

MINIMUMI I GRUPIT TË INDIKATORËVE SHËNDETËSORE PËR VENDET E EVROPËS JUGLINDORE, CILËSIA DHE KRAHASUESHMËRIA E TË DHËNAVE

DORIS BARDEHLE, RUDINA QESKA, ENVER ROSHI, ULRICH LAASER*

Summary

MINIMUM HEALTH INDICATOR SET (MHIS) FOR SOUTH EASTERN EUROPEAN COUNTRIES DATA QUALITY AND DATA COMPARABILITY

Background: The Stability Pact includes a programme "Public Health Collaboration in South Eastern European countries" (PH-SEE). In 2001, it was decided under this programme to develop a Minimum Health Indicator Set (MHIS) for all SEE countries (1, 2). The MHIS was tested in 2002 with 30 indicators (pilot phase), using the European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe. The following countries were involved: Albania, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Macedonia, Serbia & Montenegro, Moldova, Romania and Slovenia. Additionally data for Greece (observer status) were added.

The most important indicators, tested during the pilot phase are: % of 65+ years old population, life expectancy for males and females, infant mortality rate, maternal mortality rate and total health expenditure as % of GDP. Data availability and data quality are discussed. One of the main problems consists in the correctness of population and mortality data stored within the HFA-DB. Comparisons with published population and selected mortality data are analysed, especially for Albania. So, the part of the population 65+ years varies between 6% in Albania and 16% in Bulgaria. The low % of elderly population in Albania does not coincide with the published high life expectancy of 72 years for males and 78 years for females for the year 2000. The same concern to low rates of infant and maternal mortality in Albania.

It is found out that different data are used in different publications which especially for Albania lead to a diverging assessment of the situation in health status and health care.

Keywords: Health indicator set, South Eastern Europe, data quality, Albanian, population and mortality data

Pakti i stabilitetit përfshin një program : "Kontributi i Shëndetit Publik në vendet e Evropës Juglindore " (PH- SEE). Në 2001 u vendos përmes këtij programi të zhvillohet një Minimum i Grupit të Indikatorëve Shëndetësorë (MGISH) për të gjitha vendet e Evropës Juglindore. MGISH u testua në vitin 2002 me 30 indikatorë (faza pilot).

Database i Shëndetit European për të Gjithë (HFA- DB), WHO/ Europë. Në të u përfshinë vendet e mëposhtme: Shqipëria, Bosnja-

Hercegovina, Bullgaria, Kroacia Maqedonia, Serbia & Mali i Zi, Moldavia, Rumania dhe Sllovenia. Të dhënat për Greqinë u shtuan më vonë. (status observues).

Indikatorët më të rëndësishëm të testuar gjatë fazës pilot janë : përqindja e popullsisë më e madhe se 65 vjeç, pritshmëria e jetës për meshkujt dhe femrat, shkalla e mortalitetit infantil, shkalla e mortalitetit maternal dhe shpenzimi total shëndetësor si % e GDP.

*Dërguar në Redaksi më 20 Janar 2005, miratuar për botim më 12 Mars 2005.

Nga Instituti i Shëndetit Publik North Rhine – Westphalia, Gjermani

Adresa për letërkëmbim: Bardehle D.: Instituti i Shëndetit Publik North Rhine – Westphalia, Gjermani

U diskutuan cilësia dhe vlefshmëria e të dhënave. Një nga problemet konsiston në korrektësinë e të dhënave për popullatën dhe vdekshmërinë brenda HFA-DB. Krahasimet me të dhënat e botuara për popullatën dhe vdekshmërinë e zgjedhur u analizuan, veçanërisht për Shqipërinë. Kështu pjesa e popullatës më e >se 65 vjeç varion midis 6% në Shqipëri dhe 16% në Bullgari. (Të dhënat e regjistrimit të vitit 2001: 7,5 % e popullsisë ishte më e >se 65 vjeç) Përqindja e ulët e popullatës në moshën e vjetër në Shqipëri nuk përkon me pritshmërinë e botuar të lartë të jetës prej 72 vjeç për meshkujt dhe 78 vjeç për femrat për vitin 2000. E njëjta gjë zbatohet për shifrat e ulëta të mortalitetit infantil dhe maternal në Shqipëri. Janë zbuluar të dhëna të ndryshme të përdoren në botime të ndryshme, të cilat në veçanti për Shqipërinë çojnë në një vlerësim divergjent të situatës mbi statusin dhe kujdesin shëndetësor.

Fjalë kyçe

Grupi i indikatorëve të shëndetit, Europa Juglindore, cilësia e të dhënave, popullata shqiptare dhe të dhënat për mortalitetin.

Parathënie

Zhvillimi i Shëndetit Publik në Evropën Juglindore (PH-SEE) duhet të përfshijë nxjerrjen e një minimumi të grupit të indikatorëve të shëndetit për Rajonin e Evropës Juglindore. Kjo do të ishte pjesë e një kurrikulumi të shëndetit publik dhe e zhvillimit tëurvejancës shëndetësore, dhe e sistemit monitorues shëndetësor brenda rajonit të SEE. MGISH u vendos nga një grup pune i përbërë nga përfaqësues të mjekësisë sociale, dhe të shëndetit publik në vendet e SEE. Të gjitha vendet e (EE morën pjesë në fazën pilot të projektit me 30 indikatorë: Shqipëria, Bosnja-Hercegovina, Bullgaria, Kroacia, Greqia, Rumania, Maqedonia, Moldavia, Serbia & Mali i Zi (Kosova e ndarë) dhe Sllovenia. Në 2002 faza pilot rezultoi me mbledhjen e të dhënave dhe me përshkrimin e meta database. Si e dhënë bazë database European Shëndet për të Gjithë u përdor dhe u përmbush gjatë shkollës verore të shëndetit publik në 2002. Raporti final mbi fazën pilot duke përfshirë një analizë të parë të indikatorëve të selektuar u publikua në 2003.

Metodat

Minimumi i Grupit të Indikatorëve të Shëndetit për Vendet e Evropës Juglindore (MGISH për VEJ)

Kriteri i zgjedhjes së MGISH për VEJ u përshkrua në botimin "MGISH për VEJ" (3); Këto kritere korrespondojnë me raportet e Takimit të

Grupit të Eksperteve të WHO në vitin 2000 dhe në Raportin Final të ECHI Projekt i Komisionit Evropian.

Sruktura e Shëndetit për të Gjithë 21(HFA-21) u përdor për ndërtimin e grupit të indikatorëve të shëndetit për VEJ. Burimi kryesor i indikatorëve ishte lista e indikatorëve të WHO (HFA-DB) (1,3,6). Si kriter benchmarking ishin vlerat minimale dhe maksimale, u përmend si shtesë mesatarja e EU.

Të dhënat u mbledhën për periudhën 1996-2000, përcaktimet u morën nga HFA-DB. Disa të dhëna për "Kosovën" u shtuan duke përdorur të dhënat e botuara në Gazetën Europiane të Shëndetit Publik.(5) Për fazën pilot u zgjedhën vetëm indikatorët të cilët ndoshta ishin të vlefshëm në cilësi të pjesshme.

Vlefshmëria dhe cilësia e të dhënave.

Indikatorët u kompletuan aq sa ishte e mundur me të dhënat e HFA-DB dhe në vazhdimësi me të dhënat e shtetit. Vëmendje e veçantë iu bashkëngjiti të dhënave të popullatës sepse këto të dhëna përfaqësojnë emëruesin për të kalkuluar shumicën e indikatorëve të shëndetit. Cilësia e statistikave shëndetësore bazë dhe regjistrat e popullatës në VEJ u vlerësuan midis të mirës dhe më pak të mirës, megjithatë jo aq të varfër.

Kur analizohen të dhënat, supozimi që të dhënat janë të vlerësuar cilësore duhet të revizionohet. Pas përmbushjes së fazës pilot të 30 indikatorëve të testuar të cilët mbulojnë kapitujt:

- Indikatorët kryesorë demografike dhe socio-ekonomike,
- Indikatorët e mortalitetit,
- Mjedisi,
- Burimet e kujdesit shëndetësor,
- Çmimet dhe pajisjet e kujdesit shëndetësor,
- Shëndeti i nënës dhe fëmijës.

5 indikatorë u analizuan duke pasur parasysh vlefshmërinë dhe krahasueshmërinë e tyre. Për më tepër u ekzaminua që, nëq në botimet e mëtejshme të dhëna të tjera do të përdoren mbi të njëjtët indikatorë, kjo do të çojë në një klasifikim të ndryshëm të VEJ.

5 indikatorët e mëposhtëm u krahasuan me botime të tjera :

- 1.Të dhënat e popullatës, nga të cilat popullata më e madhe se 65 vjeç
- 2.Pritshmëria e jetës në lindje, në vite për femrat dhe meshkujt.
- 3.Shkalla e mortalitetit infantil për 1000 lindjetë gjalla
- 4.Vdekjet maternale, të gjitha shkaqet për

1000 lindje të gjalla

5.Shpenzimi total shëndetësor si % e GDP

Krahasimi i të dhënave midis botimeve të ndryshme

Në të njëjtën kohën kur rezultatet e krahasimit të MGISH për VEJ u analizuan, doli që tri botime kishin të bënin me të dhëna mbi gjendjen e kujdesit shëndetësor dhe mbi burimet e kujdesit shëndetësor në VEJ dhe në disa pjesë të çonin në vlerësime divergjente:

1.Atlasi i Shëndetit në Europë (ASHE), (2003), (2)

2.Sistemet e Kujdesit Shëndetësor në Tranzicion – Shqipëria (2002), (4), (SKSHT)

3.Duke shëruar Krizën – Një recetë për Veprimin e Shëndetit Publik në VEJ, (2003), (7)

Atlasi i Shëndetit në Europë (ASHE)

Në vitin 2003, WHO Europë botoi “Atlasin e Shëndetit në Europë” (5). Zyra Rajonale e WHO për Europën ia ofroi këtë atlas një numri të madh profesionistësh të shëndetit publik dhe mjekësisë, gjithashtu një publiku më të madh.

“Të dhëna të pasura dhe të përpunuara nga burime të ndryshme janë mbledhur”.

Botimi përmban të dhëna themelore të lidhura me shëndetin për Shtetet Antare të Rajonit European të WHO psh: e njëjta linje e shteteve si në HFA-DB. Pas një regjistrimi të zhvilluar në të gjithë shtetet europiane, popullata mesatare vjetore për Shqipërinë për 2002 është dhënë me 3.164.000 persona. Sipas shënimeve teknike, shumica e të dhënave janë mbledhur nga zyrat statistikore të ministrive të shëndetësisë ose institucionet e shëndetit publik dhe institucionet statistikore kombëtare. Të gjitha këto të dhëna janë të vlefshme në databases si psh: www.euro.who.int. Këto të dhëna u përpiluan, vlerësuan dhe procesuan në mënyrë uniforme me qëllim që të përmirësohej krahasueshmëria ndërkombëtare statistikore. Por disa faktorë si: regjistrimi i paplotë mund të influencojë saktësinë dhe krahasueshmërinë e statistikave nacionale. Të gjitha shkallët e vdekjeve në ASHE janë standartizuar sipas “Popullatës Europiane të Standartizuar” në të njëjtën mënyrë si në MGISH. Për disa vende si: Shqipëria të dhënat për popullatën janë botuar dy herë: një lloj të dhënash janë depozituar në HFA-DB, kurse lloji tjetër bazohet në llogaritje sepse pritej që mund të kishte këtu një regjistrim të paplotë të popullatës ose një mbiregjistrim. Ne vërejtëm diferenca të mëdha midis HFA-DB dhe të dhënave të përdorura për ASHE. Llogaritja ndoqi metodën e prezantuar në Raportin e WHO për 2000. Në ASHE të dhënat mbi “Pritshmërinë e jetës” për meshkujt (66,3 vjeç)

dhe femrat (73.2 vjeç) deviojnë nga të dhënat e botuara në HFA-DB. Të dhënat mbi “Popullatën” dhe “Mortalitetin infantil” janë të krahasueshme me HFA-DB, dhe të dhënat mbi “Mortalitetin Maternal” janë kalkuluar si një e dhënë mesatare 3 – vjeçare (2000, mesatarja 3- vjeçare: 19,6 për 100000 lindje të gjalla).

Sistemet e Kujdesit Shëndetësor në Tranzicion – Shqipëria (SKSHT), 2002 (6)

Profillet e “SKSHT” janë raporte me bazë shtetërore që sigurojnë një përshkrim analitik të sistemit të kujdesit shëndetësor dhe të iniciativave të reformës në progres ose në zhvillim. Këto SKSHT janë një element kyç i punës së Observatorit European të Sistemeve të Kujdesit Shëndetësor (6; v). Në parathënie thuhet që të dhënat sasiore mbi shërbimet shëndetësore bazohen në një numër të ndryshëm burimesh, përfshirë database e Shëndetit për të Gjithë të Zyrës Rajonale të WHO për Europën, të dhënat e OECD dhe të dhëna nga Banka Boterore. Të dhënat demografike dhe të indikatorëve të zgjedhur për shëndetin që përfshijnë pritshmërinë e jetës, mortalitetin infantil dhe atë maternal jepen në kapitullin “Parathënie dhe përshkrim historik” (pp3,8,10) Si burim të dhënash për indikatorët demografike është dhënë INSTATI shqiptar. Shifrat e popullatës për 2001 që u dhanë pas regjistrimit, u nxorën dhe u korrigjuan për të treguar në mënyrë më sinjifikante shifra më të ulëta krahasuar me shifrat e 2000. Të dhënat mbi mortalitetin infantil u siguruan nga Ministria e Shëndetësisë dhe UNICEF (survejim i të dhënave nga QFIVE nga viti 2000) dhe të dhëna mbi mortalitetin maternal dhe pritshmërinë e jetës nga INSTAT i Shqipërisë. Sipas këtij botimi llogaritjet e INSTAT mbi pritshmërinë e jetës mbulojnë vetëm vitet deri në 1995. Thuhet që “pritshmëria e jetës dhe mortaliteti infantil për Shqipërinë janë manipuluar nga Partia Komuniste” Interpretimi i kësaj gjendjeje është që të dy indikatorët tregojnë vlera të përdorueshme. Konkluzioni nga indikatorët e pritshmërisë të jetës jepet si: “Megjithatë, popullata shqiptare gëzon një pritshmëri të gjatë të jetës, që duket paradoksale kur merren në konsideratë të ardhurat e ulëta të vendit, shërbimet shëndetësore shumë të kufizuara dhe rastet e shpeshta të sëmundjeve infektive”. Pritshmëria e lartë e jetës shpjegohet me ushqimin e mirë me një dietë tradicionale të pasur me fruta dhe perime. Mbi mortalitetin maternal thuhet që më 21,6 për 100000 lindje të gjalla, mortaliteti maternal ishte akoma i lartë, por është përmirësuar që nga vitet 90, dedikuar kjo prezantimit të një politike shëndetësore riprodhuese të re. Për vitin 1999 “Shkalla e vdekjes bruto në Shqipëri” jepet

me 5%. Përqindja e shkaqeve kryesore të vdekjes janë sëmundjet cirkulatore (45%), kancer (16,6%), dhe aksidentet (11%). Thuhet që proporcioni i vdekjeve dedikuar aksidenteve u rrit pas viteve 90. Një studim i fundit i Bankës Botërore (2001) tregon që për Shqipërinë në 1999, kemi një pritshmëri për meshkujt dhe femrat së bashku prej 72 vjeç, një shkallë të vdekjes bruto prej 5%, mortalitetin infantil 24% dhe atë maternal 31 për 100000 lindje të gjalla. Konkluzioni në faqen 9 është: "Pritshmëria e jetës në Shqipëri është më e lartë se në Bullgari (71 vjeç), Rumania (69) dhe Turqia (69) por është më e vogël se në Maqedoni (73), kurse shkalla e vdekjes bruto është më e ulta në grup. Megjithatë shkalla e mortalitetit infantil mbetet një nga më të lartat në rajon, tejkaluar vetëm nga Turqia".

Shërimi i krizës: Një recetë për Aksionin e Shëndetit Publik në VEJ, 2003 (7)

Botimi u bë nga Shkolla e Higjienës & Mjekësisë Tropikale Londineze dhe në vitin 2003 nga Instituti i Shoqërisë të Hapur (OSI). Mbi pritshmërinë e jetës autorët pohojnë se: "për vendet si Shqipëria, Bullgaria, Kroacia, Moldavia dhe Rumania intervali në pritshmërinë e jetës është rritur nga 5,25 vjet në 1989, në 7 vjet në 1999 për burrat dhe nga 5,47 në 6,08 për gratë". Përtej këtij pohimi të përgjithshëm, VEJ tregojnë një divergjencë të konsiderueshme në rritje të pritshmërisë së jetës. Shqipëria ka pritshmërinë më të lartë të jetës në lindje, me 78,04 për gratë dhe 72,03 për burrat, në vitin 2000. Pritshmëria më e vogël e jetës është në Moldavi. Ndryshimi midis Shqipërisë dhe Moldavisë u rrit në mënyrë sinjifikante nga 1989 në 2000. Burimi i të dhënave është HFA-DB (6). U bë një kufizim: "Me sa është vënë re të dhënat për shumicën e vendeve të rajonit janë tepër problematike". Thuhet se: "në kontrast të madh me situatën në Bullgari, Moldavi dhe Rumania pritshmëria e jetës duhet të jetë përmirësuar në Shqipëri dhe me një shkallë më të vogël në Maqedoni dhe Serbi & Mali i Zi. Këto shifra duhen trajtuar me kujdes ekstrem për shkak të problemeve me emëruesin e popullatës".

"Megjithëse Shqipëria ka qënë një nga vendet më të varfëra të Europës, mortaliteti për moshat më të mëdha se 15 vjeç është midis më të ultave në Europë. Një faktor i mundshëm është dieta mesdhetare dhe niveli i ulët i transportit motorik, si pasojë vdekjet nga trafiku rrugor". Proporcioni i shkaqeve kryesore të vdekjeve për Shqipërinë bazuar në HFA-DB të Janarit 2004 jepet si më poshtë: Sëmundjet cirkulatore 51,6%, kancer 13,7%, shkaqe eksterne të dëmtimeve dhe helmimet 5,9% (në total 67,8%). Shkallët e mortalitetit sipas

standartizimit të moshës për sëmundjet cirkulatore + kancerin (për popullatën nga 0-64 vjeç) janë afër mesatares së EU dhe në mënyrë të konsiderueshme më të ulta se në të gjitha VEJ. "Shkalla e lartë e mortalitetit maternal në Shqipëri lidhet me varfërinë, kujdesin e pakët prenatal dhe në vështirësinë e aksesit për kujdes në zonat rurale dhe malore". Deri në 1991 abortet ishin të paligjshme në Shqipëri.

Të dhënat për mortalitetin maternal u morën nga HFA-DB. Më 22,29 vdekje maternale për 100000 lindje të gjalla, Shqipëria radhitet midis vendeve me mortalitetin më të lartë maternal, duke ndjekur Moldavinë dhe Rumaninë. Duhet supozuar që numri i aborteve letale është zvogëluar në mënyrë drastike, pasi abortet janë legalizuar. Të dhënat mbi mortalitetin maternal nuk janë paraqitur në pjesën më të madhe në statistikën spitalore (mbi 50%). Kjo zbatohet edhe në vendet shumë të zhvilluara (5).

Rezultatet

Vlerësimi i indikatorëve të shëndetit për Shqipërinë

Të dhënat për popullatën dhe mortalitetin

Problemi kryesor u ngrit me vlefshmërinë dhe cilësinë e të dhënave. Të dhënat e programit të kontributit të shëndetit publik në VEJ të shpërndara për HFA-DB kanë një cilësi të varfër. Kështu llogaritja e përqindjeve dhe pritshmërisë së jetës shmangen nga realiteti dhe krahasimi midis VEJ ashtu dhe përdorimi i të dhënave për politikën dhe raportet shëndetësore nuk reflektojnë situatën reale. Ne do të analizojmë këtë problem me të dhënat e Shqipërisë.

Në vazhdim do të tregojmë vlerat e ndryshme të 5 indikatorëve duke përdorur HFA-DB dhe burime të tjera të të dhënave për: të dhënat për popullatën (>se 65 vjeç), pritshmërinë e jetës për femrat dhe meshkujt, mortalitetin infantil dhe atë maternal, dhe shpenzimin total shëndetësor si % e GDP. Të botuar për 2000 për Shqipërinë dhe vendet e tjera të Europës Juglindore. Për këtë do përdorim të dhëna të botuara në "ASHE" dhe në "SKSHT" për Shqipërinë dhe "Shërimi i krizës" dhe më në fund të nxjerrim konkluzione nga shifrat e treguara.

Të dhënat për popullatën për Shqipërinë nga burime të ndryshme të dhënash

Baza për llogaritjen e pritshmërisë së jetës dhe e përqindjeve të tilla si shkalla e mortalitetit është popullata mesatare vjetore e ndarë sipas seksit dhe grupmoshave. Këto të dhëna të strukturuar nuk ishin të vlefshme në botimet e analizuara.

Në HFA-DB janë publikuar të dhënat e mëposhtme për popullatën (3), (Tabela nr.1).

Tabela nr.1: Popullata mesatare vjetore për shqipërinë për meshkujt dhe femrat, 1996-2002

(janar 2004, HFA-DB)

Viti	Popullata mashkullore	Popullata femërore	Popullata në total
1996	1,624,000	1,659,000	3,283,000
1997	1,628,915	1,695,402	3,324,317
1998	1,649,672	1,704,669	3,354,341
1999	1,662,028	1,711,407	3,373,445
2000	1,592,000	1,522,000	3,114,000
2001	1,529,682	1,538,058	3,067,740
2002	1,617,000	1,547,000	3,164,000

Popullata e regjistruar në prill të 2001 është 3,069,275 nga INSTAT.

Në ASHE është dhënë një popullatë mesatare vjetore 3,164,000 për 2002 për Shqipërinë. Shifra korrespondon me popullatën e dhënë në 2002 në HFA-DB për Shqipërinë. Numri i vdekjeve s'është përfshirë në HFA-DB kështu që nuk mund të nxirren krahasime të mëtejshme midis HFA-DB dhe shifrave të botuara në ASHE.

Në HFA-DB jepen referencat dhe përcaktimet përsa i përket cilësisë të të dhënave të popullatës: Përcaktimi i popullatës mesatare vjetore (HFA-DB; 3), Llogaritja e popullatës rezidente (de juro) më 1 korrik të vitit të dhënë kalendarik. Zakonisht llogaritet si një mesatare e fundvitit. Në rastin e disa shteteve veçanërisht në ata që u prekën nga situata e luftës në 1990, ndryshimi midis llogaritjeve zyrtare të popullatës dhe asaj rezidente, aktualisht në vend (popullata de fakto) mund të jetë shumë e gjerë. Në raste të tilla përpjekje speciale duhen bërë për të siguruar llogaritjet për popullatën "de fakto" që të përdoret si emërues. Të dhënat për Shqipërinë janë siguruar nga INSTATI. Të dhënat e popullatës për Shqipërinë janë të "dhëna të llogaritura". Një regjistrim i popullatës u bë në vitin 2000. Në vitin 2000 të dhënat për popullatën u korrigjuan. (u zvogëluar). Në MGISH, proporcioni i popullatës më të madhe se 65 vjeç është e rëndësishme me qëllim që të njihet proporcioni i popullatës më të vjetër. Mbi këtë bazë planifikohet shtrirja e shëndetit dhe e masave të sigurisë sociale për njerëzit me moshë të vjetër. Numri i popullsisë më të madhe se 65 vjeç shërben për të siguruar cilësinë e indikatorëve të tjerë si lartësia e pritshmërisë të jetës. Një pritshmëri e lartë dhe vazhdimisht në rritje e popullatës tregon një numër në rritje të popullatës >se 65 vjeç. Këto vlerësime duhen rikonsideruar. Pjesa e popullatës >se 65 vjeç varion midis 6% në 2000 në Shqipëri dhe 16% në Bullgari. Me këto vlera Bullgaria mban

pozicionin e majës midis VEJ dhe ka arritur mesataren e EU si 16,2 %. Meqënëse ka rezerva për vlerësimin e shifrave të popullatës për VEJ, këto proporcione shumë divergjente të popullatës >se 65 vjeç, duhen interpretuar me shumë kujdes. Tendenca në rritje e numrit të njerëzve në moshë të madhe në të gjitha VEJ nga 1996-2000, tregon se mortaliteti në këto grupmosha mund të zvogëlohet, si pasojë pritshmëria e jetës do të rritet. Të dhënat për Shqipërinë tregojnë një diferencë midis shifrave të ulta të popullatës >se 65 vjeç si 6% në vitin 2000 dhe një pritshmëri relativisht të lartë të jetës: 78,04 vjeç për gratë (2000) dhe 72,3 vjeç për burrat (2000). Në ASHE jepet një shkallë shumë e lartë mortaliteti për Shqipërinë me 7,242 vdekje për 100000 banorë për moshë >se 65 vjeç.

Kjo shkallë mortaliteti është e katërta, duke ndjekur Moldavinë, Kazakistanin dhe Rusinë. Në kontrast me të, ASHE përmend një shkallë mortaliteti prej 234,7 për 100000 banorë, për popullatën nga 0-64 vjeç dhe Shqipëria renditet midis shteteve të tilla si: Belgjika, Irlanda, Franca dhe Gjermania. Këto shifra dyshohen nga autorët.

Pritshmëria e jetës për meshkujt dhe femrat. (PJ).

Pritshmëria e jetës është një indikator që reflekton mortalitetin nga gjithë shkaqet e vdekjes dhe gjithë moshat. Ky indikator tregon një tendencë drejt rritjes në pritshmërinë e jetës për meshkujt dhe femrat dhe jep një ndryshim në pritshmërinë e jetës për meshkujt dhe femrat në çdo VEJ midis viteve 1996- 2000. Një rritje e mëtejshme në pritshmërinë e jetës për meshkujt dhe femrat duhet të ndjekë tendencën europiane për të minimizuar ndryshimet në pritshmërinë e jetës midis dy sekseve. Targeti i WHO 2000, për të arritur një PJ të paktën 75 vjeç në vitin 2000, nuk u kap nga meshkujt por vetëm nga femrat në Shqipëri, Bullgari, Maqedoni, Slloveni. Duke ndjekur të

dhënat mbi PJ të depozituara në HFA-DB, në vërejtëm një zvogëlim të pavlerë në PJ midis VEJ si për meshkujt dhe femrat.

Të dhënat e PJ për Shqipërinë u daunloduan nga HFA-DB (botim i fundit 2004, 3) me të dhënat e mëposhtme:

Tabela nr.2: PJ në lindje, në vite, për femrat dhe meshkujt, në Shqipëri në vitet 1996-2000 (HFA-DB; janar 2004).

Viti	PJ në vite		
	Meshkujt	Femrat	Së bashku
1996	71,29	78,22	74,63
1997	70,82	79,47	75,03
1998	71,55	78,74	75,07
1999	72,73	79,48	76,05
2000	72,03	78,04	74,89

PJ për meshkujt

PJ për meshkujt për 1996 në Shqipëri është më e lartë se në të gjitha VEJ (përveç Greqisë me 75,34 vjeç). Ne observuam të njëjtën gjë për vitin 2000, me një PJ për meshkujt me 72,03 vjeç. Shqipëria rregjistron vlerën e dytë më të lartë duke ndjekur Slloveninë. Këtu ne dyshojmë se:

Shifrat e marra për popullatën janë shumë të larta

Jo të gjitha rastet e vdekjeve janë përfshirë në llogaritje

Të dhënat për popullatën dhe të dhënat në rastet e vdekjeve janë mbledhur gabim.

Shqipëria ka arritur një pritshmëri të jetës për meshkujt tepër të lartë, që s'mund të përdoret për krahasime midis VEJ, as për politikat shëndetësore në Shqipëri. Në ASHE (5) jepen për 2001, vitet e kalkuluara afërsisht të PJ. Këto shifra bazohen në një metodë llogaritjeje të WHO. Për

më tepër rezultatet e regjistrimit zyrtar të 2000 ishin të vlefshme. U bënë korrigjimet e mëposhtme:

"Shqipëria (2000): 72.03 PJ konvencionale për meshkujt /66.30 PJ për meshkujt, e kalkuluar afërsisht (2001)". Pra, është ulur me 5,73 vjet, pritshmëria e jetës. Nqs vitet e llogaritura mesatarisht të PJ janë një llogaritje e mirë e gjendjes "de facto", shifrat që përmban HFA-DB deri në vitin 2000 janë një mbillogaritje e konsiderueshme që çon në një klasifikim komplet të ndryshëm të Shqipërisë sesa në ASHE.

Duke ndjekur këtë llogaritje, në ASHE Shqipëria s'do zinte vendin e parë midis VEJ por të fundit, një pozicion përpara Moldavisë. (figura nr.1).

Konkluzioni do të ishte i drejtë se PJ për Moldavinë është llogaritur saktë, por PJ për Shqipërinë duhet të rishikohet urgjentisht.

Pritshmëria e jetës për femrat

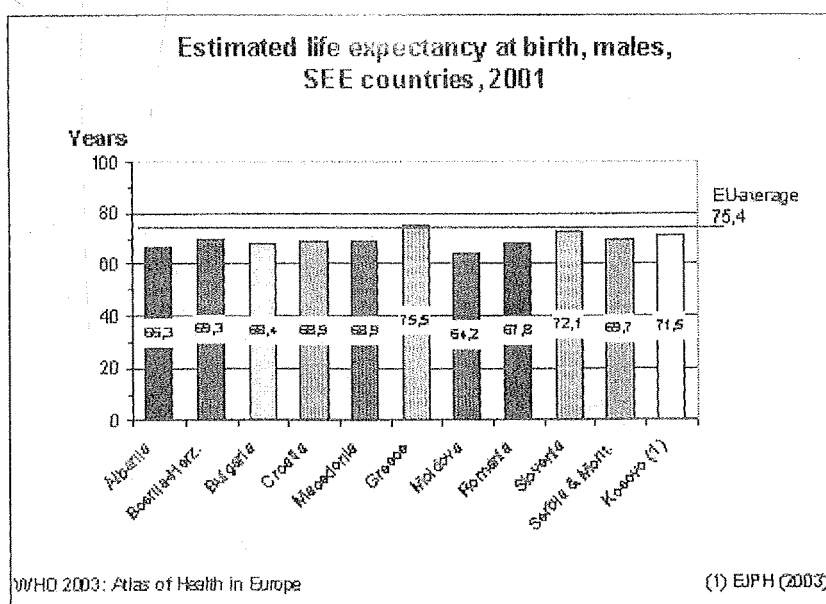


Figura nr.1

I njëjti problem duket në shkallën e PJ për femrat. Më 78,22 vjet, PJ për femrat për 1996 është e dyta më e lartë për të gjitha VEJ (përveç Greqisë me 80,67 vjeç). Vlera më e lartë është arritur nga Sllovenia me 79,07 vjeç për femrat. Ne observuam të njëjtën gjë për vitin 2000. Me një vlerë prej 78,04 vjeç të PJ për femrat, Shqipëria zë vendin e dytë me PJ më të lartë pas Sllovenisë (80,05 vjeç). Këtu ne përballemi me të njëjtin problem si për të dhënat e PJ për meshkujt.

Në ASHE, jepen vitet e llogaritura mesatarisht të PJ për femrat për vitin 2000. Këto vlera bazohen në të njëjtat llogaritje si për të dhënat e PJ për meshkujt.

Këtu gjithashtu, rezultatet e regjistrimit zyrtar kanë qënë të vlefshme. U bënë korrigjimet e

mëposhtme:

“Shqipëria 2000: 78,04 është PJ konvencionale për femrat / 73,2 është PJ e llogaritur për femrat. Pra, PJ për femrat është zvogëluar me 4,84 vjet.

Nqs vitet e llogaritura të PJ janë një vlerë e mirë e situatës “de – fakto”, shifrat e HFA-DB mbi 2000 janë një mbillogaritje, që si në rastin e meshkujve, çon në një klasifikim të ndryshëm për Shqipërinë sesa në ASHE.

Duke ndjekur këtë llogaritje në ASHE, Shqipëria s’do mbajë vendin e parë midis gjithë VEJ por si për meshkujt, mban vendin e fundit para Moldavisë. (figura nr.2).

Kjo çon në imazh të ndryshëm dhe në konkluzion të ndryshëm të politikës shëndetësore.

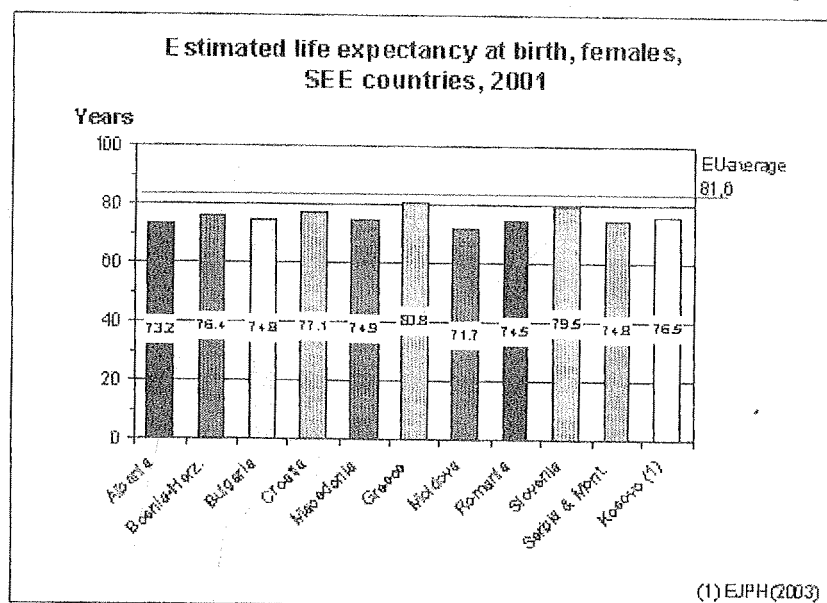


Figura nr. 2

Mortaliteti infantil

Ky reflekton situatën social-ekonomike dhe efikasitetin e sistemit të kujdesit shëndetësor Targeti i shëndetit nr: 3 (Një fillim i shëndetshëm në jetë) i Strategjisë Shëndet për të Gjithë 21 vazhdon: “Në vitin 2020 të gjitha bebet e sapolindura, 0-1 vjeç dhe fëmijët parashkollorë në rajon duhet të kenë një shëndet më të mirë, duke siguruar një fillim të shëndetshëm në jetë”. Për monitorimin e këtij targeti, mund të përdoren indikatorët rreth mortalitetit infantil, mortalitetit maternal, peshës së lindjes dhe imunizimit.

Qëllimi i HFA 2000 për të gjitha vendet e rajonit europian ishte arritja e një mortaliteti infantil maksimal 20 për 1000 lindje të gjalla në vitin 2000. Disa nga VEJ nuk janë në gjendje të sigurojnë regjistrim komplet të gjithë rasteve të lindjeve dhe vdekjeve. (1,6)

Pra shkallët e mortalitetit infantil mund të jenë të nënllogaritura. VEJ vlerësuan që

nënraportimi mund të arrijë mbi 20% të vdekjeve infantile. Kështu në Bullgari raportohet: “që ata përdorin një përcaktim të kufizuar të lindjeve të gjalla, në të cilin një i porsalindur që peshon më pak se 1000gr duhet të jetojë më tepër se një javë që të llogaritet” (7). Përcaktime të njëjta mund të ekzistojnë në VEJ e tjera që e bëjnë krahasimin e mortalitetit infantil më të vështirë. Për Shqipërinë zbulohet se, mund të kemi një nënrregjistrim të të porsalindurve të vdekur brenda javëve të para të jetës, kur i porsalinduri nuk ishte akoma i regjistruar. Kjo sjellje mund të ndeshet në veçanti në zonat rurale. Megjithatë duket, që në botimet e analizuara më sipër afërsisht janë përdorur të njëjtat të dhëna.

Të dhënat mbi mortalitetin infantil të depozituara në HFA-DB janë më të ulta se të dhënat e Ministrisë të Shëndetësisë të përdorura në strategjinë “Të zvogëlojmë mortalitetin e fëmijës”. Të dhënat e botuara në ASHE për vitin 2000

korrespondojnë me të dhënat e botuara në HFA-DB mbi vitin 2000 (5) (figura nr.3). Pra të dhënat

për mortalitetin infantil për Shqipërinë janë zvogëluar nga 1996-2000 në mënyrën e mëposhtme

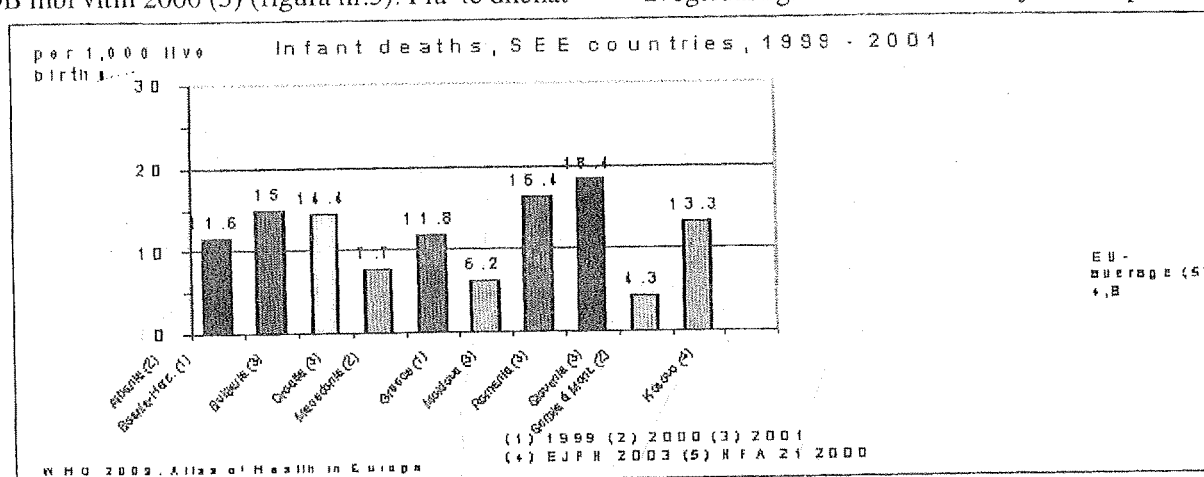


Tabela nr.3: Shkalla e mortalitetit infantil për 1000 lindje të gjalla dhe mortaliteti maternal, të gjitha shkaqet për 100000 lindje të gjalla, Shqipëria 1996-2000 (HFA-DB; janar 2004;3) dhe qëllimet deri në 2015 (Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë; 11).

Viti	Mortaliteti infantil ne %	Mortaliteti maternal për 100000
1996	20,22	32,18
1997	15,50	27,54
1998	14,70	21,62
1999	11,25	13,81
2000	11,62	22,29
2001	17,40	22,70
2006	15,00	15,00
2009	13,00	14,00
2012	11,00	12,00
2015	10,11	11,00

Në një periudhë 5-vjeçare mortaliteti infantil u zvogëluar afërsisht me 50%. Bashkë me Bosnje-Hercegovinën dhe Maqedoninë, Shqipëria renditet lehtësisht mbi to, duke regjistruar vlera mesatare. Vlerat e sakta të mortalitetit infantil kërkojnë që të gjithë të porsalindurit dhe ata që vdesin në javët e para të jetës të regjistrohen komplet. Ai s'mund të vlerësohet nqs cilësia e statistikave të popullatës për fëmijët nga 0-1 vjeç është më e mirë se statistikave të popullatës së përgjithshme në Shqipëri. Pikësynimi i dukshëm i Shqipërisë i katërti brenda qëllimeve të zhvillimit të milleniumit "Për të zvogëluar mortalitetin infantil" gjithashtu përfshin targetin e zvogëlimit të mortalitetit infantil për 100000 lindje të gjalla nga 17,4 % në 2001 (kufiri), në 10% në vitin 2015 (8). Rregjistrimi total i të porsalindurve dhe i atyre që vdiqën, kërkohet me

qëllim që të vlerësohet zvogëlimi i mortalitetit infantil i pretenduar. Cilësia e këtij indikator do të jetë më e mirë se sa vlerat e mortalitetit infantil të mbajtura në HFA-DB.

Të krahasuar me VEJ (të krahasuar me vitin 2000) një shkallë e mortalitetit infantil prej 17,4 % në 2001 flet për pozicionin e tretë të fundit pas Rumanisë dhe Moldavisë. (11) Ky klasifikim duke pasur parasysh që Shqipëria mban një nga vendet më të ulta në mortalitetin infantil do të korrespondojë më mirë me klasifikimin e PJ bazuar në llogaritjen mesatare në ASHE.

Mortaliteti Maternal (MM)

Vdekjet maternale reflektojnë gjendjen social-ekonomike dhe efikasitetin e shërbimeve parandaluese gjatë shtatzanisë si dhe cilësinë e kujdesit obstetrikal të pacientit. Shkaqet e vdekjeve

maternale mund të grupohen në vdekje të lidhura me shtatzëninë dhe në vdekje obstetrikale direkte dhe indirekte deri në 42 ditë pas lindjes. MM në Shqipëri është më i lartë se në Moldavi dhe në Rumani për shkak të kujdesit prenatal të varfër dhe nga shumë vdekje nga abortet (1). Në "Sistemet e Kujdesit Shëndetësor në Tranzicion – Shqipëria" (6) është vlerësuar që në 1998, se në Shqipëri MM është madje më i lartë se në Bullgari dhe Maqedoni. Ka dy burime alternative informacioni mbi MM në VEJ që janë përdorur për të kalkuluar këtë indikator:

1. Të dhënat rutinë për mortalitetin nga

shkaku i statistikave të lindjes të raportuara rregullisht në WHO.

2. Të dhënat spitalore që i raportohen Ministrive të Shëndetësisë

Në disa VEJ ka ndryshime të mëdha për sa i përket të dhënave për MM të raportuara nga dy burime të të dhënave të përmendura. Të dhënat spitalore janë një burim me komplet dhe i saktë për shkaqet e statistikave të vdekjes, sidomos për sa i përket MM.

Të dhënat e MM të përdorura për ASHE (5) jepen si të dhëna mesatare 3 – vjeçare, ndërsa në HFA-DB publikohen të dhëna vjetore. Asnjë nga

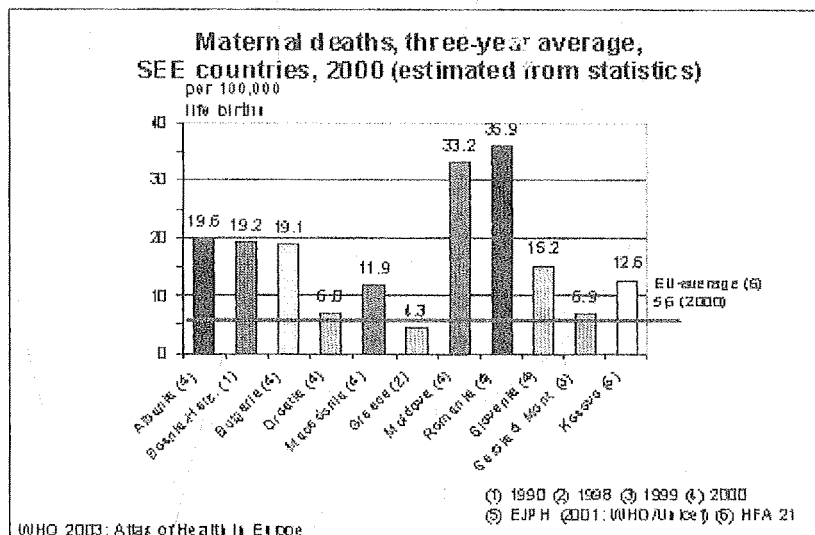


Figura nr.4

VEJ s'mundi të arrijë nivelin e mesatares së EU me 5,74 vdekje maternale për 100000 lindje të gjalla në 2000 (figura nr.4).

Për ASHE u përdorën të dhëna mesatare 3 – vjeçare që deviojnë nga të dhënat e botuara në MGISH (vlera vjetore) (5).

Nga HFA-DB mund të llogariten "të dhënat mesatare 3 – vjeçare" që për Shqipërinë nuk përkojnë saktësisht me të dhënat e botuara në ASHE, megjithatë deviojnë vetëm lehtësisht (mesatarja 3 – vjeçare 1998-2000 e llogaritur me indikatorët e HFA database do ishte 19,2; kurse 19,6 është shkalla e mortalitetit maternal si mesatare 3 – vjeçare -2000 në ASHE). Këtu supozohet se janë përdorur të njëjtat të dhëna.

Si për mortalitetin infantil, me shkallën e MM Shqipëria mban vendin e tretë nga fundi, midis VEJ duke ndjekur Moldavinë dhe Rumaninë. Brenda programit të targetit shëndetësor për Shqipërinë "Qëllimet e Zhvillimit të Milleniumit" (8) qëllimi 5 ka të bëjë me: "Përmirësimin e Shëndetit të Nënës" dhe përfshin një indikator benchmarking: "zvogëlimi në 11, deri në 2015 të shkallës së MM. Vlera kufi është 22,7 vdekje maternale për 100000 lindje të gjalla". Rregjistrimi

i plotë i lindjeve dhe i nënave që vdiqën gjatë shtatzënisë, gjatë lindjes dhe brenda 42 ditësh pas lindjes është një faktor për të vlerësuar zvogëlimin e MM (8).

Tani në Shqipëri ekzistojnë dy rrugë informacioni për vdekjet maternale:

1. Rruga zyrtare është me certifikatat e vdekjes

2. Rregullimi me raportet e rasteve të MM për Ministrinë e Shëndetësisë

Të dhënat zyrtare botohen në HFA-DB, rportet për Ministrinë e Shëndetësisë s'janë komplete. Në rastin e fundit supozohet se ka një nënregjistrim.

Shpenzimi Total Shëndetësor si % e GDP

Sëmundshmëria dhe vdekshmëria varen nga pasuria e një vendi. Një shtet që është në pozicionin për të siguruar një proporcion të arsyeshëm të GDP së tij për sistemin e kujdesit shëndetësor, si pasojë ka më tepër mundësi personale dhe materiale për shërbimet e tij të kujdesit shëndetësor. Në MGISH u bënë përpjekje për të treguar cila pjesë e GDP mund të shpenzohet

mbi kujdesin shëndetësor . vlera më e ulët ë këtij indikator u vu re në Shqipëri më 1,91 % në 2000 e

ndjekur nga 3,0 % nga Moldavia (tabela nr.5). Ky indikator do të nevojitej për të shprehur bazën

Tabela nr. 5:

Country	Year				
	1996	1997	1998	1999	2000
Albania	2.16	2.11	1.88	2.31	1.91
Bosnia-Hercegovina	-	7.2	7.7	-	-
Bulgaria	3.2	3.5	3.4	-	-
Croatia	7.3	7.2	-	-	-
Greece	8.90	8.70	8.70	8.70	8.30
Macedonia	-	-	-	5.60	4.50
Moldova	6.90	6.00	4.30	2.90	3.00
Romania	3.40	3.10	4.10	4.50	-
Serbia and Montenegro	8.04	9.10	7.58	6.91	7.58
Kosovo	-	-	-	-	2.48
Slovenia	7.80	7.70	7.70	7.70	8.00
EU average	8.71	8.57	8.51	8.64	8.68

ekonomike për kujdesin shëndetësor. Në EU ,8,71 % e GDP u shpenzuan si shpenzim total shëndetësor në vitin 2000.

Për vitin 2000, A.S.H.E. botoi indikatorin "Shpenzimi total shëndetësor si % e GDP" për Shqipërinë me 1,9 %. Kjo vlerë përkon me vlerën e indikatorit të HFA-DB. Kështu, Shqipëria zë një nga vendet e fundit (vendi 44). Madje, vendet më të ulta zihen nga Kazakistani, Taxhikistani dhe Azerbajxhani.

Një nga objektivat e përgjithshme brenda Strategjisë Kombëtare për Zhvillim Socio-Ekonomik për Shqipërinë (10), që është në axhendë, ka të bëjë me përmirësimin e financës dhe menaxhimin në sistemin e kujdesit shëndetësor (tabela nr. 4). Kështu, shpenzimi total shëndetësor si % e GDP duhet të rritet hap pas hapi.

Tabela nr. 4: Shpenzimi total shëndetësor si % e GDP, Shqipëria 1996-2000 (HFA-DB; janar 2004; 3) dhe targetet deri në 2006 (Ministria e Shëndetësisë për Shqipërinë; 11)

Viti	Shpenzimi total shëndetësor si % e GDP
1996	2,16 %
1997	2,11 %
1998	1,88 %
1999	2,31 %
2000	1,91 %
2001	2,00 %
2002	2,70 %
2003	3,00 %
2006	3,20 %

Diskutim

Në botimet e përmendura më sipër, shkalla e lartë e PJ për Shqipërinë është raportuar në mënyrë të përsëritur dhe pavarësisht nga gjendja e varfër ekonomike, janë bërë përpjekje për të dhënë një shpjegim. Kështu psh Nuçi (6) raportoi si më poshtë: "Megjithatë, popullata shqiptare gëzon një PJ të gjatë të arsyeshme, që duket paradoksale kur merren në konsideratë të ardhurat e pakta të vendit, shërbimet shëndetësore tepër të kufizuara dhe rastet e shpeshta të sëmundjeve ngjitëse. Gjatë viteve 1990-1995, PJ ishte 68,5 për meshkujt dhe 74,3 për femrat. (libri vjetor demografik i INSTAT i 2000). Kjo shifër ishte lehtësisht poshtë mesatares së Europës Perendimore dhe mbi mesataren e VEJ. Shqipëria ilustron stilin e jetës më të shëndetshme dhe jetës më të mirë, jo vetëm nga krahasimi me vende të tjera, por gjithashtu brenda vendit, me indikatorë shëndetësorë më të mirë në jug sesa në veri, një model që reflekton variacionet dietetike".

"Duke pasur parasysh shifrat e botuara nga Ministria e Shëndetësisë, mortaliteti infantil ra në 17,5 vdekje në 1000 lindje të gjalla në 1999. Megjithatë këto shifra nuk janë bindëse kur konsiderohet, gjendja ekonomike e vendit, aksesit dhe cilësia e shërbimit shëndetësor. Sipas llogaritjeve të UNICEF, mortaliteti infantil në Shqipëri është 28 % në vitin 2000. Shkalla e mortalitetit infantil mbetet një nga më të lartat në rajonin e Europës.

Ju do te gjeni përmbledhjen (6): "Duke përmbledhur disa indikatorë ekonomike dhe shëndetësore për 5 vende ballkanike, demonstron

se shpenzimi shëndetësor dhe të ardhurat mesatare nuk janë të vetmit determinante të shëndetit. Shqipëria është vendi më i varfër i rajonit, por disa nga indikatorët e saj janë më të mirë se ata të

fqinjëve të saj më të pasur”.

Është ky raport i saktë, apo indikatorët e dhënë japin një përshtypje të gabuar si rezultat i një bias serioz ? (tabela nr.6).

Tabela nr. 6: Krahassimi i indikatorëve të përdorur në botime të ndryshme, Shqipëria, 2000.

Indikatorët	WHO HFA	Atlas i	SKSHT	Shërimi i	Ministria e	INSTATI
	HFA DB(6)	Shëndetit(2)	Shqipëria(4)	Krizës(7)	Shëndet- tësisë(8)	
Popullata 2002	3,164,000	3,164,000	3,087,000 (2001)	-	-	3,069,275 (rregjistrimi)
% >se 65vjeç	6,11	6,1	-	-	-	7,5 (rregjistrimi)
Pritshmëria e jetës, meshkujt	72,03	66,3(llog)	68,5 (1995)	72,03	-	71,7 (1999)
Pritshmëria e jetës, femrat	78,04	73,2 (llog)	74,3 (1995)	78,04	-	76,4 (1999)
Pritshmëria e jetës, M+F	74,89	74,9	72 (1999)	-	-	74,0 (1999)
%e GDP	1,9	1,9	2,8 (1994)	-	1,91	1,91 (2000)
Mortaliteti infantil	11,62 (2000)	11,6 (2000)	24 (1999)	11,6 (WHO)	17,4 (2001)	22,8 (2000)
Mortaliteti maternal	22,29 (2000)	19,6 (3-y-a)	31 (Banka Botërore)	22,29	22,7 (2001)	22,6 (2000)
Mortaliteti i përgjithshëm	-	234,7 (0-64 vjeç) 7242 (+65vjeç)	500 (Banka Botërore) Të gjitha moshat	-	-	482,6 (2000) shkalla bruto

1.Shkalla e mortalitetit bruto prej 5 % jepet si kriter bazë për mortalitetin e zvogëluar dhe si pasojë për një pritshmëri të jetës të lartë (6,fq 9). Vetëm shkallët e mortalitetit të standartizuar janë të krahasueshme, sepse Shqipëria është një vend me një numër të madh fëmijësh dhe si pasojë shifrat e mortalitetit duhet të standartizohen me popullatën europiane.

2.Duke u bazuar në të dhënat korresponduese, argumentohet që mortaliteti për moshat më të mëdha se 15 vjeç, në Shqipëri është midis më të ultave në Europë. (7,fq 14). Kjo provohet dukshëm me listën e mortalitetit për popullatën nga 0-64 vjeç të të gjithë vendeve të EU, në të cilën me 234,7 vdekje për 100000 lindje nga 0-64 vjeç, Shqipëria zë një pozitë lehtësisht mbi mesataren. Këto të dhëna janë të vështira për t'u kuptuar sepse këto shkallë mortaliteti janë në të njëjtin nivel për Irlandën, Francën dhe Gjermaninë.Shkalla e përgjithshme e mortalitetit për grupmosha specifike (meshkujt dhe femrat së bashku) për Shqipërinë në

2001, është për të gjitha grupmoshat më e lartë sesa në North-Rhinë-Westphalia, me përjashtim të grupit 40-49 vjeç(analizë e zhvilluar nga Doris Bardehle). Kjo siguron evidencë të mjaftueshme, për kontrollin e problemeve të rregjistrimit të popullatës dhe të vdekjeve në Shqipëri, sidomos për këto grupmosha (problem emigracioni), si dhe për të verifikuar situatën në këto distrikte ku shkalla e mortalitetit të standartizuar devion shumë nga mesatarja e vendit.

3.Mortaliteti për mosha nën 5 vjeç jepet me 33% për vitin 2000. (6; fq 8) Mbi këtë temë Reckel dhe Mc Kee (7; fq 24) japin një vështrim mbi malnutricionin për moshat më të vogla se 5 vjeç. Në bazë të tij 32% e fëmijëve në Shqipëri u kategorizuan në vitin 2000 nga WHO: me gjatësi të ulët për moshë dhe me peshë të ulët për gjatësi. Me një përqindje më të ulët të dyja vlerat u mbledhën nën Vëzhgimin e Grupit të Indikatorëve Multipel, që arrijnë në 17 % dhe 4 %. Vlerat më të ulta, gjithashtu tregojnë se krahasuar me Bosnjën,

Maqedoninë dhe Serbinë & Malin e Zi, numri i fëmijëve i klasifikuar si gjatësi e ulët për moshe, është më i lartë në Shqipëri. Masat e gjatësisë së ulët për moshë mbështesin tezën e nënushqyerjes kronike, pesha e ulët në raport me gjatësinë reflekton një krizë ushqyese prezente. Të dyja masat janë të shoqëruara me një risk në rritje të shëndetit të sëmure dhe vdekjes prematurë tek fëmijët dhe të rriturit. Malnutricioni në Shqipëri është më i zakonshëm në zonat rurale (7). Këto të dhëna mbështesin idenë që “dieta mesdhetare”, që mendohet të jetë arsyeja për një pritshmëri të jetës të lartë (7) duhet të jetë një formë malnutricioni në Shqipëri me pasoja serioze për shëndetin.

4. Në statistikat zyrtare si pritshmëria e jetës për meshkujt dhe femrat në Shqipëri, sipas HFA-DB jepet me 72,03 për meshkujt dhe 78,04 për femrat, njëlloj për Slloveninë (meshkujt 72,32 për 2001) dhe për Danimarkën (femrat 78,87). Në pjesën “Përcaktimet” në HFA-DB (6) ju mund të lexoni komentin special për Shqipërinë: “Pritshmëria e jetës më e lartë se në realitet i dedikohet nënregjistrimit të rasteve të vdekjes. Rritja e mprehtë në 2001 shkaktohet nga ndryshimi i mprehtë në strukturën moshore të popullatës. Bazuar në regjistrimin e popullatës në 2001”. Vlerat e korigjuara për Shqipërinë në Atlasin e Shëndetit për Europën, për një pritshmëri të jetës për meshkujt me 66,3 vjeç dhe për femrat me 73,2 vjeç, e vendosin vendin pak a shumë afër Armenisë (66,2 M dhe 73,0 F) (5). Kjo pritshmëri e jetës e zvogëluar me 5,73 vjet për meshkujt dhe 4,48 për femrat përkon më mirë me vlerat e mortalitetit infantil të lartë, shkallën e lartë të mortalitetit maternal dhe të mortalitetit për popullatën më të madhe se 65 vjeç.

Nuk mund të merret vesh, pse të dhënat e bazuara në regjistrimin zyrtar për 2000 nuk kanë çuar në një korigjim të mprehtë të pritshmërisë së jetës.

Nqs për vitin 2001, Ministria e Shëndetësisë jep një shkallë të mortalitetit prej 22,7 për 100000 lindje të gjalla dhe një shkallë mortaliteti infantil prej 17,4 %, për programin e saj “Zvogëlimi i mortalitetit të fëmijës. Përmirësimi i shëndetit të nënës, lufta ndaj HIV/AIDS, malaria dhe sëmundje të tjera”, s’është e kuptueshme pse për Shqipërinë, të dhënat e depozituara në HFA-DB deviojnë nga këto vlera.

Konkluzionet

Indikatorët e analizuar: Pritshmëria e jetës për meshkujt dhe femrat, mortaliteti infantil +maternal, shpenzimi total shëndetësor si % e GDP, duket të jenë indikatorët më të rëndësishëm, themelore që

reflektojnë statusin shëndetësor dhe gjendjen e performancës së kujdesit shëndetësor.

Këta indikatorë janë përdorur në versionin e shkurtër: SKSHT përmbledhje flesh (9).

Si rrjedhojë, është tepër e rëndësishme që cilësia e këtyre indikatorëve të përmirësohet.

Duhet shtuar që një grup indikatorësh me 30-50 indikatorë, do ndihmonte për të monitoruar progresin në statusin shëndetësor dhe në performancën e kujdesit shëndetësor për Shqipërinë dhe për të vlerësuar objektivat shëndetësore (10). Problemet e treguara për Shqipërinë nuk janë pa pasoja për politikën shëndetësore të vendit. Ka një ndryshim që, krahasuar me vendet e tjera të Evropës Juglindore, Shqipëria zë afërsisht vendin e tretë. Kur u krahasuan indikatorët për Europën, u bë e dukshme se ndoshta nga shifrat u nxorën rezultate të gabuara. Konkluzioni që pavarësisht nga burimet ekonomike shumë të varfra, një vend është në pozicionin për të fituar një status të mirë shëndetësorë, si tregohet nga shifrat e pritshmërisë së jetës për Shqipërinë, mund të çojë në rrjedhjen zhgënjyese që një dietë mesdhetare mund të jetë më e rëndësishme për statusin shëndetësor sesa një bazë ekonomike e shëndoshë.

Të dhënat kontradiktore që përmbahen në burimet e ndryshme të të dhënave jepen në tabelën nr. 6. Një veprim i përbashkët duhet ndërmarrë nga INSTAT, Ministria e Shëndetësisë, duke përfshirë dhe Institutin e Shëndetit Publik, si protagoniste në fushën e informacionit që do ndikojnë në mbledhjen e indikatorëve të qartë dhe përcaktues. Kjo përfshin jo vetëm besueshmërinë e të dhënave të popullatës, por dhe regjistrimin e plotë të rasteve të vdekjes. Në vazhdim të statistikave të mortalitetit, të dhënat mbi fëmijët dhe nënat që vdiqën mund të sigurohen me anë të sistemeve të veçanta të raportimit. Mund të kontrollohet instalimi pranë Ministrisë së Shëndetësisë ose Institutit të Shëndetit Publik i një komisioni special ekspertësh, për analizën e të gjitha vdekjeve infantile +maternale, për të dhënë rezultate mbi cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe politikat shëndetësore.

Vihet re që, përpara se të ndërtohen sisteme të reja informacioni, apo paralel me to, nevojitet të përmirësohet informacioni ekzistues për interesin për shëndetin në vend.

Një konferencë kombëtare, që do të kishte të bënte me çështjen e indikatorëve kryesorë të shëndetit, do të mbështeste konsensusin dhe koordinimin në zgjedhjen e indikatorëve unike, zyrtare në nivel kombëtar dhe lokal.

Instituti i Shëndetit Publik nevojitet të përfshihet me tepër në analiza të thella periodike të të dhënave të prodhuara nga INSTAT, duke siguruar kontroll

të rëndësishëm, para publikimit të tyre në dokumenta zyrtare ose të raportuar në Organizatën

Botërore të Shëndetësisë.

Kjo punë kufizohet në minimumin e setit

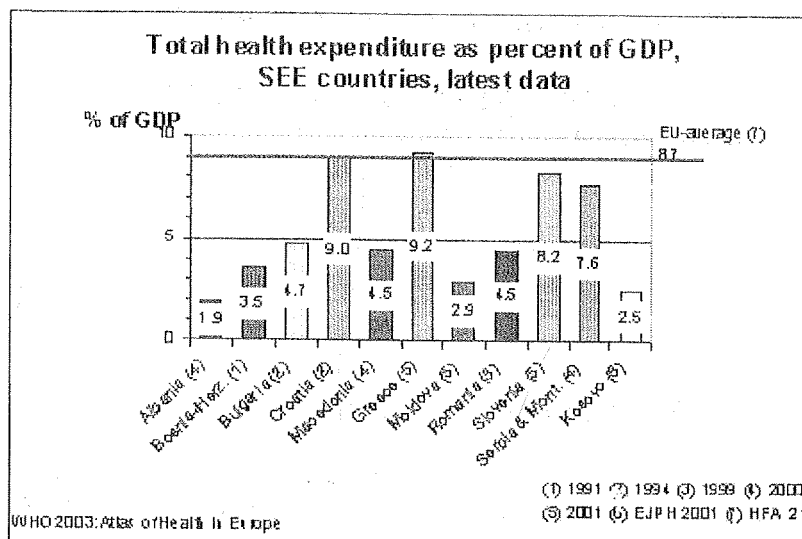


Figura nr. 5

BIBLIOGRAFIA

- Zaletel-Kragelj L, bardehle, Laaser, U.:** Pakti i Stabilitetit - Kontributi i Shëndetit Publik në vendet e Europës Juglindore. Minimumi i Grupit të Indikatorëve të Shëndetit për Vendet e Europës Juglindore. Raporti Final. Bielefeld: Instituti i Shëndetit Publik i North-Rhine Westphalia, Gjermani, 2003.
- Organizata Botërore e Shëndetësisë.** Zyra Rajonale për Europën. Atlasi i Shëndetit në Europë. Copenhagen: Zyra Rajonale e WHO për Europën, 2003.
- Bardehle, D.:** Minimumi i Setit të Indikatorëve të Shëndetit për Vendet e Europës Juglindore. Gazeta Kroate Mjekësore 2002; 43(2):170-3.
- Nuri B. In: Tragakes E.:** Sistemet e Kujdesit Shëndetësor në Tranzicion: Shqipëria, Kopenhagen, Observatori European mbi Sistemet e Kujdesit Shëndetësor, 2002; 4(6) Adresa në internet: www.euro.who.int/country/information
- Campbell J, Percival V, Zwi A.:** Çështjet pas- konfliktuale dhe post- zgjedhore në sektorin e shëndetit të Kosovës. Gazeta Europiane e Shëndetit Publik 2003, 13; 177-181.
- Zyra Rajonale e WHO për Europën.** Database Statistik Health for All (HFA-DB), Copenhagen, www.euro.who.int/ Janar 2004.
- Rechel B, Mc Kee M.:** Shërimi i Krizës: Një recetë për Aksionin e Shëndetit Publik në Vendet e Europës Juglindore. Publikuar nga Shkolla e Higjenës & Mjekësisë Tropikale në Londër. Instituti i Shoqërisë së Hapur, Londër 2003, pp 110.
- Qeska R.:** Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë: Qëllimet e Zhvillimit të Milleniumit. E-mail vom 19, shtator 2003.
- Observatori European:** Mbi Sistemet e kujdesit Shëndetësor. Përmbledhje flesh, Shqipëria, Maqedonia, Rumania, Sllovenia. www.euro.who.int/country/information, Copenhagen 2002.
- Republika e Shqipërisë Këshilli i Ministrave:** Raporti i Progresit për Implementimin, 2002. Objektivat dhe Vizioni Afatgjatë i Strategjisë Kombëtare për Zhvillim Social-Ekonomik. Plan Veprimi 2003, Tirana 2003.
- Hashorva E. (Vice Minister of Health), Qeska R.:** Impakti i Politikave Shëndetësore Ministria e Shëndetësisë. Tirana 30/04/2004.