-up për të lehtësuar kontaktin fillestar me dhe lidhje me ofrimet e shërbimeve të duhura të shërbimit. Shërbimet do të shpallen përmes mediave sociale.

Kërkime Operacionale do të aplikohet në ngritjen e një pike të shërbimit stacionare për MSM. Kjo është për të vlerësuar sfidat dhe të rregullojë modelin sipas rastit, dhe të zbatojë mësimet e nxjerra për tu aplikuar në rrethe të tjera.

Sepse stigma dhe diskriminimi shoqëror në nivele të larta janë të pritshme dhe do ë kenë ndikimin e tyre në pengesa të mundshme të replikimin e modelit të POSh për MSM në rrethe , në tre qytete të tjera të përzgjidhura midis Durrësit, Vlorës, Elbasanit, Korçës, Shkodrës. Një tjetër model shërbim do të jetë puna në terren dhe ekipet e lëvizshme . Punonjësit out-reach, edukatorët dhe rrjeti i tyre social do të udhëhiqet nga modeli i ndërhyrjeve në terren[49] që është i bazuar në zinxhirin dhe referimet e kolegëve dhe se efektiviteti i saj është provuar në mesin e PDI-ve në raundin e 5 . Kështu edukatorët në terren do të nxisin reduktimin e rrezikut të HIV-it dhe IST në sjelljen në mesin e MSM. Rekrutimet dhe trajnimet e edukatorëve të bashkëmoshatarëve në mesin e punëtorëve meshkuj të seksit do ti kushtojnë vëmendje të veçantë. Njësitë lëvizëse (furgonë) do të lejojnë arritjen e MSM-ve në vendet ku ata takohen dhe të mblidhen të tilla si parqe, bare për homoseksualë, etj . Ekipi i lëvizshëm do të veprojë në bashkëpunim të ngushtë me POSh, dhe të ofrojë një sërë shërbimesh, duke përfshirë dhe testimin. Së fundi, përdorimi i ëeb-it dhe medias sociale , dhe përdorimi i telefonave celularë do të mundësojë integrimin e informacionit mbi parandalim, testimit dhe trajtimit për HIV dhe IST.

Duke supozuar një 5 % mbivendosje, pritet të arrijë në rreth 41 % të numrit të synuar përmes POSh, 59 % nga terreni dhe njësitë e lëvizshme dhe 5 % nga qendrat e kujdesit shëndetësor. Rajonalizimi i ndërhyrjeve, për të maksimizuar në çdo rast gjetjet dhe do të rrisin ndjeshmërinë e programit, është treguar se 70% e MSM janë planifikuar që të arrihet në Tiranë , ndërsa në rrethe 30%. Kjo është e bazuar në përvojën e kaluar dhe në konsultim me organizatat e MSM-ve .

**TGj** Për shkak se stigma dhe diskriminimi shoqëror në nivele të larta ndërhyrjet për komunitetin e TGj do të zbatohet përmes modelit të qasjes dhe ekipeve të lëvizshme. TGj do të arrihen përmes aktiviteteve të kryera nga punëtorët në terren, edukatorët dhe përmes rrjetit të tyre social dmth duke zbatuar modelin e PDI-ve : Punonjësit outreach do të identifikojnë edukatorët për të arritur TGj nëpërmjet rrjeteve të tyre sociale. Për shembull, edukatorët peer do të dërgohen për të nxitur reduktimin e sjelljeve të rrezikshme për HIV dhe IST në mesin TGj. Veçanërisht vëmendje do t'i kushtohet rekrutimit dhe trajnimit të edukatorëve në mesin e komunitetit TGj dhe TGj-t punonjës seksi.

Modeli i njësive të lëvizshme do të lejojë arritjen e TGj në vendet ku ata takohen dhe mblidhen. Ekipi i lëvizshëm do të veprojë në bashkëpunim të ngushtë me POSh , dhe do të ofrojnë një sërë shërbimesh, duke përfshirë testimin; Mediat sociale të tilla si Facebook do të fokusohet për të dhënë informacione për TG mbi parandalim, testim dhe trajtimin për HIV dhe IST.

Vlerësimet e numrit të popullsisë të komunitetit TGj është planifikuar në vitin e parë duke përdorur “hartën programatike'.

**PDI** Ndërhyrjet synojnë PDI-t, përfshirë përdoruesit e heroinës me injektim, injektuesit jo të heroinës, injektuesit meshkuj/ femra, injektuesit e rinj , dhe partnerët e tyre. Qasja e njëjtë Rajonalizimi (70/30) si për ndërhyrje MSM është përdorur për PDIs. Modelet e shërbimeve të përshkruara më sipër do të zbatohet në t ai

njëjtën mënyrë me një pritur 48 % të synuar PDIs ed përmes OSHS , 60 % nëpërmjet informimit dhe njësive të lëvizshme dhe 7 % me objektet e trajtimit shëndetësor (duke supozuar 5% mbivendosje) .
OSHS që janë të përcaktuara në mënyrë specifike për PDIs do të ofrojnë shërbime të plota e të integruara, duke përfshirë shërbimit outreach, ciklin e daljes nga rrethi, menaxhimin e emergjencës [50] , shërbime specifike për gratë, mbështetje psiko-social për PDI-t dhe familjet e tyre, informim, edukim dhe komunikim (IEC) mbi HIV-in infeksione të tjera të gjakut, dhe injektim më të sigurt dhe qasja në shërbimet e testimit për HIV, sigurimi i trajtimit, referimit tek QKTV, nëse është e nevojshme, dhe referimin për trajtim për varësinë ndaj drogës. Për më tepër, do ofrohet ndërtimi i kapaciteteve për ofruesit e shërbimeve qeveritare, avokimin dhe forcimin e rrjeteve për reduktimin e dëmit dhe qasjen në shërbime.
Paketat e shërbimeve mbështetet në dy strategji kryesore: a) parandalimin / zvogëlimin e injektimit përdorimit të drogës; dhe b) reduktimin e efekteve që lidhen me injektimin e drogës. Ndërhyrjet do të ketë një qasje multidisiplinare, me një fokus të qartë në ndërveprimin e shërbimeve, menaxhimin e rasteve dhe referime. H shërbimet arm-reduktimit gjithashtu do të sigurohet nëpërmjet njësive të lëvizshme (furgona), të cilat do të lejojnë arritjen e PDI-ve më të vështirë për tu arritur në vendet ku ata takohen dhe ku injektojnë. Njësitë e lëvizshme do të veprojnë në bashkëpunim të ngushtë me OSHS.
Kërkime Operacionale do të aplikohen për shërbimet e reja të reduktimit të dëmit për PDI-t si të dalin nga rrethi dhe në menaxhimin emergjent.
Pritet që 10% e klientëve që do të arrihen të jenë femra . Përdorueset e drogës femra kanë qenë deri tani një grup popullatash i vështirë për tu arritur. Ato nuk janë parë shpesh në "pika të nxehta" të injektimit zakonisht aty ku meshkujt injektojnë. Për t'iu përgjigjur nevojave të veçanta të këtij grupi, propozimi do të zbatuar dy strategji: a) për të identifikuar dhe angazhuar punëtoret femra në terren për të ofruar shërbime që synojnë gratë e tjera. Supozohet se kjo qasje do të sigurojë një rritje në numrin e klientëve femra dhe testimin e tyre për HIV; b) menaxhimin e paparashikuar (terapi voucher), i cili me anë të një sistemi të shënuar do të inkurajojë klientët për të sjellë më shumë femra që injektojnë drejtë shërbimeve të ofruara për PDI-t .
Këto OSHS do të integrohen gradualisht, duke filluar në vitin e parë me Tiranën dhe zgjerimin me një në V2 dhe një tjetër në V3 në qytete të tjera prioritare (për t'u vendosur nga Vlora, Durrësi, Korça, ose Elbasan). Ky zgjerim gradual do të lejojë ndërtimin e përvojave dhe mësimet e nxjerra, dhe do të shmangin mbingarkesën nga ofruesit e shërbimeve të OJQ-ve institutione me kapacitet të kufizuar për një shkallë të shpejtë.

**Grupet e dyfishtë të rrezikut MSM / PS të injektimit të drogave** Identifikimin efektivë dhe mbulimin e grupeve të popullatës me rrezik të dyfishtë, dmth MSM ose PS të cilët injektojnë drogë, do të sigurohet nëpërmjet funksionimit të rrjeteve të komunitetit (shih qasjen e bazuar në komunitet në seksionin 3.2) dhe shërbimet e pikave të shërbimit stacionare (SSP) dhe njësitë e lëvizshme. Strategjia e përgjithshme do shërbejë për të identifikuar personat në rrezik të dyfishtë, duke u ofruar atyre shërbime konfidenciale të sigurta dhe ato të strehimit që do të ofrohet të jenë të përshtatura për nevojat e tyre të menjëhershme dhe të sigurohen referime nëse kërkohet. Strategjia nënvizon afrimin e një përzgjedhje të lirë të vendeve të shërbimit të cilat duhet të jenë të përshtatshme për ta në lidhje me vendndodhjen, preferencat personale etj Kjo do të thotë se një person me risk të dyfishtë, dmth një përdorues droge me injektim (MSM ose PS), mund të shkoni për shërbime tek një POSh ose tek një njësi e lëvizshme e veçantë për MSM, PS ose për PDI-t. OSHS dhe njësitë e lëvizshme për MSM ose PS do të sigurojnë paketa të reduktimit të dëmit (gjilpërë, shiringa, pajisje të tjera sterile dhe IEK). Për ata njerëz që kanë nevojë për trajtim më specifik si TMM, pas një vlerësimit të nevojave, do t'i referohen shërbimeve që ofrojnë këto qendra dhe njësi. Përveç kësaj, ka 2 OJF që ofrojnë shërbime të plota për të dy grupet (MSM-PDI; PS-PDI).

**PS** Mësimet e nxjerra nga Roundi i 5 FG dhe vetë faktin se puna e seksit është e paligjshme në Shqipëri ( shih Shtojca 15 dhe 21 ) kanë qenë udhërfyes në zhvillimin e ndërhyrjeve për PS në këtë propozim . Sikurse të dhënat për numrin e punonjseve të seksit nuk janë në dispozicion, aktivitetet që do të kryhen do të jenë në përgjigje të hartëzimit të hartës së punonjëseve të seksit femra në masën e mundshme të arritshme. Do të aplikohet qasja e bazuar në komunitet duke përdorur organizimin e rrjetit për identifikimin bazuar në komunitet, sistemi i mbledhjes së të dhënave. Bazuar në të dhënat e reja në dispozicion moduli i përshkruar më poshtë për PS mund të kenë nevojë të përshtatet në kohën e duhur.
Përveç punëtorëve të seksit në rrugë të bazuara në fondet e FG janë propozuar që ndërhyrjet të përqëndrohen në grupin më të madh të vajzave të reja që punojnë si *punonjëse seksi të vetëpunësuara në apartamente,*

*hotele dhe bare - pa tutorët* - dhe për të cilin nuk ka ende program specific parandalues për HIV-in në këto vende.

Ndërhyrjet për PS janë ndërtuar në katër shtylla kryesore : (1) influencimi i axhendës së OJF-ve në Shqipëri për të rinjtë dhe gratë për të përqëndruar dhe integruar çështjet e punjoseve të seksit brenda programeve të tyre; dhe të mbështesin ndërtimin dhe rritjen e këndvështrimit dhe kapaciteteve të punës në terren brenda këtyre organizatave, (2) pilotimi do bazohet në vlerësimin e nevojave në mesin e komunitetit të arritur, vlerësim që ka të bëjë me strukturën dhe strategjitë e punës në terren dhe rritjen e shërbimit publik në vend, ( 3) mbështetjen dhe promovimin e sjelljeve të sigurta dhe të rritjes së aftësive përmes punës në terren dhe promovimi / rritja e kërkesën për shërbime nga ana e komunitetit përmes rritjes së vetëdijes, (4) mbështetja e zhvillimit të shërbimeve shëndetësore miqësore dhe sociale të klientit / pacientit në Shqipëri me fokus të veçantë në popullatat kryesore, duke përfshirë gratë e reja dhe me fokus të veçantë në kampuset universitare të studentëve.

Në praktikë, tre shtyllat e para do të përkthehet në një qasje të bazuar në komunitet që do të përdoret për të arritur PS. Ato do të synojnë ndërtimin dhe përdorimin e rrjeteve të komunitetit për identifikimin e personave në rrezik duke ofruar strehim të sigurt dhe konfidencial dhe sistem referimi. Organizatave me bazë komunitare për gratë e të rinjtë, si dhe subjektet e tjera (organizatat fetare, etj) do të identifikohen në Tiranë dhe në qytete të tjera për të hyrë në rrjet dhe do të shërbejnë si pika stacionare për shërbimet. Një sistem informacioni i bazuar në komunitet do të ngrihet me qëllim informimi të rrjetit. Përveç kësaj, në komunitetet përfaqësuese të zgjedhura hulumtimi operacional do të drejtojë zbatimin e strategjisë. Përveç kësaj, organizata me bazë në komunitet do të marrin mbështetje për kontributin e tyre në aktivitetet e rrjetit dhe për të siguruar strehim, KTV, ndihmë mjekësore, TMM, referimin, dhe lidhjen e tyre me institucionet qeveritare për të siguruar vazhdimësinë e aktiviteteve të parandalimit.

Ndërhyrjet për të arritur grupin e PS do të kryhet nëpërmjet krijimit të pikave stacionare nga OJQ të bazuara të shërbimit ( SSP ), shëbimit në terren dhe përmes ekipeve të lëvizshme. POSh do të vendosen në Tiranë, si qyteti më i madh dhe me aktivitetin më të lartë të punës së seksit. Ndërhyrjet përfshijnë aktivitete si krijimin e partneriteteve bashkëpunuese me tutorët, zotërinj, shoferët e taksive, pronarët e hoteleve / moteleve për të siguruar pikë-hyrje adekuate mbështetje për të punuar me PS.

PS përveç ngritjes së ekipeve të lëvizshme të edukatorëve në terren për parandalimin e HIV-it në mesin e klasës së mesme të PS të cilat veprojnë më shumë në mënyrë të pavarur nga banesat dhe hotelet / motelet / baret, do të zbatohen shërbime përmes ekipeve të lëvizshme që do të jenë të përshtatura për të përmbushur nevojat e identifikuara duke përfshirë edukimin 1) HIV / STI; 2) shpërndarja dhe nxitja e përdorimit të kondomit dhe; 3) QKTV duke përdorur teste të shpejta për HIV; dhe shërbime për referim, duke përfshirë diagnostikimin dhe trajtimin IST-ve. Ekipet e para të lëvizshme do të vendosen në Tiranë dhe replikuar në qytete të tjera të mëdha që do të zgjidhen (p.sh. Vlorë, Durrës, Korçë, Shkodër, Elbasan dhe Fier). PS vullnetarët edukatorët peer do të rekrutohen në mesin PS të mëparshëm dhe aktivë, dhe ata do të marrin trajnim në aktivitete të informimit dhe edukimit.

Kërkime Operacionale do të aplikohen për modele të veçanta të shërbimit për PS për të monitoruar efektivitetin e ndërhyrjeve dhe do të bëjnë rregullimet e nevojshme të ndërhyrjes.

**PNF**Aktualisht nuk ka depistim antenatal për HIV, hepatitin apo sifilizin në Shqipëri. Të gjitha rastet TVNF janë identifikuar në zonat me rrezik të lartë në prefekturat Tiranë, Durrës, Vlorë, Lezhë por edhe në zonat me risk mesatar në prefekturat: Shkodër, Kukës, Dibër, Fier, Elbasan, Korçë. Financimi është kërkuar për të mbështetur futjen e testimit dhe këshillimit të iniciuar tek ofruesit në mjedise antenatale në të gjithë vendin , duke përfshirë ngritje e standardeve për TKIO dhe trajtim. Shërbimet e testimit të HIV-it do të promovohet për gratë shtatzëna përmes fushatave dhe mjeteve të tjera të komunikimit , në këtë mënyrë edhe do influencojnë në reduktimin e stigmës dhe diskriminimit.

**Të burgosurit** Edukimi për TB dhe parandalimin e HIV-it në burgje do të sigurohet nga edukatorët dhe stafit profesional i burgut, dhe ofrimit të materialeve IEK nëpërmjet komunikimit ndërpersonal. Të burgosurit do të jenë të informuar në programet e post-lirimin dhe shërbimet e reduktimit të dëmit jashtë Burgjeve. Për të siguruar shërbime adekuate dhe të vazhdueshme për parandalimin e HIV-it në burgje, personeli socio-mjekësorë dhe të tjera të burgjeve në Tiranë (3 burgje), Durrës, Fier, Berat, Lezhë dhe Peqin do të trajnohen në këshillim dhe testim për HIV/ TB, dhe aspekte të tjera të edukimit për HIV. Këshillimi dhe testimi

vullnetar për HIV-in do të jetë në dispozicion për të gjithë të burgosurit.
Programi i kontrollit të TB në burgje do të hartohet dhe zbatohet në bashkëpunim të ngushtë me PKT dhe sistemin e kujdesit shëndetësor të burgjeve, duke përfshirë Ministrinë e Drejtësisë. Programi i kontrollit nën grantit GF përfshin depistimi e rasteve aktive të (ri) burgosurve përmes ekzaminimeve nga TST, klinike, radiologjike dhe bakteriologjike Cal sipas rastit, dhe provë së sputum-it me geneXpert që do të kryhen . Pas diagnozës TB të konfirmuar i burgosuri do të referohet në spitalin e burgut në Tiranë për trajtim. Në spital do ofrohet DOT nga personeli shëndetësor i burgut. Pas trajtimit dhe konvertimit të burgosurit janë të lirë të dalin nga spitali. Në rast kur zbulohet, rezistenca-rifampicin ajo do të konfirmohet nga kultura, DST dhe LPA. Në kushtet e kapacitetit teknik , stafi socio-mjekësore të burgut do të vazhdojnë me aktivitetet trajnuese që janë iniciuar gjatë GF Rnd 5. Raportimi i rasteve të TB në burgje është pjesë e sistemit të mbikqyrjes kombëtare.

**Komuniteti Roma dhe Egjiptian (R / E)** Komuniteti R / E (në zona duke përfshirë Tiranë, Elbasan, Korçë, Fier, Gjirokastër dhe Berat) nuk është një grup homogjen dhe uniformë me nevoja të shërbimeve për HIV / IST-të, por dallohet nga karakteristika të veçanta socio-kulturore, dhe të margjinalizuar dhe të afektuar nga stigma dhe diskriminimi në krahasim me popullatën e përgjithshme, si dhe me mangësi në mjedise të veçanta të tilla si shërbimet e kujdesit shëndetësor. Kjo i bën ata veçanërisht të rrezikuar, pasi ata kanë më pak qasje në informacion dhe shërbime, ndërsa pjesëtarët e komunitetit romë janë të përfaqësuar në mënyrë disproporcionale në grupe MARP-s, duke përfshirë IDUs, MSM dhe punonjësit e seksit. Ndërhyrjet e parashikuara do i referohen duke analizuar të gjitha studimet e shumta të kohëve të fundit në komunitetin R / E të kryer nga BE, UNDP-ja dhe të tjerët (shih Shtojcën për një listë të burimeve) . Në vijim ndërhyrjet do të lidhen me programet ekzistuese ose të ardhshme [51] për komunitetet R / E sa më shumë të jetë e mundur.

1. *Strategjia e IEK* Një program i vetëm IEK që do mund të plotësojnë nevojat e shumta dhe të ndryshme të informacionit të nën-bashkësive R / E nuk do të mjaftojnë. Prandaj, komponentet specifike IEK për R / E do të përfshihen në të gjitha programet e parandalimit, kujdesit dhe trajtimit të HIV / AIDS, për të rritur njohuritë e tyre, si dhe qasje në këto programe. Si një strategjie e tillë IEK për R / E dhe edhe pakicat e tjera do të zhvillohen në mënyrë sistematike do të hartëzohen për të adresuar nevojat specifike të informacionit të këtyre komuniteteve . Kjo përfshin të segmentimit të mesazheve IEC, dhe vëmendje të veçantë përmes kanaleve të komunikimit që mund të arrijnë në komunitetin R / E . Strategjia do të fokusohet veçanërisht në lehtësimin e qasjes në shërbime dhe klient-mirëdashësi ndaj komunitetit rom .

2. *Ngritja e kapaciteteve* OJQ-ve R / E që do të punojnë në fushën e HIV / AIDS-it si dhe profesionistët shëndetësor që punojnë në komunitetet rome do të jenë të trajnuar,;

3. *Outreach-i në Komunitet* do të zhvillohet nëpërmjet angazhimit të OJQ-ve R / E , liderëve lokalë, ndërmjetësit e R / E , dhe punonjësit e komunitetit për çështjet e lidhura me shëndetin (HIV dhe TB) në të gjithë vendin. Ndërmjetësit R / E dhe personeli shëndetësor do të punojnë si ekipe të komunitetit. Gjithashtu stafi i qendrës shëndetësore në afërsi të komuniteteve R / E do të trajnohen dhe depsitime aktive do të kryhet në këto komunitete në kryerjen e PPD-së / TST dhe testeve të shpejta të HIV-it.

**Vazhdimësi e kujdesit - KTV, trajtim , kujdesi dhe mbështetjen** Për shkak të mungesës së të dhënave matëse përqindja e njerëzve të cilët janë të humbur në secilin hap të kaskadën në testimin për HIV, kujdesin dhe shërbimin e trajtimit nuk është i mundur. Për më tepër, numri isaktë i llogaritur për PJHA mungon. Përpjekje do të bëhen për të kryer këto vlerësime në vitin e parë të programit . Ndërkohë, masat e duhura do të merren për të përmirësuar vazhdimësinë e kujdesit dhe për të zbutur rrezikun e cilësisë jooptimale të shërbimeve :

*1. Testimi i HIV -it bazuar në Komunitet* një qasje për të arritur mbulim më të lartë të testimit dhe të referimit për tu kujdesur veçanërisht në mesin e popullatës kryesore të prekur do të jetë testimi i bazuar në komunitet. Testimi me bazë komuniteti do të përfshijë ofrimin e testimit në vende fikse (pikat e shërbimit të palëvizshme për PDIs , MSM), përmes qasjes së njësive të lëvizshme në Hot Spote të SHBK-së , dhe të veçanta me fushata dhe aktivitete (p.sh. për universe dhe studentët). Ndërgjegjësimi për testimin e HIV do të rritet nëpërmjet shtrirjes, rrjeteve social, komunitetit dhe medias sociale, informacionet përmes rrjeteve sociale do të japin informacione se ku duhet të drejtohen për të marrë shërbimet e testimit. Testimi i shpejtë përmes shpimit në gisht do të promovohet për të inkurajuar diagnozën e hershme dhe trajtimin. Testi Konfirmimues (Ëestern Blot) ofrohet në Institutin e Shëndetit Publik. Ndërsa analizat e gjakut do të dërgohen

nga POSh ose ato të kujdesit shëndetësor, njësitë e levizshme, ndërsa ndjekja dhe përgjigjet mbi rezultatet e testimit do të bëhen nga stafi i trajnuar (psikolog, punëtor social). Koha për dhënien e rezultateve është 24-48 orë.

Për më tepër, shërbimet e KTV do të bëhet më shumë miqësore dhe jo shërbime të gjykuara, duke reduktuar stigmën dhe diskriminimin përmes SHBK-në. Bashkëpunimi i OJQ / OSHC-ve dhe qendrave të VCT / shëndetësore do të forcohen me anë të ngritjes së kapaciteteve të të dy grupimeve. Për OJQ / OSHC-t kjo do të thotë trajnim për punonjësit në terren në këshillim para dhe pas testit , në ofrimin e testimit në vende të zgjedhura, dhe do të bëhen të njohura me udhëzimet e referimit për SHBK-së. Kështu, punëtorët outreach dhe kolegët e tyre si gjithnjë do të lehtësojnë procesin për të lidhur SHBK-së përmes pikat e ofrimit të shërbimeve (OJQ-bazuar) dhe shumë prej këtyre pikave të shërbimit stacionare do të kryerjen testimin. Qendrat e ofrimit te testimit të orjentuar (PITC) do të miratohen si një qasje e re . Kërkime Operacionale do të aplikohen për të vlerësuar sfidat dhe sukseset operacionale në lidhjen mes SHBK-së dhe QKTV. Gjithashtu ndërhyrjet psiko sociale do të jetë subjekt i kërkimeve operacionale.

*2. Diagnoza HIV - lidhja për kujdes (regjistrimi në kujdesin)* Personat që janë identifikuar të jenë të infektuar me HIV, hepatit viral, IST, apo TB do të referohen dhe lidhen në mënyrë aktive me qendrat e kujdesit mjekësor. Qasja e menaxhimit të çështjeve jo-mjekësore do të zbatohet (shih seksionin 3.2). Personat do t'i referohet, pas një procesi të vlerësimit të nevojave, për trajtim mjekësor, kujdes, dhe shërbimet mbështetëse. Asistencë me ndjekje në vazhdim do të lehtësojnë kontaktin fillestar dhe lidhjen me ofruesit e shërbimeve të duhura.

Për fat të keq, nuk ka të dhëna të mbledhura apo të mbajtura që nga koha e diagnostikimit, të lidhjes për kujdes, dmth numri i njerëzve të humbur në fazën tranzitore që nga testimi deri tek kujdesi e trajtimi me ARV . Megjithatë kujdesi për HIV ofrohet vetëm në QSUT për të gjitha rastet e reja të diagnostikuara (të gjitha testet konfirmuese janë kryer në ISHP). Të dhënat nga ISHP dhe QSUT tregojnë se pothuajse të gjitha rastet (më shumë se 90%) janë të referuar në QSUT (klinikën ambulatore dhe spitalin pediatrik) . Ndërhyrjet përfshijnë forcimin e lidhjes midis shërbimeve të testimit dhe QSUT ; futjen e procedurave standarde për të siguruar që njerëzit që rezultojnë pozitiv të jenë referuar tek shërbimet përmes monitorimt të trajtimit; ngritjes së bazës së të dhënave elektronike dhe përmirësimit të koordinimit midis ISHP, QKTV dhe QSUT ; intensifikimit të bashkëpunimit me rrjetin e OSHC-ve dhe popullatave kyçe për referim; rritur efektivitetin e Pikat e kujdesit të diagnostifikimit; përmirësimin e qasjes në klinikën ambulatore (miqësore, pritjet, shërbimeve të menaxhimit të rastit në QSUT , përfshi mesazhet e kujtesës , kontakte me komunitetet dhe familjet në zbulimin e statusit HIV, etj) , reduktimin e stigmës dhe diskriminimit brenda qendrave të kujdesit shëndetësor.

*3. terapia me antiretroviralë (mbajtja në kujdesin* ): Edhe pse të dhënat për pacientët që fillojnë TAR-in është i njohur (p.sh. 65 raste në 201 4 ), përqindja e atyre të regjistruar në klinikën ambulatore në QSUT dhe mbahen nën kujdes mungojnë. Programi do të sigurojë të kërkohen, do të mblidhen dhe do të krijohet një bazë e të dhënave elektronike dhe bërë gati për lidhjen me sistemet e tjera të grumbullimit të të dhënave kur është e nevojshme, duke filluar që vitin e parë. Të tjera ndërhyrje përfshijnë rishikimin e kritereve për hyrjen në terapi. Sapo Udhëzimet e OBSH për TAR-in do të hyjnë në zbatim në vitin 2015 bazuar në rekomandimet e ekipit të ekspertëve. Këto udhëzime do të rrisin numrin e rasteve që do të fillojnë TAR sa më parë. Në përgjithësi, ndërhyrjet do të synojë rritjen e numrit të personave të mbajtur në trajtim, përmes përmirësimit të monitorimit të TAR-it sipas udhëzimeve të OBSH, monitorimin e tyre të vazhdueshëm të CD4, ngarkesës virale (VL) , dhe testimi gjenotip i rezistencës. Si rrjedhojë do të forcohet trajnimi në shërbim për personelin e klinikës ambulator, trajnimin e specialistëve dhe infermiereve në menaxhimin e rasteve të HIV-it, qasjeve miqësore. Përveç kësaj, trajnimi para-shërbimit do të rishikohet për futjen e temave të menaxhimit të rasteve në kurrikulat universitare dhe pasuniversitare të mjekëve, infermierëve dhe punonjësve socialë . Për më tepër, aktivitetet e ndërhyrjes përfshijë aktivitete IEK për pacientët dhe të afërmit në trajtim .

*4. Efikasiteti i TAR-it* Siç tregohet në nenin 3.1 në analizën programatike dobësitë e prokurimit dhe menaxhimit të furnizimit ( PSM ) kufizon monitorimin TAR-it dhe shkakton ndërprerje të trajtimit. Strategjia është që të përmirësojë skemat e TAR-it nëpërmjet futjes së skemave të kombinimeve me dozë fikse dhe për të përmirësuar PSM (shih modulin PSM) dhe kapacitetin e ndërtuar prej farmacistëve klinike . Për më tepër, siç u përmend më lart , të prezantuar dëshmi të bazuar monitorimin dhe planifikimin (përfshirë. Baza e të

dhënave elektronike), diagnoza e hershme e dështimit të terapisë (klinike, imunologjike dhe virologjike), për të përmirësuar kapacitetet e diagnostifikim dhe shkallë deri testimin për NV dhe CD4 në bazë të udhëzimeve të reja, fillimi i testimit rezistencës , por edhe forcimin e OShC dhe ndërhyrjet për të mbështetur PJHA në kujdes dhe mbështetje.

**Kujdesi në parandalimi dheTB**

***TB zbulimi dhe diagnoza e rasteve*** *gjurmimi i kontakteve* Një nga sugjerimet kryesore nga Rnd 5. GF është se rastet aktive të zbuluara në mesin e kontakteve të ngushta të pacientëve me TB dhe popullatave që konsiderohen në rrezik të lartë, duke përfshirë edhe popullsinë rome, të burgosurit etj duhet të jenë financiarisht të qëndrueshme dhe tërësisht të konsoliduara në sistemin e kujdesit shëndetësor, veçanërisht në kujdesin shëndetësor parësor mbështetur nga sigurimi shëndetësor. Përveç kësaj, shqyrtimit aktiv i stafit në mënyrë të veçantë stafi i kujdesit shëndetësor të tuberkulozit do të kërkojë vëmendje. Prandaj, dy strategji kryesore do të aplikohen. Njëra është për të ri-vendosur rastet e gjetjeve aktive, duke filluar me zonat e riskut të lartë dhe parametrat shëndetësore. Për këtë, mjetet financiare të GF do të përdoren përsëri. Strategjia e dytë është për të krijuar një sistem të gjetjes aktive rast që është i integruar në sistemin shëndetësor, në kujdesin parësor dhe nivelet e kujdesit më të larta në një mënyrë të tillë që ato gradualisht dhe në fund të fundit të financuara plotësisht dhe programuar, mbështetur dhe koordinuar nga qeveria deri në fund të implementimit të Grantit të GF në vitin 2019.

Për këtë qëllim, duhen intensifikuar përpjekjet për të hequr pengesat ligjore që ende ekzistojnë për pacientët e pasiguruar të TB dhe shfaqjen aktive të popullsive me rrezik të lartë (kontaktet TB, romë, të burgosurit dhe PJHIV) do të shoqërohet me zhvillimin e protokolleve kombëtare për rastin aktive gjetjen dhe përdorimi i isoniazid për kemoprofilaksë ( si pjesë e Udhëzimeve Kombëtare TB) për kontakte familjare (duke përfshirë fëmijët) dhe grupet me rrezik të lartë. Prokutimi i tuberkulin do të sigurohet dhe të vihen në dispozicion për të rriturit dhe formulimet pediatrike për fëmijët. Regjistri LTBI do të aktivizohet dhe të lidhet me bazën e të dhënave elektronike TB . Edukimi shëndetësor për pacientët dhe kontaktet do të futet përsëri, ndërsa infermieret punishte barnash në spital do të trajnohen. Kërkime Operacionale në rast aktiv gjetur në zonat e larta të peshave që vlerësojnë semodelin e ofrimit të barnave në spital përmes infermiereve sipas sistemit rast gjetje / kontakt do të drejtojnë ndikimin e tyre në kujdesin shëndetësor parësor dhe kërkojnë ndërhyrje të mundshme në rritje nga qeveria .

*Laboratori Kombëtar i Referencës TB (NRL) dhe Rrjeti periferikë* Laboratori i TB UHSN i përgjithshëm spitalor është emëruar si NRL nga MSH. NRL do të jenë të vendosura në ambientet e reja të UHSN. Misioni i NRL është për të siguruar që të gjitha rastet e dyshuara TB të kenë qasje universale në cilësi të lartë TB, MDR-TB dhe diagnozën e lidhur me HIV/TB. Lëvizja në ndërtesën e re në kompleksin e spitalit do të kërkojë disa ndërhyrje specifike dhe masa në projektimin inxhinierik (me ndihmë teknike nga OBSH) për të siguruar një vendpune ideal të laboratorit dhe kontrollin e duhur të infeksionit. Me zhvillimin e planit të IC për NRL do të zbatohen masat e nevojshme administrative, mjedisore dhe mbrojtje të frymëmarrjes.

Nën kujdesin e NRL dhe drejtuar nga Udhëzimet Kombëtare të TB rrjeti IC i 9 laboratorëve periferike do të ngrihen dhe do të merren masat e nevojshme për të siguruar shpërndarjen më racionale të laboratorëve dhe ngarkesës së punës së tyre adekuate (me mbylljen e mundshme të disa joefikase), dhe forcimin e logjistikës për transportin e sigurt të mostrave pështymë në NRL. NRL gjithashtu punon ngushtë me Departamentet e Sëmundjeve Infektive dhe Pediatrike në QSUT.

Nga çdo rast i dyshuar me TB në një qendër shëndetësore primare, tri mostra të njëpasnjëshme pështymë do të mblidhen dhe të dërgohen në laboratorë në spital nga mjeku i familjes ose infermieri duke përdorur paketën e rekomanduar nga OBSH-ja (OKB-së 3373) . Megjithatë NTP do të marrë parasysh me mikroskop analizën e dy mostrave të njëpasnjëshme pështymë në vend të tre vetëm falë vlerësimit të programit dhe të implikimeve logjistike dhe operacionale në nivel vendi dhe në qoftë pozitiv ajo do të mbështetet nga zbatimi i një plani me faza të përgatitur me kujdes. Kjo konsideratë është e bazuar në udhëzimet e politikave të OBSH-s: Shumica e pacientëve me diskreditim-pozitiv të TB që janë identifikuar nga shqyrtimi i dy mostrave të para të pështymës, përmes kësaj qasje do të lejojë fillimin e trajtimit anti-TB në të njëjtën ditë, gjë që do të kontribuojë në uljen e shpenzimeve të pacientit dhe mund të reduktojë humbjen e pacientit gjatë rrugës diagnostike.

Në infermieri, në qoftë se ka një laborator, do të kryhet ekzaminimi direkt sputeve; më pas të njëjtat

mostra do të dërgohen në NRL në Tiranë brenda 24 orëve përmes një kompanie private korrier nën kontratë duke përdorur OKB 3373. Nëse nuk ka një laborator në infermieri, mostra pështymë do të dërgohet direkt në NRL. Kontejnerët pështymë dhe paketimi UN 3373 do të blihen dhe dërgohen në dispanseri dhe qendrat shëndetësore një herë në vit dhe do të zhvillohen trajnime adekuat për përdorimin e tyre. Në vitin e 3, qeveria merr përsipër vazhdimësine me mbështetje financiare.

NRL do të jetë përgjegjës për të diagnozën primare të TB nga testimi GeneXpert, kulturës, hetimi linjë shqyrtim ( LPA ) dhe testimin sensibilitet ndaj ilaçeve ( DST ) , si dhe për raportimin e rezultateve nga niveli qendror në nivelin periferik. GeneXpert do të mbulohen nga GF për plot 3 vjet të kohëzgjatjes së programit. Laboratori periferikë do të jetë përgjegjës për shqyrtimin e këlbazës dhe për monitorimin e terapisë. Laboratorët periferikë NRL do mbikëqyrin përmes testeve të zotësisë dhe gjatë kontrollit në vend. Testimi i zotësisë për diskreditimin me mikroskop do të kryhet duke dërguar (çdo vit) në laboratorët periferikë një grup të përgatitur për të ngjyrosur shqyrtuar nga mikroskopi Ziehl Neelsen. Testet e përgatitura të slides do të blihen çdo vit nga një agjenci e njohur si UKNEQAS.

Bashkëpunimi me SRL në Milano, Itali për kontrollin e jashtëm të cilësisë të DST ( konfirmimin e rezistencës dhe 20% e shtameve të prekshme ) do të sigurohen, së pari nga GF dhe në vitin e fundit të aktivitetit do të përfshihen në aktivitetet e rregullta të sigurimit të cilësisë të kryera nga Qeveria.

Granti i FG do të mbështesë të gjitha punët e nevojshme për të siguruar zbatimin e inxhinierisë IC së bashku me mirëmbajtjen e pajisjeve të vjetra dhe të reja laboratorike vetëm në vitin e parë.

Pasi të jenë akredituar si të TB NRL , një buxhet i dedikuar i qeverisë ( ose të pavarur të spitalit apo një shumë të caktuar në buxhetin e spitalit) do të mundësojnë shërbimin e NRL të dhe do të ruajnë pajisjet e saj laboratorike duke mbështur transportin e sigurt të mostrave pështymë të NRL. MSh siguron se edhe nëse laboratorë vijnë në bazë të marrëveshjeve të partneritetit publik-privat, NRL do të mbrohet.

*Testimi i infeksionit latent TB* Diagnoza LTBI do të ketë një qasje në dy faza : 1) shqyrtimi fillestar do të kryhet me testin e lëkurës tuberkulinës ( TST ) , dhe 2) në rast TST është dyshues të jetë jo i besueshëm, analizat e gjakut TB ose do të përdoret shqyrtimi me gama interferon ( IGRA ) . Avantazhet e mundshme të igra mbi TST përfshijnë : i) ndjeshmëri të lartë, specifika ii) më e lartë (më pak ndikim nga vaksinimi BCG dhe infeksionit NTM), iii) më pak ndikim nga probleme teknike, dhe iv) kërkesa e vetëm një vizitë. IGRA testeve matur CMIR (qelize të ndërmjetësuara përgjigje imune), për të peptides antigjene siç ESAT-6, CFP-10 dhe TB7.7. Këto antigjene mungojnë nga të gjitha tensionet BCG dhe shumica e NTMs.

Hapi i dytë është propozuar që do të kryhet për individët me HIV (100 teste në vit për QSUT) dhe 50 teste në vit janë parashikuar për UHSN ku TST kryhet dobët . Për rastet me imunitet të kompromentuar nga HIV është treguar se IGRA janë të paktën po aq të ndjeshme sa TST dhe se një mospërputhje të konsiderueshme ekziston midis TST dhe rezultatet igra për shkak të dështimit të TST. Një shembull i mirë është 70 deri në 100 raste të reja me HIV që janë diagnostikuar në Shqipëri çdo vit. Shumica e tyre janë paraqitur vonë dhe shumë vonë (me nivele CD4 nën 350 dhe 200 qelizë / ul). Në mesin e këtyre rasteve shkalla rreme negative të TST është shumë e lartë për shkak të alergjive lidhur me imun-depresion. Prandaj testimi IGRA do të përdoret për të diagnostikuar LTBI në mesin e këtyre pacientëve me HIV. Në gjithsej 150 (10 0 + 50) teste në vit do të porositen dhe pajisjet e testit IGRA që pritet të rriten kapacitetet diagnostikuese në të NRL, do të blihen në vitin e parë me fonde të FG. Kostoja e mbajtjes testet pas GF (6000 $ në vit) do të mbështetet nga MSH.

***Drejt shërbimeve të integruara për TB në kujdesin shëndetësor parësor*** Gjatë Rnd 5 GF ndërhyrjet janë dizajnuar për të rritur kontrollin e TB në nivel të kujdesit shëndetësor parësor. Ndërhyrjet nuk ishin apo mund të jenë vetëm pjesërisht të suksesshme për arsye të përfshirjes apo mungesës së strukturës dhe organizimit , barrierat ligjore, mungesa e financimit dhe mbështetjes, etj . Për një pasqyrë racionale të mësimeve të nxjerra dhe për kontrollin e integruar të TB në KSHP shihni Shtojcën bashkalidhur. PKS 2015-2019 përshkruan qartë se "me rënien e vazhdueshme të rasteve të tuberkulozit , sistemi ekzistues" vertikale "për kontrollin e tij është bërë i pamjaftueshëm. Aktivitetet e TB duhet patjetër të përfshihen në shërbimin shëndetësor parësorë ". Është kuptuar se integrimi i kontrollit të TB brenda sistemit të KSHP nuk është një qoshe e ngrohtë dhe nuk mund të realizohet brenda natës. Riorganizimi i programit të kontrollit të TB lidhet jo vetëm me reformën shëndetësore të ndërmarrë nga qeveria, por edhe kërkon përpjekje më të mëdha:

- *Zhvillimi i një plani të detajuar të Veprimit Kombëtar për Integrimin e TB në Planin Strategjik të*

*KSHP nga* Programit Kombëtar të tuberkulozit (në Institutin e Shëndetit Publik) (Korrik 2015 - Mars 2016);

- *Përshtatja e kuadrit ligjor* një fillim premtues ka qenë përfshirjen e kontrollit të TB në paketën e kujdesit shëndetësor parësor (shih për funksionet CN Seksionin 2.2). Programi Kombëtar i TB do të shqyrtojë dhe propozojë rregullime, duke përfshirë fëmijët dhe të shërbimee ndaj moshës më të vjetër (nëntor 2015 - mars 2016). Korniza ligjore do të shqyrtohen nga Programi Kombëtar tuberkulozit si për rregullat e mëposhtme (shih NTP, faqe 47/48): "raportimi i detyrueshëm i rasteve me TB nga mjekët dhe laboratorëve (Jan 2016 - Qershor 2016); trajtimi i detyrueshëm mbikëqyrur për rastet e mushkërive TB (Jan 2016 - qershor 2016); kontakt detyrueshme afër gjurmimin (Jan 2016 - qershor 2016); shërbim falas dhe trajtim për të gjitha kategoritë e pacientëve (Jan 2017); Mbulimi i shpenzimeve nga ana e sigurimit shëndetësor (Jan 2017); dhënien pavlefshmërinë si të fillimit të trajtimit të pacientëve me tuberkuloz dhe jo pas gjashtë muajsh, pavarësisht nga mosha (Jan 2017); Kufizimi i rifampicin në tregun farmaceutik ambulator (Prill 2017), dhe çështja e pacientëve që ndërpresin ose të refuzojnë trajtimin (Janar 2016 - Qershor 2016) ".
- *Përshtatja e udhëzimeve, procedurave standarde operative, protokollet për integrimin TB në KSHP,* përfshirë zbulimin e rasteve dhe të kontaktoni gjurmimin, referimin, DOT, dhe mbështetje sociale; regjistrimi, bazës së të dhënave dhe mekanizmi i monitorimit (korrik 2016-dhjetor 2016);
- *Ristrukturimin e organizimit / funksioneve të TB në nivel qendror dhe lidhjen e tyre në nivel rajonal dhe kombëtar* (TeR për mjekun e familjes, infermierët, punishte barnash në spital, pulmonologistët, epidemiologët në rang qarku dhe të tjerët), organogramën (Njësia TB Menaxhimi Qendrore në incl. ISHP, MSH (/ PMU), qarkut dhe subjektet lokale), procedura standarde operative për direktivën dhe linjat e raportimit. Për shembull, roli i infermierit kërkon një rivlerësim ashtu siç është aktualisht ndërmjetës midis spitalit dhe kujdesit shëndetësor parësorë (Jan 2016-dhjetor 2016);
- *Përfshirja e funksioneve të një rrjeti të komunitetit të organizatave dhe individëve* , e cila kërkon zhvillimin dhe zbatimin e një modeli / ambulator / ambulant TB qendror me një komponent të komunitetit (Janar 2017 - Dhjetor 2017). Paraparë është një model pilot ambulatore në zonat me barrë larta, të tilla si rajoni i Shkodrës; piloti përfshin çështje organizative, ngritjen dhe trajnimin e kaskadës nga ana e personelit shëndetësor, përfshirja e rrjetit të komunitetit - duke përfshirë trajtimin e komunitetit TB dhe mbështetjen sociale, ndërhyrja kërkime specifike operative, mbikëqyrjes dhe mekanizmi monitorues. Kjo për më tepër përfshin vlerësimin pilot për të ndjekur ecurinë, qëndrueshmërinë dhe planin e tranzicionit (Jan 2018 - qershor 2018). Modeli pacient i jashtëm do të zhvillohet dhe do të rregullohet në mënyrë që të mbështesë përfundimisht zhvillimin e mëtejshëm të politikave dhe strategjive, si dhe të kontribuojë në ndryshim gradual afatgjatë të një kuadri legjislativ në nga in-pacient për trajtimin ambulator në kontrollin e TB dhe integrimit të plotë në kujdesin shëndetësor parësor. Në fund të fundit rezultatet pritet të jenë në një nivel të lart dhe është parashikuar kalimi në 100% të mbulimit / financimit nga qeveria (qershor 2018);
- *(Ri) Definimi i partneritetit publik-privat në kuadër të kujdesit shëndetësor parësor (korrik 2015 - Mar 2016)*

***Heqja e barrierave financiare të shërbimeve diagnostike të plota të TB*** në shfaqjen e tuberkulozit, testimin dhe konsultimet fillestare . Një propozim për shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor të jetë falas për të gjithë qytetarët shqiptarë (të siguruara dhe të pasiguruara) nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore është propozuar në Këshillin e Ministrave dhe është aktualisht duke u diskutuar në Parlament. Ratifikimi pritet në 3 muaj kohë. Ndërsa mekanizmi i financimit të kujdesit shëndetësor në vend do të lëvizë nga sigurimi shëndetësor kombëtar të tatimit të përgjithshëm në vitin 2017, në të ardhmen e sigurimit shëndetësor do të mos jetë faktori përcaktues për shpenzimet dhe pagesa nëndorë. Në vend të kësaj, vendimet e qeverisë mbi shpenzimet e shërbimit për pacientin do të jetë përcaktuese. Pritet që të gjitha shërbimet për të sëmurët me TB të ofrohen falas.

***Shërbimet e TB për fëmijët dhe gratë*** duke pasur parasysh rritjen e kohëve të fundit në përhapjen në mesin e fëmijëve, dhe të tashmen gjendja relative e dobët e menaxhimit TB për fëmijët në vend, fokusi i ndërhyrjeve do të jetë në përmirësimin e menaxhimit dhe ndërhyrjeve nëpërmjet zhvillimit dhe përdorimit të Udhëzimeve Kombëtare për menaxhimin e TB tek fëmijët, duke përfshirë menaxhimin LTBI dhe të kontaktimi, gjurmimi, rritja e kapaciteteve të mjekëve pediatër dhe infermieret në spitalin Pediatrik Qendra

Universitare "Nënë Tereza" dhe spitalet rajonale dhe krijimin e lidhjeve të duhura me pulmonologistsëve, blerja dhe shpërndarja adekuate e tuberkulin menaxhohet nga sistemi i furnizimit MSH drogës (paguar fillimisht nga GF), dhe një sistem rigoroz mbikëqyrës mbi përdorimin e drogës dhe udhëzimeve dhe PSO-ve. Përpjekjet janë plotësuar nga aktivitetet e edukimit bazë në komunitet të TB (shih gjithashtu seksionin CSS), në mënyrë që të ndikojnë qëndrimin hezituese e grave për të hyrë në kujdesin shëndetësor për shkak të stigmatizimit.

**MDR-TB**

***MDR-TB Unit në Spitalin Universitar "Shefqet Ndroqi" (UHSN )*** Spitali i mushkërive në Tiranë do të krijojë një njësi të veçantë të izoluar për trajtimin e rasteve të MDR-TB në vitin e parë të zbatimit . OBSH teknikisht do të mbështesë ndjekjen fizike të njësisë në mënyrë që të funksionojë sipas standardeve ndërkombëtare për trajtimin e infeksionit MDR TB kontrollit (IC) . Rindërtimi do të financohet nga buxheti i UHSN dhe i mbështetur gjithashtu nga GF në aspektin e infrastrukturës përshtatje, sistemin e ventilimit, llampat UV dhe mirëmbajtja start-up. Mirëmbajtja do të mbulohet nga UHSN nga viti 2. Zgjedhja është për një sistem më pak të shtrenjtë të ventilimit mekanik që nuk kërkon shpenzime të larta drejtimin pasi qeveria merr përsipër mirëmbajtjen.

Njësia MDR-TB do të përbëhet nga dy pulmonologist nga UHSN, të cilët do të trajnohen jashtë vendit në MDR-TB rast të menaxhimit , droga efekte anësore dhe kontrollin e infeksionit nga granti GF. MDR-TB kapacitetet e menaxhimit rast të stafit të njësisë MDR-TB do të zhvillohet më tej duke rritur kompetencat e tyre klinike me respektimin e protokolleve , integrimi asistencë rnational teknike , dhe mbështetje në përdorimin e mjeteve në dispozicion ndërkombëtare për të menaxhuar të vështira-për-të trajtuar rastet rezistente (online ERS / OBSH) . Kjo për më tepër përfshin dizenjmin e një qendre të sapongritur kombëtare MDR-TB (duke përfshirë urdhërimin drogë pas ERS / OBSH këshilla Consilium), dhe masat e duhura të kontrollit të infeksionit. Njësia MDR-TB në bashkëpunim me NRL, ISHP, MSH dhe asistencën teknike do të zhvillojë Udhëzimeve Kombëtare për MDR-TB.

***Rastet e zbulimit MDR-TB dhe diagnoza*** Zbulimi i hershëm i rasteve MDR-TB do të futet përmes diagnostifikimit të shpejta, të parashikuara në një algorithm të ri diagnostike kombëtare që do të ndrihet (me asistencë teknike) , GeneXpert (të blera me GF Grant) do të kryejnë të gjitha shfqajet pozitive dhe negative e rasteve, për të gjitha rastet e ritrajtimit dhe kategoritë e tjera me rrezik të lartë. Kontaktet e pacientëve MDR-TB 'gjithashtu do të shfaqen si pjesë e strategjisë së zbulimit të rastit. Një regjistër MDR-TB do të ndërtohet, e cila do të lidhë me një sistem elektronik qendror të regjistrimit TB. SITP në NRL do të ngrihet.

***Trajtimi MDR-TB*** Trajtimi i linjës së dytë- për pacientët MDR-TB do të sigurohet (nga Grant GF në 201 7 , MSH nga 2018 e tutje) me përkrahje sociale, efektet anësore të ilaçeve do të menaxhohen, dhe monitorimi klinike dhe laboratorike të reagimit të trajtimit do të të bëhet me mbështetjen e të Grantit GF . Trajtimi i pacientëve MDR-TB nga Shqipëria në Spitalin e Pejës në Kosovë do të përfundojë në vitin 2016, ku pas UHSN në Tiranë do të fillojë trajtimin MDR-TB.

Në ndërkohë, Njësia Qendrore e PKT do të koordinojë trajtimin dhe ndjekjen e pacientëve në spitalin e Pejës duke monitoruar progresin. Njësia Qendrore e PKT do të koordinojë trajtimin e tuberkulozit MDR rasteve me punishte barnash në spital apo rrethin përkatës (mjek dhe infermiere). Në fazat në vazhdim, secili muaj deri në përfundimin e trajtimit MDR-TB pacient merr SLD në Spitalin e Pejës (vetëm në V1) dhe për të trajtimit me anë të ambulancave në vend. Infermieret e Punishteve të barnave në spital (patronazhin) do të vazhdojnë të sigurojnë DOT, në bazë të termave të referencës të saj për t'u zhvilluar. (shih Community MDR-TB më poshtë).

Llogaritjet drogës për dizajnimin protokollin e trajtimit do të mbështetet nga ERS / OBSh internet design. Furnizimi i pandërprerë me ilaçe si edhe me ato të linjës së dytë do të sigurohen nga prokurimi i këtyre barnave përmes GDF / mekanizmave GLC. Udhëzime për menaxhimin efekte të padëshirueshme anësore nën trajtim MDR-TB do të përkthehen dhe do të përdoren për të siguruar menaxhimin e duhur të këtyre efekteve anësore. Për më tepër, stimujt për pacientët MDR-TB do të shpërndahen nga fillimi i trajtimit MDR-TB në formën e ushqimit një d paketa higjienike çdo muaj.

***Kujdesi dhe trajtimi i komunitetit MDR- TB*** Mbikëqyrja e linjës së dytë të trajtimit për pacientët MDR-TB me DOT do të ofrohen në / qendra në nivel komuniteti , duke përfshirë mbështetjen sociale . Vazhdimi i trajtimit në vendosjen jashtë-pacient kërkon zhvillimin e një sistemi të ofrimit të shërbimit të komunitetit,

bazuar në DOT mbështetësit ofruesit / trajtimit , ku infermieret e dispancerive do të luajnë një rol të rëndësishëm. Infermierët e Dispencerive (patronazhit), veçanërisht në zonat me barrë më të lartë TB, do të identifikohen dhe do të trajnohen. Kështu, Grant GF do të mbështesë sigurimin e besueshëm të DOT , monitorimin e trajtimit ambulator, aderimin, së bashku me menaxhimin e duhur të efekteve anësore , dhe mbështetjes sociale dhe të transportit stimuj . Punishte barnash në spital (patronazhin) mëndë këtë do të marrin stimuj (financiar) gjatë fazës së trajtimit të pacientëve të jashtëm së. Mbështetja financiare për infermieret do të jetë gjatë tre viteve, (3 infermieret / vit në bazë të numrit të vlerësuar të 3 pacientë MDR TB në vit) dhe qeveria do të marrë përsipër pas përfundimit të programit GF . Një mekanizmave mbikëqyrëse për të gjithë ofruesit DOT do të b e set-up nga MSH.

**Parandalimi dhe kontrolli i infeksionit TB**

Tri vlerësime GLC (2010 2013 dhe 2015) kanë treguar nevojën për masat e kontrollit të infeksionit në institucionet shëndetësore dhe spitaleve në përgjithësi dhe në veçanti për parandalimin e tuberkulozit. Në PKS 2015-2019 janë përcaktuar kërkesat për kontrollin administrativ, kontrollin e mjedisit dhe masat mbrojtëse të rrugëve të frymëmarrjes.

MSH e konsideron propozimin për FG si mbështetje final financiare për të ndihmuar dhe rritur standardin e kontrollit të infeksionit në veçanti për TB në vend. Prandaj, duke iu përgjigjur nevojës gjatë të qëndrueshme për zbatimin konsekuent të masave të kontrollit të infeksionit në të gjitha institucionet shëndetësore TB (qendrat shëndetësore / dispanseri dhe rajonale dhe qendrore spitale) , do të ndërmerren hapa konkretë për të zhvilluar dhe zbatuar planet e kontrollit të infeksionit e objektit me bazë (inpatients dhe pacientët e jashtëm) . Planet me objektiva të përcaktuara do të ndjekë nga afër udhëzimet kombëtare TB Infeksioni Kontrollit dhe procedurat standarde operative që do të zhvillohen në vitin e parë. Këto udhëzime do të ndërtohet në " Ligjit të Sëmundjeve Infektive “ të hartuar rishtazi [52] për të cilat miratimi nga qeveria është në pritje .

Masat e kontrollit të infeksionit do të përfshijnë masa administrative, mjedisore dhe të frymëmarrjes mbrojtjes . Kjo përfshin Ndarja / izolimin e kategorive të ndryshme të pacientëve me TB , të tilla si infektive vs. jo - infektive; Pacientët MDR TB vs TB ndjeshme , etj . Masat IC gjithashtu do të aplikohet për punonjësit e kujdesit shëndetësor për punë di mbrojtjen Sease dhe shfaqjen; kjo e fundit të udhëhequr nga një të qartë HCË politikë të shqyrtimit që do të zhvillohet. Për më tepër, f anëtarë Amily dhe vizitorët janë të detyruar të përdorin maskë s dhe respirators gjatë vizitave të tyre në pacientët me TB në spitale / dispanseri , dhe një plan pacient kontaktet edukimi / mbi masat IC (kollë mirësjelljes, etj) do të zhvillohen dhe zbatohen .

Me një fokus të qartë nga ana e Grantit GF në rritjen e kapaciteteve të shëndetit objektit punëtorëve , të objektit shëndetësor kontrollit të infeksionit në plan të kërkojë për zgjidhje të qëndrueshme, ndërsa futjen e masave të cilësisë dhe mbikëqyrjen. MSH mbështet këto përpjekje dhe gjithnjë e miraton pronësisë përmes marrjes IC mirëmbajtjes në vitin 2 , IC vizita mbikëqyrëse dhe i durueshëm / kontaktet e arsimit në vitin e 3 .

**Prokurimi i formulimeve pediatrike të ilaçeve të TB**

Shkalla e ulët e prokurimit për shkak të numrit të pakët të pacientëve i kanë mbajtur prodhuesit lokale deri më tani që të regjistrojnë ilaçet anti-TB në formulime pediatrike . MSH me mbështetjen e Fondit Global dhe GDF do të inkurajojë prodhuesit të regjistrojnë produktet e tyre në Shqipëri. Megjithatë, është e rëndësishme të theksohet një dispozitë back-up sipas Ligjit Nr 105/2014, "Për barnat dhe shërbimin farmaceutik":

1. Ilaçe të autorizuara (ato të regjistruara) mund të importohen nga importuesit e autorizuar siç caktuar nga kompanitë që mbajnë autorizimin e marketingut, pasi u pajisur me autorizim importit në bazë të Regjistrit të publikuar të Mjekësisë nga Qendra Kombëtare e barnave dhe Pajisje Medicinale (një Agjenci në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë).
2. Importi i paautorizuar i barnave (të paregjistruara) mund të kryhet nëpërmjet një autorizimi të veçantë nga Ministri i Shëndetësisë, rast pas rasti. Kjo është një dispozitë, në rast se ndonjë ilaçe dështonë për t'u regjistruar.

Të gjitha ilaçet e linjës së parë (FLD) për TB janë dhe do të prokurohen nga qeveria. Ilaçet e linjës së dytë (SLD) për trajtimin e MDR-TB nuk janë në dispozicion ende në Shqipëri. Ato do të kërkohen (politikë Fondi Global QA) të prokurohen nëpërmjet GDF. Vendi do të shqyrtojë mundësinë e përafrimit të prokurimit të FLD përmes mekanizmit të njëjtë , pra të krijojë një mekanizëm ligjor të prokurimit të drejtpërdrejtë nga

GDF.

Duke filluar nga viti 2, MSH do të rregullojë dhe të sigurojë prokurimin e *të gjitha* barnave TB nga buxheti i qeverisë. Shih Shtojcën për procedurat e prokurimit nga MSH. Për SDL prokurimin për të paktën 3 raste MDR-TB në vit. Formulimet Pediatrike dhe Kemoprofilaksia (Isionazid 100 dhe 300mg) do të prokurohen nëpërmjet GDF. Licencimet e importit do të lehtësohet nga MSH.

Për menaxhimin e zinxhirit për prokurimet dhe furnizimet ( PSCM ) çështjet mbi mbikëqyrjen dhe kuantifikimin e ilaçeve FLD / SLD etj , SITP dhe forcimin e ndërhyrjeve në sistemin shëndetësor, ju lutem shikoni seksionin mbi PSCM poshtë në këtë seksion 3.3.

**HIV / TB**

Seksioni 1.3 dhe Tabela 3 të nxjerrë në pah nevojën për një qasje të përbashkët TB / HIV dhe përmban pesë fusha ndërsektoriale për bashkëpunim midis programeve kombëtare. HIV dhe TB Një grup i ndërhyrjeve janë propozuar dhe fushat e identifikuara në tabelën 3, të cilat përfshijnë, ndër të tjera, funksionalizimi i një Groupi Ekspertësh Teknikë për TB / HIV, zhvillimi i udhëzimeve kombëtare TB / HIV, sigurimi i këshillimit dhe testimit të ofrimit të iniciuar HIV (PITC) për njerëz të diagnostikuar me TB në parametrat e trajtimit TB , sigurimi i shqyrtimit të duhur TB për PJHA përmes testit të shpejtë diagnostikues përdorur geneXpert , futjen e trajtimit isoniazid parandalues për PJHA , masat e kontrollit në mjediset e trajtimit të HIV-it të infeksionit TB dhe ngritjen e kapaciteteve të stafeve të shëndetit në spitale dhe dispanseritë rajonale për TB / HIV në bazë të udhëzuesvekombëtarë të TB / HIV .

**Modulet e mjedisit mundësues**

Në vijim janë zgjedhur 5 Module : 1. Sistemet e komunitetit forcimi (CSS) 2 . zhvillimi i burimeve njerëzore ; 3 . prokurimit menaxhimin dhe Furnizimit Zinxhiri (PSM); 4 . monitorimin dhe vlerësimin ; dhe 5. Menaxhimi i programit .

***Sistemet e Komunitetit forcimi (CSS)*** sistemet e komunitetit në CN janë vërejtur si të lidhur pazgjidhshmërisht me shqiptar sistemin e kujdesit shëndetësor publik dhe si i tillë forcimin e saj është konsideruar një faktor thelbësor për një përgjigje më efektive e epidemisë. Pikësëpari, forcimi i sistemeve të komunitetit është që të arrijë të përmirësuara të zbulimit dhe shëndetësore rezultateve për SHPK-në dhe PJHA , partnerëve të tyre dhe pacientët TB.

Forcimi i sistemit të komunitetit do të lejojë përmirësimin e aksesit në shërbimet ekzistuese të kujdesit shëndetësor, duke bërë të mundur të shërbimit që janë më të përshtatura për nevojat e grupeve të caktuara të rrezikut . Por edhe më e rëndësishme, ajo do të ofrojnë mundësi për të arritur popullsinë më të margjinalizuara dhe të fshehura, që janë, popullatat kyçe të prekur të cilët nuk mund të jenë të dukshme për ekzistuese pikat e shërbimit të palëvizshme dhe institucionet shëndetësore për shkak të geograp hic, sociale apo faktorë të tjerë. Si e tillë ajo do të gjenerojë bazën për identifikimin e personave në rrezik dhe diagnostikimin e hershëm të infeksioneve me HIV dhe TB. Për më tepër, ajo do të mbështesë barazinë gjinore dhe righ TS të popullsive të rrezikut dhe PJHA , dhe do të mundësojë një mjedis që i lejon qëndrueshmërinë e përgjigjes kombëtare të HIV dhe TB.

Parimet kryesor ofrohen për të gjitha aktivitetet në forcimin e sistemit të komunitetit është të bashkohet me përpjekjet e komuniteteve të ndryshme për të që përmban e HIV / AIDS dhe epideminë e TB në vend. Dy strategjitë kryesore të udhëhequr aktivitetet e OshC-ve :

*Strategjia 1 " Ngritja e kapaciteteve institucionale, planifikimi dhe udhëheqja e zhvillimit në sektorin e komunitetit " :* Kjo është strategjia e parë dhe ynon ndërtimin e kapaciteteve të OSHC-ve kyç që punojnë në fushat e HIV dhe TB. Kjo përfshin forcimin organizativ , menaxhimin dhe lidershipin, menaxhimin financiar, burimeve njerëzore, aftësi teknike dhe një sistem të mentorimit, sipas nevojës për ndërtimin potencialin e këtyre organizimit të kontribuar në kontrollin e epidemive, duke punuar me një numër në rritje të OSHC-ve të vogla në të ardhmen. OSHC-të tashmë janë plotësisht [53] dhe lidhjet do të themelohet me mbështetjen e shoqërisë civile programit të mbështetur nga Bashkimi Evropian [54] .

*Strategjia 2 "Mobilizimi social, ndërtimin e lidhjeve të komunitetit, bashkëpunim dhe koordinim" :* Kjo përfshin krijimin e rrjetit të komunitetit (shih gjithashtu seksionin 3.2 Strategjia # 2 'e komunitetit bazuar në qasje) që lidh OSHC duke qenë të rinjtë, gratë, studentët ose bashkë grupet e tjera të organizatave të komunitetit, dhe ka për qëllim identifikimin e hershëm (dhe referimit) të kyç në personat me

rrezik në komunitetin (PS, MSM, PDIs , dyshuarve me TB ) në mesin e popullatës së përgjithshme (grupeve studentore, grupet e të rinjve, Gr grave OUP, organizatat e njerëzve, por edhe për punonjësit e shëndetësisë / vullnetarë (p.sh. duke siguruar dot), etj ) . Koordinatorët e rrjetit, që veprojnë në nivel bashkie dhe rekrutuar nga zyrat e shërbimit social, klinikat shëndetësore dispanseri (p.sh. për TB aplikon e 'modelit Dispensary infermiere' shih pjesën:, OJQ-të apo subjekte të tjera për t'u vendosur, do të forcojnë lidhjet me OShC-të në komunitetet e zgjedhura. OShC-të do të bëhen të vetëdijshëm dhe të trajnuar në rolin e tyre si 'sytë dhe veshët' e shoqërisë civile. Koordinatori i rrjetit siguron funksionalitetin dhe monitorimin e sistemit.

Strategjia e dytë përfshin më tepër a) forcimin e marrëdhënieve midis qeverisë dhe OSHC duke gjetur fusha ndër-sektoriale dhe të përbashkëta të bashkëpunimit në HIV dhe programet e TB, dhe b) forcimin e partneritetit publik-privat. Pritet që në të ardhmen e afërt, ndoshta në vitin 2016, legjislacioni do të ratifikohet që lejon organizatë jo qeveritare që do të kontraktohen nga qeveria.

Të dy strategjitë pritet të shumë të kontribuojnë në krijimin e një mjedisi të qëndrueshëm për vazhdimin e shërbimeve parandaluese për HIV dhe pacientët TB pas përfundimit të financimit GF.

***Burimeve njerëzore të menaxhimit dhe zhvillimit të*** burimeve njerëzore të menaxhimit dhe zhvillimit synon arritjen ing spektrin ndryshme të shërbimit dhe kujdesit ofruesit, menaxherë dhe specialistë në TB dhe HIV fushën lidhje e ofrimit të shërbimeve në nivele të ndryshme të sistemit shëndetësor, nga stafi i OJQ-të, shëndetësor kujdesit të personelit në shëndetin dhe KTV qendra, profesionale në të sistemit shëndetësor rajonal të qarkut dhe, si dhe specialistë në dispanseri rajonale dhe ofruesit e kujdesit terciar në rrethin, spitalet rajonale, QSUT dhe National Referenca Laboratori për TB , duke përfshirë infermierët, mjekët e familjes, infectionists, pediatër, epidemiologët, pneumologists dhe teknikë laboratorike . Jo vetëm personelit në të shëndetit të sektorit bu t edhe profesionistë në sektorët socialë dhe gjyqësorit, si policia dhe stafi i burgjeve janë objektiv i kapaciteteve forcimit të përpjekjeve përfshirë ed në Programin. Si e tillë e qasjes identifikon angazhimin e sektorit publik dhe privat.

*Kapacitetet në nivel qendror* koordinimit të programit TB nga Njësia Qendrore PKT do të jetë nën Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) dhe si e tillë financohet nga ISHP. Njësia TB Qendrore në ISHP është përgjegjëse për koordinimin e programit TB & mbikqyrjes dhe ka stafin e mëposhtme caktuar: Koordinatore e Programit TB, epidemiolog dhe stafit M & E. Njësia Qendrore e TB të kryejë të gjitha detyrat e tij të shëndetit publik, si për të gjitha sëmundjet ngjitëse të kontrolluar programet në ISHP. Programi i kontrollit të TB ndihmohet nga një koordinator dhe laboratorike TB klinike koordinatorit TB si në Spitalin Universitar "Shefqet Ndroqi" (UHSN). Organogrami bashkëngjitur përshkruan marrëdhëniet hierarkike ndërmjet instituteve dhe qendrave shëndetësore aktive në programin e TB në Shqipëri. Stafi Njësia Qendrore TB në ISHP do të trajnohen të brendshme dhe ndërkombëtare, në organizimin dhe menaxhimin, si dhe çështje teknike TB. Ku fondet GF përdoren për personelin apo trajnim gjatë programit 3-vjeçar, këto do të merren përsipër nga ISHP mbi përfundimin e programit.

*Sigurimi i cilësisë së programit të TB* Mbikëqyrja dhe mentorimi në të gjitha nivele (kombëtare, rajonale dhe qarkut) është planifikuar të kryhet nga ana e ekipit mbikëqyrës të PKT të 3-4 njerëzve (menaxheri NTP, laborator, epidemiolog dhe anëtarëve të bazuar në nevojat ). Çdo qender shëndetësore TB, duke përfshirë repartet pediatrike dhe sistemit penitenciar, do të mbikëqyret një herë në vit dhe të shëndetit qendrave në zonat barrë më të lartë të tuberkulozit do të marrin vizita mbikëqyrëse dy herë në vit. Numri total i vizitave mbikëqyrëse të planifikuara në vit është 55. Lista mbikëqyrëse dhe kontrolli do të përdoren. Vizitat mbikëqyrëse do të financohen nga Granti GF gjatë 3 viteve të Programit GF dhe do të mbulohen më pas nga MSH. Plani i tranzicionit do të përcaktojë qartë qëndrueshmërinë në drejtim programatike folloë-up dhe mbështetje financiare.

*Strategjia e shpërndarjes BNJ* me qëllim të racionalizimit shpërndarjen e burimeve njerëzore të kualifikuara në përputhje me barrën e sëmundjes dhe nevoja, një qasje e dyfishtë është zhvilluar që përfiton programin e kontrollit të TB: 1. Në lidhje me post-të diplomuarit trajnimi 4vjeçarë klinikë në sëmundjet e mushkërive, sëmundjet infektive, pediatri, mikrobiologji dhe shëndeti publik (epidemiologjia) që ka filluar në vitin 2014 në QSUT në baza vjetore, marrëveshjet kontraktuale mes Ministrisë së Shëndetësisë dhe të mjekëve banor mjekësore (MD) janë duke u rishikuar, në mënyrë që të sigurohet se shka cialized MD shërbejnë në rrethin e, spitalet rajonale apo universitare si të nevojshme. 2. Stimujt financiarë (trefishtë të pagës mesatare aktuale të një rrethi / rajonal Hospital MD) për MDs shërbejnë në rajone të pamjaftueshëm të

vendit janë vendosur nga një dekret të qeverisë në korrik të vitit 2015. Zbatimi i këtij vendimi të Qeverisë do të ndihmojë në zbutjen e mungesa aktuale në disa specialitete në rrethin e / spitalet rajonale.

*Ngritja e kapaciteteve* Trajnimi mbi menaxhimi i rasteve të TB, në kontrollin e infeksionit dhe DOT do të koordinohen nga njësia qendrore e PKT dhe me kusht që epidemiologët, pediatër, infermieret punishtet e barnave në spital, mjekët e familjes dhe infermierët në qendrat shëndetësore. Përveç kësaj, organizatat e komunitetit OSHC-të, dhe mbështetësit e trajtimit të TB do të trajnohen si pjesë e strategjisë së drejt një "modeli të pacientëve të jashtëm ".

Qendra e Edukimit në Vazhdim do të sigurojë akreditimin e trajnimit (pas marrjes manualit të trajnimit, lista e trajnerëve dhe planit të trajnimeve). Kreditet do të sigurohet për temën e trajnimit. Kreditet e fituara përmes sistemit të edukimit në vazhdim të (CME) do të lidhen më mirë me praktikën e çdo profesionisti mjekësor. Kurse QEV do të zgjatet. HIV dhe trajnimit të akredituar TB do të jetë një nxitje për të gjitha institucionet shëndetësore në të ardhmen për të kryer trajnime dhe trajnime të reja për ato jo të trajnuar në bazë të Programit .

Të drejta për qasje të bazuara në perspektivat do të përfshihen në zhvillimin e materialeve të trajnimit për programet e HIV TB dhe . Duke marrë parasysh stigmës dhe diskriminimit pranishme në mesin e ofruesve të shërbimeve që lidhen me HIV dhe TB, aktivitetet do të bëhet forum për të ndryshuar jo vetëm aftësitë teknike, por qëndrimet si. Kjo bëhet veçanërisht e rëndësishme për shërbimet e TB , sepse - vijon kuadrin e miratuar rregullator si përshkruhet në vende të tjera - shumica e ofruesve të trajnimit aktivitete të synuara që do të jenë të angazhuar në shërbime duke ofrimin e akull për herë të parë .

Të gjitha aktivitetet e edukimit dhe trajnimit do të jenë të dizajnuara me një pamje të ndryshimeve strukturore dhe institucionalizimit , duke siguruar kështu një mjedis më të qëndrueshëm që mund të japë kushtet për arsimim të vazhdueshëm në fushën e HIV dhe TB. kohët e fundit ka miratuar vendimin nga qeveria [55] që legjitimon dedikuar një vijë të ndara buxhetore për institucionin e kujdesit shëndetësor që mund të shfrytëzohen për aktivitete të vazhdueshme arsimore të stafit përkatës shëndetësor , shton këtë .

***Monitorimi dhe vlerësimi*** Analiza programatike e mangësive dhe përvojat e deri më sot në drejtim të monitorimit dhe planifikimin të ndërhyrjeve të HIV-it dhe TB në Shqipëri bëjnë të qartë se sistemet e informacionit mbi kujdesin shëndetësor dhe shëndetit në përgjithësi dhe HIV dhe TB në veçanti nuk janë të mjaftueshme. Kjo vlen edhe për mbledhjen, analizimin dhe raportimin e epidemive midis popullatave të përgjithsme dhe kyçe të rrezikut, si edhe në testimin, trajtimin e kaskadës, dhe kujdes dhe aktivitete mbështetëse. Në mënyrë që të miratojnë një qasje të ndërtimit të kapaciteteve në mbledhjen rutinë dhe jo-rutinë të të dhënave për të dy HIV dhe TB, disa intervenime të ndërlidhura janë propozuar.

*Madhësia e PK-së vlerëson si* të një rëndësie më të lartë të mëtejshëm investimet dhe ndërhyrjet, për të dy emërues të treguesve HIV dhe TB , është vlerësimi i madhësive të popullsisë. Për këtë qëllim, hartëzimi programatik [56] është i rëndësishëm në grupet me risk të lartë të popullatave dmth MSM, PDI dhe PS, dhe grupet e zgjedhura me rrezik të lartë të TB dhe HIV do të aplikohet (p.sh. popullsia Rome dhe Egjiptiane ) në vitin e parë .

Hartëzimi programatik pasqyron një fokus të rinovuar mbi nevojën për një përgjigje të informuar lokale ndaj epidemisë. Hartëzimi programatik është një metodë hulumtimi ku analiza dhe dokumentet në popullatat kryesore mund të arrihen, nëse shërbimet janë në dispozicion dhe të arritshme për popullatat kryesore në këto vende, tipologjia dhe madhësia e vlerësimit të SHBK-së dhe ku ka boshllëqe të programit të shërbimeve për të SHPK-së. Rezultatet do të përdoren për të shqyrtuar ndërhyrjet e propozuara dhe të përshtaten ato nëse është e nevojshme.

*Facilitimi i bazuar HMIS* Gjithashtu me rëndësi të madhe është forcimi i bazuar i sistemit menaxhimit të informacionit të qendrave shëndetësore (DPHM) dhe sistemet e monitorimit në spital , veçanërisht zhvillimin e treguesve në monitorimin e HIV dhe TB , mbledhjen e të dhënave, analiza dhe protokollet dhe udhëzimet e raportimit, të përshkruara më poshtë dhe mbikëqyrja në të gjitha nivelet . Ajo gjithashtu përfshin trendin e ofruesve të kujdesit shëndetësor mbi çështjet që nga grumbullimi i të dhënave për menaxhimin e informacionit dhe raportimet. Ndërhyrja përmes grantit të FG do të zhvillohet në sinergji me aktivitetet aktuale në forcimin e HMIS dhe finalizimin e databazës së të dhënave në MSH .

Ajo është konsideruar e nevojshme për të zëvendësuar format aktuale të grumbullimit të t dhënave në letër drejtë një sistemit me bazë të dhënash elektronike / të raportimit për diagnostikimin e reja me diagnozat

HIV dhe TB , pasi ajo do të ketë përparësitë e mëposhtme: a) raportimi do të jetë më i shpejtë, b) raportimi në kohë dhe gjithpërfshirës do të të jetë më i plotë për shkak të fushave të detyrueshme për të raportuar, c) baza e të dhënave mund të jenë të ndër-lidhura ( p.sh. KTV dhe të dhënat klinike / regjistrit TB dhe menaxhimit të rastit ) për monitorimin dhe analizën e p.sh. regjistrimit dhe aderimin në trajtimin e përmirësuar . Një Kod Unik Identifikimi (KUI) do të zhvillohet që do të mundësojë shkëmbimin e informacionit socio- demografik dhe të sjelljeve të riskut që është regjistrues në SSP dhe në njësite e lëvizshme në nivel njësie. Mbështetja GF me këtë aktivitet mbështet aplikimin dixhital e-shëndetësor (Sistemi i të Dhënave Mbarëkombëtar elektronike Mjekësore) [57] që është e vendosur nga MSH . Ky projekt i ri do të synojë të krijojë një format elektronik të pacientit dhe do të krijojë historinë elektronike shëndetësore të pacientit. [58]

*Programi M & V ngritjen e kapaciteteve për dështmi të bazuara në planifikim dhe* monitorimin e programit do të jetë përmes matjes së mbulimit, cilësisë dhe kosto-efektivitetit të shërbimeve nga të gjithë zbatuesit, me vëmendje të veçantë për cilësinë e shërbimeve . Granti i FG do të mbështesë dy hapat e mëposhtme : a) Zhvillimin dhemiratimit e standardeve të cilësisë kombëtare për shërbimet kyçe HIV (IST janë mbuluar tashmë ). Standardet mjeksore do të bazohet në standardet ndërkombëtare (OBSH), ndërsa standardet e tjera të shërbimit për programet jo-mjekësore - p.sh. për zvogëlimin e dëmeve - do të vendoset në marrëveshje me aktorëve të tjerë kyç lokal dhe do të zbatohen nga këndvështrimi i tyre. b) bazuar në këto standarde, mjete të standardizuara në M & V do të zhvillohen dhe zbatohen. Kjo e fundit përfshin forcimin e kapaciteteve M & V të partnerëve implementues, duke trajnuar në përdorimin e standardeve M & V dhe mjetet dhe softëare të përbashkët MIS , gjithashtu duke përfshirë mbledhjen e të dhënave dhe përpunimin, analizën dhe përdorimit e të dhënave për planifikimin e programit. Rrjeti i organizatave me bazë komunitare për të hartëzuar dhe identifikimin e hershëm të SHPK-së (siç përshkruhet nën CSS) do të ketë sistemit të mbledhjes së të dhënave me bazë komunitare, të cilat do të jenë pjesë e programit të M & V të sistemit.

*Forcimi i gjeneratës së dytë mbikëqyrjen e HIV / IST* BioBBS do të zhvillohet në mesin e PK aktuale si (PDI , MSM, PS dhe Roma) në V1 dhe V3 BioBBS e të dhënave do të përfshihet si pjesë e mbikëqyrjes së përgjithshme kombëtare HIV / IST dhe sistemit M & V. Protokoll aktual i BioBBS do të zgjerohet për të përfshirë IST shtesë (përfshirë. HB V, HCV, sifilizi dhe klamidia) dhe për të forcuar më shumë në thellësi analizën e të dhënave .

***Prokurimi dhe zinxhiri i furnizimit të menaxhimit***

MSH njeh mangësi të thella në vend , pasi sistemi është i penguar nga importimi i pakontrolluar, shpërndarja dhe shitja e ilaçeve, praninë e barnave të falsifikuara, çmimeve të pakontrolluara; rritja e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor në mjekësi , dhe gjasat se ilaçe lëvizin nga sistemi i subvencionuar drejt kanaleve të shitjes me pakicë, kërkesa të shumta për rimbursim nga farmacistët, dhe tatimet mbi ilaçet nuk janë paguar. Përveç kësaj, janë krijuar sisteme të pavarura të furnizimit paralel për ilaçet e HIV dhe TB, nuk kontribuojnë në zgjidhje të integruar dhe të qëndrueshme për planifikimin dhe prokurimin.

MSH është e bindur për të zgjidhur problemet dhe është duke punuar në një projekt që nga nëntori 2014, që do të krijojë një sistem rrugëtim dhe gjurmë për ilaçet , i cili pritet të jetë gati për zbatim nga mesi i 201 6 [59] . Sistemi ka për qëllim krijimin e transparencës dhe llogaridhënies në MSP [60] . Zinxhiri i furnizimit mjekësor për HIV dhe TB do të duhet të bëhen pjesë e sistemit dhe ilaë dhe pajisjet mjekësore për HIV dhe TB do të duhet të integrohen.

Në mars të vitit 2015 një ekip konsulentësh erdhi në Shqipëri nga i cili u krye një vlerësim [61] . Bazuar në këtë vlerësim dhe reformat e vazhdueshme të SP (rrugën e duhur dhe sistemit gjurmë) shërbyen si bazë për zhvillimin e Moduleve. Dy strategji kryesore zbatohen: 1. Mbështetje teknike të përpjekjeve kombëtare për reforma MSP në fushën e HIV dhe TB, dhe 2. Mbështetja teknike për MSP në QSUT në fushën e HIV dhe TB .

Lidhur me MSP kombëtar për asistencë teknike HIV dhe TB do të sigurohet për themelimin e një / Komiteti Mbikëqyrës të HIV dhe TB, ngritjen dhe funksionimin e zgjedhjen e produktit dhe Komitetin Parashikimit Teknik (PSFTC), duke përfshirë zhvillimin e termave të referencës, procedurat standarde operacionale kombëtare bazuar kuantifikim, parashikim, dhe kostim për barnat e linjës së parë dhe të dytë TB , ARV dhe testet e shpejta dhe reagentët për HIV-in, produkteve të tjera shëndetësore (doreza, maska, etj) dhe

shërbime të tjera , si dhe bashkëpunimin me agjencitë e tjera, si dhe rritjen e kontrollit të mekanizmave të prokurimit kontratat për barnat e linjës së parë dhe të dytë TB dhe ARV-ve, testeve të shpejta dhe reagentët për HIV-in, etj . Për më tepër, asistenca teknike përmes Grantit të FG do të sigurohet për të mbështetur sistemin rrugëtim dhe gjurmë për ilaçet HIV dhe TB në të gjithë sistemin e furnizimit, duke ndërtuar një sistem të fuqishëm në monitorimin e veprimeve dhe dëshmi bazë të prokurimit në kohë. Gjithashtu granti GF teknikisht do të ndihmojë të plotë vlerësimin e laboratorëve ekzistues për të vlerësuar infrastrukturën aktuale dhe pajisjet, testet e shpejta dhe reagentët, dhe kapacitetin e burimeve njerëzore .

Përkrahur nga MSH, QSUT do të ketë një strukturë të re për shërbimin farmaceutik deri në fund të vitit 2016 . Granti i FG do të ofrojë asistencë teknike për forcimin e SMP , mbështetur riorganizimin e sistemit të menaxhimit dhe shpërndarjes në QSUT dhe trajnuar personelin dhe farmacistët në përputhje me rrethanat . Menaxherët përgjegjës për monitorimin e të dhënave të pacientit dhe ata që janë përgjegjës për monitorimin e furnizimit të ilaçeve anti-TB dhe barnave ARV do të punojnë së bashku me ekspertë të MSH për të forcuar SMShI duke identifikuar elementet e përbashkët të të dhënave dhe zhvillimin e metodave, në të cilën të dhënat të përbashkëta mund të regjistrohen për pacientët me HIV ( shih gjithashtu modulin e M & V në këtë seksion 3.3).

### 3 . 4 Focus mbi Popullatat kryesore dhe / ose ndërhyrjeve Larta Ndikimit

Me anë të Projekt-propozimit dhe kërkesës për financim për Shqipërinë, të kategorizuar si një vend me të ardhura të ulëta-mesme, fokusohet së paku 55% të buxhetit direkt për tu shërbyer dhe në popullatave të rrezikut dhe / ose ndërhyrjeve të lartë të ndikimit. Shtimi dhe ngritja e kapaciteteve të punonjësve të shëndetësisë përqindja është 65%. Kërkesa është e strukturuar rreth 14 module që përfshijnë 9 module të ofrimit të shërbimeve dhe 5 module mundësojnë mjedis mbështetës.

Fokusi i përgjithshëm i ndërhyrjeve në modulet është deri në fillim të diagnostikuar HIV dhe TB dhe për të siguruar vazhdimësi të kujdesit përmes ofrimit të shërbimeve efektive për të mbushur boshllëqet kombëtare më shumë në popullsinë me rrezik në programet për HIV dhe TB sipas analizës programatike. Të gjitha së bashku 9 modulet e shërbimit do të kalojnë mbi 60% të buxhetit të 3-vjeçare Fondit Global .

Ndërhyrjet e shërbimeve janë përqendruar të gjitha popullatat në-rrezik. Njëqind për qind e aktiviteteve për parandalimin e HIV-it janë në shënjestër për PDI, MSM, PS dhe të burgosurit dhe janë dhënë nëpërmjet një zgjedhje e modeleve më të lartë për parandalimin e ndikimit të zbatuara përmes strategjisë së rajonalizimit. Masat e parandalimit janë plotësuar për TB për të rritur zbulimin e hershëm të rasteve dhe trajtimin në mesin e PJHA të sapo diagnostikuar si dhe në mesin e ShBK-së.

Strategjia e shkrirjes parashikon mbajtjen në fokus të TAR-it në program, ndërsa gradualisht zhvendosur aktivitetet e ndërhyrjes në pronësi të shtetit.

Tek TB kujdesi dhe ndërhyrjet për parandalimin, si dhe ndërhyrje TB / HIV dhe MDR-TB do fokusohen në pacientët me TB në rajonet me një numër të lartë si të TB dhe HIV-it dhe një numër të lartë të bashkë-infeksioneve TB dhe HIV. PDI, PS, PJHA , kontaktet e TB, Roma dhe të burgosurit janë grupet kryesore për ndërhyrje.

Modulet e Mundësimit të mjedisit (sistemet komunitetit forcimin, sistemet shëndetësore forcimi) janë me qëllim të mbrojtjes së të drejtave të grupeve më-në-rrezik dhe të sigurojnë avokim për qasje në shërbime të kualitetit të lartë për këto grupe. Rezultatet e pritura nga ndërhyrjet nën këto module do të mundësojnë shërbime të qëndrueshme për grupet më-në-rrezik.

## PJESA 4 : Zbatimi i marrëveshjeve dhe vlerësimi i riskut

### 4 . 1 Përmbledhje mbi zbatimin e marrëveshjeve

**a. Arsyeja pse marrëveshja e propozuar nuk pasqyron një marrëveshje financimi dual-track**

Në vitin 2007, Bordi i Fondit Global miratoi përdorimin rutinë të financimit dual-track, si një sërë masash nën titullin "Forcimi i rolit të shoqërisë civile dhe sektorit privat në punën e Fondit Global". Natyra e qëllimit, objektivat dhe aktivitetet e këtij

propozimi kërkojnë një ndërveprim mes shoqërisë civile dhe OBK-së, në bashkëpunim me qeverinë për zbatimin e tyre me sukses. Megjithatë, në rastin e Shqipërisë financimi dual-track nuk është propozuar për këtë kërkesë financimi.

Shoqëria civile ka luajtur një rol kritik në çdo hap të proceseve të këtij Koncept Note: një gamë e gjerë e shoqërisë civile dhe komuniteteve kanë qenë të përfshira në zhvillimin e saj dhe do të vazhdojnë të jenë të përfshira në zbatimin e programit nëpërmjet ofrimit të ndërhyrjeve specifike për popullatat kryesore (shih detajet në Seksionin 3). Megjithatë, CCM njeh gjithashtu kapacitetin disi të dobët organizativ dhe institucional të shumë OJF-ve në Shqipëri, shumica e të cilave kanë dalë në vitet e fundit, pas 50 viteve të sundimit komunist. OJF-të kanë luajtur një rol kyç si N/K në Fondin Global, Roundi 5 dhe janë bërë përpjekje për të forcuar kapacitetin organizativ dhe institucional të OJF-ve, jo vetëm në shkallën e ofrimit të shërbimeve përtej kapacitetit të tyre të tanishëm, por edhe për t'i lejuar ata që të marrin në menaxhim përgjegjësi më të mëdha, duke përfshirë rolin e tyre të mundshëm si Përfitues Primar për programet e Fondit Global. Megjithë përpjekjet e përsëritura dhe eksplicite për të inkurajuar OJF-të për t'u bërë Përfitues Primar, pak ose aspak interes është shprehur për të përmbushur këtë rol.

Në këtë rast do të jetë vetëm një Përfitues Primar për këtë program, që është përzgjedhur nëpërmjet një thirrje të hapur për aplikantët dhe një procesi transparent të vlerësimit dhe miratimit nga MKV.

Pranë Komitetit Përzgjedhës të MKV janë dorëzuar dy aplikime për PR; UNFPA / NESMARK dhe Ministria e Shëndetësisë / UNDP Albania. Shprehja e interesit nga UNFPA / NESMARK u skualifikua pasi nuk u plotësua Thirrja për kriteret e propozimeve dhe nuk u bashkangjit asnjë dokumentacion mbështetës. Pas shqyrtimit, rekomandimit dhe miratimit të kërkesës nga MKV, u ra dakord që Ministria e Shëndetëisë do të jetë Përfituesi Primar përgjegjës për menaxhimin e programit dhe arritjen e rezultateve.

**Përzgjedhja e Ministrisë së Shëndetësisë si Përfitues Kryesor**

Argumentet e mëposhtme mbështesin përzgjedhjen e Ministrisë së Shëndetësisë si Përfitues Kryesor në krahasim me Institutin e Shëndetit Publik (Përfitues Kryesor në Raundin 5):

*Pozicioni i MSH-së për të koordinuar sektorin shëndetësor*
MSH është organi koordinues i të gjitha subjekteve të shëndetit publik dhe është përgjegjës për monitorimin e cilësisë së shërbimeve të ofruara nga subjektet shëndetësore publike dhe private në vend. Në raportime të ndryshme përshkruhet rëndësia e përmirësimit të cilësisë në koordinimin dhe bashkëpunimin ndërmjet subjekteve shëndetësore. Gjatë periudhës së grantit të kaluar kur ISHP-ja ishte PR, delegimi i roleve dhe përgjegjësive me subjektet e tjera shëndetësore ishte artificial, i kufizuar vetëm në zbatimin e grantit dhe jo i qëndrueshëm. Në këtë rast u gjetën zgjidhje për të mundësuar zbatimin e granteve, pa ndërtuar modele të reja të qëndrueshme dhe afatgjata. Ministria e Shëndetësisë është dhe ka qenë i vetmi institucion, përgjegjës për drejtimin dhe monitorimin e subjekteve të shëndetit, duke përfshirë QSUT , ISHP, FSSH, si pjesë e mekanizmave të saj strukturore dhe qeverisëse. Në ditët e sotme MSH është institucioni qeveritar i angazhuar për të ndërmarrë reforma strukturore në sektorin shëndetësor në tranzicion drejt mbulimit universal shëndetësor.

*Mandati i MSH-së për të miratuar linjën e veprimit dhe për të siguruar bashkëpunim në program*

Si një institucion që harton politika dhe në të njëjtën kohë si subjekti përgjegjës për zbatimin e PKS per HIV-in MSH siguron mbajtjen e cështjeve të HIV-it dhe TB në rendin e ditës; ka autoritetin që të grumbullojë fonde në rritje për HIV-in dhe TB nga buxheti i shtetit; të koordinojë punën e të gjitha institucioneve shëndetësore nën juridiksionin e saj, për të siguruar bashkëpunim për një impakt më të madh dhe shërbim më të mirë shumëdimensional për Shoqatën e Personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri dhe popullatave kryesore.

Ministria e Shëndetësisë është gjithashtu autoriteti që mund të hyjë në marrëveshje të veçanta me ministritë e linjës duke siguruar që çështjet e HIV-it në lidhje me politikat sociale dhe arsimore, strategjitë dhe ligjet të marren në konsideratë.

ISHP-ja, si implementuese e aktiviteteve specifike të shëndetit publik në vend, nuk ka mandatin për të krijuar kuadrin e

nevojshëm rregullator për të zbatuar plotësisht PKS per HIV Kjo është një nga arsyet pse çështjet e TB janë duke u trajtuar jashtë ISHP-së. Gjatë zbatimit të grantit të parë, ISHP-ja nuk ka arritur të miratojë protokollet e bashkëpunimit aq shumë të nevojshme për adresimin e kompleksitetit të punës në lidhje me HIV-in.

Ligji i ri për sëmundjet infektive, i cili do të miratohet nga Kuvendi i Shqipërisë në fund të vitit 2015 ( në përputhje me rregullat dhe direktivat e BE-së) do të adresojë këtë boshllëk. Departamenti i Shëndetit Publik pranë MSH do të ketë autoritetin dhe do të jetë përgjegjës për të lehtësuar dhe siguruar bashkëpunim jo vetëm në lidhje me HIV-in dhe TB, por në të gjithë gamën e politikave të sëmundjeve infektive në vend, duke përfshirë edhe agjencitë e tjera publike si Drejtoria e Doganave, Drejtoria e Policisë Kufitare, Ushqimit, Sigurisë, etj.

*Pozicioni i MSH-së për të lidhur dhe harmonizuar Sistemin e Monitorimit dhe Vlerësimit*

*M*onitorimi dhe vlerësimi ishin një nga pikat e dobëta të implementimit të grantit të parë. Strukturat e Monitorimit dhe Vlerësimit nuk ishin në gjendje të mblidhnin ose përditësonin rregullisht të gjitha të dhënat e nevojshme për të prodhuar raporte analitike që do të shërbenin për planifikimin e politikave të vendit. Treguesit e monitorimit janë të bazuar në të dhënat e anketës dhe jo në sistemet formale të raportimit të vendit, të cilat në mënyrë rutine mbledhin dhe përpunojnë informacionin. Është e rëndësishme të përmendet se subjektet shëndetësore kanë mbyllur sistemet e raportimit të brendshëm dhe nuk kanë qenë në gjendje të lidhen me njëri-tjetrin.

ISHP-ja nuk ka qenë në gjendje për të ndikuar në procesin e raportimit të institucioneve të ndryshme shëndetësore ose për të zbatuar përdorimin e treguesve dhe burimeve të të dhënave që nevojiten të raportohen nga subjekte të ndryshme.

MSH ka formalizuar një strukturë të re që do të jetë në gjendje të marrë përpara angazhimin e institucionit për të përmirësuar mbledhjen e të dhënave dhe sistemin e informacionit. Vendi është duke shkuar drejt një përdorimi më të mirë të teknologjisë, në dobi të sistemit shëndetësor dhe programuesit të saj (shih gjithashtu seksionin 3.3 të Modulit të Monitorimit dhe Vlerësimit).

*Pozicioni i MSH për të drejtuar PSM*
Sistemet PSM të menaxhuara nga ISHP-ja kanë mbetur prapa në lidhje me shërbimet për Personat që jetojnë me HIV/AIDS. Ndërsa sistemet kombëtare të prokurimit publik kanë bërë hapa përpara dhe e-prokurimi është ngritur në të gjithë qeverinë, prokurimi i trajtimit me Anti-Retroviralë dhe pajisjeve shëndetësore të lidhura me të nuk u bënë pjesë e sistemit të ri të reformuar. ISHP-ja si PR i mëparshëm lehtësoi prokurimin e produkteve të tilla në mënyrë të pavarur nga QSUT. Duke qenë procese të pa qendrushme, nuk u planifikuan dhe nuk u ndërmorrën masa për prokurimin e ARV-ve. Prokurimi nuk ishte në përputhje me QSUT, duke shkaktuar kështu vonesa në planifikim dhe implementim.

MSH është angazhuar për të ngritur një Komision për zgjedhjen dhe parashikimin e produktit deri në korrik të vitit 2015 për të identifikuar nëse linjat e tanishme ART janë në përputhje me Udhëzimet e Konsoliduara të OBSH-së (2013) në mënyrë që të optimizohet ART (shih gjithashtu seksionin 3.3 të Moduli PSM). Ky komision do të jetë përgjegjës për zgjedhjen e produktit dhe parashikimin e ushtrimeve të sakta. Për të zbutur rreziqet në drejtim të vonesave apo mos gjendjes në stok gjatë procesit të prokurimit, do të organizohen takime të rregullta. MSH do të mbështesë farmacinë e QSUT duke e rinovuar dhe zgjeruar në mbështetje të Praktikës së Ruajtjes së mirë të barnave esenciale, deri nga fundi i vitit 2016.

**Nëse është nominuar më shumë se një PR, Si do të procedohet me koordinimin mes PR-ve për të njëjtën sëmundje dhe për dy sëmundje**

Nuk aplikohet.

**Lloji i Marrëveshjes së Menaxhimit të Nën-përfituesit ka të ngjarë të jetë vënë në vend edhe nëse Nën-përfituesit janë identifikuar**

***Marrëveshja e Menaxhimit të Përfituesit Primar***

Ministria e Shëndetësisë është Përfituesi Kryesor dhe i vetëm, si i tillë do të jetë përgjegjës për menaxhimin e programit, menaxhimin financiar, menaxhimin e N/K ( qeveritar ), menaxhimin e zinxhirit të furnizimit dhe Monitorimin & Vlerësimin. Strukturat e MSH-së tanimë do të duhet të rriten për të marrë përsipër këtë rol shtesë, si rrjedhim staf i ri do të kontraktohet për të forcuar njësitë ekzistues për të menaxhuar programin e Fondit Global si PR. Për të siguruar qëndrueshmëri, pozicionet e nevojshme për zbatimin e programit kombëtar në plan afatgjatë do të kalojnë nga Fondi Global për të financuar qeverinë. Në fushën e menaxhimit të NP, për shkak të kufizimeve në legjislacionin aktual, në vitin e parë MSH do të kontraktojë vetëm SRS qeveritar. OJQ-të SRS do të kontraktohen dhe menaxhohen nga UNDP në vitin 1 të grantit, më pas ky funksion do të merret përsipër nga MSH-së në momentin që legjislacioni do të ketë ndryshuar (pritet viti 2 i grantit). UNDP do të hyjë në një marrëveshje për ndarjen e kostos me MSH-së dhe me kërkesën e MSH-së Fondi Global do të japë fonde për UNDP për të realizuar aktivitetet direkt në UNDP. Në dritën e kufizimeve të përmendura, UNDP do të jetë në menaxhimin e OJQ-ve SRS në vitin 1 të programit. Gjithashtu, UNDP do të mbështesë Ministrinë e Shëndetësisë për të hyrë në tregun ndërkombëtar dhe sigurojë cilësi farmaceutike duke garantuar produkte shëndetësore me çmime konkurruese përmes kontratave ekzistuese.

Si pjesë e zhvillimit të kapaciteteve të planifikimit do të përcaktohet një zgjidhje e qëndrueshme dhe me kosto efektive për prokurim ndërkombëtar të grantit PHP pas Fondit Global. Nëse qeveria do t'a marrë përsipër këtë funksion, pastaj do t'a transferojë atë, duke përfshirë zhvillimin e kapaciteteve të nevojshme, do të inkorporohet në planin e ZhK. Komponenti i tretë që do të zbatohet nga UNDP-ja do të jetë zhvillimi i kapaciteteve. Pasi plani ZhK të jetë përpunuar (pritet nga gjysma e dytë e vitit 2016) aktivitetet në planin ZhK do të zbatohen nga UNDP-ja duke përdorur metoda të ndryshme. Pjesë e saj do të jenë drejtuesit e zhvillimit të kapaciteteve të kontraktuar nga UNDP për të mbështetur stafin e Ministrisë së Shëndetësisë në zbatimin e përditshëm të grantit. Ndërsa stafi i Ministrisë së Shëndetësisë do të ketë vendim marrjen për implementimin, drejtuesit e zhvillimit të kapaciteteve të UNDP do t'u ofrojnë atyre trajnim për një periudhë të caktuar.

Në aktivitete të tjera ZhK, përfshihen mbështetja për rishikimin e legjislacionit, rishikimin e SOP-ve, implementimin e procedurave të reja etj. Për zbatimin e menaxhimit të OJQ-ve SR (për një periudhë të kufizuar), prokurimin PHP dhe zbatimin e aktiviteteve ZhK, UNDP-ja do të angazhojë një numër të kufizuar stafi i cili do të reduktohet me kalimin e kohës, duke qenë se roli i saj do të zvogël0het. Mbështetja e kapaciteteve do të plotësojë përpjekjet e tjera për të forcuar sistemin qeveritar, duke përfshirë kapacitetin menaxhues të Ministrisë së Shëndetësise të përkrahjes së donatorëve. Plani i zhvillimit të kapaciteteve do të jenë i bazuar në forcimin e institucioneve kombëtare për të rritur impaktin e programit dhe për t'i mundësuar Ministrisë së Shëndetësisë menaxhimin në mënyrë efektive të programit pas mbështetjes së Fondit Global.

Takime mujore koordinuese do të mbahen nga PMU me Ministrinë e Shëndetësisë dhe menaxhuesit e lartë të UNDP-së, gjithashtu takime të rregullta do të mban me NKs dhe partnerët teknikë (një herë në çdo dy muaj). Një takim tre-mujor do të jetë i dedikuar për shqyrtimin e progresit, ndërsa takimet gjashtë-mujore do të caktohen për të rishikuar Letrat e menaxhimit të Fondit Global dhe shqyrtimin e zbatimit të Marrëveshjes.

Takimet vjetore të shqyrtimit do të mbahen pas marrjes së raporteve të auditimit të NK, për përgatitjen dhe paraqitjen e kërkesave të vendimit të angazhimit dhe disbursimit vjetor pranë Fondit Global. PK, mbështetur nga PMU, do të përgatisë raporte për Fondin Global, si për kërkesat e marrëveshjes së grantit ashtu edhe për CCM. Duke pasur parasysh rëndësinë strategjike të zhvillimit të kapaciteteve dhe duke marrë përsipër menaxhimin e plotë të grantit nga Ministria e Shëndetësisë, forcimi i sistemit dhe strukturave kombëtare për zbatimin e Programit Kombëtar dhe granteve të Fondit Global është kritik.

Në këtë kontekst, Ministria e Shëndetësisë dhe SRS e tjera, me përkrahjen e UNDP-së do të angazhohen së bashku në një qasje për zhvillimin e kapaciteteve për të forcuar programin kombëtar dhe funksionet e lidhura me dhënien dhe integrimin e tyre në strukturat dhe sistemin kombëtar. Kjo do të mbështetet nga Fondi Global dhe do të delegohet në bashkëpunim me partnerë të tjerë teknikë dhe partnerë të OKB-së.

Qëllimi kryesor i qasjes sistematike për zhvillimin e kapaciteteve është forcimi i sistemit të zbatimit, procedurave dhe aftësive të subjekteve kombëtare. Kjo ndihmon në ndërtimin e zotërimit të vendit, zbutjen e rreziqeve dhe përmirësimin e performancës së granteve të Fondit Global. Arritja e rezultateve të zhvillimit të kapaciteteve, duke përfshirë rishikimin dhe shfrytëzimin e Procedurave Standarde të Veprimit (SOPs) dhe sistemeve të llogarive, e përgatisin Ministrinë e Shëndetësisë për tranzicionin

dhe marrjen përsipër plotësisht të rolit si PR. Investimi në zhvillimin e kapaciteteve funksionale të subjekteve kombëtare ndihmon në sigurimin e qëndrueshmërisë së grantit të Fondit Global, si edhe të përdorë kapacitetet e ndërtuara për forcimin e programeve të ardhshme shëndetësore. Për të qenë në gjendje për të zhvilluar një plan të detajuar të zhvillimit të kapaciteteve dhe tranzicionit, një plan të detajuar të aktiviteteve për periudhën nëntor-shkurt është paraqitur më poshtë sipas marrëveshjes mes Ministrisë së Shëndetësisë dhe UNDP-së:

### Aktivitetet prioritare për të finalizuar zhvillimin e kapaciteteve dhe planit të tranzicionit

| # | Aktiviteti | Afati i fundit |
|---|---|---|
| 1 | Pajtohem me MSH (dhe programeve të sëmundjeve) të planit dhe afatin kohor për CD. | Nëntor |
| 2 | MSH dhe programet kombëtare të pajtohen me ndarjen e përgjegjësive pas financimin të GF. | Fillim dhjetori |
| 3 | UNDP (GF PT) të ndërmarrë misionin fillestar për studimin dhe lehtësimin e vetë-vlerësimit të nivelit aktual të kapacitetit të MSH dhe ndoshta dy programeve të sëmundjeve. | Dhjetor |
| | UNDP (GF PT) të ndërmarrë misionin për të lehtësuar punën për zhvillimin e planit të zhvillimit të kapaciteteve nga MSH. | Janar |
| 4 | Drafti i parë i planit CD të shpërndahet me institucionet kombëtare. | Janar |
| 5 | Komente në versionin e parë të planit CD dorëzuar UNDP-së. | Janar |
| 6 | Versioni i dytë i planit CD shpërndarë nga UNDP-ja. | Janar |
| | CO për të mundësuar një takim me institucionet kombëtare për të patur planin CD dhe planin e tranzicionit të zhvillimit të miratuar. | Shkurt |
| 7 | Plani CD / tranzicionit dorëzuar Fondit Global për marrjen e granteve. | Shkurt |
| 8 | Zbatimi i fazës së parë të Zhvillimit të Kapaciteteve dhe Planit të tranzicionit të veprimit, për të forcuar Sistemin Kombëtar. | Para fillimit të grantit (në qoftë se para alokimit të fondeve të grantit të miratuar) ose pas fillimit të grantit |

***Marrëveshjet e Menaxhimit të SR***

Propozimi parasheh përdorimin e dy llojeve të SRs për zbatimin e grantit të Fondit Global: institucioneve publike nën juridiksionin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe të Organizatave të Shoqërisë Civile. Është zhvilluar një hartë e SRs publike dhe CS duke treguar gamën e institucioneve dhe organizatave, të cilat do të përfshihen në implementimin e projektit (shih Shtojcen 22 ). Një qasje me faza do të miratohet për menaxhimin e SR, duke ndarë kështu rolet dhe përgjegjësitë mes MSH dhe UNDP-së, të përshkruara në pjesën 4.3.2 më poshtë. Menaxhimi i SRs publik do të kryhet nga Ministria e Shëndetësisë, e cila do të jetë përgjegjëse për planifikimin, monitorimin dhe raportimin gjatë implementimit të Fondit Global. Shoqëria civile në Shqipëri ka evoluar në disa fusha që nga implementimi i programit të mëparshëm të Fondit Global Roundi 5, në të cilën u angazhuan një pjesë nga Komuniteti dhe OJQ-të SRs. SRs e përfshira në sektorin e shëndetësisë përfshijnë OJQ kombëtare me përvojë të dëshmuar, kapacitet dhe eksperiencë të demonstruar.

Sa të jetë e mundur, nuk do të ketë ndryshim në SRs krahasuar me marrëveshjet e zbatimit në kuadër të grantit të mëparshëm, megjithatë ky do të jetë subjekt i vlerësimeve të kapacitetit, aktiviteteve të miratuara të programit, vlerave monetare dhe gatishmërisë së SRs për të vazhduar funksionin e tyre të caktuar.

Është e mundur që SRs dhe proceset e SSR-së do të zgjidhen nga rradhët e organizatave të mëposhtme:

- Stop AIDS dhe Aksion Plus, i cili do të mbështesë reduktimin e dëmit, duke përfshirë komponentët MMT;
- ALGA, e cila mbetet një organizatë e rëndësishme në terren për personat LGBT dhe MSM;
- Aleanca LGBT, e cila gjithashtu punon dukshëm në parandalimin e transmetimit të HIV-it dhe SST-ve të tjera në mesin e komuniteteve të saj;
- PLËHA, Organizata e personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri, ka të ngjarë të vazhdojë punën e saj në mbështetjen dhe ndjekjen e personave HIV pozitiv, si dhe avokimin për të drejtat e tyre dhe familjarëve të tyre;
- Aleanca për AIDS, themeluar në dy vitet e fundit, e fokusuar kryesisht në avokimin dhe rritjen e ndërgjegjësimit.

Të gjitha OJQ-të NK-se të propozuara do të jenë në përputhje me procedurën standarte të UNDP-së të kërkesës për propozim, duke përfshirë NK-se e mundshme të identifikuara më lart dhe SRs të tjera të ardhshme. UNDP-ja do të kryejë vlerësime për kapacitetin e NK-se të propozuara para nënshkrimit të marrëveshjeve të Grantit dhe transferimin e fondeve. Vlerësimet e kapaciteteve do të përfshihen në aneksin e Marrëveshjeve SR, ose do të përfshihen në në planet vjetore të punës së NK-sve. UNDP-ja do të punojë për ndërtimin e aftësive të Ministrisë së Shëndetësisë, në mënyrë që të jetë në gjendje për të marrë përsipër OJQ NK-se, pasi ligji të jetë adaptuar, në mënyrë që të sigurohet një tranzicion i qetë në menaxhimin e OJQ-ve nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë. PR do të ndërmarrë monitorimin rutinë dhe vlerësimi i aktiviteteve qeveritare NK-se do të sigurojë një dëshmi-bazë të fortë për të informuar vendimmarrjen dhe propozojë ndryshime në programim, si edhe të vlerësojë kërkesat për financim nga NK-it. Gjatë kësaj kohe UNDP-ja do të menaxhojë OJQ-të NK-ra dhe do të sigurojë raportim të rregullt dhe rezultate vlerësimi pranë Ministrisë së Shëndetësisë.

Plotësimi dhe saktësia e të dhënave të kontabilitetit do të monitorohen dhe vlerësimi do të bëhet në bazë të efikasitetit të menaxhimit, ndarjes adekuate të përgjegjësive, ruajtjes së detyrimeve dhe aseteve, transparencën e transaksioneve, autorizimit brenda kufijve të autoritetit përkatës, dokumentacionin e përpunimit të transaksioneve dhe bashkërendimit të llogarive.

**d. Koordinimi mes PR të nominuar dhe Nën-përfituesit të saj Përkatës**

MSH, si PR ka përgjegjësinë e përgjithshme për menaxhimin e programit dhe koordinimin midis SRs, qofshin ato SRs publike apo SRs OJQ. Bazuar në reagimet nga NK-set dhe performanca e rishikuar nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë do të mbikqyret menaxhimi i NK-it publik nga stafi i MSH dhe OJQ-SRS nga UNDP-ja. NK-sit do të përfitojnë ngritje kapacitetesh në baza të rregullta dhe të vazhdueshme sipas rastit. Koordinatorët e OJQ SR do të monitorojnë rregullisht aktivitetet e Fondit Global dhe do të raportojnë me shkrim për UNDP, e cila më pas do t'i konsolidojë raportet për MSH dhe paraqitjen pranë Fondit Global.

Përveç kësaj, siç parashtrohet në seksionin 4.1C më sipër, mes MSH-së , UNDP-së, të gjithë SRs dhe partnerëve teknikë do të mbahen takime të rregullta koordinuese për të shqyrtuar progresin në zbatimin e grantit, performancës së NK-sve (përmes shqyrtimit të raporteve tremujore dhe raportit të auditimit) dhe pajtimin në lidhje me korrigjimin e masave siç kërkohet.

**Pjesëmarrja aktive e përfaqësuesve të Organizatave të grave, personave që jetojnë me HIV dhe TB dhe popullatave të tjera kryesore në zbatimin e programit**

Popullatat kryesore do të jenë të përfshira në zbatimin e programit në mënyra të ndryshme:

- Shumë përfaqësues të OJF-ve do të jenë drejtpërdrejtë të përfshirë me rolin e tyre si partnerë zbatues ose SRs.
- Do të ketë konsultime të vazhdueshme gjatë gjithë kohëzgjatjes së programit. Do të ketë një plan për konsultime përmes tryezave të rrumbullakëta dhe forumeve të tjera që do të zhvillohen përmes negociatave me SRs dhe OJF-të e tjera kyçe, të cilët nuk janë duke vepruar si SRs.
- MSH do të punojë me MKV dhe partnerët implementues për të siguruar që aktivitetet të kenë impakt, të sigurojë kontroll dhe balancim dhe ndërtojë aktivitete të rregullta dhe të vazhdueshme Monitorimi & Vlerësimi.

| |
|---|
| |

| 4 .2 Sigurimi i efikasitetit në zbatim |
|---|
| **Plotësojeni këtë pyetësor vetëm nëse CCM është në mbikëqyrje të granteve të tjera të Fondit Global.** |
| Nuk aplikohet |

| 4.3 Standardet Minimale për Përfituesin Kryesor (PK) dhe mbarëvajtjen e programit | | | |
|---|---|---|---|
| Emri i PR | MSH | Sektori | HIV dhe TB |
| A është aktualisht ky PK duke menaxhuar grante të Fondit Global për këtë komponent sëmundjesh apo një financim te qendrueshem te FSSh ? | | | Po |
| Standardet minimale | | Vlerësimi i CCM-së | |
| **1.** PK demostron strukturë efektive të menaxhimit dhe planifikimit | | PK, Ministria e Shëndetësisë së Shqipërisë ka punësuar 100 profesionistë dhe zyrtarë (bazuar në ligjin për nëpunësin civil) për të mundësuar planifikimin e programit, implementimin dhe monitorimin e prioriteteve të saj. Struktura e Ministrisë reflekton mandatin e institucionit, qëllimin e institucionit për të punuar në mënyrë efektive, gjithashtu tregon transparencën e proceseve. (Organigrama e Ministrisë bashkëngjitur).<br><br>Ministria është një institucion kombëtar i themeluar në Tiranë. Ajo është në gjendje të përmbushë dhe zbatojë mandatin e vet në terren përmes institucioneve të linjës, të cilat kanë role të qarta e specifike për të luajtur si në nivel kombëtar ashtu edhe lokal. Nëpërmjet këtyre institucioneve Ministria është në gjendje të sigurojë qasje të barabartë për shërbime cilësore (strukturat shëndetësore primare, klinikat, laboratorët dhe spitalet rajonale).<br><br>Më tej, Ministria planifikon politikat dhe ndërhyrjet, promovon, monitoron dhe vlerëson tendencat e shëndetit publik (Instituti i Shëndetit Publik dhe Drejtoritë | |

| | |
|---|---|
| | Rajonale Shëndetësore). Mbulimi kombëtar i shërbimeve dhe monitorimi ka shtuar vlerë në mënyrën sesi autoritetet kombëtare dhe lokale bashkëveprojnë, gjë e cila siguron një pasqyrim të prioriteteve rajonale/lokale dhe nevojave të veçanta.<br><br>Menaxhimi i projektit/programit është i organizuar në sektorë të veçantë dhe reflekton prioritetet strategjike të vendit. Zyrtarët dhe profesionistët janë të punësuar në bazë të ligjit për nëpunësin civil dhe kanë detyra specifike e linja të qarta raportimi.<br><br>Menaxhimi i PSM është i organizuar në dy departamente, atë të Planifikimit të Investimeve dhe Prokurimit, veprimtaria e të cilave mbështetet në Ligjin Nr.9643, datë 20.11.2006 mbi Prokurimin Publik.<br><br>Menaxhimi financiar është i bazuar në ligjin Nr.9936, datë 26.6.2008, për "Menaxhimin e Buxhetit Publik në Republikën e Shqipërisë". Ministria e Shëndetësisë është Përfituesi Kryesor i vetëm dhe si i tillë do të jetë përgjegjës për menaxhimin e programit, menaxhimin financiar, menaxhimin e N/K (qever.), menaxhimit të zinxhirit të furnizimit dhe Monitorim & Vlerësimit.<br><br>Për shkak të kufizimeve ligjore në këtë pikë, UNDP do të ofrojë mbështetje të përkohshme për PR për zbatimin e komponentëve të mëposhtëm:<br><br>• Menaxhim të OJQ-ve SRs në vitin e parë të programit. (Deri në miratimin e legjislacionit të ri).<br>• Përkrahje për Ministrinë për të hyrë në tregun ndërkombëtar, duke siguruar cilësi farmaceutike të garantuar dhe produkte shëndetësor me çmime konkurruese përmes kontratave ekzistuese.<br>Përkrahje për MSH në zhvillimin e kapaciteteve në mbështetje të planit CD të programit**,** duke përfshirë suport për stafin e përzgjedhur rishtaz, staf i cili do të menaxhojë grantin e Fondit Global dhe kujdeset për mbarëvajtjen e |

| | |
|---|---|
| | programit kombëtar.<br><br>Përmes kësaj qasjeje, mund të pritem rezultatet e mëposhtme:<br><br>• Staf profesional dhe të aftë pranë MSH për të lehtësuar zbatimin e Grantit.<br>• Forcim të kapacitetit të programeve kombëtare të HIV dhe TB për të menaxhuar në mënyrë efektive dhe efikase Grantin.<br><br>• Transferimi i aktiviteteve të mbështetura nga Fondi Global pranë planeve dhe buxhetit të qeverisë.<br><br>Sistemet e UNDP janë dizenjuar për të siguruar transparencë, përgjegjshmëri dhe efektivitet në kosto. Këto sisteme do të përdoren në fushat e përmendura më lart përgjatë kohëzgjatjes së përkrahjes së përkohshme, ku kapacitetet institucionale homologe vendase kërkojnë përmirësim.<br><br>Për secilën nga fushat e identifikuara ku MSH aktualisht ka nevojë për mbështetjen e UNDP do të përgatitet një plan i detajuar perpara periudhës së grantit, duke specifikuar kur MSH do të marrë gradualisht përgjegjësitë nga UNDP-ja. |
| 2. PR ka demostruar efektivitet në menaxhim dhe planifikim<br><br>**3.** PR zotëron kapacitetin dhe sistemet për menaxhimin dhe mbikëqyrjen e SRs (gjithashtu edhe SSRs përkatëse) | MSH do të menaxhojë SRs publik përgjatë zbatimit të projektit.<br><br>MSH nuk përfshin OJQ-të në ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe praktikave të institucioneve të qeverisë vendore për ofrimin e shërbimeve që mungojnë në Shqipëri. Ndërsa ekziston një marrëveshje e përgjithshme, në të cilën shfaqet kjo mangësi që pengon zhvillimin, proceset pjesëmarrëse dhe sigurimin e cilësisë së |

| | |
|---|---|
| | shërbimeve, partnerët kombëtarë janë angazhuar në ndryshimin e legjislacionit ekzistues.<br><br>Në këtë fazë, siç parashikohet edhe nga fillimi i grantit, procesi nuk është i plotë dhe nuk lejon ministritë e linjës të kontraktojnë OJQ-të ose transferojnë shërbime për organizatat e shoqërisë civile.<br>Nga ana e qeverisë shqiptare ka angazhim për të ndryshuar legjislacionin kombëtar, por për momentin ky proces nuk është i rregulluar me ligj.<br><br>Derisa pengesat ligjore të jenë tejkaluar, UNDP do të mbështesë MSH, duke përdorur sistemet e veta për të siguruar që burimet do të jenë në dispozicion për të identifikuar, vlerësuar dhe kontraktuar shoqërinë civile SRs dhe me arritjen e kësaj, mbikëqyrjen e punës së tyre.<br><br>Përveç kësaj, UNDP do të bashkëpunojë me MSH për të siguruar që rreziqet e mundshme që lidhen me punën e SRs të identifikohen dhe të adresohen. Bazuar në nevojat dhe sfidat e CSOs, UNDP do të ndihmojë Ministrinë për të mbështetur OJQ-të NK-se në zbatimin e programeve efektive dhe të qëndrueshme. Për menaxhimin dhe koordinimin e OJQ-ve NK-se do të përdoren rregulla dhe rregullore të UNDP-së.<br><br>Për implementimin e kësaj pjese të programit do të adaptohet një fazë tranzitore, dmth menaxhimin e OJQ-ve. NK-se. Pasi legjislacioni i ri të jetë miratuar, MSH do të marrë përsipër përgjegjësinë e plotë të kontraktimit dhe menaxhimit të shoqërisë civile të NK-ra.<br><br>Me miratimin e legjislacionit të ri (pritet brenda 2016) MSH do të kontraktojë SR për të parë nëse ka ndonjë pengesë në procesin e kontraktimit, transferimit të fondeve dhe raportimit.<br><br>Pasi të jetë konfirmuar se sistemi punon (dmth pasi NK-si i parë i kontraktuar të marrë me sukses disbursimin e dytë pas shqyrtimit dhe miratimit nga MSH mbi |

| | |
|---|---|
| | raportin e tyre), menaxhimi i të gjitha OJQ-ve NK-se të tjera do të transferohen te MSH. |
| **4.** Sistemi i kontrollit të brendshëm të Përfituesit Kryesor është efektiv për të parandaluar dhe zbuluar keq përdorimin apo mashtrimin | Sistemi i auditimit financiar të Shqipërisë është i bazuar në një sistem të brendshëm financiar kontrolli, i cili është i mirë-strukturuar, gjithëpërfshirës dhe i konsoliduar me një metodologji të mirë-zhvilluar, procedura administrative dhe auditimin të brendshëm (IA) duke synuar arritjen e objektivave të menaxhimit bazuar në parimet e transparencës, ligjshmërisë, efikasitetit dhe efektivitetit.<br><br>Sistemi i Kontrollit të Brendshëm Financiar ka tre komponentë:<br><br>• Menaxhimit të shëndoshë financiar dhe sistemeve të kontrollit (FMC), përgjegjësinë kryesore të menaxherëve në çdo njësi të shpenzimeve publike;<br><br>• IA të pavarur dhe objektiv për të mbështetur menaxhimin dhe ofrojë siguri të arsyeshme për kontrollin e sistemeve, në mënyrë që të jenë në pajtim me rregullat dhe standardet, sipas parimeve të menaxhimit financiar; dhe<br>Harmonizimin e Njësive Qendrore në Ministrinë e Financave (MF) për të hartuar dhe zbatuar një metodologji të harmonizuar dhe standartizimin e sistemeve për FMC dhe IA.<br><br>Sistemi i brendshëm i kontrollit të UNDP-së (ICS) është efektiv në parandalimin dhe zbulimin e keqpërdorimit ose falsifikimit.<br><br>Të gjitha operacionet e UNDP-së janë zbatuar në përputhje me programin, aktivitetet e procedurat, gjë e cila kërkon një nivel kontrolli sipas kornizës së kontrollit të brendshëm. ICS siguron zbatimin konsistent të politikave dhe procedurave, në përputhje me marrëveshjen e saj me Fondin Global. |
| **5.** Sistemi i menaxhimit financiar të PK është efektiv dhe i saktë | Sistemi i kontabilitetit publik i mundëson menaxherëve të bëjnë pagesa në kohë, gjithashtu të ndjekin dhe raportojnë mbi |

| | |
|---|---|
| | zbatimin e planit të punës në kohë reale.<br><br>MSH ka një Departament Financash me funksionet e financave dhe kontabilitetit si në selinë e Ministrisë, ashtu edhe në institucionet që ka nën varësi.<br><br>Ministria ka kapacitet të mjaftueshëm për të bërë pagesa, për të bërë disbursimin e fondeve qeveritare për SRs, monitorimin e buxhetit, menaxhimin e buxhetit dhe raportimin pranë Fondit Global.<br><br>Megjithatë, siç u përmend, për shkak të kufizimeve aktuale legjislative ky sistem nuk është projektuar për të punuar me ofruesit e shërbimeve të shoqërisë civile.<br><br>Legjislacioni i ri mbi NGO-t kontraktues do ta rregullojë më tej këtë zonë që ndikon në përmirësimin e sistemit të menaxhimit financiar dhe raportimit.<br><br>Pjesë e planit të vlerësimit të kapaciteteve(CD) të UNDP-së (në pritje të konfirmimit nga MSH mbi vlerësimin e kapaciteteve) do të jetë për të zhvilluar sistemet për menaxhimin financiar të OJQ-ve. |
| **6.** Depot qendrore dhe rajonale kanë kapacitet dhe janë në përputhje me praktikat e mira të magazinimit për të siguruar gjendjen e duhur, integritetin dhe sigurinë e produkteve të shëndetit | MSH është përgjegjëse për PSM e barnave, shërbimeve shëndetësore dhe pajisjeve në të gjitha fushat e tjera, përvec HIV-it dhe TB dhe si e tillë ka një kornizë ligjore dhe gjithëpërfshirëse.<br><br>Sipas programit të parashikuar, pritet që vetëm një volum modest mallrash shëndetësore të prokurohet. Hapësirat kombëtare dhe magazinat do të përdoren për mallrat e prokuruara nga granti.<br><br>Për më tepër, në përgjigje të çështjeve të ngritura përmes Letrave të Menaxhimit të Fondit Global, MSH ka përmirësuar kushtet në depo të ndryshme, sidomos në qendër Durrës, ku tanimë ka një magazinim të sigurt. Forcimi i PSM ka qenë gjithashtu i përfshirë në Strategjinë e re Kombëtare të HIV-it. |