



TË MOSHUARIT

TË BRAKTISURIT

RAPORT MONITORIMI

Shtator 2026



AUTOR
Ritvana Hajdari

QENDRESA
QYTETARE



NED

NATIONAL
ENDOWMENT
FOR
DEMOCRACY
SUPPORTING FREEDOM AROUND THE WORLD

www.qeverisja.qq.com.al

PËRMBAJTJA

1	HYRJE	3
2	METODOLOGJIA	7
3	PLAKJA DEMOGRAFIKE E SHQIPËRISË, ZHVILLIMI DHE PERSPEKTIVA	8
4	POLITIKAT DHE MASAT PUBLIKE PËR TË MOSHUARIT	13
5	MBËSHTETJA PUBLIKE PËR PERSONAT E MOSHUAR, TË ARDHURAT, SHËNDETI DHE KUJDESI AFATGJATË	16
6	PERSPEKTIVA NGA TERRENI, PËRVOJA E PROFESIONISTËVE, TË MOSHUARVE DHE FAMILJARËVE	28
Q	GJETJET KRYESORE	36
✓	REKOMANDIMET	41



1 HYRJE

Rritja e jetëgjatësisë është një nga arritjet më të rëndësishme të zhvillimit shoqëror dhe përparimit në shëndetësi. Megjithatë, fakti që njerëzit jetojnë më gjatë ka sjellë edhe ndryshime të thella në strukturën e popullsisë, duke krijuar nevoja dhe sfida të reja që shoqëria duhet të adresojë. Plakja e popullsisë, e nxitur kryesisht nga rënia e lindshmërisë dhe rritja e jetëgjatësisë, nuk është më një fenomen që karakterizon vetëm vendet e zhvilluara. Organizata Botërore e Shëndetësisë vlerëson se deri në vitin 2030 një në gjashtë persona në botë do të jetë 60 vjeç ose më shumë, ndërsa deri në vitin 2050 numri i personave të kësaj grupmoshe pritet të arrijë rreth 2.1 miliardë. Ky ndryshim po ndodh me një ritëm të paprecedentë dhe pritet të jetë veçanërisht i theksuar në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Megjithatë, plakja e popullsisë nuk përbën vetëm një ndryshim në përbërjen sipas moshës. Ajo shoqërohet me sfida të reja për sistemet shëndetësore dhe sociale, pasi me avancimin e moshës rritet probabiliteti për sëmundje kronike, kufizime të aftësisë funksionale dhe nevojë për mbështetje në aktivitetet e jetës së përditshme. Në këtë kontekst, kujdesi afatgjatë ka marrë një rol gjithnjë e më të rëndësishëm. OBSH e trajton atë si një grup ndërhyrjesh dhe shërbimesh që duhet të integrohen ndërmjet sektorit shëndetësor dhe atij social, me qëllim ruajtjen e funksionimit, pavarësisë dhe cilësisë së jetës së personave që kanë nevojë për mbështetje të vazhdueshme. Nevoja për kujdes po rritet, ndërkohë që mënyrat tradicionale të ofrimit të tij po ndryshojnë. Për një kohë të gjatë, në shumë vende përgjegjësia për kujdesin ndaj personave të moshuar është mbështetur kryesisht mbi familjen dhe kujdestarët informalë. Por ndryshimi i strukturës familjare drejt familjes bërthamë, migracioni, urbanizimi dhe ndryshimi i roleve sociale kanë reduktuar gradualisht kapacitetin e familjeve për ta përballuar të vetme këtë përgjegjësi. Analizat e fundit ndërkombëtare theksojnë se mbështetja vetëm tek kujdesi familjar bëhet gjithnjë e më e vështirë për t'u ruajtur në kushtet e plakjes së shpejtë të popullsisë dhe se nevoja për sisteme formale, të aksesueshme dhe të qëndrueshme të kujdesit afatgjatë po rritet.

Në Europë, kjo çështje është kthyer prej vitesh në një sfidë të rëndësishme të politikave sociale. Një analizë krahasuese e "European Observatory on Health Systems and Policies", që përfshin mbi 35 vende europiane, evidenton katër sfida kryesore të përbashkëta në sistemet e kujdesit afatgjatë: sigurimin e aksesit dhe kapaciteteve të mjaftueshme për ofrimin e shërbimeve, garantimin e cilësisë së kujdesit në banesë dhe në institucionet rezidenciale, mbështetjen dhe përmirësimin e pozitës së kujdestarëve informalë, si dhe sigurimin e qëndrueshmërisë financiare të sistemit. Këto problematika tregojnë se plakja demografike nuk mund të adresohet vetëm nëpërmjet rritjes së kapaciteteve shëndetësore, por kërkon koordinim ndërmjet shërbimeve shëndetësore, sociale dhe mbështetjes që ofrohet në



komunitet. Kjo qasje është reflektuar edhe në politikat e Bashkimit Evropian. Strategjia Evropiane e Kujdesit, e prezantuar në vitin 2022, synon përmirësimin e aksesit në shërbime kujdesi cilësore, të përballueshme dhe të aksesueshme, si dhe përmirësimin e kushteve për personat që ofrojnë kujdes. Një vëmendje e veçantë i kushtohet edhe zhvillimit të një game më të gjerë shërbimesh të kujdesit afatgjatë, duke përfshirë kujdesin në banesë, shërbimet me bazë komunitare dhe kujdesin rezidencial, në mënyrë që personat që kanë nevojë për mbështetje të kenë alternativa më të përshtatshme.

Në përgjigje të këtyre sfidave, vende të ndryshme kanë zhvilluar sisteme të ndryshme mbështetje për personat e moshës së tretë, të cilat përfshijnë shërbime të kujdesit në banesë, kujdes rezidencial, përfitime monetare dhe forma të mbështetjes për kujdestarët informalë. Një analizë krahasuese e Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik) e vitit 2024, e cila shqyrton sistemet e kujdesit afatgjatë në 32 vende të OECD-së dhe Bashkimit Evropian dhe zona nënkombëtare, tregon se të gjitha vendet e përfshira në analizë ofrojnë një formë mbështetje publike për personat me nevoja për kujdes afatgjatë, megjithëse niveli dhe mënyra e organizimit të kësaj mbështetje ndryshojnë ndjeshëm ndërmjet tyre. Danimarka mbështetet në shërbimet e kujdesit në banesë dhe kujdesin rezidencial, Finlanda kombinon kujdesin në banesë me pagesën për kujdes dhe mbështetjen financiare për kujdestarët informalë, Franca ofron përfitimin për autonominë personale, ndihmë sociale për akomodimin dhe lehtësime të targetuara fiskale, ndërsa Gjermania kombinon pagesën monetare për kujdesin me përfitime në natyrë dhe asistencë shtesë për kujdesin. Krahasimi i OECD-së evidenton gjithashtu se, në mungesë të mbështetjes publike, kujdesi afatgjatë do të ishte financiarisht i papërballueshëm për shumicën e personave të moshës së tretë me nevojë për kujdes. Në pothuajse të gjitha 32 vendet dhe zonat e analizuara, një person i moshuar me të ardhura mesatare dhe nevoja të larta për kujdes do të duhej të shpenzonte më shumë se të ardhurat e tij për kujdesin në banesë ose atë institucional. Në Danimarkë, Finlandë, Holandë dhe Suedi, kostoja e plotë e kujdesit për një person me nevoja të larta është të paktën trefishi i të ardhurave mesatare të disponueshme të personave të moshuar. Për këtë arsye, sistemet publike luajnë një rol thelbësor në mbulimin e një pjese të kostove dhe në sigurimin e aksesit financiar në kujdesin afatgjatë, megjithëse niveli i mbështetjes ndryshon ndjeshëm nga një vend në tjetrin. Një tjetër zhvillim i rëndësishëm lidhet me mbështetjen e familjarëve ose kujdestarëve informalë që kujdesen për të moshuarit brenda familjes. Një rishikim sistematik i vitit 2026, që analizon politikat në 27 vendet e Bashkimit Evropian, tregon se kjo mbështetje përfshin jo vetëm përfitime financiare, por edhe leje nga puna, kontribute për pensionin dhe sigurimet shoqërore, punë fleksibël, trajnime, këshillim dhe shërbime të përkohshme zëvendësuese për kujdestarët. Megjithatë, niveli dhe forma e mbështetjes ndryshojnë ndjeshëm ndërmjet vendeve. Belgjika dhe Holanda paraqesin



sistemet më të gjera të mbështetjes, ndërsa në disa vende të Europës Lindore masat mbeten më të kufizuara dhe të përqendruara kryesisht te transfertat monetare. Studimi evidenton gjithashtu se, forma të mbështetjes financiare dhe shërbime lehtësuese ekzistojnë në të gjitha vendet e analizuara, aksesit, financimi dhe kriteret e përfitimit ndryshojnë ndjeshëm.

Politikat për personat e moshuar shtrihen gjithashtu përtej organizimit të shërbimeve sociale dhe shëndetësore. OECD evidenton se sistemi fiskal përdoret në një numër të konsiderueshëm vendesh si një tjetër instrument i mbrojtjes ekonomike në moshën e tretë. Sipas raportit "Pensions at a Glance 2025", rreth një e treta e vendeve të OECD-së u ofrojnë personave të moshuar lehtësi shtesë në tatimin mbi të ardhurat, përmes përjashtimeve personale më të larta ose kredive tatimore, ndërsa 21 vende aplikojnë rregulla të posaçme tatimore për të ardhurat nga pensionet. Në total, 28 vende të OECD-së ofrojnë një formë lehtësimi fiskal për personat e moshuar ose për të ardhurat nga pensioni. Kjo tregon se mbështetja ekonomike në moshën e tretë nuk realizohet vetëm përmes pensionit, por në një pjesë të vendeve plotësohet edhe përmes trajtimit më të favorshëm fiskal të të ardhurave pas daljes në pension. Këto zhvillime reflektohen edhe në mënyrën se si organizohet kujdesi afatgjatë në Europë. Një analizë e European Social Policy Analysis Network (ESPAN), e publikuar nga Komisioni Evropian në vitin 2026 dhe që përfshin 38 vende europiane, tregon se sistemet e kujdesit afatgjatë përfshijnë forma të ndryshme të kujdesit rezidencial, kujdesit në banesë dhe shërbimeve komunitare, si dhe modele hibride dhe inovative. Analiza i kushton vëmendje të veçantë mënyrës se si organizimi i këtyre shërbimeve ndikon në mundësinë e personave të moshuar për të zgjedhur ndërmjet formave të ndryshme të kujdesit dhe në ofrimin e një kujdesi të orientuar nga nevojat e individit. Në tërësi, përvoja ndërkombëtare tregon se nuk ekziston një model i vetëm i përgjigjes ndaj plakjes së popullsisë. Disa vende kanë investuar më shumë në shërbimet profesionale në banesë dhe komunitet, të tjera kanë zhvilluar sigurime të posaçme për kujdesin afatgjatë, ndërsa në sisteme të tjera mbështetja plotësohet me pagesa për kujdestarët, njohjen e viteve të kujdesit për efekt pensioni, lehtësime fiskale dhe shërbime që u japin familjeve mundësi të ndajnë barrën e kujdesit me sistemin publik. Elementi i përbashkët është kalimi nga një qasje ku personi i moshuar mbështetet kryesisht tek familja ose institucioni rezidencial, drejt një sistemi më të gjerë që synon të ruajë autonominë dhe t'i përshtatë shërbimet me nevojat e individit.

Në këtë kuadër, edhe Shqipëria përballlet me nevojën për të përshtatur politikat dhe shërbimet e saj me një strukturë demografike që po ndryshon me shpejtësi. Plakja e popullsisë është tashmë një realitet i dukshëm dhe jo vetëm një perspektivë e së ardhmes. Censi i Popullsisë dhe Banesave 2023 tregon se pothuajse një në pesë banorë të vendit, ose 19.7% e popullsisë, është 65 vjeç ose më shumë. INSTAT identifikon rënien e lindjeve, rritjen e jetëgjatësisë dhe emigracionin e të rinjve ndër faktorët që po ndryshojnë



strukturën moshore të popullsisë shqiptare. Dimensioni dhe ritmi i këtij transformimi do të analizohen më tej në këtë raport, por vetë pesha që personat e moshuar kanë tashmë në popullsi tregon se nevojat e tyre nuk mund të trajtohen si një çështje dytësore e politikave sociale dhe shëndetësore. Shqetësimi për pasojat e plakjes së popullsisë në Shqipëri nuk është i ri. Që në vitin 2015, analiza "Population Ageing: Situation of Elderly People in Albania" , e realizuar nga INSTAT në bashkëpunim me UNFPA, e trajtonte plakjen jo vetëm nga pikëpamja demografike, por edhe në lidhje me kushtet e jetesës, shëndetin, varfërinë, pjesëmarrjen në shoqëri dhe cënueshmërinë e personave të moshuar. Raporti evidentonte gjithashtu mungesën e të dhënave të mjaftueshme, veçanërisht për shëndetin dhe pjesëmarrjen sociale të të moshuarve, duke theksuar nevojën për një qasje më të strukturuar të politikave publike ndaj sfidave që sjell plakja e popullsisë. Një dekadë më vonë, studimi kombëtar "Aging in Albania: Insights into Long-Term Care for Older Adults" , i publikuar nga UNDP Albania në vitin 2025, e vendos edhe më qartë kujdesin afatgjatë në qendër të kësaj problematike. Studimi u bazua në një anketë përfaqësuese me 790 familje me persona 65 vjeç e lart, fokus-grupe dhe intervista me aktorë të sektorit dhe evidentoi se sistemi shqiptar vazhdon të mbështetet në masë të madhe tek kujdesi familjar. Në të njëjtën kohë, studimi argumenton nevojën për një kalim gradual nga varësia pothuajse ekskluzive tek familja drejt një kombinimi më të qëndrueshëm të kujdesit familjar me shërbime formale, profesionale dhe komunitare. Një nga gjetjet më domethënëse të studimit është se prania e familjes nuk përkthehet domosdoshmërisht në mbulim të nevojave për kujdes. Sipas përmbledhjes Aging in Albania¹² (2025), 13% e personave të moshuar të përfshirë në studim nuk kishin një kujdestar, ndërsa mungesa e familjarëve pranë dhe pamundësia për të përballuar financiarisht kujdesin privat përmenden ndër barrierat kryesore. Kjo tregon se kujdesi për të moshuarit nuk mund të mbështetet vetëm te solidariteti familjar, por duhet të trajtohet edhe si çështje e aksesit, përballueshmërisë dhe përgjegjësisë publike për garantimin e mbështetjes kur familja nuk është në gjendje ta sigurojë atë.

Një panoramë e fundit jep raporti i Bankës Botërore "Long-Term Care in the Western Balkans" (2026), i cili konfirmon varësinë e lartë të sistemit shqiptar nga kujdesi informal. Sipas raportit, pothuajse 90% e personave të moshuar shqiptarë me nevojë për kujdes mbështeten te partneri ose fëmijët. Megjithatë, ky model bëhet gjithnjë e më i vështirë për t'u mbajtur në kushtet e emigracionit, ndryshimit të strukturës familjare dhe kufizimeve ekonomike që pengojnë sigurimin e kujdesit me pagesë. Kështu, sfida nuk qëndron vetëm te rritja e numrit të personave të moshuar, por edhe te fakti se mekanizmi mbi të cilin është mbështetur tradicionalisht kujdesi familja nuk është gjithmonë i disponueshëm ose i mjaftueshëm. Në përgjigje të këtij realiteti, Shqipëria ka ndërmarrë hapa për ta vendosur moshimin më qartë në agjendën e politikave publike. Ndër zhvillimet më të fundit është miratimi i "Dokumentit Politik për Moshimin dhe Planit të Veprimit 2025–2030", i cili



krijon një kuadër të posaçëm për adresimin e nevojave të personave të moshuar. Megjithatë, ekzistenca e politikave nuk është në vetvete tregues i mjaftueshëm i kapacitetit të sistemit për t'iu përgjigjur këtyre nevojave. Çështja që shtrohet është se deri në çfarë mase kuadri institucional, shërbimet ekzistuese dhe mekanizmat e mbështetjes ekonomike e shëndetësore arrijnë të përkthehen në mbështetje reale dhe të aksesueshme për një popullsi që po plaket. Në këtë kontekst, sfida për Shqipërinë nuk lidhet më vetëm me faktin se popullsia po plaket, por me aftësinë e sistemit për t'iu përshtatur me pasojat e këtij transformimi. Rritja e numrit të personave të moshuar sjell në vëmendje çështje që lidhen me sigurinë ekonomike, aksesin në kujdesin shëndetësor, mbështetjen sociale, kujdesin afatgjatë dhe rolin që vazhdon të mbajë familja në përmbushjen e këtyre nevojave. Për këtë arsye, ky raport analizon zhvillimin e plakjes së popullsisë në Shqipëri dhe gatishmërinë e sistemit publik për t'iu përgjigjur nevojave në rritje të personave të moshuar, duke shqyrtuar zhvillimet demografike, politikat dhe masat e ndërmarra, mbrojtjen ekonomike, aksesin në kujdesin shëndetësor, shërbimet ekzistuese dhe boshllëqet në zhvillimin e kujdesit afatgjatë.

2 METODOLOGJIA

Ky raport mbështetet në një analizë dokumentare, statistikore dhe cilësore të plakjes së popullsisë dhe sistemit të mbështetjes për personat e moshuar në Shqipëri. Analiza përfshin kryesisht periudhën 2015–2025, duke integruar edhe zhvillimet kryesore të vitit 2026 që lidhen me politikat dhe shërbimet për këtë grupmoshë. Janë shqyrtuar legjislacioni dhe dokumentet strategjike kombëtare, të dhënat e INSTAT, ISSH, FSDKSH, si dhe raporte të organizatave ndërkombëtare si OBSH, Banka Botërore, UNDP dhe OECD. Raporti përdor gjithashtu të dhëna primare të siguruara përmes kërkesave zyrtare për informacion nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqënies Sociale, Shërbimi Social Shtetëror, Instituti i Shëndetit Publik dhe Bashkia Tiranë. Këto të dhëna lidhen me kapacitetet e shërbimeve, përfituesit, kujdesin rezidencial, komunitar dhe në banesë, si dhe me financimin e strukturave të përkujdesit. Për të plotësuar analizën me perspektivën nga terreni, u realizuan intervista me Dr. Besnik Jakaj, mjek dhe pedagog i Geriatriisë, psikologun klinik Skënder Ravolli, gjithashtu me 23 persona të moshës 65+ dhe 17 familjarë ose kujdestarë. Këto intervista u përdorën për të evidentuar problematika që nuk dalin gjithmonë nga të dhënat administrative, si vetmia, vështirësitë në aksesin në shërbime, shëndeti mendor, kujdesi në banesë dhe barra e familjes. Një kufizim i analizës lidhet me faktin se disa të dhëna administrative nuk janë të plota ose të ndara sipas moshës, territorit dhe tipologjisë së shërbimit, ç'ka kufizon mundësinë për të matur në mënyrë të saktë mbulimin dhe efektivitetin e disa shërbimeve.

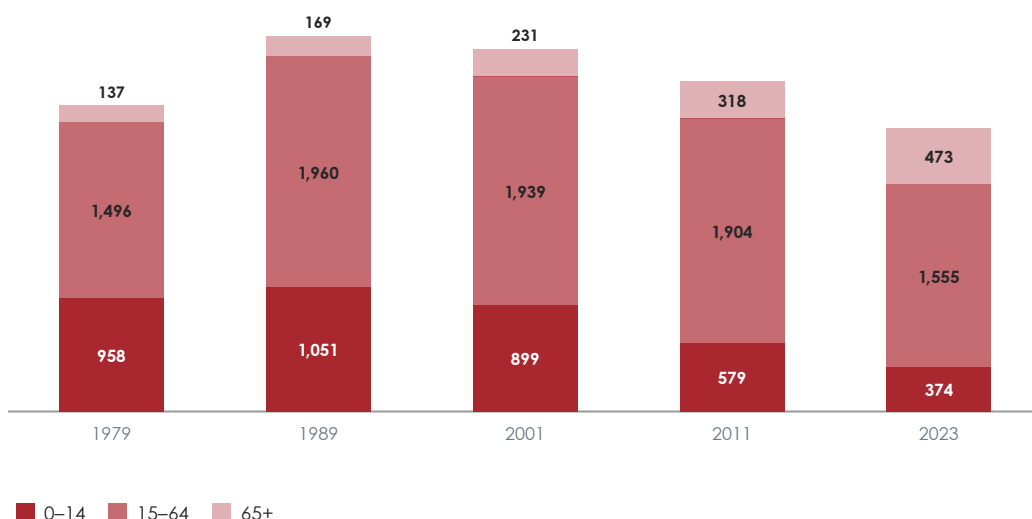


3

PLAKJA DEMOGRAFIKE E SHQIPËRISË, ZHVILLIMI DHE PERSPEKTIVA

Plakja demografike në Shqipëri është rezultat i një transformimi afatgjatë të strukturës së popullsisë, i cili gjatë dekadave të fundit është bërë gjithnjë e më i dukshëm. Përmasat e këtij ndryshimi shfaqen qartë kur krahasohen të dhënat e censuseve të njëpasnjëshëm. Në vitin 1979, në Shqipëri jetonin rreth 137 mijë persona të moshës 65 vjeç e lart, të cilët përbënin vetëm 5.3% të popullsisë. Numri i tyre u rrit në rreth 169 mijë në vitin 1989, 231 mijë në vitin 2001, 318 mijë në vitin 2011 dhe arriti në rreth 473 mijë në vitin 2023. Në të njëjtën periudhë, pesha e kësaj grupmoshe në popullsinë totale u rrit nga 5.3% në 19.7%. Në një hark kohor prej pak më shumë se katër dekadash, numri i personave 65 vjeç e lart është rritur pothuajse 3.5 herë, ndërkohë që popullsia totale e vendit, pas vitit 1989, ka hyrë në një trajektore në zbritje.

Figura 1. Popullsia sipas grupmoshave dhe viteve të censurit, 1979–2023



Burimi: INSTAT (2026), *Children and Youth in Albania: Thematic Insights from Census 2023*, Figure 2.1.

Ndryshimi bëhet edhe më domethënës kur rritja e popullsisë së moshuar shihet paralelisht me tkurrjen e brezave të rinj. Në vitin 1979, fëmijët e moshës 0–14 vjeç përbënin 37% të popullsisë, ose rreth 958 mijë persona, ndërsa në vitin 2023 pesha e tyre kishte rënë në 15.6%, ose rreth 374 mijë persona. Në të njëjtën kohë, numri i personave 65+ u rrit nga 137 mijë në 473 mijë. Pra, plakja e popullsisë shqiptare nuk po ndodh vetëm sepse më shumë njerëz arrijnë moshat e avancuara, ajo po përforcohet edhe nga zvogëlimi i brezave që hyjnë në popullsi. Vetë INSTAT e lidh këtë transformim me tri procese kryesore, rënien e lindshmërisë, rritjen e jetëgjatësisë dhe emigracionin, i cili ka prekur veçanërisht popullsinë në moshë të re dhe riprodhuese. Një tregues tjetër i rëndësishëm është rritja e grupmoshave më të avancuara brenda vetë popullsisë së moshuar. Personat 85 vjeç e lart përbënin vetëm 0.4% të popullsisë në vitin 1979, ndërsa në vitin 2023 pesha e tyre kishte arritur në 1.5%. Ky ndryshim ka rëndësi të veçantë për analizën e

kujdesit afatgjatë, pasi nevojat për ndihmë nuk janë të njëjta gjatë gjithë periudhës pas moshës 65 vjeç. Me rritjen e moshës rritet probabiliteti i kufizimeve funksionale, sëmundjeve të shumëfishta dhe nevojës për mbështetje në aktivitetet e përditshme. Për këtë arsye, analiza e plakjes nuk duhet të kufizohet vetëm te rritja e grupit 65+, por edhe te mënyra se si po ndryshon përbërja e vetë popullsisë së moshuar.

Ndryshimi i raportit ndërmjet brezave evidentohet edhe më qartë nga raporti i varësisë së të moshuarve, i cili shpreh numrin e personave 65 vjeç e lart në raport me 100 persona të moshës 15–64 vjeç. Sipas Censit 2011, ky raport ishte 16.7%, ndërsa në Censin 2023 arriti në 30.4%. Kjo do të thotë se në vitin 2011 kishte rreth 17 persona 65+ për çdo 100 persona të moshës 15–64 vjeç, ndërsa në vitin 2023 kishte rreth 30. Të dhënat vjetore të INSTAT-it tregojnë se tendenca ka vijuar, raporti i varësisë së të moshuarve u vlerësua në 31.1% më 1 janar 2024, 33.3% më 1 janar 2025 dhe 35.7% më 1 janar 2026. Ky tregues nuk duhet interpretuar sikur çdo person mbi 65 vjeç është i varur nga ana ekonomike apo funksionale dhe çdo person 15–64 vjeç është aktiv në tregun e punës. Megjithatë, ai është i rëndësishëm për të kuptuar ndryshimin strukturor që po ndodh, grupi i personave në moshë të avancuar po zë një peshë gjithnjë e më të madhe në raport me grupmoshat që potencialisht përbëjnë bazën e punësimit, financimit të sistemit të mbrojtjes sociale dhe kujdesit familjar. Pikërisht për këtë arsye, rritja e raportit të varësisë ka rëndësi jo vetëm për sistemin e pensioneve, por edhe për planifikimin e shërbimeve shëndetësore dhe sociale në të ardhmen.

Në kahun tjetër të strukturës demografike¹⁸, numri i lindjeve ka ardhur duke u reduktuar në mënyrë të vazhdueshme. Sipas INSTAT-it, në vitin 2015 u regjistruan rreth 32.7 mijë lindje, ndërsa në vitin 2024 vetëm 23.3 mijë. Në vitin 2025 numri zbriti më tej në 22,541 lindje, 3.3% më pak se një vit më parë. Kështu, vetëm brenda një dekade, Shqipëria regjistron rreth 10 mijë lindje më pak. Ky proces ka një efekt të drejtpërdrejtë në plakjen demografike, pasi brezat që hyjnë në popullsi kanë numra në zbritje në raport me brezat që kalojnë në moshat e avancuara.

Krahas lindshmërisë së ulët¹⁹, emigracioni vazhdon të ndikojë në madhësinë dhe strukturën e popullsisë. Në vitin 2025, migracioni neto u vlerësua në -28,531 persona. Edhe pse shtesa natyrore gjatë këtij viti mbeti lehtësisht pozitive, me 1,147 lindje më shumë se vdekje, emigracioni bëri që popullsia e vendit të vazhdonte të zvogëlohej, duke arritur në 2,335,930 banorë më 1 janar 2026, 1.16% më pak se një vit më parë. Për plakjen demografike¹⁶ rëndësi ka jo vetëm numri i personave që largohen, por edhe struktura moshore e migracionit. INSTAT evidenton se emigracioni shqiptar ka prekur në mënyrë të veçantë moshat e reja dhe riprodhuese, duke reduktuar njëkohësisht potencialin për lindje dhe peshën e popullsisë në moshë aktive.

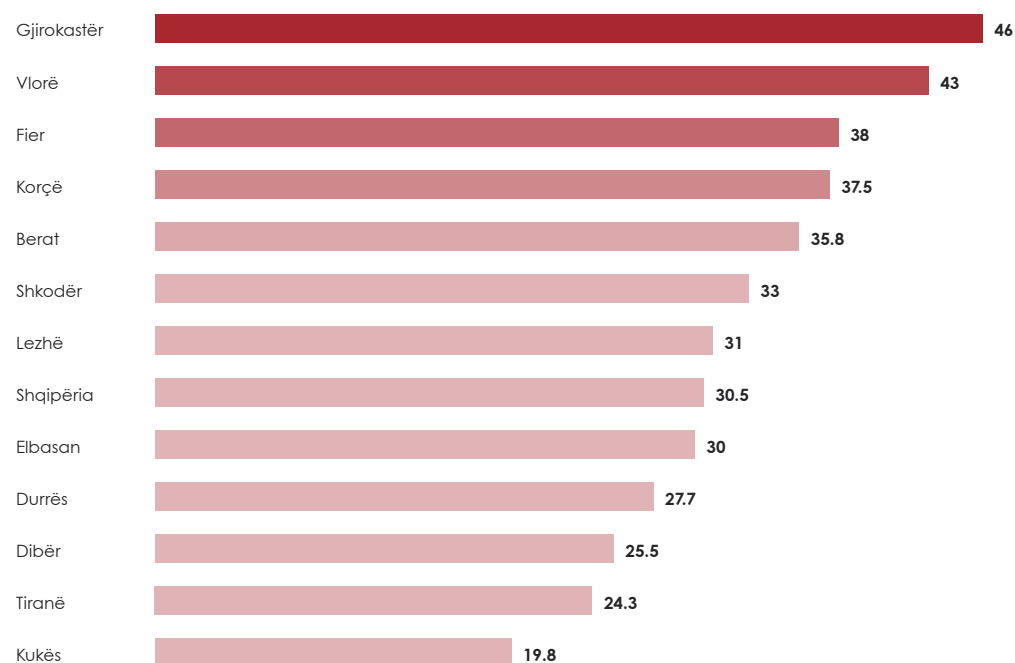
Një tjetër tregues i transformimit të strukturës moshore është mosha¹⁷ e popullsisë. Sipas Censit 2023, mosha mesatare e popullsisë shqiptare ishte 42.5 vjeç, kundrejt 35.3 vjeç në vitin 2011. Ndërkohë, vlerësimet vjetore të



19INSTAT-it tregojnë se moshë mediane arriti në 44.3 vjeç më 1 janar 2025 dhe në 45 vjeç më 1 janar 2026. Këta dy tregues nuk janë të njëjtë metodologjikisht moshë mesatare shpreh mesataren aritmetike, ndërsa moshë mediane ndan popullsinë në dy pjesë të barabarta por të dy tregojnë të njëjtin drejtim të përgjithshëm qendra e strukturës moshore të popullsisë shqiptare po zhvendoset drejt moshave më të mëdha. Rritja e jetëgjatësisë është gjithashtu pjesë e këtij transformimi. Të dhënat e INSTAT tregojnë një prirje rritëse të jetëgjatësisë në lindje gjatë periudhës para pandemisë, me një rënie të përkohshme gjatë viteve 2020–2021. Në vitin 2022, jetëgjatësia në lindje vlerësohej në 77.3 vjet për burrat dhe 80.9 vjet për gratë, një diferencë prej 3.6 vitesh në favor të grave. Dimensionin gjinor bëhet edhe më i rëndësishëm në moshat e avancuara, pikërisht për shkak të jetëgjatësisë më të lartë të grave. Censi 2023 evidenton se pesë nga gjashtë personat njëqindvjeçarë të regjistruar në Shqipëri ishin gra. Kjo ka rëndësi për politikën e kujdesit, sepse gratë jo vetëm jetojnë mesatarisht më gjatë, por kanë probabilitet më të lartë të kalojnë një pjesë të moshës së avancuar pa partner.

Raporti i Bankës Botërore¹⁴ për kujdesin afatgjatë në Ballkanin Perëndimor, duke iu referuar të dhënave të UNDP-së për Shqipërinë, evidenton se rreth 30% e grave të moshuara dhe 14% e burrave të moshuar jetojnë vetëm. Raporti vëren gjithashtu se 16% e grave të moshuara me nevojë për kujdes nuk kishin një kujdestar. Plakja e popullsisë¹⁷ nuk është gjithashtu e shpërndarë në mënyrë të njëtrajtshme në territor.

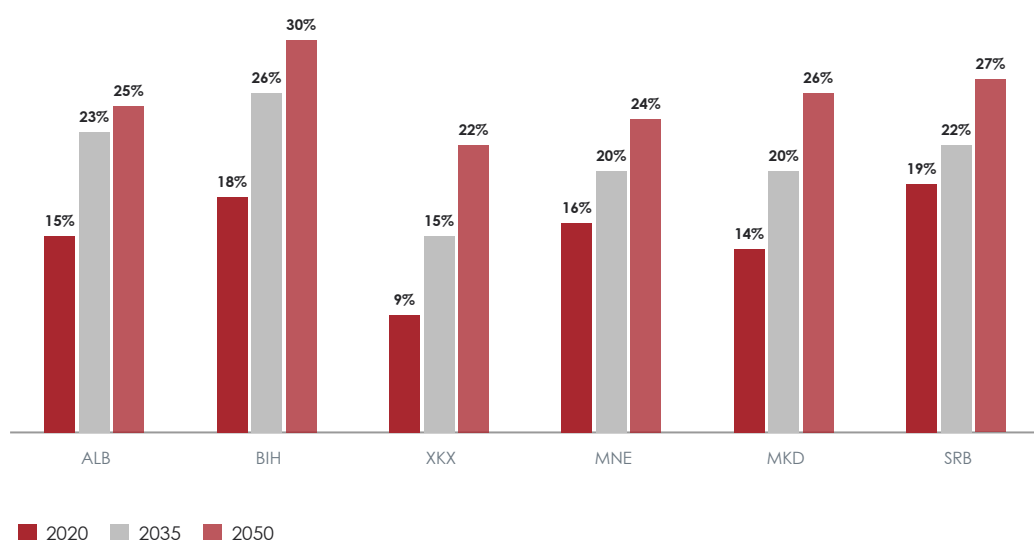
Figura 2. Raporti i varësisë së të moshuarve sipas qarqeve, 2023



Burimi: INSTAT (2024), Censi i Popullsisë dhe Banesave 2023, Figura 2.3.

Censi 2023 tregon diferenca të mëdha ndërmjet qarqeve. Raporti i varësisë së të moshuarve ishte më i ulëti në Kukës, me 19.9% dhe më i larti në Gjirokastrë, me 46.1%. Kjo diferencë është e rëndësishme sepse tregon se nevoja potenciale për politika dhe shërbime për të moshuarit nuk është e njëjtë në të gjithë vendin. Qarqet që kanë humbur më shumë popullsi të re për shkak të migrimit të brendshëm dhe të jashtëm mund të përballen njëkohësisht me një përqendrim më të lartë të të moshuarve dhe me më pak familjarë ose popullsi aktive të disponueshme për mbështetje. Për këtë arsye, plakja duhet të trajtohet jo vetëm si çështje kombëtare, por edhe si sfidë e diferencuar në aspektin territorial. Megjithatë¹⁴, ndryshimet e deritanishme përfaqësojnë vetëm një pjesë të transformimit që pritet në dekadat e ardhshme.

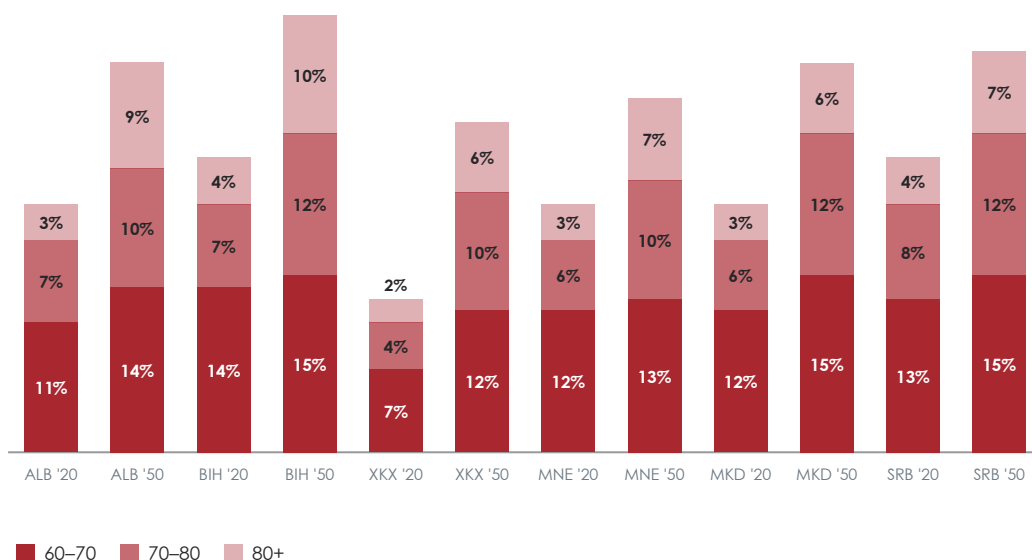
Figura 3. Përqindja e popullsisë 65 vjeç e lart dhe projeksionet deri në vitin 2050



Burimi: World Bank (2026), *Long-Term Care in the Western Balkans*, Figure 2; bazuar në United Nations, *World Population Prospects 2024*.

Sipas projeksioneve të Kombeve të Bashkuara të përdorura në raportin e Bankës Botërore “Long-Term Care in the Western Balkans”, personat 65 vjeç e lart përbënin rreth 15% të popullsisë shqiptare në vitin 2020, pritet të arrijnë rreth 23% në vitin 2035 dhe rreth 25% në vitin 2050. Sipas klasifikimit të përdorur në raport, Shqipëria pritet që brenda dekadës së ardhshme të kalojë pragun prej 21% dhe të konsiderohet një shoqëri “super-aged”. Edhe më domethënëse për kujdesin afatgjatë është mënyra se si pritet të ndryshojë vetë popullsia mbi 60 vjeç.



Figura 4. Shpërndarja e popullsisë 60 vjeç e lart sipas grupmoshave, 2020 dhe 2050

Burimi: World Bank (2026), *Long-Term Care in the Western Balkans*, Figure 3; bazuar në United Nations, *World Population Prospects 2024*.

Në vitin 2020, grupmoshat 60–70, 70–80 dhe 80+ përbënin përkatësisht rreth 11%, 7% dhe 3% të popullsisë shqiptare. Deri në vitin 2050, këto pesha projektohen të arrijnë rreth 14%, 10% dhe 9%. Pra, ndërsa popullsia 60–70 vjeç rritet relativisht më ngadalë, grupi 80+ pritet të trefishohet si pjesë e popullsisë totale. Banka Botërore e veçon pikërisht këtë proces si veçanërisht të rëndësishëm për kujdesin afatgjatë, pasi nevojat për ndihmë dhe kujdes rriten ndjeshëm në moshat më të avancuara. Të dhënat mbi kufizimet funksionale e përforcojnë këtë lidhje. Në Shqipëri, vështirësi të mëdha funksionale raportohen nga 9.4% e burrave dhe 11.5% e grave të moshës 65–74 vjeç, pas moshës 75 vjeç këto përqindje rriten respektivisht në 21.8% dhe 29.1%. Kjo tregon se rritja e grupmoshave 75 dhe 80 vjeç e lart ka implikime të drejtpërdrejta për nevojën potenciale për kujdes. Plakja e popullsisë, në këtë kuptim, nuk është thjesht një rritje numerike e personave të moshuar, por edhe një zhvendosje drejt grupmoshave ku humbja e autonomisë dhe nevoja për mbështetje bëhen më të shpeshta.

Ecuria e këtyre treguesve paraqet një ndryshim të qartë të ekuilibrit demografik në Shqipëri. Nga njëra anë, numri dhe pesha e personave të moshuar po rriten dhe brenda këtij grupi po zgjerohet popullsia në moshat më të avancuara, nga ana tjetër, lindjet po bien, emigracioni vazhdon të reduktojë popullsinë në moshë të re dhe aktive, ndërsa raporti i varësisë së të moshuarve po rritet. Kjo do të thotë se në vitet e ardhshme Shqipëria pritet të ketë jo vetëm një numër më të madh personash që potencialisht mund të kenë nevojë për kujdes, por edhe një bazë demografike relativisht më të ngushtë nga e cila tradicionalisht është siguruar mbështetja familjare. Për këtë arsye, dimensionin më të rëndësishëm të plakjes demografike për këtë



raport nuk është vetëm fakti se përqindja e personave 65+ po rritet. Sfidë qëndron te kombinimi i tri zhvillimeve që po ndodhin paralelisht, rritja e grupmohave më të avancuara, zvogëlimi i brezave të rinj dhe ndryshimi i strukturës familjare e territoriale. Nëse këto prire vazhdojnë, nevoja potenciale për kujdes shëndetësor, social dhe afatgjatë do të rritet në një periudhë kur kapaciteti tradicional i familjes për ta siguruar atë mund të bëhet më i kufizuar. Pikërisht ky raport ndërmjet rritjes së nevojës dhe zvogëlimit relativ të burimeve informale të kujdesit e bën plakjen demografike një nga sfidat që kërkon planifikim afatgjatë të politikave publike në Shqipëri.

4 POLITIKAT DHE MASAT PUBLIKE PËR TË MOSHUARIT

Përgjigjja institucionale ndaj plakjes së popullsisë në Shqipëri është zhvilluar gradualisht gjatë dekadës së fundit, përmes reformave në mbrojtjen sociale, legjislationit për shërbimet e kujdesit shoqëror dhe më pas, dokumenteve të posaçme për moshimin. Analiza e këtij kuadri tregon një zhvendosje nga trajtimi i personave të moshuar kryesisht brenda politikave të përgjithshme për grupet në nevojë, drejt një qasje më të strukturuar që përfshin moshimin aktiv, shërbimet në komunitet dhe në familje, integrimin e kujdesit shëndetësor me atë social dhe zhvillimin e kujdesit afatgjatë. Megjithatë, rëndësi ka jo vetëm zgjerimi i kuadrit strategjik, por edhe mekanizmat e ngritur për zbatimin e tij dhe shkalla në të cilën objektivat e parashikuara janë përkthyer në shërbime konkrete. Një nga dokumentet që shënon fillimin e kësaj periudhe është "Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2015–2020", e miratuar me VKM nr. 1071, datë 23.12.2015. Strategjia synonte reformimin e sistemit të mbrojtjes sociale, duke përfshirë si një nga drejtimet kryesore zhvillimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror. Në këtë kuadër, ajo parashikonte krijimin e një sistemi funksional dhe të integruar të shërbimeve, të mbështetur në parimet e decentralizimit dhe deinstitutionalizimit, si dhe zhvillimin e formave alternative të kujdesit. Personat e moshuar përfshiheshin ndër grupet me nevoja të veçanta, megjithëse strategjia nuk përbënte ende një politikë të posaçme të dedikuar vetëm moshimit.

Një hap më i rëndësishëm në krijimin e mekanizmave ligjorë u ndërmor me Ligjin nr. 121/2016 "Për shërbimet e kujdesit shoqëror në Republikën e Shqipërisë". Ligji përcaktoi shërbimet e kujdesit shoqëror si një sistem të integruar përfitimesh dhe lehtësish që synojnë mirëqenien, pavarësinë dhe përfshirjen shoqërore të individëve dhe familjeve në nevojë. Ai njeh ndër të tjera shërbimet rezidenciale dhe komunitare dhe përcakton përgjegjësitë e institucioneve publike dhe jopublike në organizimin dhe ofrimin e tyre. Në këtë mënyrë, kujdesi shoqëror nuk konceptohet vetëm si institucionalizim, por si një sistem më i gjerë shërbimesh që duhet t'u përgjigjen nevojave të individit. Zbatimi i këtij kuadri u konkretizua më tej me VKM nr. 518, datë 4.9.2018, e cila përcaktoi llojet e shërbimeve komunitare dhe rezidenciale, kriteret dhe procedurat e përfitimit të tyre. Përfitimi i shërbimit lidhet me



vlerësimin dhe referimin e rastit nga punonjësi social në njësinë e vetëqeverisjes vendore, duke krijuar një mekanizëm institucional për identifikimin e nevojës dhe orientimin drejt shërbimit përkatës. Vendimi parashikon gjithashtu shërbimin e emergjencës për të moshuarit e braktisur në situatë rruge. Kjo tregon se, në aspektin ligjor, përgjegjësia për kujdesin e personave të moshuar nuk i lihet vetëm familjes, por parashikon ndërhyrjen e sistemit publik në rastet kur individi ndodhet në nevojë.

Viti 2019 shënon një ndryshim më të drejtpërdrejtë në mënyrën se si trajtohet moshimi në politikat publike. Me VKM nr. 864, datë 24.12.2019, u miratua "Dokumenti Politik Kombëtar për Moshimin 2020–2024" dhe "Plani i Veprimit" për zbatimin e tij. Për herë të parë në këtë periudhë, personat e moshuar vendosen në qendër të një dokumenti të posaçëm kombëtar, të organizuar rreth tri drejtimeve, mbrojtjes dhe përfshirjes sociale, zhvillimit të shërbimeve sociale dhe shëndetësore të përshtatshme dhe të integruara, si dhe promovimit të shëndetit, mirëqenies dhe ndërgjegjësimin të shoqërisë për moshimin. Në të njëjtën periudhë u miratua edhe "Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2020–2023", me VKM nr. 866, datë 24.12.2019, duke vijuar reformën e sistemit të mbrojtjes sociale. Kështu, nga viti 2020 politika për të moshuarit zhvillohej në dy nivele, nga njëra anë brenda sistemit të përgjithshëm të mbrojtjes sociale dhe nga ana tjetër, përmes një plani specifik për moshimin. Kjo ndarje është e rëndësishme, sepse dokumenti për moshimin përcaktonte nevojat dhe masat specifike të grupmoshës, ndërsa sistemi i mbrojtjes sociale siguronte kuadrin institucional dhe financiar brenda të cilit një pjesë e këtyre shërbimeve duhej të organizoheshin. Në fushën shëndetësore, një zhvillim me rëndësi ishte "Strategjia e Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor 2020–2025", e miratuar me VKM nr. 405, datë 20.5.2020. Strategjia identifikon plakjen e popullsisë dhe ndryshimin e profilit epidemiologjik si faktorë që kërkojnë përshtatjen e kujdesit parësor dhe parashikon modele të reja shërbimi, ndër të cilat kujdesin në familje për të moshuarit, parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jo të transmetueshme dhe përdorimin e teknologjisë digjitale, veçanërisht në zonat e thella. Ky është një element me rëndësi për kujdesin afatgjatë, pasi e zhvendos një pjesë të përgjigjes shëndetësore nga institucioni drejt banesës dhe komunitetit.

Sipas përgjigjes zyrtare të Institutit të Shëndetit Publik, të dhënë në kuadër të këtij raporti, personat mbi 65 vjeç konsiderohen një grup me nevoja të veçanta shëndetësore dhe përfshihen në një sërë planesh dhe programesh kombëtare. ISHP deklaron se është pjesë aktive e hartimit, zbatimit dhe monitorimit të "Planit Kombëtar të Moshimit", "Programit Kombëtar të Kontrollit të Sëmundjeve jo të Transmetueshme", "Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit", "Planit Kombëtar të Promocionit të Shëndetit", "Planit Kombëtar të Kujdesit Parësor" dhe "Planit të Veprimit për Shëndetin Mendor". Në kuadër të tyre zhvillohen fushata ndërgjegjësimi dhe edukimi shëndetësor për moshimin e shëndetshëm, sëmundjet kardiovaskulare, diabetin, kancerin dhe shëndetin mendor. ISHP menaxhon gjithashtu regjistrat kombëtarë të



kancerit, aksidenteve cerebrovaskulare, sëmundjeve ishemike të zemrës dhe diabetit, të cilët përdoren për monitorimin epidemiologjik dhe si bazë për vendimmarrje dhe studime mbi gjendjen shëndetësore të të moshuarve. Megjithatë, përgjigjja e vënë në dispozicion nuk përmban të dhëna të ndara mbi numrin e personave 65+ të mbuluar nga këto masa, ç'ka kufizon mundësinë për të vlerësuar shtrirjen e tyre në këtë grupmoshë.

Një etapë e mëtejshme e reformës shënohet nga "Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale 2024–2030", e miratuar me VKM nr. 152, datë 13.3.2024. Strategjia e thellon drejtimin e nisur në dokumentet e mëparshme, duke e zhvendosur vëmendjen nga ngritja e kuadrit të shërbimeve drejt zgjerimit të tyre, përmirësimit të cilësisë dhe forcimit të kapaciteteve për ofrimin e kujdesit. Për personat e moshuar parashikohet zhvillimi i mëtejshëm i shërbimeve në familje, ditore dhe komunitare, si dhe parandalimi i institucionalizimit kur nevojat mund të përmbushen përmes formave alternative të kujdesit. Zbatimi kërkon përfshirjen e institucioneve qendrore, Shërbimit Social Shtetëror, strukturave shëndetësore dhe njërive të vetëqeverisjes vendore, duke e bërë koordinimin ndërinstitutional një element të rëndësishëm të kësaj faze të reformës.

Megjithatë, vetë dokumentet institucionale tregojnë se krijimi i kuadrit ligjor dhe strategjik nuk është shoqëruar në të njëjtën masë me mbulimin e nevojave. "Dokumenti Politik për Moshimin 2025–2030"¹⁴, në analizën që i bën situatës së trashëguar, evidenton se nevojat e personave të moshuar janë tashmë të përfshira në planet sociale të të gjitha bashkive, por vetëm 49% e nevojave të identifikuara për shërbime rezultojnë të plotësuar. Në të njëjtën kohë, rreth 35% e aplikimeve të të moshuarve për shërbime të përkujdesjes shoqërore nuk plotësohen për shkak të mungesës së kapaciteteve njerëzore, infrastrukturore ose financiare. Këto dy tregues krijojnë një dallim të qartë ndërmjet ekzistencës së mekanizmit të planifikimit dhe aftësisë reale të sistemit për të siguruar shërbimin e kërkuar. Në përgjigje të këtyre boshllëqeve, "Dokumenti Politik për Moshimin 2025–2030" përcakton një sërë masash për zhvillimin e kujdesit afatgjatë. Ai përcakton si drejtime të kujdesit afatgjatë kujdesin në shtëpi, shërbimet komunitare dhe rezidenciale, standardet e cilësisë, reduktimin e boshllëqeve territoriale dhe zhvillimin e mekanizmave koordinues ndërmjet sektorit social, atij shëndetësor, operatorëve dhe bashkive. Dokumenti parashikon gjithashtu hartimin e protokolleve të detyrueshme për kujdesin në shtëpi, qendrat ditore dhe kujdesin rezidencial, certifikimin e të paktën 300 profesionistëve për shërbimet e kujdesit afatgjatë dhe krijimin e një fondi të dedikuar nga burime shtetërore, vendore ose të Bashkimit Evropian për këtë qëllim. Këto masa përbëjnë objektiva të planit dhe nuk duhet të interpretohen si rezultate tashmë të arritura. Në fushën e shërbimeve të integruara, plani 2025–2030 përcakton ndër treguesit e tij zhvillimin e 30 shërbimeve socioshëndetësore komunitare dhe të asistencës në shtëpi për personat e moshuar. Dokumenti përfshin gjithashtu rehabilitimin ose ngritjen e strukturave të reja, si dhe masa



për forcimin e kapaciteteve të kujdesit shëndetësor parësor. Në këtë kuadër, dokumenti raporton se 1,500 punonjës të kujdesit shëndetësor parësor kanë kryer trajnime për trajtimin e individëve të moshës së tretë. Për kujdesin afatgjatë parashikohet një kombinim i shërbimeve komunitare, qendrave ditore, vizitave nga infermierët dhe kujdestarët profesionistë, ndihmës në shtëpi, mbështetjes për kujdestarët familjarë dhe kujdesit institucional sipas nivelit të nevojës. Në këtë pikë, dokumenti i ri sjell një ndryshim të rëndësishëm në mënyrën se si konceptohet përgjegjësia për kujdesin. Synimi i deklaruar është që mbështetja të mos mbetet kryesisht mbi kujdestarët familjarë të papaguar, por të rritet gradualisht roli i punonjësve të kualifikuar dhe i shërbimeve profesionale. Vetë dokumenti e lidh këtë me përmirësimin e mirëqenies së të moshuarve dhe familjeve, si dhe me shmangien e hospitalizimeve të panevojshme kur nevoja e individit mund të adresohet përmes kujdesit social, komunitar ose në banesë.

Në tërësi, analiza e periudhës 2015–2025 tregon një zhvillim të dukshëm të kuadrit të politikave për personat e moshuar. Nga trajtimi i moshës së tretë brenda sistemit të përgjithshëm të mbrojtjes sociale, Shqipëria ka kaluar drejt dokumenteve të posaçme për moshimin, njohjes së kujdesit në komunitet dhe në banesë, integritetit më të madh ndërmjet shërbimeve sociale dhe shëndetësore dhe përfshirjes së kujdesit afatgjatë si një drejtim më vete i politikës publike. Po aq i dukshëm është edhe zhvillimi i mekanizmave, planet sociale vendore, roli i punonjësit social në vlerësimin dhe referimin e rasteve, fondi social, standardet e shërbimeve, kujdesi shëndetësor parësor dhe planet kombëtare për moshimin krijojnë sot një bazë më të gjerë institucionale sesa një dekadë më parë. Megjithatë, hendeuku kryesor zhvendoset nga mungesa e politikave të kapaciteti për t'i zbatuar ato. Vetëvlerësimi institucional që vetëm 49% e nevojave për shërbime plotësohen dhe se rreth një e treta e aplikimeve mbeten pa përgjigje për mungesë kapacitetesh tregon se sistemi ende nuk arrin ta kthejë të gjithë kuadrin e krijuar në mbulim real. Në të njëjtën kohë, një pjesë e masave më të rëndësishme të "Dokumentit Politik 2025–2030" si zgjerimi i shërbimeve të integruara, standardizimi i kujdesit afatgjatë, certifikimi i profesionistëve dhe sigurimi i financimit të dedikuar janë ende objektiva për vitet në vijim. Kështu, sfida e ardhshme nuk lidhet më vetëm me hartimin e politikave për moshimin, por me financimin, shtrirjen territoriale, burimet njerëzore, koordinimin ndërinstitutional dhe monitorimin e rezultateve të tyre.

5

MBËSHTETJA PUBLIKE PËR PERSONAT E MOSHUAR, TË ARDHURAT, SHËNDETI DHE KUJDESI AFATGJATË

5.1. Mbështetja ekonomike e personave të moshuar

Mbështetja ekonomike për të moshuarit në Shqipëri sigurohet kryesisht përmes sistemit të pensioneve, por gjithashtu përfshin edhe pensionin social, kompensime të ndryshme, indeksimin periodik të pensioneve dhe në raste të



caktuara, pagesa të njëhershme nga shteti. Krahas këtyre mekanizmave kombëtarë, në nivel vendor janë ndërmarrë edhe masa që reduktojnë drejtpërdrejt disa nga shpenzimet e përditshme të pensionistëve, si subvencionimi i transportit publik në Bashkinë Tiranë. Për të vlerësuar mbrojtjen ekonomike të kësaj grupmoshe, megjithatë, nuk mjafton vetëm të shihet nëse pensionet janë rritur nominalisht, rëndësi ka edhe se si ka ndryshuar niveli i tyre në raport me të ardhurat e popullsisë aktive dhe sa nga mbështetja sigurohet përmes masave të qëndrueshme apo përfitimeve të përkohshme.

Të dhënat e Institutit të Sigurimeve Shoqërore (ISSH) tregojnë një zgjerim të ndjeshëm të skemës së pensione gjatë dekadës së fundit, në përputhje edhe me rritjen e numrit të personave që arrijnë moshën e pensionit. Në fund të vitit 2015 administroheshin 598,932 pensione gjithsej, prej të cilave 474,475 ishin pensione pleqërie. Në vitin 2025, numri i pensioneve arriti në 754,981, ndërsa pensionet e pleqërisë në 641,085. Paralelisht, shpenzimet për pensione në skemën e detyrueshme u rritën nga 86.1 miliardë lekë në vitin 2015 në 163.9 miliardë lekë në vitin 2025. Këto të fundit përfshijnë të gjitha llojet e pensioneve të skemës së detyrueshme dhe për këtë arsye, nuk mund të konsiderohen si një buxhet i dedikuar vetëm për të moshuarit, megjithatë ato tregojnë rritjen e peshës financiare të sistemit të pensione gjatë kësaj periudhe. Rritja e shpenzimeve është shoqëruar edhe me rritjen nominale të pensioneve. Pensioni mesatar i pleqërisë në zonat urbane u rrit nga 14,585 lekë në muaj në vitin 2015 në 20,123 lekë në vitin 2025, ndërsa në zonat rurale nga 8,330 në 12,313 lekë. Kur pensionit i shtohen kompensimet që ISSH përfshin në kategorinë "të ardhura nga pensioni", niveli mesatar në vitin 2025 arrinte në 21,153 lekë për pensionet urbane të pleqërisë dhe 12,866 lekë për ato rurale. Megjithatë, një panoramë tjetër del kur pensioni krahasohet me pagën mesatare. ISSH përdor "shkallën e zëvendësimit", e cila llogarit raportin e pensionit mesatar me pagën mesatare. Për pensionin urban të pleqërisë ky tregues ishte 43.2% në vitin 2015, ndërsa në vitin 2025 kishte zbritur në 30.5%. Për pensionet rurale, raporti ndryshoi nga 37.9% në 30.8%. Edhe kur përfshihen kompensimet, shkalla e zëvendësimit për të ardhurat nga pensioni urban ra nga 48% në vitin 2015 në 32% në vitin 2025. Kjo tregon se, megjithëse pensionet janë rritur në vlerë nominale, rritja e tyre nuk ka ruajtur të njëjtin ritëm me rritjen e pagës mesatare. Për rrjedhojë, pozicioni relativ i të ardhurave nga pensioni kundrejt të ardhurave të popullsisë aktive është dobësuar gjatë kësaj periudhe. Ky tregues është veçanërisht i rëndësishëm për analizën e mbrojtjes ekonomike, sepse një rritje në lekë nuk përkthehet domosdoshmërisht në të njëjtën rritje të fuqisë mbrojtëse të pensionit. Në një kontekst ku personat e moshuar përballen njëkohësisht me shpenzime të zakonshme jetese dhe me nevoja më të larta për barna, kujdes shëndetësor apo mbështetje të përditshme, rëndësi merr jo vetëm niveli absolut i pensionit, por aftësia e tij për të mbuluar këto nevoja.



Për personat që mbeten jashtë skemës kontributive ekziston pensioni social. Sipas legjislacionit, ai u jepet shtetasve shqiptarë që kanë mbushur 70 vjeç, kanë qëndrim të përhershëm në Shqipëri gjatë pesë viteve të fundit dhe nuk plotësojnë kushtet për pension nga skema e detyrueshme ose kanë të ardhura më të ulëta se masa e pensionit social. Masa e këtij përfitimi është rritur nga 6,750 lekë në muaj në vitin 2015 në 9,953 lekë nga 1 tetori 2025. Në fund të vitit 2025, ISSH raportonte 2,044 pensione sociale. Për pensionin e pleqërisë të llogaritur sipas formulës aktuale, ligji përcakton gjithashtu se shuma e përgjithshme nuk mund të jetë më e ulët se pensioni social. Një mekanizëm tjetër i mbrojtjes së të ardhurave është indeksimi i pensioneve. Ky mekanizëm është zbatuar periodikisht përmes vendimeve të Këshillit të Ministrave vetëm në vitet e fundit, pensionet u indeksuan me 8.6% në vitin 2023, 4.1% në vitin 2024 dhe 2.5% në vitin 2025. Indeksimi i vitit 2025 u zbatua nga 1 tetori dhe përfshiu edhe pensionet sociale. Funkzioni i indeksimit është ruajtja e vlerës së pensioneve përballë ndryshimeve të çmimeve, por ai duhet dalluar nga një rritje reale e pensionit, indeksimi kompenson, në masën e përcaktuar, zhvlerësimin e të ardhurave dhe nuk nënkupton domosdoshmërisht rritje të fuqisë blerëse. Përveç pensionit dhe indeksimit³², një peshë të konsiderueshme kanë edhe programet e veçanta të kompensimit. Në vitin 2025, shpenzimet për programet e veçanta të qeverisë të administruara nga ISSH arritën në 21.18 miliardë lekë, nga të cilat 17.78 miliardë për kompensime. Brenda tyre, 13.35 miliardë lekë i përkisnin kompensimit për të ardhurat minimale, nga i cili përfitonin 236,295 persona në fund të vitit. Në këto programe ISSH përfshin kompensimet për energjinë, çmimet, të ardhurat minimale, bonuset e pensionistëve dhe pensionin social. Gjatë vitit 2025 u përdorën gjithashtu dy transfertat të njëhershme. Me VKM nr. 20, datë 9.1.2025, pensionistët e pleqërisë me pension deri në 20 mijë lekë, si edhe përfituesit e pensioneve sociale, familjare dhe të invaliditetit, përfituan mbështetje financiare prej 10 mijë lekësh, ndërsa pensionet e pleqërisë mbi këtë kufi përfituan 5 mijë lekë. Efekti financiar i masës u llogarit në rreth 6.3 miliardë lekë. Në fund të po atij viti, VKM nr. 711, datë 26.11.2025, përcaktoi shpërblim prej 15 mijë lekësh për kategoritë deri në kufirin 20 mijë lekë dhe 10 mijë lekë për pensionet e pleqërisë mbi këtë nivel, me një efekt financiar prej rreth 10.4 miliardë lekësh.

Këto masa rrisin të ardhurat e disponueshme të pensionistëve në periudhën kur shpërndahen, por për nga natyra mbeten transfertat të njëhershme. Për këtë arsye, në vlerësimin e mbrojtjes ekonomike duhet të bëhet dallimi ndërmjet rritjeve të qëndrueshme të pensionit bazë, indeksimit që ruan vlerën e tij dhe bonuseve që ofrojnë mbështetje shtesë vetëm në një moment të caktuar.

Një tjetër komponent lidhet me financimin e drejtpërdrejtë të strukturave publike të përkujdesit. Në përgjigjen e saj zyrtare, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nuk jep një shumë të vetme të konsoliduar që mund të konsiderohet "buxheti për të moshuarit" gjatë viteve 2015–2025, por referon Programet Buxhetore Afatmesme të Ministrisë së Financave dhe programin



"Përkujdesi Social". Kjo është e rëndësishme metodologjiksht, sepse shpenzimet për personat e moshuar shpërndahen në programe dhe institucione të ndryshme dhe nuk duhet të trajtohen si një zë i vetëm buxhetor. Përpunimi i të dhënave buxhetore të vëna në dispozicion nga MSHMS tregon se shpenzimet faktike të strukturave të përfshira në këtë material arrinin në rreth 197.3 milionë lekë në vitin 2020, ranë në 189.9 milionë lekë në vitin 2021 dhe në 181.8 milionë lekë në vitin 2022, për t'u rritur më pas në rreth 209 milionë lekë në vitin 2023, 240.4 milionë lekë në vitin 2024 dhe 256.3 milionë lekë në vitin 2025. Pra, pas një reduktimi deri në vitin 2022, financimi nominal i strukturave të raportuara ka ndjekur një trajektore rritëse gjatë periudhës 2023–2025. Ecuria e fondeve të planifikuara dhe shpenzimeve faktike paraqitet në tabelën e mëposhtme.

Tabela 1. Financimi i institucioneve shtetërore të përkujdesit për të moshuarit, 2020–2025

Viti	Fondi i planifikuar (lekë)	Shpenzimi faktik (lekë)
2020	199,498,000	197,308,911
2021	194,453,000	189,882,026
2022	182,375,000	181,793,490
2023	209,641,000	208,993,706
2024	240,844,000	240,445,618
2025	257,719,000	256,252,713

Burimi: Përpunim i autores bazuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale mbi planifikimin dhe realizimin buxhetor të strukturave të përkujdesit, 2020–2025, të vëna në dispozicion në përgjigje të kërkesës për informacion, 2026

Megjithëse të dhënat tregojnë një rritje të financimit nominal të strukturave të raportuara pas vitit 2022, ato nuk mund të interpretohen si buxheti i përgjithshëm publik për personat e moshuar. Vlerat përfaqësojnë vetëm fondet e institucioneve të përfshira në materialin e vënë në dispozicion nga MSHMS, ndërsa përbërja e strukturave të raportuara nuk është plotësisht e njëjtë në çdo vit. Për këtë arsye, tabela jep një panoramë të ecurisë së financimit të këtyre strukturave, por nuk mund të përdoret për të vlerësuar në mënyrë të plotë shpenzimet publike kombëtare për politikën dhe shërbimet ndaj të moshuarve. Rritja e fondeve gjatë periudhës 2023–2025 tregon një shtim të burimeve financiare të drejtuara ndaj strukturave të përkujdesit të raportuara, por vetëm nga këto të dhëna nuk mund të përcaktohet nëse kjo rritje është shoqëruar me zgjerim të kapaciteteve, rritje të numrit të përfituesve apo diversifikim të shërbimeve. Këto elemente marrin rëndësi të veçantë në vlerësimin e mbështetjes reale që sistemi u ofron personave të moshuar dhe analizohen më tej në pjesën mbi shërbimet sociale dhe kujdesin afatgjatë.



Në nivel vendor, një nga masat e reja të mbështetjes ekonomike për pensionistët është subvencionimi i transportit publik në Bashkinë Tiranë. Në zbatim të Vendimit të Këshillit Bashkiak nr. 125, datë 19.11.2024, shpërndarja e abonesë së pensionistit nisi në vitin 2025, ndërsa subvencionimi u përcaktua në masën 1,600 lekë për çdo abone mujore. Sipas të dhënave të Agjencisë së Rinisë dhe Mirëqenies Sociale, për vitin 2025 u planifikua një fond prej 764,459,075 lekësh për subvencionimin e abonesë së pensionistit në të gjitha linjat e transportit qytetas të Bashkisë Tiranë. Gjatë vitit 2025 u shpërndanë gjithsej 477,787 abonime mujore për pensionistët. Numri i abonimeve ndryshoi gjatë vitit, nga 30,618 në muajin janar në 50,280 në dhjetor. Totali prej 477,787 përfaqëson shumën e abonimeve të shpërndara gjatë 12 muajve dhe jo numrin e pensionistëve unikë që kanë përfituar nga masa, pasi i njëjti person mund të ketë marrë abone në disa muaj të vitit. Subvencionimi i transportit publik përbën një formë të mbështetjes ekonomike që nuk realizohet përmes një transferte monetare të drejtpërdrejtë, por përmes reduktimit të një shpenzimi të përditshëm të pensionistit. Krahës lehtësimi të kostos së transportit, masa mund të ndikojë edhe në aksesin e personave të moshuar në shërbime shëndetësore, sociale dhe aktivitete komunitare. Megjithatë, duke qenë një masë e Bashkisë Tiranë, ajo ka shtrirje vendore dhe nuk mund të konsiderohet si një përfitim i garantuar në të njëjtën formë për pensionistët në të gjithë vendin. Mbështetja ekonomike për personat e moshuar gjatë periudhës së analizuar është realizuar përmes një kombinimi të pensioneve, indeksimeve, kompensimeve, transfertave të njëhershme dhe, në raste të caktuara, lehtësive të ofruara në nivel vendor. Megjithatë pensionet dhe shpenzimet publike të lidhura me to janë rritur në terma nominalë, të dhënat mbi shkallën e zëvendësimit tregojnë se pensioni mesatar përfaqëson sot një pjesë më të vogël të pagës mesatare sesa një dekadë më parë. Për këtë arsye, vlerësimi i mbrojtjes ekonomike të personave të moshuar nuk mund të mbështetet vetëm te rritja nominale e pensioneve apo te ekzistenca e bonuseve, por duhet të marrë parasysh edhe nivelin real të të ardhurave në raport me kostot që kjo grupmoshë duhet të përballojë. Kjo bëhet veçanërisht e rëndësishme në fushën e shëndetit, ku nevoja për barna, monitorim të vazhdueshëm dhe kujdes shëndetësor mund të përbëjë një pjesë të konsiderueshme të shpenzimeve të personit të moshuar.

5.2 Aksesin në kujdesin shëndetësor

Nevojat shëndetësore të personave të moshuar bëhen më komplekse me rritjen e moshës dhe të nivelit të varësisë. Studimi kombëtar "Aging in Albania" 12, evidenton se te grupi i të moshuarve me varësi të lartë 56% vizitojnë mjekun çdo një ose dy muaj, ndërsa 50% përdorin rregullisht më shumë se pesë barna. Në të njëjtën grupmoshë, 43% raportojnë se kanë nevojë për pajisje mjekësore shtesë dhe 32% nuk kanë akses në pajisjet që u nevojiten. Raporti evidenton gjithashtu se për një pjesë të personave të moshuar shpenzimet për shëndetin mund të arrijnë deri në 60% të të



ardhurave. Këto të dhëna tregojnë se, për një pjesë të popullsisë së moshuar, kontakti me sistemin shëndetësor nuk është sporadik, por kërkon ndjekje të vazhdueshme, menaxhim të disa trajtimeve njëkohësisht dhe shërbime që duhet të jenë të aksesueshme edhe kur personi humbet gradualisht autonominë. Në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, kuadri ekzistues e njeh në mënyrë të posaçme këtë grupmoshë. "Paketa Bazë e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor" përmban një seksion të dedikuar për kujdesin shëndetësor të të moshuarve dhe parashikon, ndër të tjera, ndjekjen e sëmundjeve kronike, vlerësimin e gjendjes funksionale dhe referimin sipas nevojës. Brenda shërbimeve në komunitet parashikohen edhe kujdesi infermieror ose kujdesi në shtëpi, kujdesi paliativ në banesë, shërbime riaftësuese pas insultit cerebral dhe këshillimi psikologjik për personin e moshuar dhe familjarët që kujdesen për të. Kjo qasje është përforcuar edhe me "Manualin për Kujdesin Mjekësor për të Moshuarit në Kujdesin Shëndetësor Parësor", të miratuar nga MSHMS në vitin 2022, i cili e koncepton kujdesin për të moshuarin si tërësor, të integruar dhe të përqendruar te pacienti. Pra, në aspektin formal, kujdesi parësor nuk e trajton personin e moshuar thjesht si një pacient me një diagnozë të caktuar, por njeh nevojën për ndërthurjen e aspekteve fizike, psikologjike dhe sociale. Megjithatë, një kufizim i rëndësishëm mbetet matja e zbatimit. Të dhënat publike nuk japin një seri të konsoliduar kombëtare për numrin e personave 65+ që marrin kujdes në banesë, rehabilitim, kujdes paliativ apo ndjekje të tjera specifike të parashikuara nga paketa. Për rrjedhojë, mund të konfirmohet se këto shërbime janë pjesë e kuadrit të kujdesit parësor, por jo se ofrohen me të njëjtën shtrirje dhe intensitet në të gjithë territorin. Një nga mekanizmat më të rëndësishëm për reduktimin e barrës financiare të trajtimit është rimbursimi i barnave. Sipas FSDKSH-së, pensionistët përfitojnë falas alternativën e parë të çdo bari të përfshirë në Listën e Barnave të Rimbursueshme. Personat e siguruar mund të përfitojnë rimbursim të plotë ose të pjesshëm sipas kategorisë, ndërsa për pensionistët mbulimi pa pagesë lidhet me alternativën e parë të barit. FSDKSH parashikon gjithashtu vizitë falas në banesë kur gjendja e pacientit nuk lejon paraqitjen në institucionin shëndetësor. Ky dallim është i rëndësishëm, sepse fakti që një princip aktiv gjendet në listë nuk do të thotë domosdoshmërisht se çdo alternativë tregtare e tij ofrohet pa pagesë.

Gjatë viteve të fundit lista e rimbursimit është zgjeruar dhe mekanizmi i përditësimit të saj është ndryshuar. Lista e vitit 2024 përmbante 1,342 alternativa tregtare, nga të cilat 624 ishin alternativa të para dhe 375 principe aktive. Në atë vit u shtuan 50 barna të reja, përfshirë 38 principe aktive të reja dhe 12 formë-doza të reja, si dhe 68 alternativa të reja tregtare. Shtesat prekën ndër të tjera trajtimin e sëmundjeve tumorale, kardiovaskulare dhe diabetit. Në vitin 2025 u aplikua për herë të parë mekanizmi i përditësimit vjetor të listës me çmimet dhe alternativat tregtare për principet aktive ekzistuese. Lista e përditësuar që hyri në fuqi më 1 mars 2025 përmbante 1,366 alternativa tregtare, prej të cilave 627 alternativa të



para, ndërsa numri i principeve aktive mbeti 375. Për rimbursimin e barnave u planifikuan 12.6 miliardë lekë dhe shpenzimet e pranuar gjatë vitit arritën në rreth 12.497 miliardë lekë, ose 99.2% të fondit të planifikuar. Në këtë kuptim, ndryshimi i vitit 2025 nuk lidhet vetëm me shtimin e produkteve, por edhe me krijimin e një mekanizmi më të rregullt për përditësimin e listës. Në vitin 2026 është miratuar lista e re e barnave të rimbursuara me VKM nr. 324, datë 6.5.2026. Lista e vitit 2026 përfshin 55 alternativa të reja tregtare dhe 27 principe aktive të reja, të orientuara ndër të tjera drejt sëmundjeve tumorale dhe hematologjike, diabetit, sëmundjeve kardiovaskulare dhe respiratore. Financimi për rimbursimin e barnave është rritur gjithashtu nga 12.6 miliardë lekë në vitin 2025 në 13.5 miliardë lekë në vitin 2026, një shtesë prej 900 milionë lekësh ose rreth 7%. Sipas planifikimit të MSHMS-së, ky fond lidhet me trajtimin e rreth 400 mijë pacientëve në të gjitha kategoritë përfituese. Rritja e listës dhe e financimit është një tregues i zgjerimit të mbulimit farmaceutik, por rëndësia e tij për personat e moshuar kuptohet më mirë nga përdorimi real i skemës. Në vitin 2024, kategoria "Pensionist pa afat" përfitoi rreth 5.69 miliardë lekë rimbursim për barna, kundrejt rreth 5.56 miliardë lekëve në vitin 2023. Shpenzimi i përgjithshëm i rimbursimit në vitin 2024 ishte rreth 11.84 miliardë lekë, ç'ka do të thotë se pensionistët përfaqësonin afërsisht 48% të rimbursimit të barnave. Pësia e kësaj kategorie në skemë është në përputhje me profilin shëndetësor të moshës së tretë, ku përdorimi i disa barnave në mënyrë të njëkohshme është dukshëm më i shpeshtë.

Një masë⁴⁴ edhe më e drejtpërdrejtë për personat mbi 65 vjeç është rimbursimi i fishave për matjen e glicemisë. Në vitin 2025, nga 60,482 pacientë që përfituan pajisje mjekësore të rimbursuara për matjen e diabetit, 58,290, ose 96.4%, i përkisnin kategorisë së personave me diabet 65 vjeç e lart. Për këtë shërbim u realizuan 214,521 receta dhe rreth 161.4 milionë lekë shpenzime, nga një plan prej 162.5 milionë lekësh. Politika vijon⁴⁶ edhe në vitin 2026, me një fond të parashikuar prej 166 milionë lekësh. Ky është një nga rastet ku mund të matet qartë jo vetëm ekzistenca e një përfitimi, por edhe përdorimi i tij konkret nga personat mbi 65 vjeç. Një tjetër element i rëndësishëm i aksesit është parandalimi. Deri në mesin e vitit 2026, Kontrolli Mjekësor Bazë, ose Check-Up, u drejtohej qytetarëve të moshës 35–70 vjeç. Madje buxheti fillestar për vitin 2026 vazhdonte të parashikonte 699 milionë lekë për Check-Up-in e kësaj grupmoshe. Kjo krijonte një mospërputhje të dukshme për politikën ndaj moshimit personat mbi 70 vjeç, pavarësisht rritjes së rrezikut për sëmundje kronike dhe multimorbiditetet, mbeteshin jashtë një prej programeve kryesore kombëtare të kontrollit parandalues. Ky kufizim u hoq me vendimin e Këshillit të Ministrave të datës 30 korrik 2026, i cili ndryshoi VKM nr. 185/2014 dhe zëvendësoi në të gjithë vendimin grupmoshën "35–70 vjeç" me formulimin "mbi 35 vjeç". Në këtë mënyrë, për herë të parë u hoq kufiri i sipërm i moshës dhe personat mbi 70 vjeç u përfshinë në grupin përfitues të kontrollit mjekësor bazë. Ndryshimi korrigjon një boshllëk të rëndësishëm në aksesin formal, por, duke qenë një masë e miratuar vetëm në verën e vitit 2026,



është ende herët për të vlerësuar se sa persona mbi 70 vjeç e kanë përdorur realisht programin dhe nëse përfshirja ligjore do të shoqërohet me të njëjtin akses për personat me probleme lëvizshmërie apo që jetojnë larg qendrave shëndetësore.

Një tregues i drejtpërdrejtë i rritjes së kërkesës për kujdes spitalor nga kjo grupmoshë vjen nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”. Sipas të dhënave të vëna në dispozicion, numri i pacientëve 65 vjeç e lart që kanë marrë shërbim në QSUT është rritur nga 19,380 në vitin 2015 në 52,404 në vitin 2025, pra rreth 2.7 herë brenda një dekade. Shtrimet më të larta të kësaj grupmoshe regjistrohen kryesisht në shërbimet e Kirurgjisë, Onkologjisë, Kardiologjisë dhe Mjekësisë Interne, ndërsa ndër diagnozat më të shpeshta evidentohen insuficienca kardiake, insuficienca renale akute, hipertensioni arterial, sëmundjet onkologjike dhe diabeti. QSUT sqaron gjithashtu se pacientët e moshuar trajtohen në shërbimet klinike përkatëse sipas patologjisë dhe nevojës mjekësore, ndërsa pas daljes nga spitali referohen për ndjekje te mjeku specialist ose mjeku i familjes. Rritja e numrit të pacientëve 65+ evidenton peshën gjithnjë e më të madhe që kjo grupmoshë po merr edhe në nivelin terciar të kujdesit shëndetësor.

Një boshllëk tjetër lidhet me kujdesin e specializuar geriatrik. Në korrik 2026, Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale njoftoi se po punohet për ngritjen e shërbimit të parë të Geriatri në Shqipëri, fillimisht pranë QSUT-së dhe më pas me synimin për shtrirje në rajone. Në të njëjtën periudhë u lançua Linja e Këshillimit për të Moshuarit, në numrin falas 08004042, për informim dhe orientim drejt shërbimeve shëndetësore dhe sociale. Fakti që shërbimi geriatrik po ngrihet në vitin 2026 është domethënës, ndërsa sistemi ka prej vitesh një paketë të kujdesit parësor për moshën e tretë, kujdesi i specializuar geriatrik nuk ka qenë i konsoliduar si shërbim i posaçëm. Në momentin aktual ai duhet trajtuar si një zhvillim në proces dhe jo si një rrjet funksional kombëtar.

Panorama e aksesit shëndetësor për personat e moshuar është e dyfishtë. Nga njëra anë, sistemi ka zgjeruar gradualisht mekanizmat e mbrojtjes, ekziston një paketë e posaçme e kujdesit parësor për të moshuarit, pensionistët përfitojnë rimbursim të barnave, lista dhe financimi i barnave janë zgjeruar, janë ngritur masa të targetuara për diabetikët mbi 65 vjeç dhe në vitin 2026 është hequr edhe kufiri i sipërm për Check-Up-in. Nga ana tjetër, të dhënat mbi nevojën tregojnë një grupmoshë që përdor shumë barna, kërkon vizita të shpeshta dhe, në rastet me varësi më të lartë, has ende vështirësi në sigurimin e pajisjeve mjekësore dhe përballimin e kostove. Për këtë arsye, sfida nuk qëndron vetëm te zgjerimi i listës së përfitimeve, por te aftësia e sistemit për t'i kthyer ato në akses të vazhdueshëm dhe të barabartë. Një pensionist mund të ketë të drejtën e një bari të rimbursuar, të Check-Up-it apo të vizitës në banesë, por vlerësimi i aksesit real kërkon të dihet nëse shërbimi është i disponueshëm pranë tij, nëse merret në kohë, sa nga kostot mbeten për t'u paguar nga vetë individi dhe çfarë ndodh kur



nevoja për kujdes bëhet e vazhdueshme. Pikërisht në këtë pikë aksesit në kujdesin shëndetësor lidhet me sfidën më të gjerë të shërbimeve sociale dhe kujdesit afatgjatë, që trajtohet në vijim.

5.3 Shërbimet sociale dhe kujdesi afatgjatë

Kujdesi afatgjatë për personat e moshuar përfshin një ndërthurje të shërbimeve sociale dhe shëndetësore që bëhen të nevojshme kur një person, për shkak të moshës, sëmundjeve kronike apo humbjes së autonomisë, nuk është më në gjendje të përballojë në mënyrë të pavarur aktivitetet e përditshme. Në përgjigjen zyrtare të dhënë, Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale e konsideron kujdesin afatgjatë pjesë të sistemit të mbrojtjes sociale, në ndërveprim me shërbimet shëndetësore, dhe përfshin në të shërbimet komunitare, shërbimet e integruara social-shëndetësore, qendrat ditore, kujdesin dhe asistencën në banesë dhe shërbimet rezidenciale. Ministria informon gjithashtu se është duke hartuar një ligj të ri “Për shërbimet e përkujdesit shoqëror”, me synimin për forcimin dhe konsolidimin e këtij sistemi. Megjithatë, ekzistenca e kategorive të shërbimit nuk është e barasvlershme me mbulim të mjaftueshëm të nevojës. Sipas të dhënave të Ministrisë, në vitin 2025 nga Hartëzimi i Shërbimeve Sociale u identifikuan 5,106 persona të moshuar me nevojë për shërbime sociale. Ky numër nuk duhet interpretuar si numër personash që kanë nevojë specifikisht për kujdes afatgjatë, pasi vetë Ministria sqaron se hartëzimi nuk e ndan nevojën sipas tipologjisë së shërbimit. Megjithatë, treguesi dëshmon për ekzistencën e një kërkesë të konsiderueshme për mbështetje dhe krijon një pikë reference për të analizuar kapacitetin e rrjetit ekzistues. Në vitin 2026, Ministria raporton 84 qendra dhe shërbime të përkujdesit shoqëror për të moshuarit, të pranishme në të 12 qarqet. Rrjeti përfshin rreth 20 shërbime rezidenciale, 43 shërbime ditore dhe gjysmëditore, ku përfshihen edhe menecat sociale, 6 shërbime komunitare dhe 13 shërbime në banesë ose me njësi lëvizëse. Këto kategori nuk mund të mbledhen mekanikisht për të nxjerrë numrin e institucioneve, pasi një ofrues mund të ofrojë më shumë se një lloj shërbimi. Nga 84 ofruesit, 38 janë jopublikë dhe të licencuar brenda kësaj kategorie, Ministria identifikon 16 qendra rezidenciale me pagesë për të moshuarit. Fakti që shërbime raportohen në të 12 qarqet tregon një zgjerim territorial të rrjetit, por shpërndarja nuk është e njëtrajtshme. Vetë Ministria evidenton përqendrim më të madh të ofruesve në Tiranë, Shkodër, Korçë, Gjirokastrë dhe Elbasan. Për më tepër, në përgjigjen e dhënë nuk u vu në dispozicion kapaciteti i çdo shërbimi sipas qarkut, edhe pse ky informacion ishte pjesë e kërkesës. Për rrjedhojë, prania e të paktën një shërbimi në çdo qark nuk mund të përdoret si tregues i mbulimit të barabartë territorial, një qark mund të figurojë si i mbuluar, ndërkohë që kapaciteti në dispozicion mund të jetë shumë më i ulët se nevoja e popullsisë së tij. Kufizimi i kapaciteteve bëhet më i dukshëm te kujdesi rezidencial publik. Aktualisht funksionojnë vetëm gjashtë institucione rezidenciale publike për të moshuarit, të financuara nga Ministria: në Tiranë, Kavajë, Fier, Poliçan, Shkodër dhe Gjirokastrë. Kapaciteti i tyre i përbashkët ishte 340 vende gjatë



periudhës 2015–2019 dhe u reduktua në 332 vende nga viti 2020, sipas Ministrisë pas riorganizimit të kapaciteteve dhe përmirësimit të standardeve.

Tabela 2. Ecuria e kapacitetit dhe e numrit të përfituesve në institucionet rezidenciale publike për të moshuarit, 2015–2025

Viti	Kapaciteti	Përfitues
2015	340	279
2016	340	236
2017	340	280
2018	340	304
2019	340	318
2020	332	280
2021	332	284
2022	332	293
2023	332	314
2024	332	320
2025	332	325

Burimi: Shërbimi Social Shtetëror/MSHMS, të dhëna të vëna në dispozicion në përgjigje të kërkesës për informacion, 2026.

Ecuria e përfituesve tregon një ngarkim gradual të kapacitetit pas vitit 2020. Në vitin 2020, 280 përfitues përfaqësonin rreth 84% të kapacitetit të disponueshëm, ndërsa në vitin 2025 numri arriti në 325 përfitues kundrejt vetëm 332 vendeve, ose rreth 98% të kapacitetit. Pra, në fund të periudhës sistemi publik rezidencial funksiononte shumë pranë kapacitetit të plotë. Në të njëjtën kohë, kapaciteti absolut në vitin 2025 ishte tetë vende më i ulët se një dekadë më parë, pavarësisht rritjes së numrit dhe peshës së personave të moshuar në popullsi. Ky është një nga treguesit më të qartë të tensionit ndërmjet zhvillimit demografik dhe zgjerimit të infrastrukturës publike rezidenciale.

Presioni shfaqet edhe te kërkesat për sistemim. Shërbimi Social Shtetëror disponon të dhëna për periudhën 2020–2025, numri i kërkesave u rrit nga 64 në vitin 2020 në 89 në 2022, 106 në 2023 dhe 111 në 2024, përpara se të zbriste lehtë në 105 në vitin 2025. Në të njëjtat vite, numri i personave të sistemuar ishte respektivisht 35, 56, 73, 89, 72 dhe 93. Ministria sqaron se refuzimet janë të rralla dhe lidhen kryesisht me mosplotësimin e kriterëve të përcaktuara në VKM nr. 518/2018, ndërsa rastet në pritje shqyrtohen nga komisioni çdo muaj ose, sipas nevojës, disa herë në muaj. Megjithatë, në përgjigjen institucionale nuk jepet koha mesatare e pritjes. Për këtë arsye, diferenca ndërmjet kërkesave dhe sistemeve brenda një viti nuk mund të interpretohet automatikisht si numër refuzimesh apo personash të mbetur pa shërbim, pasi një kërkesë mund të shqyrtohet ose sistemohet në një periudhë



tjetër. Mungesa e një treguesi të kohës së pritjes kufizon mundësinë për të vlerësuar se sa shpejt sistemi rezidencial i përgjigjet kërkesës reale.

14Edhe Banka Botërore e vlerëson kapacitetin rezidencial të Shqipërisë si shumë të ulët në raport me nevojën. Raporti "Long-Term Care in the Western Balkans", vlerëson se vetëm rreth 0.78% e personave të moshuar me nevoja për kujdes ndodhen në institucione rezidenciale. Ky tregues nuk është i njëjtë me shkallën e zënies së gjashtë qendrave publike, i pari mat mbulimin e popullsisë që ka nevojë për kujdes, ndërsa i dyti tregon sa të mbushura janë kapacitetet ekzistuese. Të marra së bashku, ato tregojnë pikërisht problemin, kapacitetet që ekzistojnë janë pothuajse të mbushura, ndërkohë që pjesa e nevojës së përgjithshme që mund të absorbohet nga kujdesi rezidencial mbetet shumë e vogël. Banka Botërore vëren se sektori privat është një ofrues i rëndësishëm i kujdesit rezidencial në Shqipëri, por tërheq vëmendjen se shërbimet private me pagesë mund të jenë më pak të aksesueshme për familjet me të ardhura më të ulëta dhe kanë prirje të përqendrohen në kryeqytet ose në qytete të mëdha. Kështu, rritja e ofertës private nuk është domosdoshmërisht e barasvlershme me rritjen e aksesit për të gjithë personat e moshuar. Një drejtim tjetër i sistemit është zhvendosja e kujdesit nga institucioni drejt komunitetit dhe banesës. Sipas Ministrisë, gjatë periudhës 2015–2025 kanë funksionuar 42 shërbime ditore, komunitare dhe të asistencës në banesë dhe prej tyre kanë përfituar rreth 1,500 të moshuar. Këto të dhëna duhen lexuar me kujdes, pasi përgjigjja nuk jep një seri vjetore të numrit të shërbimeve dhe përfituesve dhe nuk sqaron nëse shifra prej rreth 1,500 personash përfaqëson përfitues unikë gjatë gjithë periudhës apo një matje tjetër administrative. Për këtë arsye, ajo nuk mund të përdoret për të llogaritur një normë të saktë vjetore mbulimi. Shërbimi në banesë është veçanërisht i rëndësishëm, sepse u lejon personave me kufizime në lëvizje të vazhdojnë të jetojnë në mjedisin e tyre familjar. Ministria raporton aktualisht 13 shërbime në banesë ose me njësi lëvizëse. Nga ana tjetër, Banka Botërore vëren se kujdesi në banesë në Shqipëri ka qenë historikisht shumë i kufizuar, veçanërisht jashtë kryeqytetit. Raporti identifikon projektin "Health for All" si një nga nismat kryesore për zhvillimin e modelit të kujdesit në banesë për persona me sëmundje kronike dhe kufizime në lëvizje që nuk mund të dalin nga shtëpia, një grup i vlerësuar në rreth 20,000 persona. Modeli u pilotua në Fier dhe Dibër në vitin 2021 dhe u miratua nga Ministria në vitin 2024 për shtrirje kombëtare. Këtu evidentohet një nga sfidat kryesore të kujdesit afatgjatë në Shqipëri kalimi nga projektet pilote në shërbime të qëndrueshme dhe të disponueshme në mënyrë të rregullt. Numri prej 13 shërbimesh në banesë ose njësisht lëvizëse i raportuar në vitin 2026 tregon se ka pasur zhvillim, por pa të dhëna për kapacitetin, numrin e përfituesve, orët e kujdesit dhe shpërndarjen sipas territorit nuk mund të përcaktohet se çfarë pjese të nevojës potenciale mbulojnë realisht këto shërbime.

Kjo problematikë shihet qartë edhe në Bashkinë Tiranë, pra në territorin ku oferta e shërbimeve është relativisht më e përqendruar. Sipas të dhënave të mbledhura nga njësitë administrative dhe të vëna në dispozicion, nga



Bashkina Tiranë janë identifikuar 1,455 persona mbi 65 vjeç në nevojë, prej të cilëve 955 jetojnë vetëm. Kjo do të thotë se rreth dy në çdo tre persona të moshuar të identifikuar në nevojë në këtë grup jetojnë pa një person tjetër në familje, duke e bërë edhe më të rëndësishëm kujdesin komunitar dhe atë në banesë. Në vitin 2025, shtatë qendrat komunitare të Bashkisë Tiranë u shërbyen 1,912 përfituesve në total, prej të cilëve 410 ishin persona të moshuar. Për të moshuarit ofrohen shërbime ditore, mbështetje psiko-emocionale, aktivitete sociale dhe rekreative, fizioterapi, informim shëndetësor dhe vizita në familje. Megjithatë, numri i përfituesve të moshuar në qendrat komunitare mbetet relativisht i kufizuar përballë numrit të personave të identifikuar në nevojë. Këto shifra nuk duhet të përdoren për të llogaritur një normë formale mbulimi, pasi të dhënat mbi nevojën dhe përfituesit nuk janë matur domosdoshmërisht në të njëjtën periudhë dhe me të njëjtat kriterë, por diferenca e shkallës është tregues i presionit potencial mbi shërbimet. Eksperienca e Tiranës është edhe më domethënëse për kujdesin në banesë. Në kuadër të projektit trevjeçar të financuar nga programi IPA II i Bashkimit Evropian, “Ofrimi i shërbimit të kujdesit në shtëpi për të moshuarit në Tiranë”, janë mbështetur gjithsej 824 persona të moshuar të vetmuar ose në nevojë, prej të cilëve 459 gra dhe 365 burra. Nga përfituesit, 742 jetonin në zona urbane dhe 82 në zona rurale. Gjatë projektit janë realizuar 7,571 vizita nga kujdestarët për 332 persona të moshuar dhe 2,755 vizita mjekësore, krahas shërbimeve infermierore, higjienës personale, ushqimit, shoqërimit për vizita mjekësore dhe mbështetjes sociale. Vetëm në vitin 2025 raportohen 257 përfitues të shërbimit në banesë. Megjithatë, gjetja më e rëndësishme nuk është vetëm numri i personave të mbështetur. Vetë Bashkia Tiranë pranon se kujdesi në shtëpi për të moshuarit ka funksionuar deri më tani kryesisht përmes projekteve të përkohshme në bashkëpunim me organizatat e shoqërisë civile dhe se qëndrueshmëria e shërbimit mbetet sfidë. Plan i Social 2025–2027 parashikon për këtë arsye ngritjen e shërbimit familjar dhe në banesë pranë çdo qendre komunitare, shtimin e pozicioneve profesionale të kujdestarit/ndihmësit dhe hapjen e qendrave të reja komunitare në Zall-Herr dhe Vaqarr. Kjo është domethënëse sepse edhe Tirana, e cila ka përqendrimin më të madh të shërbimeve në vend, është ende në procesin e kalimit nga kujdesi i financuar përmes projekteve drejt një shërbimi të institucionalizuar dhe të qëndrueshëm.

Këto gjetje tregojnë se vlerësimi i sistemit nuk mund të kufizohet te numri i qendrave. Një vend në një institucion ose ekzistenca formale e një qendre nuk garanton në vetvete kujdes të përshtatshëm nëse infrastruktura nuk është e aksesueshme ose nëse mungojnë profesionistët që duhet të ofrojnë mbështetjen sociale dhe psikologjike. Në të njëjtën kohë, Ministria raporton se gjatë periudhës 2015–2025 nuk janë evidentuar raste braktisje, neglizhimi, dhune apo keqtrajtimi në institucionet publike për të moshuarit. Ky konstatim duhet lexuar si rezultat i të dhënave të raportuara dhe monitorimeve institucionale dhe jo domosdoshmërisht si provë se rreziku i keqtrajtimit nuk ekziston për rastet në komunitet, Ministria sqaron se të dhënat administrohen



nga vetë bashkitë. Edhe dimensionin financiar tregon se kujdesi afatgjatë mbetet një komponent shumë i vogël i sistemit. Sipas vlerësimit të Bankës Botërore¹³, shpenzimet formale për kujdesin afatgjatë në Shqipëri për vitin 2023 përfaqësonin rreth 0.01% të PBB-së. Raporti paralajmëron se kjo përlllogaritje nuk përfshin të gjitha komponentët shëndetësorë të kujdesit afatgjatë për shkak të mungesës së të dhënave të plotë, ndaj shifra duhet trajtuar si vlerësim dhe jo si matje e plotë e çdo shpenzimi publik. Megjithatë, modeli i Bankës Botërore tregon se, në një skenar ku mbulimi në vitin 2035 do të orientohej më drejtpërdrejt nga nevojat funksionale të popullsisë, shpenzimet për Shqipërinë mund të arrijnë rreth 0.93% të PBB-së. Diferenca nuk duhet interpretuar si një objektiv zyrtar buxhetor, por ilustron madhësinë e mundshme të hendekut ndërmjet financimit aktual dhe kostos së një sistemi që do të mbulonte një pjesë shumë më të madhe të nevojës. Në tërësi, Shqipëria nuk nis nga mungesa e plotë e shërbimeve të kujdesit afatgjatë. Ekziston një rrjet publik dhe jopublik, shërbimet raportohen tashmë në të 12 qarqet, kujdesi komunitar dhe në banesë po zgjerohet dhe janë krijuar mekanizma monitorimi e licencimi. Por të dhënat tregojnë tre kufizime strukturore. Së pari, kapaciteti publik rezidencial mbetet shumë i vogël dhe në vitin 2025 ishte pothuajse plotësisht i shfrytëzuar. Së dyti, shërbimet komunitare dhe veçanërisht ato në banesë kanë mbulim të kufizuar dhe një pjesë e zhvillimit të tyre vazhdon të mbështetet në projekte. Së treti, sistemi ende nuk prodhon të dhëna të mjaftueshme për të matur në mënyrë të vazhdueshme nevojën, kohën e pritjes, mbulimin territorial, intensitetin e kujdesit dhe rezultatet për përfituesit. Kështu, boshllëku kryesor nuk qëndron vetëm te numri i qendrave, por te distanca ndërmjet ekzistencës së një shërbimi dhe mundësisë që një person i moshuar ta marrë atë kur dhe për aq kohë sa i nevojitet. Kjo distancë bëhet edhe më e dukshme ndërsa rritet numri i personave që jetojnë vetëm, kanë kufizime funksionale ose kërkojnë kujdes të vazhdueshëm nevoja që nuk mund të mbulohen vetëm nga institucionet rezidenciale dhe as të mbeten përgjegjësi ekskluzive e familjes.

6

PERSPEKTIVA NGA TERRENI, PËRVOJA E PROFESIONISTËVE, TË MOSHUARVE DHE FAMILJARËVE

Për të plotësuar analizën institucionale dhe statistikore me një perspektivë nga terreni, në kuadër të këtij raporti u realizuan intervista me profesionistë dhe persona të përfshirë drejtpërdrejt në kujdesin për të moshuarit. Konkretisht, u zhvilluan intervista me Dr. Besnik Jakaj, mjek dhe pedagog i Geriatriisë dhe me psikologun klinik Skënder Ravolli, i cili punon pranë Shtëpisë së të Moshuarve Tiranë. Gjithashtu, u mbledhën mendime nga 23 persona të moshës 65 vjeç e lart dhe 17 familjarë ose kujdestarë. Këto perspektiva nuk synojnë të përfaqësojnë statistikisht të gjithë popullsinë e moshuar në Shqipëri, por të japin një pasqyrë më të drejtpërdrejtë mbi mënyrën se si përjetohet kujdesi në praktikë, vështirësitë e aksesit në



shërbime, barra e kujdesit familjar, nevojat psikologjike dhe sociale, si dhe boshllëqet që nuk dalin gjithmonë nga të dhënat administrative.

6.1 Perspektiva e mjekut, nevoja për një sistem që ndjek të moshuarin, jo vetëm sëmundjen

Nga perspektiva e Dr. Besnik Jakajt, mjek dhe pedagog i Geriatriisë, plakja e popullsisë shqiptare duhet parë si një proces që po zhvillohet me shpejtësi dhe që lidhet me tri zhvillime të njëkohësishme, emigracionin, uljen e lindshmërisë dhe rritjen e jetëgjatësisë. Sipas tij, pasoja nuk është vetëm rritja e numrit të personave të moshuar, por edhe rritja e kostos sociale dhe ekonomike që shoqëria duhet të përballojë. Në këtë kontekst ai veçon si një nga fenomenet më shqetësuese numrin e të moshuarve që jetojnë vetëm, veçanërisht si pasojë e emigrimit të familjarëve. Sipas Dr. Jakajt, vetmia në moshën e tretë nuk duhet trajtuar vetëm si problem social. Në praktikën e tij, mungesa e një personi që monitoron gjendjen e të moshuarit mund të shoqërohet me një përkeqësim të shpejtë të gjendjes fizike dhe njohëse. Ai përsëkruan raste kur, brenda një periudhe relativisht të shkurtër, një person që më parë ishte funksional mund të kalojë në vështirësi serioze për t'u orientuar, për të marrë barnat, për të siguruar ushqimin apo për t'u kujdesur për nevojat bazë. Pikërisht këtu, sipas tij, lind pyetja kryesore për systemin, *"çfarë kapaciteti ka shteti për të identifikuar dhe mbështetur personat që nuk kanë më një familjar të disponueshëm për t'u kujdesur për ta?"* Kjo lidhet edhe me qëndrueshmërinë e modelit tradicional të kujdesit familjar. Dr. Jakaj argumenton se rritja e numrit të pensionistëve, paralelisht me zvogëlimin relativ të popullsisë që punon dhe kontribuon në skemat sociale, krijon një disbalancë që kërkon ridimensionim të politikave sociale. Sipas tij, Shqipëria duhet t'i përshtatë politikat më shpejt se vendet ku plakja e popullsisë ka ndodhur gradualisht, pasi emigracioni dhe plakja demografike po zhvillohen njëkohësisht dhe me ritme të shpejta. Një nga boshllëqet që ai identifikon lidhet me kapacitetet e kujdesit rezidencial dhe përballueshmërinë e sektorit privat. Sipas eksperiencës së tij me disa shtëpi të të moshuarve, veçanërisht në kuadër të mësimdhënies së Geriatriisë, kostot e institucioneve private mund të fillojnë rreth 1,000 euro në muaj e lart. Në një pjesë të rasteve, këto paketa përfshijnë edhe ndjekjen e barnave dhe personel shëndetësor, por problemi mbetet nëse një pensionist ose familja e tij mund ta përballojë një kosto të tillë. Për këtë arsye, ai ngre si çështje politike zgjedhjen ndërmjet mbështetjes publike të sektorit privat dhe zgjerimit të institucioneve shtetërore, duke theksuar se kjo kërkon analizë të mirëfilltë kosto-efektiviteti dhe mekanizma kontrolli për të shmangur abuzimin me fondet publike. Një problem tjetër që, sipas tij, prek drejtpërdrejt aftësinë e sistemit për t'iu përgjigjur plakjes është mungesa e personelit. Dr. Jakaj e lidh këtë me emigrimin e mjekëve, infermierëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë. Sipas tij, pagat e ulëta, kushtet e punës dhe vështirësitë për t'u integruar në mënyrë të drejtë në sistem ndikojnë në largimin e profesionistëve të rinj. Ai e sheh këtë jo vetëm si humbje të një



individi të kualifikuar, por edhe si humbje të investimit që familja dhe shteti kanë bërë në formimin e tij. Në kushtet kur nevoja për kujdes rritet, emigrimi i stafit shëndetësor e redukton pikërisht kapacitetin profesional që sistemi do të ketë nevojë të zgjerojë. Në aksesin e përditshëm në kujdesin shëndetësor, Dr. Jakaj e konsideron problemin më të madh jo domosdoshmërisht mungesën formale të një shërbimi, por pamundësinë praktike të një të moshuari për ta arritur atë. Ai merr si shembull një të moshuar me sëmundje kronike, i cili duhet të paraqitet te mjeku i familjes, të ndjekë procedurat për recetën e rimbursimit, të sigurojë barnat dhe, kur është e nevojshme, të shkojë te specialisti ose në spital. Për një person që jeton vetëm, ka kufizime në lëvizje ose dëmtime njohëse, secila prej këtyre hallkave mund të bëhet pengesë. Sipas tij, pyetja nuk është vetëm nëse mjeku apo spitali ekziston, por “kush do ta çojë” të moshuarin deri aty dhe kush e ndjek më pas trajtimin. Kjo vështirësi bëhet më e madhe në rastin e polifarmacisë. Dr. Jakaj e konsideron përdorimin e një numri të madh barnash si një problem të rëndësishëm në Geriatri. Një person me disa diagnoza mund të ketë një skemë komplekse mjekimi, me orare dhe doza të ndryshme. Në rastet kur shfaqen demenca, dëmtime të kujtesës apo çorientim, ai mund të mos i marrë barnat, t'i marrë në mënyrë të gabuar apo t'i konsumojë më shumë se sa duhet. Në këto raste nevojitet mbështetje profesionale, veçanërisht infermiere, për organizimin dhe monitorimin e terapisë. Ai vlerëson se aktualisht nuk ekziston një mekanizëm periodik dhe i strukturuar që ta garantojë këtë ndjekje për të moshuarin që jeton vetëm. Në këtë zinxhir, Dr. Jakaj e konsideron mjekun e familjes “çelësin e sistemit shëndetësor”, por argumenton se roli i tij kufizohet nga ngarkesa e lartë administrative, numri i pacientëve, mungesa e stafit mbështetës dhe motivimi financiar. Sipas tij, një pjesë e konsiderueshme e kohës së mjekut të familjes shpenzohet me plotësimin e dokumentacionit dhe procedurave burokratike, duke reduktuar kohën që mund t'i kushtohet vlerësimit klinik dhe ndjekjes së pacientëve. Kjo reflektohet, sipas tij, edhe në numrin e kufizuar të vizitave në banesë. Një tjetër problem që ai evidenton është mungesa e vazhdimësisë së informacionit ndërmjet hallkave të sistemit. Ndjekja e një pacienti do të ishte më funksionale nëse mjeku i familjes dhe specialistët do të punonin mbi një dosje të përbashkët elektronike, ku të ishte e disponueshme historia klinike dhe informacioni i përditësuar për trajtimet. Në kushtet aktuale, procedurat dhe dokumentacioni mund të jenë të vështira edhe për një person të ri, për një person në moshë të avancuar, veçanërisht kur ka nevojë për shoqërues, ato krijojnë pengesa edhe më të mëdha në akses. Në lidhje me barnat e rimbursueshme, Dr. Jakaj shpreh një qëndrim kritik. Sipas tij, paraqitja mujore e një personi me sëmundje kronike për rinovimin e recetës përbën një barrë të panevojshme dhe, për pacientët me terapi të qëndrueshme, receta mund të organizohet për periudha më të gjata, për shembull gjashtëmujore ose vjetore. Ai ngre gjithashtu shqetësime mbi alternativat e para të skemës së rimbursimit, duke argumentuar se në praktikë disa prej tyre nuk preferohen nga mjekët ose pacientët dhe kjo i shtyn individët të blejnë



alternativa me pagesë. Po në këtë fushë, ai evidenton mungesën e barnave dhe alternativave të mjaftueshme në treg si një tjetër problem. Duke iu referuar eksperiencës së tij të mëparshme në drejtimin e Agjencisë së Barnave, Dr. Jakaj argumenton se konkurrenca ndërmjet një numri më të madh alternativash farmaceutike ndikon në uljen e çmimeve, ndërsa mungesa e alternativave mund të favorizojë pozita monopoliste dhe kosto më të larta për pacientët. Ai përmend gjithashtu si shqetësim largimin e disa kompanive farmaceutike nga tregu shqiptar pas ndryshimeve ligjore të viteve 2014–2015 dhe e lidh këtë me boshllëqe të krijuara më pas në furnizim. Dr. Jakaj është kritik edhe ndaj programit të Kontrollit Mjekësor Bazë. Në vlerësimin e tij, zgjerimi i Check-Up-it për personat mbi 70 vjeç nuk mjafton nëse programi nuk shoqërohet me matje të qarta të rezultateve. Sipas tij, problemi kryesor është mungesa e evidencës që tregon se financimi dhe kontrollet e realizuara deri tani janë përkthyer në përmirësimin e treguesve konkretë shëndetësorë. Pra, shqetësimi që ai ngre nuk lidhet vetëm me grupmoshën që përfiton, por me vlerësimin e efektivitetit të programit dhe me pyetjen se çfarë rezultatesh shëndetësore ka prodhuar ai. Në një plan më të gjerë, Dr. Jakaj e konsideron hartimin e politikave të bazuara në të dhëna si një nga mangësitë kryesore të sistemit. Sipas tij, buxhetimi dhe organizimi i shërbimeve duhet të mbështeten në studime të reja mbi strukturën e popullsisë, numrin e personave të moshuar në nevojë, gjendjen e tyre fizike, diagnozat, praninë ose mungesën e mbështetjes familjare dhe llojin e shërbimit që u nevojitet. Ai kritikon përdorimin e buxheteve historike pa një rivlerësim të vazhdueshëm të nevojave të reja që krijon plakja e popullsisë. Për këtë arsye, rekomandimi kryesor që del nga intervista është hartimi i një plani kombëtar të mbështetjes për personat e moshës së tretë në nevojë, të mbështetur mbi statistika të plota kombëtare. Sipas Dr. Jakajt, të moshuarit nuk duhet të trajtohen si një kategori homogjene. Sistemi duhet t'i klasifikojë nevojat sipas shkallës së autonomisë, gjendjes fizike dhe njohëse, numrit të diagnozave, mundësisë për mbështetje familjare dhe gjendjes sociale. Në majë të prioritetëve duhet të vendosen personat që janë në pamundësi të plotë për t'u kujdesur për veten dhe nuk kanë mbështetje familjare apo sociale. Në këtë mënyrë, mbështetja publike do të orientohej jo vetëm sipas moshës, por sipas nivelit real të nevojës.

6.2 Perspektiva e psikologut, vetmia, humbja dhe përshtatja me jetën rezidenciale

Perspektiva e psikologut klinik Skënder Ravolli sjell një dimension tjetër të kujdesit për personat e moshuar, atë të shëndetit mendor, marrëdhënieve familjare dhe përshtatjes me jetën në institucion. Ravolli punon prej më shumë se tre vitesh pranë Shtëpisë së të Moshuarve Tiranë, një institucion rezidencial shtetëror në varësi të Shërbimit Social Shtetëror dhe Ministrisë së Shëndetësisë. Institucioni ka një kapacitet prej 50 personash dhe pranon të moshuar nga i gjithë territori i vendit, pa kufizim sipas qytetit apo qarkut.



Pranimi në institucion nuk realizohet vetëm mbi bazën e kërkesës së personit. Sipas Ravollit, të interesuarit paraqesin fillimisht dokumentacionin pranë strukturës rajonale të Shërbimit Social Shtetëror, pas së cilës një specialist viziton banesën e të moshuarit dhe vlerëson gjendjen në të cilën ai ndodhet. Ky vlerësim psikosocial i bashkëlidhet dosjes dhe më pas rasti shqyrtohet nga komisioni pranë Shërbimit Social Shtetëror, i cili vendos mbi pranimin. Kjo tregon se përpara institucionalizimit ekziston një proces vlerësimi të situatës sociale dhe jo vetëm një procedurë administrative e drejtpërdrejtë. Në përvojën e tij profesionale, problematikat më të vështira psikologjike lidhen me humbjen dhe zinë. Të moshuarit përballen me humbjen e bashkëshortit, të afërmeve dhe, në disa raste, edhe të fëmijëve të tyre. Por humbja nuk është vetëm njerëzore. Ajo mund të përfshijë shtëpinë, marrëdhëniet, kontaktet e mëparshme sociale dhe mënyrën e jetesës që personi ka ndërtuar për dekada. Sipas psikologut, pikërisht kombinimi i këtyre humbjeve e bën ndërhyrjen psikologjike veçanërisht komplekse në moshën e tretë. Përveç zisë dhe humbjes, brenda institucionit janë të pranishme edhe problematika të shëndetit mendor. Sipas vlerësimit të Ravollit, më shumë se gjysma e rreth 50 banorëve kanë një diagnozë të përcaktuar nga mjeku specialist psikiatër. Kjo e bën funksionimin e institucionit më kompleks, sepse bëhet fjalë për persona me histori, diagnoza dhe nevoja të ndryshme, të cilët njëkohësisht duhet të bashkëjetojnë në të njëjtën hapësirë. Dhomat zakonisht ndahen nga dy persona, ndërsa në disa raste nga tre, dhe personat që vendosen së bashku nuk njihen më parë me njëri-tjetrin. Arsyet që i çojnë të moshuarit drejt institucionit janë të ndryshme dhe Ravolli nuk identifikon një shkak të vetëm. Në disa raste bëhet fjalë për vështirësi ekonomike, humbje të banesës ose pamundësi për të vazhduar pagesën e qirasë, në të tjera për humbjen e bashkëshortit ose të fëmijëve. Ka gjithashtu persona, fëmijët e të cilëve kanë emigruar dhe që kanë zgjedhur të qëndrojnë në Shqipëri, të moshuar që kanë pasur konflikte ose marrëdhënie të vështira familjare dhe raste kur individi nuk dëshiron të ndihet si barrë për fëmijët. Në raste më të pakta, para ardhjes në institucion kanë ekzistuar edhe konflikte ose dhunë në familje. Megjithatë historitë ndryshojnë, Ravolli e përmbledh një pjesë të konsiderueshme të tyre me një element të përbashkët, vetminë. Sipas tij, "vetmia është kryefjala" e arsyeve që i shtojnë shumë të moshuar ta shohin institucionin rezidencial si alternativë. Brenda institucionit ata marrin shërbim 24-orësh, kujdes shëndetësor, ushqim dhe akomodim pa pagesë, por njëkohësisht fitojnë edhe mundësinë për socializim. Ravolli vëren se banorët krijojnë miqësi dhe shpesh formojnë grupe të vogla prej dy ose tre personash me të cilët kalojnë më shumë kohë. Megjithatë, ndikimi i institucionalizimit nuk është i njëjtë për të gjithë. Nga përvoja e tij, Ravolli dallon dy profile të përgjithshme. Për personat që para pranimit kanë jetuar në kushte të vështira, në pasiguri strehimi, në konflikt apo në varësi nga të afërmit, kalimi në institucion mund të sjellë qetësi dhe përmirësim të jetesës. Ai i përshkruan këta banorë si më të qetë, më të kënaqur dhe më mirënjohës për kujdesin që marrin. Në të kundërt, për personat që kanë pasur më parë një jetë



familjare dhe kushte më të mira, kalimi në rezidencë mund të përjetohet më rëndë dhe, në disa raste, si një lloj "disfate" personale. Ditët dhe javët e para janë veçanërisht të rëndësishme. Personi gjendet në një ambient të panjohur, me njerëz që nuk i njeh dhe duhet të përshtatet me një mënyrë jetese komunitare. Edhe elementë të zakonshëm të përditshmërisë, si oraret e gjumit, përdorimi i televizorit apo ndarja e hapësirave, mund të krijojnë mosmarrëveshje. Përshtatja bëhet edhe më e vështirë kur personi largohet nga qyteti ku ka jetuar dhe humbet kontaktin e përditshëm me njerëzit dhe mjedisin e njohur. Ravolli thekson se teknologjia nuk përdoret njësoj nga kjo grupmoshë për të ruajtur lidhjet në distancë, ç'ka mund ta thellojë shkëputjen nga rrjeti i mëparshëm social. Për lehtësimin e kësaj periudhe, institucioni funksionon përmes një ekipi që përfshin psikologun, punonjës social, mjekun, infermierët dhe kujdestarët. Ravolli e cilëson bashkëpunimin ndërmjet tyre si shumë të mirë, të domosdoshëm dhe efikas. Në momentin e pranimit kërkohet edhe kartela shëndetësore e personit, ndërsa mjeku i institucionit bëhet njëkohësisht mjeku i tij i familjes dhe duhet të ketë informacion mbi diagnozat, terapitë dhe historinë shëndetësore. Brenda muajit të parë plotësohet edhe vlerësimi psikologjik dhe hartohet një plan individual me objektiva afatshkurtra dhe afatgjata. Hartimi i planit kërkon biseda të gjata dhe të vazhdueshme me personin e moshuar, pasi nuk kufizohet vetëm te gjendja psikologjike, por merr parasysh edhe shëndetin fizik dhe mënyrën se si ai ndikon në mirëqenien mendore. Plani rishikohet të paktën çdo tre muaj, por, kur nevojat ndryshojnë, mund të rishikohet edhe pas një ose dy muajsh. Një gjetje e rëndësishme lidhet me marrëdhëniet familjare pas institucionalizimit. Sipas Ravollit, në fillim familjarët dhe të afërmit prirën të jenë më të pranishëm, por në disa raste kontaktet zbehen gradualisht me kalimin e kohës. Rikthimi i të moshuarit në familje konsiderohet një rezultat pozitiv, por ndodh rrallë, rreth një ose dy raste në vit. Për këtë arsye, stafi i kushton rëndësi ruajtjes së kontakteve me familjarët, pasi ato ndikojnë drejtpërdrejt në mirëqenien emocionale të banorëve. Mbështetja psikologjike realizohet kryesisht përmes këshillimit individual, terapive në grup dhe aktiviteteve të organizuara së bashku me punonjësen sociale. Ravolli evidenton se banorët e vlerësojnë praninë e psikologut dhe tregojnë gatishmëri për të marrë pjesë në aktivitete grupore, të cilat ndihmojnë jo vetëm në shprehjen emocionale, por edhe në socializimin dhe afrimin mes tyre. Një pjesë tjetër e rëndësishme e punës është monitorimi i ndryshimeve në sjellje, funksionimin njohës, lëvizjen dhe ushqyerjen. Kur evidentohen ndryshime, rasti referohet te mjeku specialist dhe kryhen vlerësimet e nevojshme. Në rastet e demencës apo Alzheimerit kërkohet mbikëqyrje më e vazhdueshme dhe bashkëpunim me psikiatrin për ndjekjen e terapisë. Psikologu dhe punonjësi social përpiqen gjithashtu të përshtatin kushtet e bashkëjetesës me nevojat e secilit banor. Pikërisht këtu Ravolli evidenton si kufizim kryesor infrastrukturën. Institucioni funksionon pranë kapacitetit maksimal, ç'ka e vështirëson ndarjen ose sistemimin e banorëve në ambiente më të përshtatshme sipas diagnozës dhe gjendjes së tyre. Sipas



tij, problemi nuk lidhet me financimin e përditshëm të institucionit, të cilin e përshkruan si të rregullt, por me kufizimin e hapësirave dhe kompleksitetin e nevojave që duhet të menaxhohen brenda tyre. Sa i përket shëndetit mendor, Ravolli e kufizon vlerësimin e tij te përvoja në Shtëpinë e të Moshuarve Tiranë dhe nuk përgjithëson për të gjithë popullsinë e moshuar. Brenda institucionit, ai vlerëson se shëndetit mendor i kushtohet vëmendje përmes bashkëpunimit të psikologut, punonjësit social, mjekut dhe specialistëve të tjerë. Në nivel më të gjerë shoqëror, ai identifikon si nevojë reduktimin e stigmës ndaj psikologut, psikiatrit dhe problematikave të shëndetit mendor, si dhe rritjen e ndërgjegjësimit të familjeve për të kërkuar ndihmë profesionale kur shfaqen shenja të demencës apo probleme të tjera të kësaj natyre.

6.3 Perspektiva e të moshuarve dhe familjarëve, vetmia, kujdesi në banesë dhe barra e familjes

Për të plotësuar panoramën institucionale dhe profesionale, në kuadër të raportit u mblodhën gjithashtu mendime nga 23 persona të moshës 65 vjeç e lart dhe 17 familjarë ose kujdestarë të personave të moshuar. Përgjigjet nuk synojnë të përfaqësojnë statistikisht të gjithë popullsinë e moshuar në Shqipëri, por ofrojnë një perspektivë të drejtpërdrejtë mbi mënyrën se si kujdesi përjetohet nga vetë personat që kanë nevojë për të dhe nga familjet që e sigurojnë atë në përditshmëri. Nga përgjigjet e personave të moshuar, një nga elementet më të përsëritura lidhet me monotoninë dhe mungesën e hapësirave ku mund të kalojnë kohën në mënyrë aktive. Nevoja e tyre nuk kufizohet vetëm te kujdesi shëndetësor. Ata shprehin dëshirën për ambiente më të përshtatshme, mundësi socializimi dhe forma të kujdesit të specializuar që do t'i ndihmonin të ruanin një jetë më aktive. Kjo tregon se cilësia e jetës në moshën e tretë nuk lidhet vetëm me trajtimin e sëmundjeve, por edhe me mundësinë për të ruajtur marrëdhënie shoqërore, aktivitete dhe një ndjenjë të vazhdueshme të përkatësisë në komunitet. Në praktikë, kujdesi vazhdon të sigurohet kryesisht nga rrethi i afërt. Të moshuarit përmendin bashkëshortin si personin që ofron më shpesh ndihmë, ndërsa në rastet kur fëmijët jetojnë larg, ndihma mund të kërkohej edhe nga fqinjët. Ky element është domethënës, sepse tregon se në mungesë të familjes pranë, rrjetet informale të komunitetit vazhdojnë të kompensojnë një pjesë të nevojës për kujdes. Megjithatë, një mbështetje e tillë mbetet e varur nga sesa të disponueshëm dhe sesa vullnet kanë personat përreth dhe nuk mund të zëvendësojë një shërbim të organizuar kur nevoja bëhet e vazhdueshme. Pikërisht shërbimi në banesë rezulton ndër



kërkesat më të drejtpërdrejta të personave të moshuar. Ata shprehen se shërbimet aktuale nuk janë gjithmonë të mjaftueshme dhe se një nga boshllëqet më të ndjeshme është mungesa e një personi apo strukture që mund të shkojë pranë tyre kur nuk janë në gjendje të dalin nga shtëpia. Për një të moshuar që jeton vetëm, sëmundja mund të krijojë menjëherë një problem praktik, personi mund të mos jetë në gjendje të ngrihet, të shkojë te mjeku, të sigurojë një shërbim apo të marrë barnat që i nevojiten. Një tjetër pengesë e përmendur është ajo ekonomike. Të moshuarit theksojnë se pensioni i ulët nuk u mjafton gjithmonë për të përballuar nevojat e përditshme dhe shërbimet që mund të kërkojnë jashtë mbulimit publik. Kjo e bën aksesin të lidhur jo vetëm me ekzistencën e shërbimit, por edhe me mundësinë financiare për ta marrë atë. Kur kujdesi publik nuk arrin deri në banesë dhe familja nuk është e disponueshme, një person me të ardhura të kufizuara ka më pak alternativa për të siguruar mbështetje private. Megjithatë, nga përgjigjet e të moshuarve del edhe një nevojë që shkon përtej shërbimeve konkrete, nevoja për të mos u ndier të harruar. Një nga formulimet që përmbledh më qartë këtë perceptim është *“Pse jemi plakur e kemi dalë në pension, nuk do të thotë që kemi vdekur apo që jemi të pavlerë.”* Ky qëndrim nxjerr në pah dimensionin social të plakjes. Personat e moshuar nuk kërkojnë vetëm kujdes kur sëmuren, por edhe njohjen e vazhdueshme të rolit të tyre si pjesë e shoqërisë. Në këtë kuadër, disa prej tyre shprehin dëshirën për më shumë qendra dhe struktura të dedikuara për të moshuarit, por edhe një shqetësim më të gjerë që lidhet me largimin e fëmijëve. Kërkesa që *“t’u krijohet mundësia fëmijëve tanë të rrinë këtu dhe të mos mbetemi vetëm”* tregon se, në perceptimin e vetë të moshuarve, vetmia lidhet drejtpërdrejt me emigracionin dhe ndryshimin e strukturës familjare. Kjo përputhet edhe me shqetësimin e ngritur nga Dr. Besnik Jakaj për rritjen e numrit të të moshuarve që jetojnë pa mbështetje familjare pranë.

Perspektiva e familjarëve dhe kujdestarëve e bën edhe më të dukshme barrën e kujdesit informal. Sipas përgjigjeve të tyre, kujdesi për një person të moshuar nuk përfshin vetëm ndihmën në rast sëmundje, por kërkon mbikëqyrje të vazhdueshme të gjendjes shëndetësore, shoqëri, biseda dhe praninë e një personi që mund ta shoqërojë edhe për një aktivitet të thjeshtë, si një shëtitje. Problemi kryesor është koha. Familjarët theksojnë se detyrimet e punës i mbajnë pjesën më të madhe të ditës jashtë shtëpisë dhe se, pas përfundimit të punës, lodhja e bën më të vështirë ofrimin e kujdesit me intensitetin që personi i moshuar mund të ketë nevojë. Për rrjedhojë, kujdesi familjar nuk është domosdoshmërisht i pamjaftueshëm për shkak të mungesës së dëshirës, por sepse ai zhvillohet paralelisht me punën, detyrimet familjare dhe kufizimet e përditshme të vetë kujdestarit. Kur nevoja bëhet më e madhe, familjet kërkojnë zgjidhje jashtë familjes. Në disa raste mbështetjen e fqinjët, ndërsa kur personi sëmuret dhe ka nevojë për ndihmë gjatë kohës që familjarët janë në punë, ata detyrohen të paguajnë një person që të qëndrojë me të. Edhe shërbimet e infermierëve në shtëpi raportohen se



merren privatisht kur nevojiten. Kjo tregon se një pjesë e kujdesit që mungon në mënyrë të organizuar plotësohet përmes pagesave direkte të familjes ose marrëdhënieve informale. Përgjegjësia e kujdesit ka gjithashtu një ndikim emocional. Familjarët përshkruajnë ndjenjën e përgjegjësisë dhe presionit për të qenë vazhdimisht të disponueshëm, ndërsa nga ana tjetër perceptojnë se vetë të moshuarit mund të fillojnë ta ndiejnë veten “të tepërt”. Ky është një dimension i rëndësishëm i kujdesit që nuk reflektohet në të dhënat administrative, varësia nga familja mund të krijojë stres për kujdestarin dhe njëkohësisht ndjenjë faji ose barre te personi që merr kujdesin. Në këtë pikë, perspektiva e familjarëve lidhet drejtpërdrejt me atë të vetë të moshuarve. Të dy grupet evidentojnë nevojën për më shumë ambiente të përshtatshme dhe mundësi socializimi. Familjarët sugjerojnë krijimin e grupeve dhe aktiviteteve të posaçme për të moshuarit, duke e parë këtë jo vetëm si formë argëtimi, por edhe si mbështetje për mirëqenien fizike dhe psikologjike. Një nga kërkesat më të qarta është krijimi i strukturave ku kujdesi shëndetësor, psikologjik dhe social të mos ofrohen në mënyrë të shkëputur. Familjarët përshkruajnë nevojën për qendra të posaçme ku personi i moshuar të mund të marrë kujdes shëndetësor dhe psikologjik, të socializohet dhe të marrë pjesë në aktivitete, ndërsa për personat që nuk mund të jetojnë më në mënyrë të pavarur të ekzistojë edhe mundësia e një strehimi të sigurt.



GJETJET KRYESORE

- 01** Shqipëria ka hyrë tashmë në një fazë të avancuar të plakjes demografike. Numri i personave 65+ është rritur nga rreth 137 mijë në vitin 1979 në rreth 473 mijë në vitin 2023, ndërsa pesha e tyre në popullsi është rritur nga 5.3% në 19.7%. Në të njëjtën kohë, popullsia 0–14 vjeç është reduktuar nga 37% në 15.6%.
- 02** Balanca ndërmjet popullsisë së moshuar dhe brezave potencialisht aktivë po ndryshon me shpejtësi. Raporti i varësisë së të moshuarve u rrit nga 16.7% në vitin 2011 në 30.4% në Censin 2023 dhe më tej në 35.7% më 1 janar 2026. Në të njëjtën kohë, në vitin 2025 u regjistruan vetëm 22,541 lindje dhe migracioni neto ishte -28,531 persona.



- 03** Sfida e ardhshme nuk është vetëm rritja e grupit 65+, por rritja e personave në moshat ku humbja e autonomisë bëhet më e zakonshme. Grupi 80+ projektohet të rritet nga rreth 3% e popullsisë në vitin 2020 në 9% në vitin 2050. Ndërkohë, vështirësi të rënda funksionale raportohen nga 21.8% e burrave dhe 29.1% e grave mbi 75 vjeç. Kjo nënkupton se rritja demografike do të shoqërohet edhe me një rritje disproporcionale të nevojës për kujdes.
- 04** Plakja ka një dimension të fortë territorial dhe gjinor. Raporti i varësisë së të moshuarve në vitin 2023 varionte nga 19.9% në Kukës në 46.1% në Gjirokastrë. Paralelisht, gratë jetojnë mesatarisht më gjatë dhe kanë probabilitet më të lartë për të kaluar moshën e avancuar pa partner, raporti evidenton se rreth 30% e grave të moshuara jetojnë vetëm kundrejt rreth 14% të burrave. Kjo tregon se një politikë uniforme kombëtare nuk mjafton pa marrë parasysh territorin, gjininë dhe strukturën familjare.
- 05** Shqipëria ka ndërtuar gjatë dekadës së fundit një kuadër shumë më të gjerë ligjor dhe strategjik për moshimin, por hendeku kryesor është zhvendosur nga mungesa e politikave të zbatimi të tyre. Dokumenti Politik për Moshimin 2025–2030 evidenton se vetëm 49% e nevojave të identifikuara për shërbime plotësohen dhe se rreth 35% e aplikimeve nuk përmbushen për shkak të mungesës së kapaciteteve njerëzore, infrastrukturore ose financiare.
- 06** Një pjesë e masave më të rëndësishme të politikës së re janë ende objektiva dhe jo kapacitete të konsoliduara. Planit 2025–2030 parashikon 30 shërbime të integruara socioshëndetësore dhe të asistencës në shtëpi, certifikimin e të paktën 300 profesionistëve dhe krijimin e një financimi të dedikuar për kujdesin afatgjatë. Kjo tregon drejtimin e reformës, por jo se këto shërbime janë tashmë të disponueshme për të gjithë personat që kanë nevojë për to.
- 07** Pensionet janë rritur nominalisht, por pozicioni relativ ekonomik i pensionistëve është dobësuar. Pensioni mesatar urban i pleqërisë u rrit nga 14,585 lekë në 2015 në 20,123 lekë në 2025, por shkalla e zëvendësimit ndaj pagës mesatare ra nga 43.2% në 30.5%. Për pensionet rurale ra nga 37.9% në 30.8%.



- 08** Mbështetja ekonomike vazhdon të kombinojë mekanizma të qëndrueshëm me transferta të përkohshme. Indeksimet dhe pensioni social ofrojnë mbrojtje të vazhdueshme, ndërsa bonuset e vitit 2025, megjithëse me ndikim të rëndësishëm financiar, janë transferta të njëhershme dhe nuk ndryshojnë në mënyrë të qëndrueshme nivelin bazë të të ardhurave të pensionistit.
- 09** Financimi i strukturave të kujdesit të raportuara nga MSHMS është rritur pas vitit 2022, nga rreth 181.8 milionë lekë shpenzim faktik në 2022 në 256.3 milionë lekë në 2025. Megjithatë, MSHMS nuk raporton një "buxhet për të moshuarit" të konsoliduar dhe këto të dhëna nuk tregojnë nëse rritja financiare është shoqëruar me rritje të kapacitetit, përfituesve apo llojeve të shërbimit.
- 10** Nevojat shëndetësore të personave me varësi të lartë janë intensive dhe të kushtueshme. Në studimin "Aging in Albania", 56% e personave me varësi të lartë vizitojnë mjekun çdo një ose dy muaj, 50% përdorin mbi pesë barna, 43% kanë nevojë për pajisje mjekësore shtesë dhe 32% nuk kanë akses në pajisjet e nevojshme. Për një pjesë të të moshuarve, shpenzimet shëndetësore mund të arrijnë deri në 60% të të ardhurave.
- 11** Kuadri i kujdesit shëndetësor parësor njih nevojat specifike të të moshuarve, përfshirë kujdesin në shtëpi, kujdesin me infermier, rehabilitimin dhe kujdesin paliativ, por mungojnë të dhëna kombëtare që tregojnë sa persona 65+ i marrin realisht këto shërbime dhe sa e barabartë është oferta në territor. Kështu, ekzistenca e shërbimit në paketën bazë nuk provon domosdoshmërisht aksesin real në të.
- 12** Skema e barnave të rimbursuara është zgjeruar dhe financimi është rritur, por barra e trajtimit të të moshuarve mbetet e lartë. Në vitin 2024 pensionistët përfaqësonin rreth 48% të rimbursimit total të barnave. Lista e vitit 2026 përfshin 55 alternativa të reja tregtare dhe 27 principe aktive të reja dhe fondi i rimbursimit është rritur në 13.5 miliardë lekë. Një masë e targetuar që tregon përdorim konkret është rimbursimi i fishave të diabetit, në 2025, 58,290 nga 60,482 përfitues ishin persona 65+.



- 13** Heqja e kufirit të sipërm të moshës për Check-Up-in në korrik 2026 korrighon një përjashtim të rëndësishëm të personave mbi 70 vjeç, por është ende herët për të matur ndikimin real. Në të njëjtën kohë, shërbimi i parë geriatrik po ngrihet në vitin 2026, ç'ka tregon se kujdesi i specializuar geriatrik nuk ka qenë deri tani i konsoliduar si rrjet kombëtar.
- 14** Shqipëria ka një rrjet shërbimesh për të moshuarit, por prania territoriale nuk është e barabartë me mbulim. Ministria raporton 84 qendra dhe shërbime në të 12 qarqet, përfshirë rreth 20 rezidenciale, 43 ditore/gjysmëditore, 6 komunitare dhe 13 shërbime në banesë ose njësi lëvizëse. Megjithatë, oferta është më e përqendruar në Tiranë, Shkodër, Korçë, Gjirokastër dhe Elbasan dhe nuk disponohen kapacitetet e detajuara për çdo qark.
- 15** Kapaciteti publik rezidencial nuk është zgjeruar paralelisht me plakjen e popullsisë. Gjashtë institucione publike kishin 340 vende në periudhën 2015–2019 dhe vetëm 332 nga viti 2020. Në vitin 2025 kishin 325 përfitues, pra rreth 98% të kapacitetit. Kjo do të thotë se sistemi publik rezidencial është pothuajse plotësisht i shfrytëzuar, ndërsa kapaciteti absolut është më i ulët se një dekadë më parë.
- 16** Kapaciteti rezidencial mbulon vetëm një pjesë shumë të vogël të nevojës. Banka Botërore vlerëson se rreth 0.78% e personave të moshuar me nevoja për kujdes mbulohen nga institucionet rezidenciale. Sektori privat shton ofertën, por kostoja dhe përqendrimi në qytetet më të mëdha kufizojnë aksesin e familjeve me të ardhura më të ulëta.
- 17** Kujdesi në banesë është një nga boshllëqet më të qarta të sistemit. Ministria raporton vetëm 13 shërbime në banesë ose njësi lëvizëse. Edhe në Tiranë, ku oferta është më e madhe, shërbimi në shtëpi është mbështetur në masë të konsiderueshme të projekte të përkohshme. Bashkia Tiranë ka identifikuar 1,455 persona 65+ në nevojë, nga të cilët 955 jetojnë vetëm, në vitin 2025 qendrat komunitare kishin 410 përfitues të moshuar, ndërsa projekti trevjeçar i kujdesit në shtëpi mbështeti 824 persona. Vetë Bashkia e identifikon qëndrueshmërinë e këtij shërbimi si sfida.



- 18** Financimi formal i kujdesit afatgjatë mbetet shumë i ulët krahasuar me dimensionin e nevojës. Banka Botërore e vlerëson atë në rreth 0.01% të PBB-së për vitin 2023, megjithëse pranon se përlogaritja nuk kap të gjithë komponentët. Në një skenar të mbulimit më të orientuar sipas nevojës funksionale, shpenzimet për Shqipërinë modelohen deri në rreth 0.93% të PBB-së në vitin 2035. Ky nuk është objektiv zyrtar, por tregon madhësinë e mundshme të hendekut financiar.
- 19** Vetmia del si një nga çështjet më të forta që lidh të dhënat statistikore me terrenin. Kjo lidhet me rritjen e numrit të të moshuarve që jetojnë vetëm me emigracionin dhe evidenton se mungesa e një personi që ndjek të moshuarin mund të shndërrojë shpejt një problem social në problem shëndetësor dhe funksional.
- 20** Aksesit shëndetësor nuk pengohet vetëm nga mungesa e shërbimit, por nga aftësia e personit për ta arritur dhe ndjekur atë. Evidentohen vështirësi të të moshuarve që jetojnë vetëm ose kanë probleme të lëvizin për të shkuar te mjeku i familjes, për të marrë recetën, barnat dhe për të ndjekur specialistët. Ai identifikon gjithashtu polifarmacinë si një problem që kërkon mbështetje profesionale, veçanërisht për personat me dëmtime njohëse.
- 21** Mjeku i familjes ka rol qendror, por sipas perspektivës profesionale kapaciteti i tij kufizohet nga ngarkesa administrative, numri i pacientëve, mungesa e stafit mbështetës dhe koha e pamjaftueshme për vizita në banesë. Kjo krijon një hendek veçanërisht për personat më të moshuar dhe më pak autonomë.
- 22** Familja vazhdon të jetë shtylla kryesore e kujdesit, por ky model po bëhet gjithnjë e më pak i qëndrueshëm. Të moshuarit e intervistuar mbështeten kryesisht të bashkëshorti, fëmijët ose edhe fqinjët, ndërsa familjarët raportojnë se puna, mungesa e kohës dhe lodhja i kufizojnë në ofrimin e kujdesit. Kur nevoja rritet, familjet detyrohen të paguajnë persona ose infermierë privatisht.



23 Nga vetë të moshuarit dhe familjarët del nevoja për një hallkë mes shtëpisë dhe institucionit rezidencial. Ata kërkojnë shërbim në banesë, qendra ku të mund të socializohen dhe marrin mbështetje shëndetësore e psikologjike dhe ambiente ku mund të kalojnë kohën në mënyrë aktive. Pra, problemi nuk zgjidhet vetëm duke zgjedhur mes "familjes" dhe "shtëpisë së të moshuarve", mungojnë alternativa të ndërmjetme të qëndrueshme.

24 Një nga dobësitë më të mëdha të sistemit është mungesa e të dhënave që matin rezultatet. Për disa politika dihet sa fonde janë shpenzuar, sa struktura ekzistojnë apo sa përfitues janë regjistruar, por mungojnë tregues të rregullt për kohën e pritjes, mbulimin territorial, përdorimin real nga 65+, intensitetin e kujdesit, rezultatet shëndetësore dhe sociale dhe cilësinë e jetës së përfituesit. Ky boshllëk e vështirëson edhe planifikimin e financimit sipas nevojës reale.

REKOMANDIMET

1 Të krijohet një sistem kombëtar i integruar për identifikimin dhe vlerësimin e nevojave të personave të moshuar, me të dhëna të përditësuara sipas bashkisë, moshës, gjinisë, nivelit të autonomisë, diagnozave, gjendjes njohëse, faktit nëse personi jeton vetëm dhe disponueshmërisë së mbështetjes familjare. Mbështetja nuk duhet të përcaktohet vetëm nga mosha, por nga niveli real i nevojës, duke u dhënë përparësi personave që nuk janë në gjendje të kujdesen për veten dhe nuk kanë rrjet familjar ose social.

2 Dokumenti Politik për Moshimin dhe Plani i Veprimit 2025–2030 të shoqërohen me monitorim vjetor publik të objektivave. Për çdo masë duhet të raportohet jo vetëm nëse është ndërmarrë, por sa persona kanë përfituar, në cilat bashki, sa ka kushtuar dhe çfarë rezultati ka prodhuar. Në mënyrë të veçantë duhet të monitorohen objektivat për 30 shërbimet e integruara, 300 profesionistët e certifikuar dhe financimin e dedikuar për kujdesin afatgjatë.



3 Të krijohet një linjë e identifikueshme dhe shumëvjeçare financimi për kujdesin afatgjatë. Aktualisht shpenzimet për të moshuarit shpërndahen në programe dhe institucione të ndryshme dhe nuk ekziston një panoramë e konsoliduar e financimit. Buxhetimi duhet të lidhet gradualisht me numrin e personave në nevojë, llojin dhe intensitetin e shërbimit dhe kostot për përfitues, jo vetëm me buxhetin historik të strukturave.

4 Kujdesi në banesë duhet të kthehet nga një shërbim kryesisht projekt në një shërbim të rregullt publik, me shtrirje kombëtare dhe standarde të përcaktuara. Përparësi duhet t'u jepet personave që jetojnë vetëm, kanë kufizime në lëvizje, demencë, disa diagnoza kronike ose nuk kanë kujdestar familjar. Përvoja e Tiranës tregon se modeli funksionon, por edhe se qëndrueshmëria mbetet problem kur financimi është i lidhur me projekte të përkohshme.

5 Të zhvillohen qendra ditore dhe komunitare si hallkë ndërmjet familjes dhe institucionalizimit. Këto struktura duhet të kombinojnë socializimin, aktivitetin fizik, mbështetjen psikologjike, monitorimin bazë shëndetësor, rehabilitimin dhe shërbime të tjera sipas nevojës. Kjo do t'u mundësonte të moshuarve të qëndrojnë më gjatë në mjedisin e tyre dhe njëkohësisht do t'u jepte familjarëve periudha reale lehtësimi nga përgjegjësia e vazhdueshme e kujdesit.

6 Kapacitetet rezidenciale publike të rishikohen mbi bazën e hartës reale të nevojës. Fakti që gjashtë qendrat publike funksionojnë në rreth 98% të kapacitetit dhe kanë më pak vende se një dekadë më parë tregon nevojën për vlerësimin e zgjerimit ose krijimit të kapaciteteve të reja, veçanërisht në territoret që nuk kanë shërbim publik rezidencial. Institucionalizimi nuk duhet të jetë zgjidhja e parë për çdo person, por duhet të jetë realisht i disponueshëm për individët që nuk mund të jetojnë në mënyrë të sigurt në komunitet.

7 Të forcohet roli i mjekut të familjes në ndjekjen geriatrike, duke reduktuar barrën administrative dhe duke shtuar infermierë dhe staf mbështetës. Personat me kufizime në lëvizje duhet të kenë akses real dhe të planifikuar në vizita në banesë, jo vetëm të drejtën formale për këtë shërbim. Duhet të forcohet gjithashtu shkëmbimi elektronik i informacionit ndërmjet mjekut të familjes, specialistit dhe spitalit për të shmangur fragmentimin e ndjekjes.



8 Të ngrihet një mekanizëm i strukturuar për rishikimin periodik të terapisë të personat me polifarmaci. Mjeku i familjes, specialisti dhe infermieri duhet të kenë rol të qartë në kontrollin e ndërveprimeve, dozave, efekteve anësore dhe aftësisë së pacientit për ta zbatuar skemën e mjekimit, veçanërisht të personat me demencë ose dëmtime njohëse.

9 Shërbimi i Geriatriisë i njoftuar në vitin 2026 duhet të zhvillohet si rrjet dhe jo të mbetet vetëm një strukturë pranë QSUT-së. Krahas nivelit terciar duhet të zhvillohen kapacitete geriatrike në spitale rajonale dhe kujdesin parësor, si dhe programe të qëndrueshme formimi për mjekët, infermierët dhe profesionistët e tjerë që punojnë me të moshuarit.

10 Të krijohet një paketë e posaçme mbështetje për familjarët dhe kujdestarët informalë. Ajo duhet të përfshijë informacion dhe trajnim mbi kujdesin, këshillim psikologjik, shërbime të përkohshme zëvendësuese/respite, mbështetje në banesë dhe vlerësim të formave të mbështetjes financiare ose sociale për rastet kur kujdesi kërkon angazhim të lartë.



#QËNDRESË/MIRËQEVERISJE

QENDRESA
QYTETARE



NATIONAL
ENDOWMENT
FOR
DEMOCRACY

SUPPORTING FREEDOM AROUND THE WORLD

www.qeverisja.qq.com.al