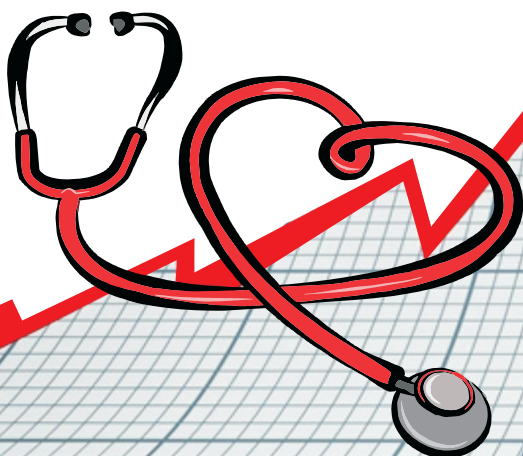




INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK

INDIKATORËT E PËRBASHKËT SHËNDETËSORË EUROPIANË (ECHI)

Manual i Indikatorëve
Shëndetësorë për Shqipërinë



Tiranë, 2015



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË

INDIKATORËT E PËRBASHKËT SHËNDETËSORË EUROPIANË (ECHI)

Manual i Indikatorëve
Shëndetësorë për Shqipërinë



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Tiranë, 2015

Titulli:

INDIKATORËT E PËRBASHKËT
SHËNDETËSORË EUROPIANË (ECHI)

Manual i Indikatorëve Shëndetësorë për Shqipërinë

Shtypi: BOTIMET BARLETI

Nëntor, 2015

ISBN: 9 789928 432698

© Instituti i Shëndetit Publik Tiranë, Shqipëri, 2015

Të gjitha të drejtat e rezervuara. Publikimet e Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), Tiranë, Shqipëri, janë të disponueshme në formë elektronike dhe mund të shkarkohen nga adresa e këtij institucioni (<http://www.ishp.gov.al/>).

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të raportit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNICEF në Shqipëri.



PËRMBAJTJA

Falenderime	4
Parathënie	5
Metodologjia	9
Faktorët demografikë dhe social-ekonomikë	15
Gjendja shëndetësore	29
Përcaktorët e shëndetit	86
Ndërhyrjet shëndetësore: shërbimet shëndetësore	107
Ndërhyrjet shëndetësore: promocioni shëndetësor	149



FALENDERIME

Hartimi i këtij manuali është produkt i bashkëpunimit dhe angazhimit të përbashkët të disa institucioneve nën kujdesin e Ministrisë së Shëndetësisë, të tillë si: Instituti i Shëndetit Publik, Instituti i Statistikave, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, si dhe Drejtoritë Rajonale të Shëndetit Publik në dymbëdhjetë qarqet e vendit.

Falenderime të veçanta për grupin e autorëve, angazhimi dhe dedikimi i të cilëve bënë të mundur hartimin e këtij dokumenti: Genc Burazeri, Gentiana Qirjako, Enver Roshi, Herion Muja, si dhe gjithë anëtarëve të tjerë të grupit të punës, për kontributin e tyre gjatë gjithë fazës së hartimit dhe rishikimit të manualit: Jolanda Hyska, Emira Galanxhi, Nuriye Çausi, Arjan Bregu, Albana Adhami, Rudina Çumashi, Ervin Toçi dhe Odeta Lena. Në mënyrë të veçantë, autorët e manualit dëshirojnë të falenderojnë Zv. Ministren e Shëndetësisë, Znj. Milva Ekonomi për dedikimin, ekspertizën dhe mbështetjen që i bëri gjithë procesit të hartimit të këtij dokumenti.

Mirënjohje e veçantë për të gjithë profesionistët e shëndetësisë që morën pjesë në diskutimet e fokus-grupeve dhe intervistave të zhvilluara në dymbëdhjetë qarqet e Shqipërisë.

Hartimi i këtij manuali u mbështet teknikisht dhe financiarisht nga Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF), Zyra në Shqipëri.

Së fundi, falenderimet dhe mirënjohja shkojnë për Dr. Mariana Bukli (UNICEF, Zyra në Shqipëri) dhe Dr. Dorina Toçaj [Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullatën (UNFPA), Zyra në Shqipëri], të cilat kontribuan dhe mbështetën teknikisht hartimin e këtij manuali.



PARATHËNIE

Sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri, që të bëjë të mundur menaxhimin dhe vlerësimin efektiv të gjendjes shëndetësore të popullatës dhe të performancës së sistemit shëndetësor, ka nevojë për reformim dhe rinovim tërësor. Përmirësimi i sasisë dhe i cilësisë së të dhënave administrative të kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet, do të mundësojë hartimin e politikave dhe programeve për përcaktimin e prioritetëve dhe politikave shëndetësore bazuar në fakte (evidencë).

Nga kjo pikëpamje, përcaktimi i indikatorëve shëndetësorë relevantë do të mundësojë hartimin e strategjive dhe politikave të përshtatshme, si dhe vlerësimin e impaktit specifik të programeve dhe aktiviteteve përkatëse në të gjithë sektorin shëndetësor. Për të përmbushur këtë qëllim, indikatorët shëndetësorë të vendit duhet të bazohen në të dhëna përfaqësuese të popullatës në tërësi, të cilat duhet të jenë të krahasueshme për periudha kohore të ndryshme, për zona gjeografike apo rajone të ndryshme, si dhe të krahasueshme edhe me indikatorët e raportuar nga shtetet e tjera të rajonit European.

Bazuar në këto konsiderata, adoptimi i një sistemi raportimi të standardizuar në vend do të ndihmojë në implementimin dhe në vlerësimin e efektivitetit dhe eficiencës të të gjitha programeve dhe aktiviteteve shëndetësore, ashtu sikurse është rasti i të gjitha vendeve anëtare të rajonit European.

Për Bashkimin European, implementimi i indikatorëve shëndetësorë relevantë është një përpjekje fillestare esenciale për të mundësuar një monitorim, vlerësim dhe raportim të përbashkët të gjendjes shëndetësore të popullatave dhe sistemeve shëndetësore të të gjitha vendeve anëtare. Prandaj, përputhshmëria e sistemit të informacionit shëndetësor me direktivat dhe rekomandimet e Bashkimit European është imperativ edhe për Shqipërinë.

Parlamenti European ka bërë thirrje për nevojën e një sistemi efektiv të informacionit shëndetësor për të gjitha vendet, që në fillim të viteve 1990-të. Hapi i parë në rrugën

e gjatë të harmonizimit të sistemeve të informacionit shëndetësor, ishte lançimi i programit të parë të Komisionit European mbi monitorimin shëndetësor në vitin 1993. Në kuadrin e këtij programi u financuan disa projekte për harmonizimin e indikatorëve shëndetësorë. Në vitin 1996, Komisioni European krijoi një grup pune për hartimin e një propozimi për organizimin e monitorimit shëndetësor në vendet e Bashkimit European. Një vit më vonë, Traktati i Amsterdambit përpiloi udhëzime konkrete për harmonizimin e indikatorëve shëndetësorë në të gjitha vendet anëtare.

Më pas, programi në shumë faza mbi Indikatorët Shëndetësorë në Komunitetin European [*European Community Health Indicators (ECHIO)*] ka qenë një nga projektet bazë të Komisionit European për 14 vjet me radhë (nga vitit 1998 deri në vitin 2012). Qëllimi kryesor i këtij programi ishte hartimi, përsosja dhe zbatimi i një liste indikatorësh të përgjithshëm shëndetësorë, të emërtuar si “lista ECHI”.

Pavarësisht se ekzisojnë disa baza të dhënash dhe lista të ndryshme indikatorësh shëndetësorë (p.sh., baza e të dhënave të EUROSTAT-it, OBSH-së, apo e Organizatës për Zhvillim dhe Bashkëpunim Ekonomik), korniza ECHI është një vlerë e shtuar sepse ofron një listë bazë dhe të saktë indikatorësh shëndetësorë, e cila gjithsesi përpiket që të ofrojë informacion të plotë (shterues) për të mundësuar hartimin e strategjive dhe politikave shëndetësore racionale (të bazuara në evidencë).

Dy projektet e para (të zbatuara në periudhat 1998-2001 dhe 2002-2004) u fokusuan në përzgjedhjen dhe përkufizimet e indikatorëve shëndetësorë dhe kulmuan në hartimin e versionit fillestar të listës ECHI në vitin 2005. Faza e tretë (e zbatuar në periudhën 2005-2008) dhe faza e katërt (e zbatuar në periudhën 2009-2012) e zhvendosën fokusin drejt implementimit të indikatorëve ECHI në vendet anëtare të Bashkimit European.

Në vijim të këtij procesi, në vitin 2013, OBSH-ja dhe EUROSTAT në përpjekje për të krijuar sinergji dhe maksimizimin e përpjekjeve të përbashkëta sugjeruan aplikimin e një liste unike (të përbashkët) të indikatorëve shëndetësorë në të gjitha vendet e rajonit European, për të harmonizuar dhe standardizuar sistemet e informacionit në të gjitha vendet anëtare duke aplikuar një listë bazë (të përbashkët) të indikatorëve shëndetësorë. Në këtë mënyrë, akronimi i ECHI-t u ndryshua në “*European Core Health Indicators*” (Indikatorët Shëndetësorë të Përbashkët Europeanë).

Bazuar në të gjitha këto zhvillime, edhe në vendin tonë lindi nevoja e përditësimit të kornizës së treguesve shëndetësorë, duke aplikuar qasjen “*Drejt një sistemi të vetëm të integruar (OBSh–Bashkimi European) të informacionit shëndetësor*” për të mundësuar një sistem informacioni që mbledh dhe shpërndan të dhëna shëndetësore dhe informacione të krahasueshme, duke përmirësuar monitorimin e shëndetit për të gjithë shoqërinë, veçanërisht për pjesën më të pafavorizuar dhe në nevojë. Kjo e fundit është parakusht themelor për të adresuar pabarazitë shëndetësore. Nga kjo pikëpamje, implementimi i

kornizës ECHI, përveç të tjerave, mundëson krijimin e sistemeve efektive të monitorimit të pabarazive dhe të progresit esencial në trajtimin e tyre, si dhe hartimin e politikave publike më në përgjigje të nevojave të shtresave të marginalizuara të popullatës.

Duhet theksuar se një analizë e realizuar në vitin 2012, e emërtuar si *“Vlerësimi i zbatimit të treguesve ECHI sipas shteteve”*, konkludoi që korniza ECHI nuk ishte pjesë e bazës së të dhënave të treguesve shëndetësorë vetëm për shtetet si: Shqipëria, Kosova, Hungaria dhe Turqia.

Mbi këtë konsideratë si dhe marrjen e statusit të vendit kandidat për në Bashkimin European, lindi nevoja imperative e adaptimit të kornizës ECHI në kontekstin e Shqipërisë. Një tjetër zhvillim pozitiv në këtë kuadër ishte edhe një Vendim i Këshillit të Ministrave të Qeverisë Shqiptare (VKM e datës 28.5.2014) mbi *“Përcaktimin e formatit dhe të mënyrës së mbledhjes e të raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor publik ose privat”*.

Korniza e indikatorëve ECHI (Indikatorët e Përbashkët Shëndetësorë Europeanë) e përshtatur për Shqipërinë, u përgatit në vazhdim të një procesi të gjatë konsultues mes aktorëve kryesorë dhe institucioneve bazë të përfshira në sistemin e informacionit shëndetësor në vendin tonë, nën drejtimin e Ministrisë së Shëndetësisë. Institucione të tilla përfshijnë Institutin e Shëndetit Publik, Institutin e Statistikës, Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë, si dhe disa agjenci të Kombeve të Bashkuara përfshi Fondin e Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF, Zyra në Shqipëri), dhe Fondin e Kombeve të Bashkuara për Popullatën (UNFPA, Zyra në Shqipëri).

Duhet theksuar se procesi i adaptimit të kornizës së indikatorëve ECHI, për kushtet dhe specifikat e vendit tonë, u zhvillua në dy faza. Në fazën e parë të zbatuar gjatë periudhës 2013-2014 u hartua dhe u përshtat lista e 88 indikatorëve ECHI pas një procesi konsultues me të gjitha institucionet e lartpërmendura, në përfundim të të cilit u mundësua edhe miratimi i kësaj liste nga Ministria e Shëndetësisë.

Në fazën e dytë të zbatuar përgjatë vitit 2015 u hartua një listë më e zgjeruar dhe shumë më e detajuar për të gjithë indikatorët shëndetësorë që u konsideruan nga grupi i punës si të rëndësishëm për t’u mbledhur dhe për t’u raportuar, bazuar në kontekstin dhe kushtet specifike të vendit tonë.

Nga kjo pikëpamje, manuali i indikatorëve shëndetësorë që janë konsideruar të rëndësishëm dhe relevantë për Shqipërinë është një dokument shqiptar, natyrisht në përputhje të plotë dhe bazuar në rekomandimet e OBSH-së dhe të gjitha organizatave të tjera të Kombeve të Bashkuara sipas mandateve të tyre përkatëse.

Qasja “shqiptare” e kornizës ECHI u realizua nëpërmjet identifikimit të tipit (llojit) të të dhënave specifike, burimit të informacionit bazuar në kontekstin dhe situatën konkrete të vendit tonë, periodicitetit të mbledhjes dhe raportimit të informacionit shëndetësor, të dhënave ekzistuese kombëtare nga burime të identifikueshme, si dhe komenteve dhe rekomandimeve për zbatimin e tyre.

Nga ana tjetër, përtej listës ECHI, aplikimi i indikatorëve bazë “Shëndet 2020” rekomandohet si një pikënisje e arsyeshme për vitin e ardhshëm edhe në kontekstin e vendit tonë. Këta 19 indikatorë të propozuar nga OBSH-ja janë përzgjedhur për monitorimin dhe vlerësimin e progresit të objektivave (*health targets*) të strategjisë “Shëndet 2020” dhe, si të tillë, pasqyrojnë problemet kryesore të shëndetit publik në vendet e rajonit Europian. Një kriter i rëndësishëm në përzgjedhjen e këtyre indikatorëve bazë konsistoi në disponueshmërinë e të dhënave në të gjitha vendet anëtare të rajonit Europian (53 shtete). Në këtë mënyrë, indikatorët e propozuar nga OBSH-ja ofrojnë një listë bazë treguesish shëndetësorë për të cilët supozohet që të gjitha vendet anëtare të rajonit Europian disponojnë të dhëna pak a shumë të besueshme. Por, bazuar në këtë parim të përzgjedhjes së 19 indikatorëve bazë nga OBSH-ja, lista e indikatorëve “Shëndet 2020” nuk është gjithëpërfshirëse. Kështu, disa çështje shumë të rëndësishme përfshi shumë indikatorë bazë të sëmundshmërisë dhe cilësisë së jetës nuk janë përfshirë në listën e indikatorëve “Shëndet 2020”.

Prandaj, në mënyrë që të ofrohet një panoramë e plotë e gjendjes shëndetësore të popullatës shqiptare, në mënyrë konsensuale u adoptua korniza ECHI e cila u kontekstualizua dhe u përshtat për kushtet dhe rrethanat specifike të vendit tonë.

Një tjetër argument për qasjen ECHI i referohet edhe periudhës kohore në të cilën u iniciua ky proces. Siç u theksua më lart, ky proces në Shqipëri filloi që në vitin 2013. Nga ana tjetër, raporti i përditësuar i OBSH-së lidhur me indikatorët bazë “Shëndet 2020” u publikua në vitin 2014, pasi ishte bërë miratimi zyrtar i kornizës së indikatorëve ECHI nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë shqiptare.

Por, në çdo rast, do të ishte padyshim me shumë interes dhe me rëndësi të veçantë pilotimi i 19 indikatorëve bazë “Shëndet 2020” në kontekstin specifik shqiptar, sipas rekomandimeve dhe metodologjisë përkatëse të OBSH-së. Ky do të ishte një nga aktivitetet kryesore të rekomanduara për implementim në vendin tonë në vitin e ardhshëm.

Duke konsideruar prodhimin aktual të statistikave shëndetësore në vend, si dhe në zbatim të programit qeverisës të vendit drejt Mbulimit Shëndetësor Universal, padyshim që do të synohet drejt prodhimit të indikatorëve statistikorë që përfshihen në dy kornizat përkatëse.



METODOLOGJIA

PARIMET E KORNIZËS SË INDIKATORËVE ECHI

Bazuar në konsideratat dhe ekspertizën e grupit të punës për përshtatjen e kornizës ECHI, qasja “shqiptare” e listës së indikatorëve ECHI u bazua në parimet dhe në metodologjinë shkencore të mëposhtme:

- Lista e indikatorëve ECHI mbulon në mënyrë shteruese (gjithëpërfshirëse) fushën e shëndetit publik duke përfshirë të gjithë përcaktorët shëndetësorë (“*health determinants*” sipas modelit të Lalonde), si dhe aksesin dhe përdorimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në vendin tonë. Nga kjo pikëpamje, lista ECHI është shumë relevante dhe e rëndësishme edhe për kushtet konkrete dhe specifikat e Shqipërisë.
- Një vlerë e shtuar dhe një avantazh i padiskutueshëm i kornizës ECHI është fakti që zbatimi i kësaj liste të indikatorëve shëndetësorë është në përputhje të plotë me të gjitha kornizat dhe modelet ekzistuese, si dhe me bazat e të dhënave aktuale përfshi indikatorët e Eurostat-it, bazën e të dhënave të OECD-së dhe, në mënyrë të veçantë, me bazën e të dhënave “Shëndet për të gjithë” (*Health for All database*) të OBSH-së. Nga kjo pikëpamje, zbatimi i listës ECHI do t’i mundësojë Ministrisë së Shëndetësisë në Shqipëri përputhshmërinë me standardet dhe praktikën e të gjitha vendeve të Bashkimit Europian, fakt i cili përbën një kontribut shumë të rëndësishëm në procesin e integritetit të vendit tonë në Bashkimin Europian.
- Gjithsesi, korniza ECHI nënkupton që lista e indikatorëve e hartuar dhe e eksperimentuar në secilin vend evropian nuk duhet të jetë statike dhe krejtësisht unike për të gjitha vendet. Kështu, korniza ECHI është fleksibël dhe krijon mundësi për inovacion dhe përshtatje bazuar në burimet, strukturat dhe kapacitetet ekzistuese të secilit shtet. Kjo është veçanërisht e rëndësishme për rrethanat e Shqipërisë, vend i cili karakterizohet aktualisht nga një sistem informacioni i fragmentuar, me burime të kufizuara dhe me teknologji jo të përshtatshme.
- Një përparësi tjetër e testimit dhe zbatimit në shkallë të gjerë të listës ECHI është fakti që, indikatorët e sugjeruar janë hartuar në mënyrë të tillë që të reflektojnë dhe të adresojnë nevojat e politikë-bërjes dhe vendim-marrjes në secilin shtet, fakt i cili është në përputhje me direktivat e Komisionit

European (p.sh., zbutja e pabarazive shëndetësore, rritja e numrit të viteve të jetës së shëndetshme, përmirësimi i aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore, si dhe përmirësimi i qëndrueshëm i cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor).

- Gjithashtu, lista ECHI nënkupton që përzgjedhja e indikatorëve duhet të udhëhiqet kryesisht nga parimet e metodologjisë shkencore *kuantitative* (p.sh., incidenca dhe prevalenca e sëmundjeve, barra e sëmundshmërisë në popullatë, parandalueshmëria e sëmundjeve, e kështu me radhë).
- Më me rëndësi, korniza ECHI ka përpiluar kritere metodologjike eksplicite për secilin indikator të listës përfshi përcaktimin e vlefshmërisë, besueshmërisë dhe sensitivitetin e të gjitha të dhënave shëndetësore. Kjo është një konsideratë shumë e rëndësishme për Shqipërinë sepse instrumentet tradicionale për mbledhjen e të dhënave nuk kanë qenë shumë konsistente (të besueshme) dhe vetëm pjesërisht të vlefshme.
- Së fundi, korniza ECHI mundëson një përdorim shumë fleksibël bazuar në nevojat emergjente për politikë-bërje dhe vendim-marrje racionale, të cilat mund të vërehen në periudha kohore të ndryshme dhe në faza të ndryshme të progresit të secilit shtet të rajonit European. Kjo karakteristikë konsiderohet shumë e rëndësishme për kushtet dhe specifikat konkrete të Shqipërisë.



KARAKTERISTIKAT E INDIKATORËVE SHËNDETËSORË TË RËNDËSISHËM PËR SHQIPËRINË

Karakteristikat kryesore metodologjike të indikatorëve shëndetësorë të përshtatur për Shqipërinë paraqiten më poshtë në mënyrë të përmblodhur:

- *Politikë-bërja*: indikatorët shëndetësorë të përzgjedhur duhet të adresojnë probleme të qarta dhe të rëndësishme për të mbështetur politikë-bërjen dhe vendim-marrjen në kontekstin e sistemit shëndetësor shqiptar. Nga kjo pikëpamje, indikatorët kryesorë të hartuar, të cilët do të pilotohen dhe më pas do të implementohen në shkallë të gjerë, u përzgjedhën në mënyrë të tillë që të ishin relevantë dhe të adresonin sfidat dhe problematikën kryesore të gjendjes shëndetësore të popullatës dhe sistemit shëndetësor në Shqipëri. Indikatorë të tillë u përzgjedhën bazuar në evidencën e disponueshme nga burimet zyrtare të informacionit, por edhe nga përvojat dhe praktikat e ngjashme të vendeve të tjera të rajonit Europian.
- *Konceptualiteti*: indikatorët e hartuar duhet të përkufizohen konceptualisht në fazën fillestare, dhe jo domosdoshmërisht bazuar vetëm në të dhënat ekzistuese (duke marrë parasysh faktin që, aktualisht, ka shumë mangësi në sistemin e informacionit shëndetësor në Shqipëri). Në këtë këndvështrim, përkufizimi *konceptual* i indikatorëve shëndetësorë duhet të marrë në konsideratë zhvillimet e ardhshme në terma afatshkurtra dhe afatmesme në vendin tonë (përfshi përmirësimet në teknologjinë dhe pajisjet mjekësore, përditësimin e sistemit të informacionit shëndetësor në përgjithësi, e kështu me radhë).
- *Integrimi*: sipas këtij parimi metodologjik, indikatorët shëndetësorë duhet të reflektojnë qartë gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare, përcaktorët shëndetësorë, si dhe shërbimet shëndetësore përfshi aksesin, përdorimin dhe kostot e këtyre shërbimeve.
- *Prospektiva*: gjithashtu, indikatorët shëndetësorë të përshtatur në kontekstin shqiptar duhet të jenë “prospektivë” duke reflektuar të ardhmen për sa i takon vlerësimin të tendencave (trendeve), skenarëve të ndryshëm

të mundshëm, si dhe modeleve dhe karakteristikave të sëmundjeve dhe faktorëve të rrezikut të popullatës shqiptare.

- *Vlerësues:* nga ana tjetër, indikatorët shëndetësorë duhet të kenë lidhje edhe me politikat e kaluara dhe aktuale në sektorin e shërbimeve shëndetësore të vendit tonë, përfshi gjendjen shëndetësore të popullatës dhe faktorët e rrezikut. Ky parim nënkupton që indikatorët e përzgjedhur, përtej epërsisë metodologjike, duhet të mundësojnë vlerësimin e progresit të gjendjes shëndetësore të popullatës, si dhe të performancës së sistemit të kujdesit shëndetësor përfshi ofrimin e shërbimeve, aksesin ndaj shërbimeve, si dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore nga popullata shqiptare.
- *Krahasueshmëria:* është me shumë rëndësi që indikatorët shëndetësorë të përshtatur për vendin tonë të masin dhe të vlerësojnë ndryshimet e mundshme rajonale përfshi ndryshimet mes zonave urbane dhe atyre rurale, ndryshimet sipas gradientit social-ekonomik, minoriteteve, si dhe grupeve vulnerabël. Një nga mangësitë madhore të sistemit shëndetësor aktual në Shqipëri është mungesa e raportimit të të dhënave të disagreguara (specifike) në nivel rajonal apo lokal. Raportimi i të dhënave specifike sipas nëngrupeve të popullatës është shumë i rëndësishëm për të vlerësuar dhe më pas adresuar pabarazitë e mundshme shëndetësore në vendin tonë, pabarazi të cilat mund të kenë pësuar një rritje gjatë dy dekadave të fundit si pasojë e tranzicionit të shpejtë politik dhe social-ekonomik nga një regjim i mbyllur komunist drejt ekonomisë së tregut. Një vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet vlerësimit të gjendjes shëndetësore dhe aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore në grupet vulnerabël dhe në segmentet e marginalizuara të shoqërisë në Shqipëri, të cilat kanë edhe më shumë nevojë për shërbime shëndetësore. Gjithashtu, është po aq e rëndësishme që të krahasohen indikatorët shëndetësorë të vendit tonë me vendet fqinje dhe përtej. Kjo krahasueshmëri me vendet e tjera do të mundësojë vlerësimin e ndryshimeve, përcaktimin e objektivave shëndetësorë (*health targets*) dhe evidentimin përkatës të praktikave më të mira ndërkombëtare për të përmirësuar gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare dhe rritjen e performancës së sistemit shëndetësor.
- *Bashkëpunues:* hartimi dhe implementimi i indikatorëve shëndetësorë në Shqipëri duhet të bazohet në një opinion të gjerë të ekspertëve dhe në një konsensus gjithë-përfshirës nga profesionistët dhe aktorët kryesorë që kanë lidhje me sistemin e informacionit shëndetësor. Kjo nënkupton që ekspertët duhet që jo vetëm të jenë të përfshirë që në fazën fillestare të hartimit të manualit të indikatorëve shëndetësorë, por ata duhet të jenë të angazhuar plotësisht edhe përgjatë gjithë fazës së implementimit në shkallë të gjerë të të gjithë listës së indikatorëve shëndetësorë. Parimi i konsensusit në shkallë të gjerë do të mundësojë qëndrueshmëri të mbledhjes së të dhënave dhe efektshmëri të rrjedhës së informacionit të cilat, në terma afatgjata, janë parakushte madhore për implementimin efektiv dhe të

suksesshëm të listës së propozuar të indikatorëve shëndetësorë në Shqipëri.

- *Kuantitativë*: për sa kohë që është e mundur, indikatorët shëndetësorë duhet të jenë të matshëm në kontekstin dhe rrethanat konkrete të vendit tonë. Lista ECHI e përshtatur për vendin tonë merr në konsideratë dhe njeh kontributin real të të gjitha llojeve të studimeve të realizuara në të kaluarën, si dhe studimeve të planifikuara për të ardhmen. Por, është e rëndësishme që indikatorët e listës ECHI të integrohen sa më shumë që të jetë e mundur me të gjitha studimet shëndetësore që do të realizohen në të ardhmen, përfshi kontrollin shëndetësor bazë të popullatës së grup-moshës 40-65 vjeç, studimet demografike dhe shëndetësore (DHS), ekzaminimet shëndetësore bazuar në qasjen europiane (*Health Examination Surveys*), si dhe të gjitha studimet e tjera që do të realizohen në grup-mosha dhe kategori të ndryshme të popullatës shqiptare. Në këtë mënyrë do të garantohet një sinergji e plotë dhe një përdorim eficient i burimeve ekzistuese të cilat janë gjithsesi të kufizuara. Duhet theksuar fakti se një pjesë e mirë e indikatorëve të listës ECHI maten dhe vlerësohen përmes studimeve të bazuara drejtpërdrejt në popullatë. Prandaj, indikatorët e listës ECHI të përshtatur për Shqipërinë janë operacionalizuar duke specifikuar qartë të gjitha elementet e nevojshme për mbledhjen dhe raportimin korrekt të tyre. Kjo ka një rëndësi imediate sidomos për kontrollin shëndetësor bazë të popullatës të grup-moshës 40-65 vjeç, i cili ka filluar edhe është tashmë në një fazë të konsoliduar, si dhe për raundin e ardhshëm të Studimit Demografik dhe Shëndetësor (DHS).
- *Konsistenca*: indikatorët shëndetësorë duhet të jenë konsistentë në mënyrë që të sigurojnë krahasueshmëri qoftë për vlerësimin e tendencave kohore, ashtu edhe për krahasimin transversal (kros-seksional) mes shteteve të ndryshme. Prandaj, të gjitha të dhënat dhe indikatorët shëndetësorë duhet të trajtohen në mënyrë uniforme, si një nga parakushtet themelore për të mundësuar krahasueshmëri maksimale mes vendeve të ndryshme, si dhe mes nëngrupeve të popullatës shqiptare.
- *Gjithëpërfshirja*: duhet theksuar fakti që shëndeti është një sferë e gjerë, prandaj vlerësimi dhe matja e treguesve shëndetësorë ka nevojë për shumë të dhëna të cilat duhet të mbledhen në mënyrë sistematike. Nga kjo pikëpamje, shumë indikatorë shëndetësorë të përshtatur për kushtet e vendit tonë janë kompleksë, d.m.th. të përbërë nga të dhëna të ndryshme (p.sh., raportimi i treguesit të masës trupore përfshin matjen e peshës dhe gjatësisë së individëve).
- *Efektiviteti*: një parakusht themelor për formulimin e politikave shëndetësore racionale është diseminimi dhe komunikimi i evidencës së përftuar nga matja e indikatorëve shëndetësorë. Nga kjo perspektivë, indikatorët shëndetësorë jo vetëm që duhet të përftohen në mënyrë metodologjiksht korrekte, por ata duhet të raportohen edhe në një

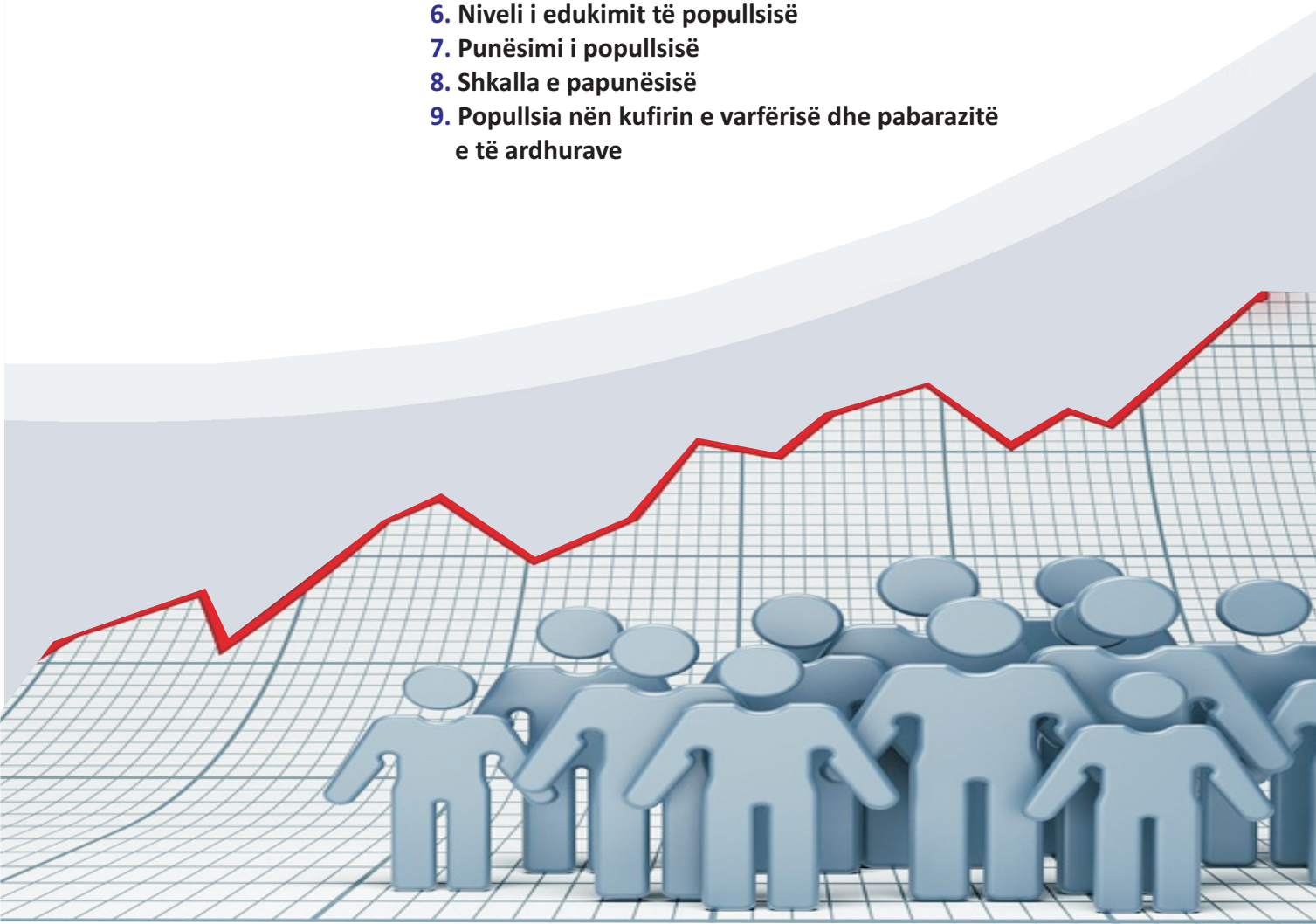
mënyrë efektive për të mundësuar një formulim të politikave dhe vendim-marrjes shëndetësore të bazuar në evidencë.

- *Atraktivë*: një karakteristikë tjetër e indikatorëve shëndetësorë të përshtatur për vendin tonë i referohet atraktivitetit (apo, lehtësisë në përdorim), fakt i cili është shumë i rëndësishëm për të bindur politikë-bërësit dhe vendim-marrësit e sektorit shëndetësor për të marrë masa përmes programeve dhe aktiviteteve të bazuara në evidencë. Prandaj, raportimi i indikatorëve ECHI të përshtatur për Shqipërinë duhet të mundësohet në një format atraktiv, të thjeshtë dhe të kuptueshëm për një audiencë të gjerë përdoruesish të sektorit shëndetësor, kryesisht politikë-bërësve dhe vendim-marrësve të cilët kanë edhe përgjegjësinë kryesore në hartimin e programeve ndërhyrëse për përmirësimin e qëndrueshëm të gjendjes shëndetësore të popullatës shqiptare.



FAKTORËT DEMOGRAFIKË DHE SOCIAL-EKONOMIKË

1. Popullsia sipas gjinisë dhe grup-moshës
2. Treguesi bruto i lindshmërisë
3. Shpërndarja moshore e nënave
4. Niveli i përgjithshëm i lindshmërisë
 - 4.1. Niveli i lindshmërisë tek adoleshentët
5. Projeksionet e popullsisë
6. Niveli i edukimit të popullsisë
7. Punësimi i popullsisë
8. Shkalla e papunësisë
9. Popullsia nën kufirin e varfërisë dhe pabarazitë e të ardhurave





INDIKATORI Nr.1: POPULLSIA SIPAS GJINISË DHE GRUP-MOSHËS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Moshimi i shëndetshëm, plakja popullatës.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Popullsia sipas gjinisë dhe grup-moshës është një indikator demografik bazë shumë i rëndësishëm.
- Ky indikator nevojitet për llogaritjen e shumë treguesve (shërben si emërues i shumë indikatorëve shëndetësorë).
- Struktura moshore është gjithashtu e rëndësishme për planifikimin e skenarëve dhe modeleve të ndryshme në shëndet publik.

Përkufizimi:

- Popullsia banuese gjithsej, sipas gjinisë dhe grup-moshës.
- Raporti gjithsej i varësisë moshore (raporti i varësisë së të rinjve dhe i të moshuarve).

Llogaritja e saktë:

- Numri i vendbanuesve të zakonshëm në një zonë të caktuar në datën 1 janar të vitit (numër absolut).
- Raporti i numrit gjithsej të individëve të moshuar (65+) dhe të rinj (0-14), me numrin e subjekteve ekonomimisht aktivë (të moshës 15-64 vjeç).
- Popullsia banuese më 1 Janar të vitit përkatës përfshin të gjithë vendbanuesit e zakonshëm. Vendbanuesit e zakonshëm janë të gjithë personat të cilët janë banues të zakonshëm në Shqipëri, pavarësisht shtetësisë së tyre, ose nëse janë ose jo prezent në vendbanimin e zakonshëm në 1 Janar të vitit përkatës ose përkohësisht në mungesë (me kusht që kjo mungesë të mos jetë më shumë se 12 muaj). Vetëm personat: të cilët kanë jetuar në vendin e vendbanimit të zakonshëm për një periudhë të vazhdueshme të paktën 12 muaj para 1 Janarit; ose të cilët kanë ardhur në vendin e vendbanimit të zakonshëm gjatë 12 muajve para 1 Janarit me qëllimin për të qëndruar të paktën një vit.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (0-14, 15-24, 25-49, 50-64, 65-79 dhe ≥80 vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Censusi i popullsisë
- INSTAT (Instituti i Statistikës)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.2: TREGUESI BRUTO I LINDSHMËRISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.

Argumentimi:

- Treguesi bruto i lindshmërisë (TBL) është një indikator demografik bazë, i cili është i nevojshëm për llogaritjen e rritjes së popullsisë (së bashku me treguesin bruto të vdekshmërisë).

Përkufizimi:

Treguesi bruto i lindshmërisë është raporti i numrit të lindjeve gjatë një viti me popullsinë mesatare në atë vit. Vlera shprehet për 1,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Numëruesi: Numri gjithsej i lindjeve për një vit të caktuar.
- Emëruesi: Popullsia mesatare gjatë të njëjtit vit.
- Vlera (raporti) është shprehur për 1,000 banorë.
- Popullsia mesatare gjatë një viti kalendarik llogaritet në përgjithësi si mesatarja aritmetike e popullsisë më 1 janar të dy viteve konsektive.
- Llogaritja bazohet vetëm në numrin e lindjeve të gjalla të vendbanuesve të zakonshëm.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik*
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- INSTAT (Instituti i Statistikës)
- Censuri i popullsisë
- Statistikat Vitale

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

*Aktualisht, disagregimi sipas nivelit social-ekonomik nuk është i mundur, por duhet të merret në konsideratë për të ardhmen.



INDIKATORI Nr. 3: SHPËRNDARJA MOSHORE E NËNAVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Lindja e hershme dhe e vonshme e fëmijëve lidhet (shoqërohet) me nivele më të larta të lindjeve të parakohshme, të kufizimit të rritjes dhe vdekshmërisë në periudhën perinatale, krahasuar me nivelin mesatar.

Përkufizimi:

Shpërndarja e lindjeve të gjalla sipas moshës së nënës në ditëlindjen e fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e lindjeve të gjalla te nënat më të reja se 20 vjeç.
- Përqindja e lindjeve të gjalla te nënat ≥ 35 vjeç.
- Lindjet e shumëfishta numërohen disa herë (d.m.th. për aq sa është numri real i lindjes së shumëfishtë), dhe të lindurit e vdekur nuk numërohen.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat kombëtare të popullsisë
- Statistikat vitale dhe evidencat perinatale
- Studime perinatale

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.4: INDEKSI SINTETIK I FEKONDITETIT/LINDSHMËRISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.

Argumentimi:

- Indeksi sintetik i fekonditetit/lindshmërisë është një tregues demografik bazë.
- Indeksi sintetik i fekonditetit/lindshmërisë është lindshmëria absolute e një gjenerate hipotetike, i cili tregon nivelin e zëvendësimit, pra nivelin e nevojshëm për të kompensuar humbjet në vdekshmëri.
- Në vendet e zhvilluara, niveli prej 2.1 konsiderohet si niveli i zëvendësimit.

Përkufizimi:

Indeksi sintetik i fekonditetit është numri mesatar i fëmijëve që një grua mund të lindë gjatë periudhës së saj riprodhuese 15-49 vjeç, nëqoftëse do të ishte subjekt i normave specifike aktuale të lindshmërisë.

Indeksi sintetik i fekonditetit/lindshmërisë shprehet si raport fëmijë/grua.

Llogaritja e saktë:

- Indeksi sintetik i fekonditetit/lindshmërisë (ISF) llogaritet drejtpërdrejt si shuma e normave specifike të lindshmërisë (zakonisht duke iu referuar grave të moshës 15-49 vjeç), ose si pesëfishi i shumës, nëse të dhënat raportohen në grup-mosha pesëvjeçare.
- Normat specifike të lindshmërisë, llogariten si raport i lindjeve vjetore për gratë në një moshë ose grup-moshë të caktuar, me popullsinë e grave në të njëjtën moshë ose grup-moshë, në të njëjtin vit, për një vend, territor ose zonë gjeografike të caktuar.
- (ISF) llogaritet si indikator i periudhës (p.sh. duke supozuar që nivelet e lindshmërisë sipas moshës mbeten konstante në të ardhmen), jo sipas gjeneratave të lindjes.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Censusi i popullsisë (INSTAT)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit (bazuar në regjistrat civilë dhe statistikat jetësore)
- Çdo 5 vjet bazuar në studime (të tillë si DHS)
- Çdo 10 vjet bazuar në census



INDIKATORI Nr. 4.1: NIVELI I LINDSHMËRISË TEK ADOLESHENTET (për 1000 vajza të moshës 15–19 vjeç)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Gjendja shëndetësore.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Niveli i lindshmërisë tek adoleshentet i njohur teknikisht edhe si norma specifike e lindshmërisë, përbën një element bazë të shëndetit riprodhues i cili fokusohet te grupi vulnerabël i femrave adoleshente. Tashmë ekziston një mirëkuptim thelbësor edhe në literaturë, ku femrat të cilat kanë shtatzëni dhe lindje të hershme gjatë jetës riprodutive, janë subjekt i rreziqeve të larta për komplikacione apo edhe vdekje gjatë shtatzënisë dhe procesit të lindjes, së bashku me fëmijën e sapolindur. Prandaj parandalimi i lindjeve në moshën shumë të re te femrat, është një masë shumë e rëndësishme për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe reduktimin e vdekshmërisë foshnjore. Gjithashtu, femrat që kanë lindur fëmijë në moshë të re përjetojnë reduktim të ndjeshëm të mundësive të tyre për përmirësim të gjendjes social-ekonomike, veçanërisht sepse nënat e reja nuk arrijnë të kryejnë ciklin e plotë të studimeve, argument i cili i privon nga punësimi dhe kombinimi i përgjegjësisë të punës me familjen. Niveli i lindshmërisë tek adoleshentet, gjithashtu jep të dhëna mbi aksesin ndaj shëndetit riprodhues në këto moshë dhe veçanërisht te femrat adoleshente të pamartuara, të cilat shpesh kanë vështirësi ndaj aksesit të shëndetit riprodhues.

Përkufizimi:

Numri vjetor i lindjeve te femrat 15-19 vjeç, për 1,000 femra të kësaj grup-moshe. Kjo referohet edhe si norma specifike e lindshmërisë te femrat e moshës 15-19 vjeç.

Llogaritja e saktë:

- Niveli i lindshmërisë tek adoleshentet në përgjithësi llogaritet si raport. Numëruesi është numri i lindjeve të gjalla për femrat e moshës 15-19 vjeç, dhe emëruesi është vlerësimi i ekspozimit ndaj lindjes së fëmijëve te femrat e moshës 15-19 vjeç. Numëruesi dhe emëruesi llogariten ndryshe për statistikën vitale, studimet e ndryshme dhe të dhënat e censusit.
 - Statistikat vitale: Në rastin e regjistrimit civil numëruesi është numri i regjistruar i lindjeve të gjalla nga femrat e moshës 15-19 vjeç gjatë një viti të caktuar, dhe emëruesi është popullsia e femrave të moshës 15-19 vjeç.
 - Të dhënat e studimeve: Në rastin e studimeve, niveli i lindshmërisë tek adoleshentet në përgjithësi llogaritet mbi bazën e historisë mbi lindjet e kaluara. Numëruesi i referohet lindjeve te femrat që ishin 15-19 vjeç në kohën e lindjes gjatë një periudhe referencë para intervistës, dhe emëruesi i referohet person-viteve të jetuara midis moshës 15 dhe 19 vjeç nga ana e femrave të intervistuar gjatë të njëjtës periudhë referencë. Gjithmonë kur është e mundur, periudha referencë korrespondon me pesë vite përpara kryerjes së studimit. Viti i raportuar i observimit korrespondon në mes të periudhës referuese. Për disa studime, nuk ka të dhëna retrospektive mbi historitë e lindjeve të kaluara dhe vlerësimi bazohet në datën e lindjes së fundit apo të numrit të lindjeve në 12 muajt para studimit.

- Të dhënat e censusit: Me të dhënat e censusit, niveli i lindshmërisë tek adoleshentet në përgjithësi llogaritet në bazë të datës së lindjes së fundit, apo të numrit të lindjeve në 12 muajt para llogaritjes. Regjistrimi i popullsisë ofron si numëruesin ashtu edhe emëruesin për llogaritjen e nivelit të lindshmërisë. Në disa raste, nivelet e bazuara në census janë të standardizuara për nën-regjistrim bazuar në metodën indirekte. Për disa vende që nuk kanë të dhëna të besueshme, metoda “fëmijët e mi” që bën vlerësim indirekt, ofron të dhëna mbi nivelin e lindshmërisë tek adoleshentet për disa vite para censusit. • Gjithashtu në qoftë se ka të dhëna (numra) në dispozicion, mund të llogaritet niveli i lindshmërisë tek adoleshentet në moshat nën 15 vjeç. - Numëruesi: Numri i lindjeve të gjalla për femrat e moshës 15-19 vjeç. - Emëruesi: Ekspozimi ndaj lindjes të femrat e moshës 15-19 vjeç.
Disagregimi i të dhënave: • Statusi martesor (kur është i mundur, edhe për vajzat <15 vjeç) • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik
Burimi i të dhënave: • Statistikat vitale • Censusi i popullsisë (INSTAT)
Periodiciteti i raportimit: Çdo vit



INDIKATORI Nr.5: PROJEKSIONET E POPULLSISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Projektionet e popullsisë është një tregues demografik bazë.
- Projektionet e popullsisë japin informacion në lidhje me numrin e ardhshëm, strukturën demografike dhe shpërndarjen territoriale të banorëve sipas hipotezave më të mundshme të prirjeve në sjelljen demografike.
- Skenari aktual përdoret kryesisht në kontekstin e analizës së Komisionit Europian mbi ndikimin e moshimit të popullsisë në shpenzimet publike.

Përkufizimi:

Projektionet e popullsisë janë skenarë që synojnë të japin informacion në lidhje me madhësinë e mundshme të popullsisë në të ardhmen dhe strukturën e popullsisë në bazë të supozimeve mbi lindshmërinë, vdekshmërinë dhe migracionin.

Projektionet e popullsisë shprehen në numra absolutë.

Llogaritja e saktë:

- Objektivi kryesor i projeksioneve demografike është përcaktimi se si lindjet, vdekjet dhe migrimet do të ndodhin në vitin pasues. Metodologjia e përdorur për llogaritjen e projeksioneve të popullsisë bazohet në modelin e komponentit të brezave. Ky model përlllogarit këto ngjarje për secilin vit, gjini apo moshë sipas supozimeve të tendencave të besueshme të vdekshmërisë, lindshmërisë dhe migrimit në të ardhmen. Këto ngjarje i zbriten dhe i shtohen popullsisë në fillim të vitit, duke dhënë popullsinë sipas moshës dhe gjinisë në fillim të vitit pasues, e kështu me radhë.
- Këto supozime mund të përmbliidhen me anë të treguesve të tillë si indeksi sintetik i lindshmërisë, jetëgjatësia në lindje dhe migrimi neto ndërkombëtar për vitin e synuar 2060.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha dhe gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik dhe shpërndarja gjeografike (rajonale)

Burimi i të dhënave:

- Të dhënat bazë demografike (si input për modelet e projeksionit)
- INSTAT (Instituti i Statistikës)

Periodiciteti i raportimit:

- INSTAT paraqet projeksionet e popullsisë çdo 10 vjet dhe llogaritjet për projeksionet e popullsisë bazohen në rezultatet e Censusit.
- Aktualisht, projeksionet e popullsisë janë paraqitur nga INSTAT për periudhën 2011-2031, në bazë të rezultateve të regjistrimit të fundit, i cili është kryer në Shqipëri në vitin 2011.



INDIKATORI Nr. 6: NIVELI I EDUKIMIT TË POPULLSISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Niveli i edukimit të popullsisë, së bashku me profesionin dhe nivelin e të ardhurave, i përket tre treguesve klasikë kryesorë të nivelit social-ekonomik (NSE).
- Tregues të ndryshëm, vënë theksin në dimensione të ndryshme të NSE-së.
- Përveç të qenit një tregues i rëndësishëm për të përshkruar gjendjen e përgjithshme sociale të popullsisë në vetvete, skema e stratifikimit bazuar në tregues (indikatorë), arrin të sigurojë një mjet të rëndësishëm për monitorimin e pabarazive social-ekonomike në shëndet.

Përkufizimi:

Niveli i edukimit të popullsisë është përqindja (%) e popullsisë e ndarë në tri kategori të nivelit të edukimit (të ulët, të mesëm dhe të lartë). Profilet e arritjeve janë të bazuara në nivelin më të lartë arsimor të përfunduar.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e popullsisë së përgjithshme e shpërndarë në 7 klasat KSNE (Klasifikimi Standard Ndërkombëtar i Edukimit 1997), agreguar në trigrupë të përbëra nga:
- Niveli i edukimit fillor dhe të mesëm (KSNE Niveli 0, 1 dhe 2).
- I lartë (universitar)/post i mesëm (nivelet KSNE 3 dhe 4).
- Terciar (post/universitar) (nivelet KSNE 5 dhe 6).
- Kuptimi i nivelit të edukimit ndryshon midis gjeneratave sipas lindjes. Për shkak të rritjes së përgjithshme të nivelit të edukimit, krahasueshmëria e nivelit arsimor të personave të moshuar dhe atyre të rinj bëhet e vështirë. Prandaj duhet të merren parasysh diferencat në shpërndarjen moshore të popullsisë.
- Të moshuarit duhet që të përfshihen për shkak se prevalenca/incidenca e problemeve shëndetësore është më e lartë në grup-moshat e avancuara.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (25-64 vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Anketa e Forcave të Punës (AFP) paraqitur nga INSTAT
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Censusi i popullsisë (INSTAT)
- Studime me Intervistë Shëndetësore dhe Studime me Ekzaminime Shëndetësore [HIS (Health Interview Survey); HES (Health Examination Survey)]
- Klasifikimi i ri i sistemit KSNE (i vitit 2011)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 7: PUNËSIMI I POPULLSISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Skemat e kategorive sociale bazuar në profesion së bashku me skemat e shtresëzimit në bazë të nivelit të edukimit dhe të të ardhurave, sigurojnë një mjet të rëndësishëm për monitorimin e pabarazive social-ekonomike në shëndet.

Përkufizimi:

Përqindja (%) e popullsisë sipas grupit të profesionit. Klasifikimi bazohet në profesionin aktual ose profesionin (kryesor) të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Nëntë kategori profesionale (si dhe një kategori për të papunët që nuk kanë punuar kurrë/të papunë për një periudhë afatgjatë), bazuar në klasifikimin ISCO (*International Standard Classification of Occupations*) dhe informacion shtesë mbi:
- Gjendjen e punësimit (të vetëpunësuar/të punësuar).
- Madhësia e organizatës së të punësuarve (më pak se 10/10 punonjës ose më shumë).
- Funksioni hierarkik për punonjësin (mbikëqyrës ose punonjës i zakonshëm).
- Nëntë kategoritë janë bashkuar (grupuar) në 5 kategori sipas Klasifikimit Europian Social-Ekonomik (KESK): 1+2, 3+6, 4+5, 6+7 dhe 8+9.
- Personave ekonomikisht inaktivë duhet t'u përcaktohet kategoria profesionale për të parandaluar nënvlerësimin e pabarazive shëndetësore. Kjo mund të arrihet duke përdorur profesionin e fundit (kryesor) në vend të profesionit aktual/ose me përcaktimin e kategorisë së profesionit në nivel familjar dhe jo në nivel individual.
- Kategoria profesionale duhet të matet duke filluar vetëm nga mosha 25 vjeç, pasi shumica e karakteristikave social-ekonomike ende nuk janë konsoliduar për shumë të rinj.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha(25-64 vjeç)
- Gjinia (meshkuj/femra)
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Shpërndarja gjeografike (rajonale)

Burimi i të dhënave:

- Anketa e Forcave të Punës (AFP)
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (SDHS)
- Studime me Intervistë Shëndetësore dhe Studime me Ekzaminime Shëndetësore [*HIS (Health Interview Survey); HES (Health Examination Survey)*]
- INSTAT (Instituti i Statistikave)
- Censusi i popullsisë (INSTAT)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 8: SHKALLA E PAPUNËSISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesit ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti në të gjithë politikat.

Argumentimi:

- Papunësia e përgjithshme është një tregues i rëndësishëm nga pikëpamja e diferencave social-ekonomike në shëndetësi. Përveç rreziqeve të tjera specifike, papunësia është e lidhur ngushtë me varfërinë.
- Veçanërisht papunësia afatgjatë në vetvete ka efekte të dëmshme për shëndetin.

Përkufizimi:

- Përqindja (%) e personave të papunësuar të moshës 15-74 vjeç që i përkasin fuqisë punëtore.
- Përqindja (%) e personave të papunë për një periudhë afatgjatë të moshës 15-74 vjeç që i përkasin fuqisë punëtore.

Llogaritja e saktë:

- Numri (mesatar vjetor) i të papunëve të moshës 15-74 vjeç të cilët ishin të papunë, aktualisht në dispozicion për punë dhe/ose në mënyrë aktive kërkonin punë gjatë katër javëve të fundit, ose që kishin gjetur dhe do fillonin punë brenda dy javëve të ardhshme, si pjesë përbërëse e fuqisë punëtore (personat e papunë dhe të punësuar të moshës 15 deri 74 vjeç). Mesatarja vjetore llogaritet në bazë të katër javëve referencë, secila për një nga tremujorët e vitit.
- Numri (mesatar vjetor) i të papunëve për një periudhë afatgjatë (personat të cilët kanë qenë të papunë për një vit ose më shumë), të moshës 15-74 vjeç si pjesë përbërëse e fuqisë punëtore (personat e papunë dhe të punësuar të moshës 15 deri 74 vjeç). Mesatarja vjetore llogaritet në bazë të katër javëve referencë, secila për një nga tremujorët e vitit.
- Njerëzit të cilët jetojnë në ekonomi kolektive familjare apo institucionale janë të përjashtuar nga studimi/anketa.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (18-64 vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Anketa e Forcave të Punës (AFP)
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (SDHS)
- Studime me Intervistë Shëndetësore dhe Studime me Ekzaminime Shëndetësore [HIS (Health Interview Survey); HES (Health Examination Survey)]
- INSTAT (Instituti i Statistikave)
- Censusi i popullsisë (INSTAT)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.9: POPULLSIA NËN KUFIRIN E VARFËRISË DHE PABARAZITË E TË ARDHURAVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti në të gjitha politikat.
- Stili i jetës, sjelljet shëndetësore.

Argumentimi:

- Popullsia nën nivelin e varfërisë dhe pabarazitë në nivelin e të ardhurave janë një tregues bazë për shëndetin e popullsisë.
- Ajo reflekton efektin kumulativ të ndikimit të faktorëve të rrezikut, zhvillimit dhe ashpërsisë së sëmundjes, si dhe efektivitetin e ndërhyrjeve dhe të trajtimit.

Përkufizimi:

- Popullsia në rrezik nga varfëria: personat me të ardhura nën nivelin e varfërisë.
- Pabarazia në të ardhura: raporti i të ardhurave totale të marra nga 20% e popullsisë së vendit me të ardhurat më të larta, me 20% të popullsisë së vendit me të ardhurat më të ulëta.
- Të ardhurat e disponueshme familjare përfshijnë: shumën për të gjithë anëtarët e familjes e komponentëve bruto të të ardhurave personale (të holla bruto të të punësuarve ose të ardhura të ngjashme, makina e kompanisë, përfitimet bruto të mjeteve monetare ose humbjet nga vetëpunësimi, pensionet e marra nga paketat private individuale, përfitimet për shkak të papunësisë, përfitimet e pleqërisë, përfitimet e të "mbijetuarve", përfitimet për shkak të sëmundjes, përfitimet e aftësisë së kufizuar dhe ndihmat e lidhura me edukimin), plus: komponentët e të ardhurave bruto në nivel familjar (të ardhurat nga dhënia me qera e pronës apo tokës; ndihmat e lidhura me familjen/fëmijët, përjashtimi social i pa klasifikuar diku tjetër; ndihmat lidhur me banimin, transfertat e rregullta ndërfamiljare të marra kesh, interesat, dividendet, fitimi nga investimet kapitale në biznes të painkorporuar, të ardhurat e marra nga personat nën moshën 16 vjeç), minus: taksat mbi pasurinë; transfertat e rregullta ndërfamiljare të paguara kesh; tatimi mbi të ardhurat dhe kontributet e sigurimeve shoqërore.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e personave në popullsinë e përgjithshme me të ardhura ekuivalente të disponueshme nën "kufirin e varfërisë" (d.m.th. nën 60% të të ardhurave mesatare ekuivalente kombëtare të disponueshme). Popullsia e përgjithshme përfshin të gjithë personat të cilët jetojnë brenda territorit kombëtar. Totali i të ardhurave të disponueshme të një familjeje është llogaritur duke shtuar së bashku të ardhurat personale të marra nga të gjithë anëtarët e familjes, plus të ardhurat e marra në nivel familjar. Të ardhurat e disponueshme familjare përfshijnë të gjitha të ardhurat nga puna, të ardhurat private nga investimet në prona, transfertat midis familjeve dhe të gjitha transfertat sociale të marra kesh, ku përfshihen pensionet e pleqërisë. Të ardhurat personale ekuivalente përftohen duke pjesëtuar të ardhurat totale të disponueshme familjare me madhësinë e barazvlefshme të familjes, duke përdorur shkallën e modifikuar OECD (Organizata për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim - *Organisation for Economic Cooperation and Development*):

✓ 1 për personin e parë të moshës 14 vjeç ose më shumë; ✓ 0.5 për çdo person pasues të moshës 14 vjeç ose më shumë; ✓ 0.3 për personat e moshës më pak se 14 vjeç. • Pabarazia e të ardhurave llogaritet si raport i shumës së të ardhurave ekuivalente të disponueshme të marra nga 20% e popullsisë së vendit me të ardhurat më të larta ekuivalente të disponueshme (intervali më i lartë i inter-kuintilit), me 20% të popullsisë së vendit me të ardhurat më të ulëta ekuivalente të disponueshme (intervali më i ulët i inter-kuintilit).
Disagregimi i të dhënave: • Grup-mosha(0-17,18-64 dhe 65+vjeç) • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Anketa mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës • Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS) • INSTAT (Instituti i Statistikave)
Periodiciteti i raportimit: • Çdo vit



GJENDJA SHËNDETËSORE

10. Jetëgjatësia e pritshme

11. Vdekshmëria foshnjor

11.1. Niveli i vdekshmërisë nën 5 vjeç

12. Niveli i vdekshmërisë neonatale

12.1. Niveli i vdekshmërisë amtare

12.2. Mbulesa e vdekshmërisë amtare e rishikuar

13. Vdekshmëria sipas sëmundjeve specifike

14. Numri i vdekjeve nga droga

15. Numri i vdekjeve nga duhanpirja

16. Numri i vdekjeve nga alkooli

17. Vdekshmëria shtesë nga valët e të nxehtit

18. Sëmundjet e transmetueshme të selektuara/përzgjedhura

18.1. Incidenca e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme

18.2. Incidenca e tuberkulozit

19. HIV/AIDS

19.1. Njerëzit që jetojnë me HIV të diagnostikuar

19.2. Parandalimi i transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija

20. Incidenca e kancerit

21. Diabeti

21(a): Diabeti: Prevalenca e vetë-raportuar

21(b): Diabeti: Prevalenca e dokumentuar

22. Demenca

23. Depresioni

23(a): Prevalenca e vetë-raportuar

23(b): Prevalenca e dokumentuar

24. Infarkti akut i miokardit (IAM)

25. Insulti cerebral

26. Astma

26(a): Prevalenca e vetë-raportuar

26(b): Prevalenca e dokumentuar

27. Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK)

27(a): Prevalenca e vetë-raportuar

27(b): Prevalenca e dokumentuar

28. Lindja nën peshë

28.1. Fëmijët nën 5 vjeç të pazhvilluar për moshë

28.2. Fëmijët nën 5 vjeç mbipeshë përfshirë obezitetin

29. Lëndimet

29(a): Shtëpi, kohë e lirë, shkollë; incidenca e vetë-raportuar

29(b): Shtëpi, kohë e lirë, shkollë; incidenca e dokumentuar

30. Lëndimet

30(a): Trafiku rrugor; incidenca e vetë-raportuar

30(b): Trafiku rrugor; incidenca e dokumentuar

31. Lëndimet në punë

32. Tentativa për vetëvrasje

33. Shëndeti i vetë-perceptuar

34. Sëmundshmëria kronike e vetë-raportuar

35. Kufizimet afatgjata të aktivitetit

36. Kufizimet funksionale sensore dhe fizike

37. Dhimbjet e përgjithshme muskulo-skeletore

38. Tensioni/stresi psikologjik

39. Mirëqenia psikologjike

40. Pritshmëria e shëndetit, vitet e shëndetshme të jetës (HLY)

41. Pritshmëria e shëndetit, të tjera





INDIKATORI Nr.10: JETËGJATËSIA MESATARE NE LINDJE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e (Parandalueshme) e Sëmundjeve.

Argumentimi:

- Jetëgjatësia mesatare në lindje është një tregues bazë për shëndetin e popullsisë.
- Ajo reflekton efektin kumulativ të ndikimit të faktorëve të rrezikut, shfaqjen dhe ashpërsinë e sëmundjes, si dhe efektivitetin e ndërhyrjeve dhe të trajtimit.

Përkufizimi:

Jetëgjatësia mesatare në lindje është numri mesatar i viteve që një i porsalindur sot, pritët të jetojë nëse normat aktuale të vdekshmërisë vazhdojnë të aplikohen.

Llogaritja e saktë:

- Jetëgjatësia mesatare në lindje llogaritet me anë të Tableve të Jetës. Tabelat e jetës prezantojnë një set llogaritjesh të cilat përshkruajnë probabilitetin e vdekjes, normën e vdekjes dhe numrin e të mbijetuarve për çdo moshë/grup-moshë. Si rrjedhojë, jetëgjatësia mesatare në lindje është një produkt i tabelës së jetës.
- Llogaritja e jetëgjatësisë mesatare në lindje bazohet në normat specifike të vdekshmërisë për një periudhë (vit) të caktuar. Normat specifike të vdekshmërisë llogariten për çdo moshë/grup-moshë të caktuar. Ndiqen hapa të tjerë të nevojshëm për të mundur llogaritjen e jetëgjatësisë mesatare në lindje. Detaje mbi metodologjinë e ndjekur mund të gjenden: Pressat (1972) ose Shryock dhe Siegel (1980).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale
- Studimet me bazë familjen
- Censusi i popullsisë
- INSTAT (Instituti i Statistikës)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.11: VDEKSHMËRIA FOSHNJORE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Vdekshmëria foshnjore është një tregues bazë për shëndetin e popullsisë dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shkalla e vdekshmërisë foshnjore është një madhësi e pasojave afatgjata të ngjarjeve perinatale.
- Veçanërisht është e rëndësishme për monitorimin e rezultateve të grupeve me rrezik të lartë të tilla si bebet e lindura para kohe dhe bebet me rritje të kufizuar.

Përkufizimi:

- Probabiliteti që një fëmijë i lindur në një vit ose periudhë specifike do të vdesë para se të arrijë moshën 1 vjeç, nëse i nënshtrohet niveleve moshë-specifike të vdekshmërisë së asaj periudhe, shprehur si përqindje për 1000 lindje të gjalla.
- Vdekshmëria foshnjore është parimisht jo një normë (d.m.th., numri i vdekjeve pjesëtuar me numrin e popullsisë në rrezik gjatë një periudhe të caktuar kohe) por një probabilitet.

Llogaritja e saktë:

- Numri i vdekjeve nën moshën njëvjeçare (mosha 0-364 ditë) në një vit të caktuar, për 1000 lindje të gjalla po në atë vit.
 - Numëruesi: Numri i fëmijëve që vdiqën para datëlindjes së tyre të parë (të moshës 0-11 muaj).
 - Emëruesi: Numri i lindjeve të gjalla (viteve të ekspozimit).

Metodat më të përdorura janë si më poshtë:

- Statistikat vitale: Numri i vdekjeve në moshën 0 vjeç dhe popullsia e së njëjtës moshë përdoret për të llogaritur nivelin e vdekshmërisë, i cili konvertohet pastaj në probabilitetin e vdekshmërisë moshë-specifike.
- Censuri dhe studimet: Një metodë indirekte përdoret bazuar në pyetjet drejtuar çdo gruaje të moshës riprodhuese, se sa fëmijë ajo ka lindur dhe sa janë ende gjallë. Metoda e Brass-it dhe modeli i tabelave të jetës përdoret më pas për të marrë një vlerësim të vdekshmërisë foshnjore.
- Studimet: Një metodë e drejtpërdrejtë përdoret bazuar në historinë e lindjes; një sërë pyetjesh të detajuara mbi çdo fëmijë që një grua ka lindur gjatë jetës së saj. Për të reduktuar gabimin e kampionimit, vlerësimet shpesh paraqiten si nivele të periudhës për pesë vitet përpara studimit. Një metodë sintetike kohort e zhvilluar nga DHS-ja përdoret për të llogaritur nivelet e periudhës.

Disagregimi i të dhënave: • Mosha • Pësja e lindjes • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik* • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Statistikat vitale (INSTAT) • Studimet me bazë familjen (Studimet Demografike dhe Shëndetësore, DHS) • Censusi i popullsisë • Evidencat mjekësore bazuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë
Periodiciteti i raportimit: • Çdo vit (bazuar në sistemin e regjistrimit) • Çdo 5 vjet (bazuar në studimet me bazë familjen, të tilla si DHS-ja)

*Aktualisht, disagregimi sipas nivelit social-ekonomik është i vështirë, sepse ky variabël nuk është i mundur për shkak të vdekjes.



INDIKATORI Nr.11.1: NIVELI I VDEKSHMËRISË NËN PESË VJEÇ (probabiliteti për të vdekur në moshën 5 vjeç për 1000 lindje të gjalla)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç është një tregues bazë për shëndetin e popullsisë dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Ky indikator mat rrezikun për të vdekur në foshnjëri dhe fëmijërinë e hershme. Përkundër progresit të konsiderueshëm në reduktimin e vdekshmërisë së fëmijëve në Shqipëri, mbetet akoma një hendek krahasuar me vendet e zhvilluara/industrializuara në rreziqet për të vdekur para moshës 5 vjeçare. Nivelet e vdekshmërisë nën pesë vjeç ndikohen nga varfëria, edukimi (veçanërisht i nënave); nga disponueshmëria e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore; nga rreziqet mjedisore, duke përfshirë aksesin ndaj ujit të sigurt dhe higjienës; si dhe nga të ushqyerit.

Përkufizimi:

Probabiliteti që një fëmijë i lindur në një vit ose periudhë specifike, do të vdesë para se të arrijë moshën 5 vjeç, nëse i nënshtrohet normave specifike të vdekshmërisë së asaj periudhe, shprehet si normë për 1000 lindje të gjalla.

Niveli i vdekshmërisë nën 5 vjeç është parimisht jo një normë (d.m.th. numri i vdekjeve pjesëtuar me numrin e popullsisë në rrezik gjatë një periudhe të caktuar kohe), por probabiliteti për të vdekur përfutur nga tabelat e jetës, shprehet si normë për 1000 lindje të gjalla.

Llogaritja e saktë:

- ✓ Numëruesi: Numri i vdekjeve midis fëmijëve të moshës 0-4 vjeç (të moshës 0-59 muaj) sipas grup-moshës.
- ✓ Emëruesi: Numri i lindjeve të gjalla (ekspozimi person-vite).

Metodat më të përdorura të cilat përdorin burimet e përmendura më sipër janë si më poshtë:

- Statistikat vitale: Numri i vdekjeve në moshën 5 vjeç dhe popullsia e së njëjtës moshë përdoret për të llogaritur nivelin e vdekshmërisë, i cili konvertohet pastaj në probabilitetin e vdekshmërisë moshë-specifike.
- Censusi dhe studimet: Një metodë indirekte përdoret bazuar në pyetjet drejtuar çdo gruaje të moshës riprodhuese, se sa fëmijë ajo ka lindur dhe sa janë ende gjallë. Metoda e Brass-it dhe modeli i tabelave të jetës përdoret më pas për të marrë një vlerësim të vdekshmërisë foshnjore.
- Studimet: Një metodë e drejtpërdrejtë përdoret bazuar në historinë e lindjes; një sërë pyetjesh të detajuara mbi çdo fëmijë që një grua ka lindur gjatë jetës së saj. Për të reduktuar gabimin e kampionimit, vlerësimet shpesh paraqiten si nivele të periudhës për pesë vitet përpara studimit.

Disagregimi i të dhënave: • Mosha • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik* • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Statistikat vitale (INSTAT) • Studimet me bazë familjen (Studimet Demografike dhe Shëndetësore, DHS) • Censusi i popullsisë
Periodiciteti i raportimit: • Çdo vit (bazuar në sistemin e regjistrimit) • Çdo 5 vjet (bazuar në studimet me bazë familjen, të tilla si DHS-ja)

*Aktualisht, disagregimi sipas nivelit social-ekonomik është i vështirë, sepse ky variabël nuk është i mundur për shkaqet e vdekjes.



INDIKATORI Nr.12: NIVELI I VDEKSHMËRISË NEONATALE (për 1000 lindje të gjalla)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti neonatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Niveli i vdekshmërisë neonatale është një indikator bazë për shëndetin e popullsisë dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Niveli i vdekshmërisë neonatale është një madhësi sensitive e shëndetit në periudhën pas lindjes.
- Gjithashtu, ky është një indikator i rëndësishëm për cilësinë e kujdesit shëndetësor neonatal, si dhe për kujdesin parandalues.

Përkufizimi:

Probabiliteti që një fëmijë i lindur në një vit ose periudhë të caktuar do të vdesë gjatë 27 ditëve të para të plota të jetës, nëse i nënshtrohet normave specifike të vdekshmërisë së asaj periudhe, shprehet si normë për 1000 lindje të gjalla.

Vdekjet neonatale (numri i vdekjeve midis lindjeve të gjalla gjatë 27 ditëve të para të plota të jetës) mund të ndahen në vdekje neonatale të hershme, të cilat ndodhin gjatë 7 ditëve të para të jetës, dhe vdekje neonatale të vonshme, që ndodhin pas ditës së 7-të, deri ditën e 27-të të jetës.

Llogaritja e saktë:

- Të dhënat nga statistikat vitale: numri i lindjeve të gjalla dhe numri i vdekjeve neonatale janë përdorur për të llogaritur nivelet moshë-specifike. Ky sistem siguron të dhëna vjetore.
- Të dhënat nga studimet me bazë familjen: Llogaritjet bazohen në historinë e plotë të lindjes, ku gratë pyeten për datën e lindjes së secilit prej fëmijëve të tyre, nëse çdo fëmijë është ende gjallë, dhe nëse jo, mosha kur ka ndodhur vdekja.
 - ✓ Numëruesi: Numri i fëmijëve të vdekur gjatë 27 ditëve të para të jetës.
 - ✓ Emëruesi: Numri i lindjeve të gjalla (viteve të ekspozimit).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha (ditë/javë)
- Pësia e lindjes
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik*
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale (INSTAT)
- Studimet me bazë familjen (Studimet Demografike dhe Shëndetësore, DHS)
- Censusi i popullsisë
- Të dhënat operative të grumbulluara nga të gjitha qarqet në Shqipëri dhe të raportuara në Ministrinë e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit (bazuar në sistemin e regjistrimit dhe të dhënave operacionale në Ministrinë e Shëndetësisë)
- Çdo 5 vjet (bazuar në studimet me bazë familjen, të tilla si DHS-ja)

*Aktualisht, disagregimi sipas nivelit social-ekonomik është i vështirë, sepse ky variabël nuk është i mundur për shkaqet e vdekjes.



INDIKATORI Nr. 12.1: NIVELI I VDEKSHMËRISË AMTARE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Niveli i vdekshmërisë amtare është një indikator bazë dhe shumë i rëndësishëm.

Përkufizimi:

Numri vjetor i vdekjeve të femrave nga çdo shkak që lidhet me ose është përkeqësuar nga shtatzënia ose menaxhimi i saj (duke përfshirur shkaqet aksidentale apo të rastësishme), gjatë shtatzënisë dhe lindjes, ose brenda 42 ditëve pas përfundimit të shtatzënisë, pavarësisht nga kohëzgjatja dhe lokalizimi i shtatzënisë, e shprehur në 100,000 lindje të gjalla, për një periudhë kohore të caktuar.

Llogaritja e saktë:

- Niveli i vdekshmërisë amtare llogaritet duke pjesëtuar vdekjet amtare të regjistruara (ose të vlerësuara), me lindjet e gjalla totale të regjistruara (ose të vlerësuara) në të njëjtën periudhë kohore dhe më pas duke shumëzuar me 100,000. Matja kërkon informacion mbi gjendjen e shtatzënisë, kohën e vdekjes (gjatë shtatzënisë, lindjes, ose brenda 42 ditësh nga ndërprerja e shtatzënisë), dhe shkakun e vdekjes.
 - ✓ Numëruesi: Numri i vdekjeve amtare.
 - ✓ Emëruesi: Numri i lindjeve të gjalla.
- Niveli i vdekshmërisë amtare mund të llogaritet në mënyrë të drejtpërdrejtë nga të dhënat e mbledhura përmes sistemeve jetësore të regjistrimit, studimeve me bazë familjen ose burime të tjera.
- Shpesh ka probleme me cilësinë e të dhënave, në veçanti lidhur me nën-raportimin dhe gabimin në klasifikimin e vdekjeve amtare. Prandaj, të dhënat shpesh axhustohen në mënyrë që të merren në konsideratë këto çështje të cilësisë së të dhënave.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Fshat/Qytet dhe Niveli social-ekonomik*

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale (INSTAT)
- Studimet me bazë familjen (Studimet Demografike dhe Shëndetësore, DHS)
- Censusi i popullsisë
- Të dhënat operacionale të grumbulluara nga të gjitha qarqet në Shqipëri dhe të raportuara në Ministrinë e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit (bazuar në sistemin e regjistrimit)
- Çdo 5 vjet (bazuar në studimet me bazë familjen, të tilla si DHS-ja)



INDIKATORI Nr. 12.2: MBULESA E VDEKSHMËRISË AMTARE (%)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbulesa e shërbimit shëndetësor.
- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor: shëndeti riprodhues, amtar, i të sapolindurit dhe i fëmijës.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Niveli i vdekshmërisë amtare pasqyron cilësinë e kujdesit shëndetësor gjatë shtatzënisë dhe periudhës së lehonisë.
- Të gjitha vdekjet amtare duhet t'i nënshtrohen inspektimit dhe auditimit sipas udhëzimeve përkatëse kombëtare.

Përkufizimi:

Përqindja e vdekjeve amtare që ndodhin në ambientet shëndetësore të cilat i janë nënshtuar inspektimit dhe auditimit.

- Numëruesi: Numri i ambienteve shëndetësore të inspektuara ku ka vdekje amtare.
- Emëruesi: Të gjitha vdekjet amtare në ambientet shëndetësore.

Llogaritja e saktë:

- Nevoja për një përkufizim të qartë të asaj që ne e cilësojmë si një "inspektim". Gjithashtu kjo përfshin ose jo veprimet që mund të ndërmerren, në qoftë se këto mund të maten në mënyrë objektive.

Disagregimi i të dhënave:

- Vdekjet e këtij komuniteti
- Ambientet shëndetësore
- Rajonet kryesore administrative

Burimi i të dhënave:

- Monitorimi specifik me sistem informacioni rutinë nga ambientet shëndetësore (maternitetet)
- Regjistrat e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH).
- Instituti i Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit



INDIKATORI Nr.13: VDEKSHMËRIA SIPAS SËMUNDJEVE SPECIFIKE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundjeve.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Vdekshmëria sipas sëmundjeve specifike jep të dhëna mbi shkaqet e vdekjes dhe përmban informacion mbi modelet e vdekshmërisë. Gjithashtu, ky indikator përbën një element të rëndësishëm informacioni të shëndetit publik, shumë i nevojshëm për planifikimin e parandalimit dhe kujdesin shëndetësor, si dhe për vlerësimin e politikave.

Përkufizimi:

Vdekjet e shkaktuara nga sëmundje të veçanta apo grupe sëmundjesh për 100,000 banorë përshkruar më poshtë sipas kodit ICD-10: (megjithatë në Shqipëri përdoret ende ICD 9)

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-10
1	Total (të gjitha shkaqet)	Të gjitha
2	Sëmundjet infektive dhe parazitare	A00-B99
3	AIDS (Sëmundja HIV)	B20-B24
4	Tumoret Malinje	C00-K 97
5	Tumori Malinj i Stomakut	C16
6	Tumori Malinj i Kolonit	C18
7	Tumori Malinj i Laringut dhe Trakesë/Bronkeve/Mushkërive	C32-C34
8	Melanoma Malinje e Lëkurës	C43
9	Tumori Malinj i Gjirit	C50
10	Tumori Malinj i Qafës së Mitrës	C53
11	Tumori Malinj i Prostatës	C61
12	Tumori Malinj i Indit Limfatik/Hematopoietik	C81-C96
13	Të Gjitha Kanceret e Fëmijërisë (Mosha 0-14 vjeç)	C00-K 97
14	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes	F00-F99
15	Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit	I00-I99
16	Sëmundja Ishemike e Zembrës	I20-I25
17	Sëmundjet Cerebrovaskulare	I60-I69
18	Sëmundjet e Sistemit të Frymëmarrjes	J00-J99
19	Sëmundjet Kronike të Rugëve të Poshtme të Frymëmarrjes	J40-J47
20	Sëmundjet e Aparatit Tretës	K00-K93
21	Keqformimet e Lindura, Deformimet dhe Anomalitë Kromozomale	Q00-Q99
22	Lëndimet nga Shkaqet e Jashtme dhe Helmimet	V01-Y89
23	Aksidentet	V01-X59
24	Aksidentet e Transportit	V01-V99
25	Rrëzimet Aksidentale	W00-W19
26	Vetëvrasja dhe Vetëdëmtimet e Qëllimshme	X60-X84
27	Vrasjet/Agresioni	X85-Y09

Llogaritja e saktë:

- Numri i vdekjeve për 100,000 banorë (nivelet e standardizuara për moshë).
- Niveli i standardizuar i vdekshmërisë është një mesatare e ponderuar e vdekshmërisë moshë-specifike. Faktori i ponderimit është shpërndarja e moshës së popullsisë referencë standarde. Standardizimi kryhet përmes metodës së drejtpërdrejtë.
- Popullsia referencë standarde e përdorur është popullsia standarde europiane siç përcaktohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh).

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale (INSTAT)
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- INSTAT (Instituti i Statistikës)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit (bazuar në regjistrat civilë)
- Çdo 5 vjet (bazuar në studime)



INDIKATORI Nr.14: NUMRI I VDEKJEVE NGA DROGA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Shëndeti mendor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Vdekjet e lidhura me drogën (VLD) janë një grup i rëndësishëm i vdekjeve të parakohshme dhe të parandalueshme.

Përkufizimi:

Vdekjet e lidhura me drogën (VLD) për 100,000 banorë. (VLD) përkufizohen si vdekje të cilat ndodhin menjëherë pas konsumit të një ose më shumë drogave të paligjshme psikoaktive, dhe që janë të lidhura drejtpërdrejt me këtë konsum.

Llogaritja e saktë:

- Numri i vdekjeve të lidhura me drogën për 100,000 banorë.
- Kur informacioni përfitohet nga regjistrat e përgjithshëm të vdekshmërisë, vdekjet përfshihen kur shkaku bazë i vdekjes është:
 - ▶ Çrregullime mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të substancave psiko-aktive.
 - ▶ Helmime (aksidentale, të qëllimshme ose nga qëllime të pacaktuara), sipas kodeve të duhura:
 - ◆ Përdorimi i dëmshëm, varësia dhe çrregullime të tjera mendore dhe të sjelljes për shkak të: opioideve, kanabinoideve, kokainës, stimuluesve të tjerë, halucinantëve, përdorimit të shumëfishtë të drogës.
 - ◆ Aksidental, i qëllimshëm, apo helmimi me qëllim të pacaktuar nga: opiumi, heroina, opioide të tjera, metadoni, narkotikë të tjerë sintetikë, kokaina, narkotikë të tjerë dhe të papërcaktuar, kanabisi, lysergidi, psikodysleptikë të tjerë dhe të papërcaktuar, psikostimulantë. Kjo quhet "përzgjedhja B" nga përkufizimet standarde të përdorura nga Qendra Europiane e Monitorimit për Drogat dhe Varësinë nga Droga.
- Kur informacioni përfitohet nga regjistrat e veçantë (zakonisht bazuar në të dhënat mjekoligjore) rastet janë të përfshira atëherë kur vdekja ka ardhur për shkak të helmimit aksidental, vetëvrasjes, vrasjes, apo me qëllim të papërcaktuar, nga abuzimi me një grup drogash të paligjshme. Kjo quhet "përzgjedhje D" sipas përkufizimit standard të përdorur nga Qendra Europiane e Monitorimit për Drogat dhe Varësinë nga Droga.
- Disa vendet të BE-së që nuk mund të aplikojnë saktësisht procedurën e mësipërme standarde ("Përzgjedhja B" ose "Përzgjedhja D"), ofrojnë të dhëna të përfutura ose nga regjistrat e tyre të përgjithshëm të vdekshmërisë, ose nga regjistrat e veçantë me procedura ad-hoc ("përkufizimet kombëtare ad-hoc") të cilat janë të përafërta me përzgjedhjen B dhe D.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (15-39 dhe 15-64 vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale
- Regjistrat e përgjithshëm të vdekshmërisë
- Studime shëndetësore të bazuara në popullatë me autopsi verbale
- Qendra Kombëtare e Drogave dhe Varësisë nga Droga në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) (INSTAT mendon që duhen përpjekje të mëdha për regjistrat bazë)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 15 : NUMRI I VDEKJEVE NGA DUHANPIRJA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.

Argumentimi:

- Duhanpirja mund të shkaktojë shumë sëmundje të cilat reduktojnë si cilësinë e jetës ashtu edhe jetëgjatësinë.
- Pirja (konsumi) e duhanit përbën një nga sjelljet e rrezikshme për shëndetin që është nga më të parandalueshmet.

Përkufizimi:

Vdekshmëria e shkaktuar nga pirja (konsumi) e duhanit. Nivelet e vdekjes nga shkaqet e kombinuara dhe specifike të vdekjes, të cilat janë të lidhura me duhanpirjen, për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Vdekshmëria që i atribuohet duhanpirjes (VAD) llogaritet përmes formulës së paraqitur më poshtë, duke përdorur të dhënat e disponueshme të vdekshmërisë dhe rreziqet relative, sëmundjet specifike të duhanpirësve aktualë dhe të mëparshëm, secili prej tyre i krahasuar me joduhanpirësit (grup referencë). Formula siguron fraksionin që i atribuohet duhanit (FAD) për shkaktun e vdekjes, i cili shumëzohet me numrin e vdekjeve totale (për shkaktun) për të paraqitur vdekshmërinë që i atribuohet konsumit të duhanit (VAKD) për shkaktun e vdekjes. Shuma e VAKD e të gjitha shkaqeve të marra në konsideratë është e barabartë me vdekshmërinë që i atribuohet duhanit VAD dhe duhet të shprehet për 100,000 banorë.

$$FAD = \frac{P0 + (P1 * RR1) + (P2 * RR2) - 1}{P0 + (P1 * RR1) + (P2 * RR2)}$$

- ✓ VAKD=FAD * Numri i rasteve të vdekjes sipas shkaktun;
- ✓ VAD=ΣVAKD-ve (të gjitha shkaqet);
- ✓ P0=prevalenca e joduhanpirësve; P1=prevalenca e duhanpirësve aktualë; P2=prevalenca e ish-duhanpirësve; RR1=rreziku relativ i vdekjes për duhanpirësit aktualë; RR2=rreziku relativ i vdekjes për ish-duhanpirësit.
- Tymi i duhanit ndikon direkt në mortalitetin dhe morbiditetin e duhanpirësve dhe për një nivel të vogël të joduhanpirësve të ekspozuar ndaj tymit të duhanit në mjedis (TDM), i njohur gjithashtu si duhanpirje pasive. Politikat mbi duhanpirjen, adresuar duhanpirësit aktiv me anë të fushatave sensibilizuese dhe masave parandaluese, ndërsa tymi i duhanit në mjedis, trajtohet kryesisht nga kufizimet ose ndalimet e duhanpirjes në vende publike. Studimet periodike mbi prevalencën e duhanpirjes lejojnë që të identifikohen boshllëqet dhe vlerësimi i efikasitetit të veprimeve parandaluese.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (35-64 dhe 65+ vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e vdekshmërisë (certifikatat e vdekjes) (të dhënat nga INSTAT-i)*
- Të dhënat e prevalencës së duhanpirjes nga studime të bazuara në popullatë*
- Regjistri i kancerit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet

*Aktualisht, nuk ka informacion mbi statusin e duhanpirjes në certifikatat e vdekjes, por ky informacion rekomandohet që të përfshihet në të ardhmen.



INDIKATORI Nr. 16 : NUMRI I VDEKJEVE NG A ALKOOLI

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet akses i ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Shëndeti mendor.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Përdorimi i alkoolit është identifikuar si një nga faktorët kryesorë të rrezikut për barrën e sëmundjes dhe dëmtimet.
- I përshtatshëm për ndërhyrje. Konsumi i alkoolit përbën një nga sjelljet e rrezikshme për shëndetin që është nga më të parandalueshmet.

Përkufizimi:

Vdekshmëria shkaktuar nga konsumi i alkoolit. Numri i vdekjeve të parakohshme në popullatë që mund t'i atribuohet konsumit të alkoolit.

Llogaritja e saktë:

- Vdekjet që i atribuohen alkoolit (VAA) nga numri i përgjithshëm i vdekjeve * 100.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e vdekshmërisë (certifikatat e vdekjes) (të dhënat nga INSTAT-i)*
- Të dhënat e prevalencës së konsumit të alkoolit nga studime kombëtare të bazuara në popullatë
- Regjistri i kancerit dhe sëmundjeve kardio-vaskulare në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet

*Aktualisht, nuk ka informacion mbi konsumin e alkoolit në certifikatat e vdekjes, por ky informacion rekomandohet që të përfshihet në të ardhmen.



INDIKATORI Nr.17: VDEKSHMËRIA SHITESË NGA VALËT E TË NXEHTIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti mjedisor.

Argumentimi:

- Temperaturat ekstreme mund të shkaktojnë rritje të vdekshmërisë në popullatë. Rritja e vdekshmërisë ndikon në grupet vulnerabël, veçanërisht të moshuarit ose të sëmurët.
- Indikator i rëndësishëm në kuadrin e efekteve shëndetësore në sajë të ndryshimeve klimatike. Në disa vende rritja e vdekshmërisë në dimër është një problem, ndërsa në disa vende të tjera kjo rritje e vdekshmërisë vjen nga valët e të nxehtit.
- Prandaj përfshihen si rritja e vdekshmërisë nga valët e të nxehtit, ashtu edhe rritja e vdekshmërisë në dimër.

Përkufizimi:

- Rritja e vdekshmërisë nga temperaturat ekstreme është numri ditor i vdekjeve të vëzhguara dhe nivelet e vdekjes (të gjitha shkaqet), në një rajon gjatë një vale të nxehti ose një periudhë të ftohti ekstrem gjatë dimrit, në raport me numrin e pritshëm të vdekjeve dhe nivelit të vdekjeve për të njëjtën ditë kalendarike.

Llogaritja e saktë:

- Ky tregues kërkon llogaritjen ad hoc të të dhënave (nuk ka valë të nxehti, ose periudha të temperaturave ekstreme të ulëta çdo vit).
 - o Treguesi mund të llogaritet në bazë të analizës ditore të mortalitetit rajonal dhe të temperaturave: Numri ditor i vdekjeve të vëzhguara (të gjitha shkaqet), në një rajon gjatë një vale të nxehti ose një periudhë të ftohti ekstrem gjatë dimrit, në raport me numrin e pritshëm të vdekjeve për të njëjtën ditë kalendarike, e shprehur si numri
 - o a) shtesë i vdekjeve dhe
 - o b) nivelet shtesë të vdekjes për shkak të valës së të nxehtit/ftohtit ekstrem të dimrit. Numri i pritshëm i vdekjeve në një ditë të caktuar vlerësohet nga numri i mëparshëm i vdekjeve ose të frekuencës së vdekjeve në ditën e mëparshme ose të dyja.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (deri 64, 65-84, 85+ vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Statistikat vitale

Periodiciteti i raportimit:

- Për t'u përcaktuar



INDIKATORI Nr. 18: SËMUNDJET E TRANSMETUESHME TË SELEKTUARA/PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.

Argumentimi:

- Sëmundjet e transmetueshme (infektive) shkaktojnë ose kanë potencial për të shkaktuar barrë të konsiderueshme sëmundshmëriedhe/ose vdekshmërie.
- Gjithashtu janë sëmundje për të cilat ekzistojnë masa efektive parandaluese, të cilat janë në dispozicion me qëllim përmirësimin e mbrojtjes së shëndetit.
- Sëmundjet e transmetueshme lëvizin përtej kufijve administrativë dhe për këtë arsye nganjëherë kërkojnë ndërhyrje të shpejtë në mënyrë ndërkombëtare.

Përkufizimi:

Incidenca e sëmundjeve të transmetueshme të përzgjedhura, për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Numri i përgjithshëm i rasteve të reja të konfirmuara të sëmundjes në një vit të caktuar pjesëtuar me popullsinë e vendit në fjalë, në të njëjtin vit, dhe shprehet për 100,000 banorë.
- Incidenca llogaritet për sëmundjet e transmetueshme të mëposhtme:
 - ✓ Klamydia
 - ✓ Giardiza
 - ✓ Kampilobakteriozat
 - ✓ Salmoneloza
 - ✓ Shytat
 - ✓ Hepatiti A
 - ✓ Sëmundje invazive nga pneumokoku
 - ✓ Hepatiti B
 - ✓ Legionela
 - ✓ Listerioza
 - ✓ Infeksionet nga E. Coli (VTEC, Stec, EHEC)
 - ✓ Yersinozat.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Raportet e survejancës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Të dhënat operacionale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.18.1* : INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME (IST), NIVELI I INCIDENCËS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Gjendja shëndetësore.
- Sëmundjet e transmetueshme.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Incidenca e IST-ve (raportimet e rasteve) dhe tendencat e prevalencës, mund të jenë tregues sensitivë të ndryshimit të transmetimit të IST-ve (infeksioneve seksualisht të transmetueshme) dhe barrës që zë brenda çdo shteti, dhe në këtë mënyrë paraqitet e dobishme për monitorimin e efektivitetit të përpjekjeve të kontrollit të IST-ve.

Përkufizimi:

Numri i rasteve të reja të raportuara të IST-ve (raportimi sindromik ose etiologjik) në një periudhë kohore të specifikuar (viti).

Llogaritja e saktë:

- Konfirmimi laboratorik është thelbësor. Në qoftë se nuk është e mundur, përdoret qasja sindromike për të vlerësuar incidencën, por duhet theksuar që të dhënat janë shumë më pak të besueshme.
 - ◆ Numëruesi: Numri i rasteve të reja.
 - ◆ Emëruesi: Popullsia gjithsej.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Popullata kryesore
- Sindroma/patogjeni [gonorrea, sifilizi (përfshirë atë kongenital), sëmundja e ulcerës gjenitale, rrjedhje nga uretra]

Burimi i të dhënave:

- Raportet e survejancës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Të dhënat spitalore
- Të dhënat e shërbimit shëndetësor parësor

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

*Ky është një indikator operacional bazuar në indikatorin kryesor numër 18 të listës ECHI ("Sëmundjet e transmetueshme të përzgjedhura").



INDIKATORI Nr. 18.2* : INCIDENCA E TUBERKULOZIT (TBC) (për 100,000 banorë)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Gjendja shëndetësore, sidomos lidhur me sëmundjet e transmetueshme.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Zbulimi dhe trajtimi i TBC-së janë ndërhyrje kryesore për adresimin e varfërisë dhe pabarazisë. Prevalenca dhe vdekjet janë tregues më sensitivë të barrës së tuberkulozit sesa rastet e reja, por të dhënat mbi incidencën janë më gjithëpërfshirëse dhe japin pasqyrim më të mirë të impaktit global të tuberkulozit.

Përkufizimi:

Numri i vlerësuar i rasteve të reja dhe i recidivave të tuberkulozit (të gjitha format e tuberkulozit, duke përfshirë edhe rastet në personat që jetojnë me HIV) që shfaqen në një vit të caktuar, shprehur si nivel për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Matja e drejtpërdrejtë kërkon sisteme të cilësisë së lartë të survejancës në të cilën nën raportimi është i papërfillshëm, dhe sisteme të fuqishme shëndetësore në mënyrë që edhe nën diagnostikimi të jetë gjithashtu i papërfillshëm; nga ana tjetër vlerësime indirekte bazuar në të dhënat e njoftimit dhe vlerësimet e niveleve të nën raportimit dhe nën diagnostikimit.
 - ◆ Numëruesi: Numri i rasteve të reja dhe i recidivave të tuberkulozit që shfaqen në një periudhë kohore të specifikuar.
 - ◆ Emëruesi: Numri i ekspozimit person-vite.

Metoda e vlerësimit:

- Vlerësimet e incidencës së TBC-së kryhen nëpërmjet një procesi konsultativ dhe analitik udhëhequr nga OBSH-ja dhe publikohen çdo vit. Këto vlerësime bazohen në njoftimet e rasteve vjetore, vlerësimet e cilësisë dhe mbulimin e të dhënave të njoftimit të TBC-së, studimet kombëtare të prevalencës së sëmundjes së tuberkulozit dhe informacionet nga vdekja (vitale) të sistemeve të regjistrimit.
- Vlerësimet e incidencës për secilin vend llogariten, duke përdorur një ose më shumë nga qasjet e mëposhtme në varësi të të dhënave të disponueshme:
 1. Incidenca=njoftime rasti/proporcioni i rasteve të zbuluara.
 2. Incidenca=prevalenca/kohëzgjatja e gjendjes.
 3. Incidenca=vdekjet/përqindja e rasteve incidente që vdesin.
- Intervallet e pasigurisë raportohen përveç vlerësimeve më të mira.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë dhe gjinia
- Gjendja e HIV

Burimi i të dhënave:

- Raportet e sistemeve të survejancës të cilësisë së lartë të TBC-së
- Studime të bazuara në popullatë me testim diagnostik për TBC-në

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

*Ky është një indikator operacional bazuar në indikatorin kryesor numër 18 të listës ECHI (Sëmundjet e transmetueshme të përzgjedhura).



INDIKATORI Nr. 19: HIV/AIDS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.

Argumentimi:

- HIV-i mbetet një nga sëmundjet e transmetueshme më të rëndësishme në Europë.
- HIV-i është një infeksion i lidhur me sëmundshmëri serioze, kosto të larta të trajtimit dhe të kujdesit shëndetësor, vdekshmëri të konsiderueshme dhe shkurtim të jetëgjatësisë.

Përkufizimi*:

Incidenca e rasteve të infektuar me HIV në një vit të caktuar kalendarik, për 100,000 banorë.

- Niveli i incidencës është numri i rasteve të reja për popullatën në rrezik në një periudhë të dhënë kohore.

Llogaritja e saktë:

- Nivelet llogariten si numri i rasteve të reja të diagnostikuara për 100,000 banorë, në bazë të numrit të rasteve të raportuara nga sistemet e survejancës kombëtare.
- Një rast i infeksionit me HIV dhe AIDS përcaktohet nga përkufizimi i rastit të survejancës së AIDS-it dhe HIV-it.
 - ◆ Numëruesi: Numri i rasteve të infeksioneve të reja me HIV/AIDS.
 - ◆ Emëruesi: Popullata e pa infektuar (e cila është popullata e përgjithshme minus popullatën që jeton me HIV).

Disagregimi i të dhënave:

- Popullata e përgjithshme (0-14, >15 vjeç)
- Popullata target (meshkuj që kanë marrëdhënie me meshkuj, punonjësit e seksit, njerëzit që injektojnë drogë, transseksualët, të burgosurit, <25, 25+ vjeç)
- Grup-mosha (0-14, 15-24, 25-49, 50+ vjeç)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Sistemi kombëtar i survejancës (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë
- Studime të bazuara në popullatë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

*Përveç nivelit të infeksionit nga HIV, incidencia e rasteve me AIDS duhet të llogaritet për një vit të caktuar kalendarik për 100,000 banorë (dhe të raportohet si indikator i veçantë operacional).



INDIKATORI Nr. 19.1* : NJERËZIT QË JETOJNË ME HIV TË DIAGNOSTIKUAR (%)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Gjendja shëndetësore.
- Sëmundjet e transmetueshme.
- Mbulesa e shërbimit shëndetësor.

Argumentimi:

Shifrat e sakta të njerëzve që jetojnë me HIV, njerëzit të cilët kanë qenë të infektuar rishtazi ose që kanë vdekur nga AIDS nuk dihen, por mund të vlerësojmë ato shifra duke përdorur burime të ndryshme të të dhënave.

Përkufizimi:

Përqindja e njerëzve të cilët jetojnë me HIV të diagnostikuar.

Llogaritja e saktë:

- ◆ Numëruesi: Numri i njerëzve që jetojnë me HIV të diagnostikuar.
- ◆ Emëruesi: Numri i vlerësuar i njerëzve që jetojnë me HIV.

- Emëruesi është numri i vlerësuar i përgjithshëm i njerëzve që jetojnë me HIV në bazë të modeleve të vlerësimit të HIV-it. Nëse një regjistër raportim rasti i HIV-it i cili është përditësuar rregullisht është në dispozicion, numëruesi mund të llogaritet duke marrë numrin e rasteve të raportuara në regjistër dhe duke zbritur çdo vdekje që mund të ketë ndodhur.
- Të dhënat e raportimit të rastit mund të japin informacion kumulativ mbi numrin e përgjithshëm të njerëzve që jetojnë me HIV, të cilët janë të diagnostikuar që nga fillimi i ruajtjes së të dhënave.
- Studimet me bazë familjen me kryerjen e testit HIV, si dhe me pyetje për të vlerësuar nëse të anketuarit e dinë statusin e tyre pozitiv, është një tjetër mjet matjeje.
- Të dhënat e studimeve mbi përqindjen e njerëzve që jetojnë me HIV, të cilët e dinë statusin e tyre të HIV-it (ndonjëherë, dhe në 12 muajt e fundit), mund të përdoren gjithashtu për të përforcuar vlerësimet.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë (<1, 1–4, 5–9, 10–19, 20–24, 25–49, 50+ vjeç)
- Gjinia
- Popullata target
- Meshkuj që kanë marrëdhënie me meshkuj
- Punonjësit e seksit
- Njerëzit që injektojnë drogë
- Të burgosurit

Burimi i të dhënave:

- Regjistri i rasteve (ISHP)
- Sistemet e survejancës (ISHP)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

*Ky është një indikator operacional i bazuar në indikatorin kryesor HIV/AIDS numër 19 në listën ECHI.



INDIKATORI Nr. 19.2* : PARANDALIMI I TRANSMETIMIT TË HIV-it NGA NËNA TEK FËMIJA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbulesa e shërbimit shëndetësor.
- Sëmundjet infektive/HIV.
- Performanca e sistemit shëndetësor: shëndeti riprodhues, amtar, i të sapolindurit dhe i fëmijës.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

• **Indikator Universal i Aksesit**

- ◆ Rreziku i zhvillimit të HIV-it përmes transmetimit nga nëna tek fëmija varet shumë nga incidenca dhe prevalenca e HIV-it në popullatën e femrave në moshën e lindjes, si dhe nga niveli i tyre i fertilitetit dhe efektiviteti i programeve PTNF (parandalimi i transmetimit nga nëna tek fëmija). Rastet e raportuara të fëmijëve të infektuar me HIV, duhet të reduktohen sa më shumë të rritet mbulimi, ndërhyrja dhe përdorimi i programeve PTNF. Ky indikator thekson ndikimin e programeve të shëndetit seksual dhe atyre riprodhues që synojnë eliminimin e transmetimit nga nëna tek fëmija të HIV-it, duke reduktuar incidencën e HIV-it, përmbushjen e kërkesave të paplotësuara për planifikimin familjar, përmirësimin e mbulimit të kujdesit prenatal, si dhe diagnostikimin dhe parandalimin e TNF-së (transmetimit nga nëna tek fëmija) e HIV-it.

Përkufizimi: Përqindja e grave shtatzëna HIV-pozitiv që përdorin TAR (terapi antiretrovirale) për të reduktuar rrezikun e transmetimit nga nëna tek fëmija gjatë shtatzënisë.

- Numëruesi: Numri i grave shtatzëna HIV-pozitiv që përdorin TAR siç rekomandohet nga OBSH-ja.
- Emëruesi: Numri i grave shtatzëna HIV-pozitiv.

Llogaritja e saktë:

- Numëruesi: të dhënat e programit kombëtar të agreguara nga programi i teknikave monitoruese, të tilla si regjistrat e pacientëve dhe formularët përmbledhës të raportimit.
- Emëruesi: modele vlerësimi të tilla si studime të survejancës klinike të spektrit antenatal, të kombinuara me të dhëna demografike dhe axhustimet e dhura lidhur me mbulimin me studime të kujdesit antenatal.

Disagregimi i të dhënave:

- TAR (terapi antiretrovirale) ekzistuese
- TAR (terapi antiretrovirale) raste të reja
- Kategori të tjera specifike të këtij grupi

Burimi i të dhënave:

- Sistemi i informacionit rutinë nga ambientet shëndetësore (maternitetet)
- Sektori i HIV/AIDS në ISHP
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit

*Ky është një indikator operacional i bazuar në indikatorin kryesor HIV/AIDS nr.19 në listën ECHI.



INDIKATORI Nr.20: INCIDENCA E KANCERIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.

Argumentimi:

- Kanceri është një nga shkaqet më të rëndësishme të vdekjes dhe kjo lidhet me një barrë të lartë të sëmundshmërisë në Europë, dhe ka (shpesh) mundësi për parandalim.
- Prandaj monitorimi i kancerit është një çështje e rëndësishme për shëndetin publik.

Përkufizimi:

Incidenca totale e kancerit dhe incidenca e kancereve më të rëndësishme, për 100,000 banorë, në një vit të dhënë.

Llogaritja e saktë:

- Numri i pacientëve me kancer të sapodiagnostikuar gjatë një viti kalendarik, pjesëtuar me rrezikun person-vite shprehur për 100,000 banorë.
 - Numëruesi: Numri i rasteve të reja të kancerit të diagnostikuar në një vit të caktuar. Kjo mund të përfshijë kancere të shumta primare që mund të ndodhin në një pacient. Vendi kryesor i raportuar është vendi i origjinës dhe jo vendndodhja metastatike. Në përgjithësi, shkalla e incidencës nuk përfshin rekurrencën.
 - Emëruesi: Popullsia në rrezik për kategori të caktuara të kancerit. Popullsia e përdorur varet nga niveli që do të llogaritet. Për kanceret që ndodhin vetëm në njërin gjini, përdoret popullsia gjini-specifike (p.sh. femrat për kancerin e qafës së mitrës).
 - Nëse regjistrat e kancerit janë të paplotë, duhet të bëhen përmirësimet e duhura përkatëse.
- Niveli i incidencës i standardizuar për moshë llogaritet për 10 kanceret e grupeve të mëposhtme:
 - ◆ 1) të gjitha kanceret e kombinuara jo-melanoma në lëkurë (ICD10 kodet C00-K 97)
 - ◆ 2) trake, bronke apo mushkëri (C33-34)
 - ◆ 3) të gjirit (C50)
 - ◆ 4) kolorektal (C18-C21)
 - ◆ 5) të prostatës (C61)
 - ◆ 6) stomakut (C16)
 - ◆ 7) melanoma (C43)
 - ◆ 8) i qafës së mitrës (C53)
 - ◆ 9) leucemia/limfomat (C91-95)
 - ◆ 10) të gjithë kanceret e fëmijërisë (0-14 vjeç)

Burimi i të dhënave:

- Regjistri kombëtar i kancereve (ISHP)
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Shërbimi Onkologjik, QSUT “Nënë Tereza”, Tiranë
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 21(a): DIABETI: PREVALENCIA E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Diabeti është bërë një nga sfidat më të rëndësishme të shëndetit publik të shekullit të 21-të. Kjo sëmundje është e lidhur ngushtë me mbipeshën dhe obezitetin.
- Diabeti mund të trajtohet dhe pjesërisht të parandalohet.
- Diabeti është një faktor rreziku për sëmundjet kardiovaskulare dhe komplikacionet e sëmundjes mund të rezultojnë në infeksionet e këmbëve deri në amputim, humbje të shikimit, si dhe fazën përfundimtare të sëmundjes renale.
- Krahasimet në nivel ndërkombëtar dhe rajonal mund të shërbejnë si pikë referimi për të identifikuar hendekun në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me diabet dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje, gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me diabet dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje, gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetjet:
1- A keni aktualisht/keni pasur ndonjëherë ndonjë prej sëmundjeve apo gjendjeve shëndetësore të mëposhtme? (Diabet) (po/jo). Nëse po:
2- A është kjo sëmundje/gjendje shëndetësore e diagnostikuar nga një mjek? (po/jo).
3- E keni pasur këtë sëmundje/gjendje shëndetësore në 12 muajt e fundit? (po/jo).

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Regjistri i diabetit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 21(b): DIABETI: PREVALENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Diabeti është bërë një nga sfidat më të rëndësishme të shëndetit publik të shekullit të 21-të. Kjo sëmundje është e lidhur ngushtë me mbipeshën dhe obezitetin.
- Diabeti mund të trajtohet dhe pjesërisht të parandalohet.
- Diabeti është një faktor rreziku për sëmundjet kardiovaskulare dhe komplikacionet e sëmundjes mund të rezultojnë në infeksionet e këmbëve deri në amputim, humbje të shikimit, si dhe fazën përfundimtare të sëmundjes renale.
- Krahasimet në nivel ndërkombëtar dhe rajonal mund të shërbejnë si pikë referimi për të identifikuar hendekun në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Numri i individëve që kanë qenë të diagnostikuar me diabet dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje gjatë 12 muajve të fundit. Kjo shprehet për 100,000 banorë dhe si përqindje e popullatës së përgjithshme.

Llogaritja e saktë:

- Numëruesi: Numri i të intervistuarve me nivel të glukozës plazmatike esëll ≥ 7.0 mmol/l (126 mg/dl) ose që marrin mjekim për trajtim të glukozës së lartë në gjak.
 - ◆ Glukoza e gjakut duhet të matet, dhe jo e vetë-raportuar, dhe matjet duhet të kryhen pasi personi ka agjëruar (nuk ka ngrënë) për të paktën tetë orë.
- Emëruesi: Të gjitha subjektet e përfshira në studim.
- Raportimi më i mirë në nivel kombëtar i numrit të individëve që kanë qenë të diagnostikuar me diabet dhe që janë prekur nga kjo gjendje shëndetësore, gjatë 12 muajve të fundit, duke përfshirë si diabetin melitus tip 1 dhe tip 2, ashtu edhe llojet e tjera të diabetit melitus.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë dhe Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (të dhëna klinike, FSDKSH)
- Regjistrat e sëmundshmërisë spitalore (FSDKSH)
- Regjistri i diabetit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit



INDIKATORI Nr. 22: DEMENCA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.
- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.

Argumentimi:

- Demenca po bëhet një çështje gjithnjë e më e rëndësishme e shëndetit publik pasi popullatat europiane po shkojnë drejt plakjes me ritme të shpejta.
- Demenca të moshuarit është një nga çështjet më shqetësuese në mbarë botën dhe në veçanti në Europë.

Përkufizimi:

Numri i individëve të moshës 65+ vjeç të diagnostikuar me demencë. Kjo shprehet për 100,000 banorë dhe si përqindje e popullatës së përgjithshme.

Llogaritja e saktë:

- Raportimi më i mirë në nivel kombëtar i numrit të individëve të moshës 65+ vjeç të diagnostikuar me demencë (përfshirë edhe sëmundjen Alzheimer).
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha
 - ◆ Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar
 - ◆ Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 65-84 vjeç, 85+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (të dhëna klinike, FSDKSH)
- Regjistrat e sëmundshmërisë spitalore (FSDKSH)
- Sektori i shëndetit mendor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 23(a): DEPRESIONI: PREVALENCIA E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Depresioni është një sëmundje me barrë të lartë sëmundshmërie. Për shkak të frekuencës së lartë të problemeve të shëndetit mendor në shoqërinë tonë dhe rëndësinë e kostove të tyre në aspektin njerëzor, shoqëror dhe ekonomik, shëndeti mendor duhet të konsiderohet si prioritet i shëndetit publik.
- Barra Globale e Sëmundshmërisë ka evidentuar se çrregullimet mendore përfaqësojnë katër nga dhjetë shkaqet kryesore të aftësisë së kufizuar në mbarë botën.
- Depresioni është një gjendje madhore e shëndetit mendor që është e përshtatshme për ndërhyrje.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me depresion kronik dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje, gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me depresion kronik dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje, gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetjet:
1- A keni aktualisht/keni pasur ndonjëherë ndonjë prej sëmundjeve apo gjendjeve shëndetësore të mëposhtme? (Depresion kronik) (po/jo). Nëse po:
2- A është kjo sëmundje/gjendje shëndetësore e diagnostikuar nga një mjek? (po/jo).
3- E keni pasur këtë sëmundje/gjendje shëndetësore në 12 muajt e fundit? (po/jo).

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 15-64; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Regjistri i diabetit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 23(b): DEPRESIONI: PREVALENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Depresioni është një sëmundje me barrë të lartë sëmundshmërie. Për shkak të frekuencës së lartë të problemeve të shëndetit mendor në shoqërinë tonë dhe rëndësinë e kostove të tyre në aspektin njerëzor, shoqëror dhe ekonomik, shëndeti mendor duhet të konsiderohet si prioritet i shëndetit publik.
- Barra Globale e Sëmundshmërisë ka evidentuar se çrregullimet mendore përfaqësojnë katër nga dhjetë shkaqet kryesore të aftësisë së kufizuar në mbarë botën.
- Depresioni është një gjendje madhore e shëndetit mendor që është e përshtatshme për ndërhyrje.

Përkufizimi:

Numri i individëve që kanë qenë të diagnostikuar me depresion dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje gjatë 12 muajve të fundit. Kjo shprehet për 100,000 banorë dhe si përqindje e popullatës së përgjithshme.

Llogaritja e saktë:

- Raportimi më i mirë në nivel kombëtar i numrit të individëve që kanë qenë të diagnostikuar me depresion dhe që janë prekur nga kjo gjendje shëndetësore, gjatë 12 muajve të fundit.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha
 - ◆ Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar.
 - ◆ Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 15-64 vjeç, 65+ vjeç.
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (të dhëna klinike, FSDKSH)
- Regjistrat e sëmundshmërisë spitalore (FSDKSH)
- Sektori i shëndetit mendor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.24: INFARKTI AKUT I MIOKARDIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.

Argumentimi:

- Infarkti akut i miokardit është një sëmundje me barrë të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie.
- Infarkti akut i miokardit është një sëmundje e parandalueshme.

Përkufizimi:

Incidenca e infarktut akut të miokardit (jofatal dhe fatal) dhe vdekjeve nga arteriet koronare për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Incidenca e standardizuar për moshë sipas gjinisë në grup-moshën 35-74 vjeç të popullatës në një vit të caktuar, bazuar në të dhënat spitalore dhe të vdekshmërisë.
- Incidenca llogarit shfaqjen e parë dhe rekurrente (të përsëritur) të sëmundjes, kurdo brenda periudhës kohore prej së paku 28 ditësh nga fillimi deri tek shfaqja e plotë e sëmundjes.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha
 - ◆ Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar, 35-74 vjeç.
 - ◆ Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 35-64 vjeç, 65-74 vjeç.
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e shkaqeve të vdekjes (certifikatat e vdekjes)
- Regjistrat e sëmundshmërisë spitalore (FSDKSH)
- Regjistri i bazuar në popullatë i Infarktut Akut të Miokardit (IAM) në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 25: INSULTI CEREBRAL

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Insulti cerebral është një sëmundje me barrë të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie.
- Insulti cerebral është një sëmundje e parandalueshme.

Përkufizimi:

Incidenca e insulit cerebral (jofatal dhe fatal) për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Incidenca e standardizuar për moshë sipas gjinisë në grup-moshën 35-84 vjeç të popullatës në një vit të caktuar, bazuar në të dhënat spitalore dhe të vdekshmërisë.
- Incidenca llogarit shfaqjen e parë dhe rekurrente (të përsëritur) të sëmundjes, kurdo brenda periudhës kohore prej së paku 28 ditësh nga fillimi deri tek shfaqja e plotë e sëmundjes.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.
- Vetëm një kombinim i mirë i të dhënave spitalore dhe të dhënave të vdekshmërisë mund të paraqesë një tablo të plotë të kësaj sëmundjeje në popullatë.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha
 - ◆ Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar, 35-84 vjeç.
 - ◆ Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 35-64 vjeç, 65-84 vjeç.
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e shkaqeve të vdekjes (certifikatat e vdekjes)
- Regjistrat e sëmundshmërisë spitalore (FSDKSH)
- Regjistri i bazuar në popullatë i Insulit Cerebral (IC) në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 26(a):ASTMA: PREVALENCIA E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Shëndeti mjedisor.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Astma është një problem i rëndësishëm për shëndetin publik me barrë të lartë të sëmundshmërisë, për të cilën parandalimi është pjesërisht i mundur dhe trajtimi mund të jetë shumë efektiv.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me astmë dhe atyre që janë prekur nga kjo gjendje shëndetësore, gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë qenë të diagnostikuar me astmë dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje, gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetjet:
 - 1- A keni aktualisht/keni pasur ndonjëherë ndonjë prej sëmundjeve apo gjendjeve shëndetësore të mëposhtme? Astma (përfshihet edhe astma alergjike) (po/jo). Nëse po:
 - 2- A është kjo sëmundje/gjendje shëndetësore e diagnostikuar nga një mjek? (po/jo).
 - 3- E keni pasur këtë sëmundje/gjendje shëndetësore në 12 muajt e fundit? (po/jo).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 26(b): ASTMA: PREVALENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Shëndeti mjedisor.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Astma është një problem i rëndësishëm për shëndetin publik me barrë të lartë të sëmundshmërisë, për të cilën parandalimi është pjesërisht i mundur ndërsa trajtimi mund të jetë shumë efektiv.

Përkufizimi:

Numri i individëve që kanë qenë të diagnostikuar me astmë dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje gjatë 12 muajve të fundit. Kjo shprehet për 100,000 banorë dhe si përqindje e popullatës së përgjithshme.

Llogaritja e saktë:

- Raportimi më i mirë në nivel kombëtar i numrit të individëve që kanë qenë të diagnostikuar me astmë dhe që janë prekur nga kjo gjendje shëndetësore, gjatë 12 muajve të fundit.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (të dhëna klinike, FSDKSH)
- Regjistrat e sëmundshmërisë (FSDKSH)
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.27(b): SËMUNDJA PULMONARE OBSTRUKTIVE KRONIKE(SPOK):PREVALENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.

Argumentimi:

- Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) është një sëmundje që ka barrë të lartë sëmundshmërie që shkakton paaftësi dhe dëmtim të cilësisë së jetës, si dhe ka kosto të lartë trajtimi.
- SPOK-u është ndër shkaqet kryesore të sëmundshmërisë kronike dhe të vdekshmërisë në Bashkimin Europian (BE). Parandalimi është pjesërisht i mundur ndërsa trajtimi mund të jetë shumë efektiv.
- Duhanpirja është faktor madhor rreziku për SPOK-un.

Përkufizimi:

Numri i individëve që kanë qenë të diagnostikuar me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) dhe atyre që janë prekur nga kjo sëmundje gjatë 12 muajve të fundit. Kjo shprehet për 100,000 banorë dhe si përqindje e popullatës së përgjithshme.

Llogaritja e saktë:

- Raportimi më i mirë në nivel kombëtar i numrit të individëve që kanë qenë të diagnostikuar me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) dhe që janë prekur nga kjo gjendje shëndetësore, gjatë 12 muajve të fundit.
- Duhet të kryhet standardizimi për moshë për meshkujt dhe femrat më vete, sipas metodës direkte.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha
 - ◆ Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar
 - ◆ Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 15-64 vjeç, 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 28: LINDJA NËN PESHË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Lindja nën peshë është një indikator i rëndësishëm për shtatzëninë dhe kujdesin perinatal.
- Lindja nën peshë është e lidhur ngushtë me problemet shëndetësore gjatë jetës.

Përkufizimi:

Përqindja e lindjeve të gjalla me peshë më të ulët se 2,500 gramë për 100 lindje të gjalla për një vit të caktuar.

Llogaritja e saktë:

- Numri i lindjeve të gjalla me peshë më të ulët se 2,500 gramë për një vit të caktuar, shprehur në përqindje të numrit total të lindjeve të gjalla (të çfarëdo peshë në lindje).
 - ◆ Numëruesi: Numri i neonatëve lindur gjallë me peshë më pak se 2,500 gramë në lindje.
 - ◆ Emëruesi: Numri i lindjeve të gjalla.
- Madhësia relative në lindje dhe të dhënat e regjistruara të peshës së lindjes, përdoren për të përcaktuar incidencën.

Disagregimi i të dhënave:

- Statusi i lindjeve parakohe
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e lindjeve dhe të dhënat perinatale (ISHP)
- Studimet perinatale
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 28.1: FËMIJËT NËN 5 VJEÇ ME RITJE TË PRAPAMBETUR PËR MOSHËN (NIVEL I MODERUAR DHE I RËNDË)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Fëmijët me rritje të prapambetur (nivel të moderuar dhe të rëndë) të moshës 0-59 muajsh janë një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Përqindja e fëmijëve të prapambetur (nivel të moderuar dhe të rëndë) të moshës 0-59 muajsh (i moderuar=gjatësi për moshë nën 2 deviacione standard; i rëndë=gjatësi për moshë nën 3 deviacione standard, sipas Standardeve të Rritjes së Fëmijëve përcaktuar nga OBSH-ja).

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e fëmijëve të moshës <5 vjeç me prapambetje në rritje për moshën=(numri i fëmijëve 0-59 muaj, rezultati-Z i të cilëve bie nën 2 deviacione standard nga mesatarja e gjatësisë për moshë sipas Standardeve të Rritjes së Fëmijëve përcaktuar nga OBSH-ja/numrin total të fëmijëve 0-59 muajsh të matur) x 100.
- Pesha dhe gjatësia e fëmijëve maten duke përdorur pajisje dhe metoda standarde (p.sh., fëmijët nën 24 muaj maten të shtrirë, ndërsa në këmbë maten fëmijët e moshës ≥24 muaj).
 - ◆ Numëruesi: Numri i fëmijëve 0-59 muajsh me prapambetje në rritje.
 - ◆ Emëruesi: Numri total i fëmijëve të moshës 0-59 muajsh të matur).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Sistemi iurvejancës kombëtare (ISHP)
- Studimet e bazuara në popullatë me module të nutricionit
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.28.2: FËMIJËT NËN 5 VJEÇ MBIPESHË, PËRFSHIRË OBEZITETIN

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Mbipesha dhe obeziteti te fëmijët e moshës 0-59 muajsh është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Prevalenca e raportit peshë/gjatësi e fëmijëve të moshës 0-59 muajsh mbi 2 deviacione standarde sipas Standardeve të Rritjes së Fëmijëve përcaktuar nga OBSH-ja.

Mbipesha: Treguesi i Masës Trupore, $TMI > 1$ deviacion standard mbi mesataren e kurbës standarde të rritjes sipas OBSH-së.

Obeziteti: Treguesi i Masës Trupore, $TMI > 2$ deviacione standarde mbi mesataren e kurbës standarde të rritjes sipas OBSH-së.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e fëmijëve të moshës < 5 vjeç të cilët janë mbipeshë për moshë = $(\text{numri i fëmijëve } 0-59 \text{ muajsh, rezultati-Z i të cilëve është mbi } 2 \text{ deviacione standarde nga mesatarja e gjatësisë për moshë sipas Standardeve të Rritjes së Fëmijëve përcaktuar nga OBSH-ja / numrin total të fëmijëve } 0-59 \text{ muajsh të matur}) \times 100$.
- Pesha dhe gjatësia e fëmijëve maten duke përdorur pajisje dhe metoda standarde (p.sh., fëmijët nën 24 muaj maten të shtrirë, ndërsa në këmbë maten fëmijët e moshës ≥ 24 muaj).
 - ◆ Numëruesi: Numri i fëmijëve 0-59 muajsh të cilët janë mbipeshë.
 - ◆ Emëruesi: Numri total i fëmijëve të moshës 0-59 muajsh të matur.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Sistemi iurvejancës kombëtare (ISHP)
- Studimet e bazuara në popullatë me module të nutricionit
- Të dhëna operacionale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.29(a): LËNDIMET: SHTËPI, KOHË E LIRË, SHKOLLË: INCIDENCA E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullatës.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Rreziqet e parandalueshme shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Dy të tretat e të gjitha lëndimeve ndodhin në shtëpi dhe mjediset e kohës së lirë, një tendencë gjithnjë në rritje në të gjithë Europën.
- Çdo vit, në Bashkimin Europian (BE) më shumë se 60 milionë njerëz marrin trajtim mjekësor për një lëndim, nga të cilët rreth 7 milionë hospitalizohen.
- Të dhënat e detajuara mbi lëndimet (në veçanti në rrethana dhe mjedise të jashtme si aktivitete, ku përfshihen edhe produktet) bëjnë të mundur zhvillimin e masave parandaluese, monitorimin e tendencave të lëndimeve, priorizimin e çështjes, udhëheqjen e politikave dhe vlerësimin e suksesit të ndërhyrjeve të përcaktuara për të reduktuar lëndimet.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë të kenë pësuar një aksident në shtëpi, gjatë aktivitetit të kohës së lirë dhe/ose në shkollë gjatë 12 muajve të fundit, të cilat kanë rezultuar në lëndime.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident në shtëpi dhe gjatë aktivitetit të kohës së lirë gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga këto pyetje:
 - ◆ A keni pasur në 12 muajt e fundit, ndonjë prej llojit të aksidenteve në vijim që ka rezultuar në lëndim (të jashtme ose të brendshme)? Aksident në shkollë, në shtëpi dhe gjatë aktivitetit të kohës së lirë (po/jo).
- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident në shtëpi dhe gjatë aktivitetit të kohës së lirë gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga këto pyetje:
 - ◆ A keni pasur në 12 muajt e fundit, ndonjë prej llojit të aksidenteve në vijim që ka rezultuar në lëndim (të jashtme ose të brendshme)? Aksident në shkollë, në shtëpi dhe gjatë aktivitetit të kohës së lirë (po/jo). Nëse po, përzgjidhen të intervistuarit të cilët u përgjigjën pozitivisht.
 - ◆ A u vizituar te një mjek, infermiere apo pranë shërbimit të urgjencës të një spitali, si pasojë e këtij aksidenti? (Po, jam vizituar te një mjek ose infermiere/Po, unë shkova pranë shërbimit të urgjencës/asnjë këshillë apo ndërhyrje nuk ishte e nevojshme).

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 15-24; 25-64; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Studime shëndetësore me bazë intervistën
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.29(b): LËNDIMET: SHTËPI, KOHË E LIRË, SHKOLLË: INCIDENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullatës.
- Rreziqet e parandalueshme shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Dy të tretat e të gjitha lëndimeve ndodhin në shtëpi dhe mjediset e kohës së lirë, një tendencë gjithnjë në rritje në të gjithë Europën.
- Çdo vit, në Bashkimin Europian (BE) më shumë se 60 milionë njerëz marrin trajtim mjekësor për një lëndim, nga të cilët rreth 7 milionë hospitalizohen.
- Të dhënat e detajuara mbi lëndimet (në veçanti në rrethana dhe mjedise të jashtme si aktivitete, ku përfshihen edhe produktet) bëjnë të mundur zhvillimin e masave parandaluese, monitorimin e tendencave të lëndimeve, priorizimin e çështjes, udhëheqjen e politikave dhe vlerësimin e suksesit të ndërhyrjeve të përcaktuara për të reduktuar lëndimet.

Përkufizimi:

Numri i aksidenteve në shtëpi, gjatë aktivitetit të kohës së lirë gjatë 12 muajve të fundit, të cilat kanë rezultuar në lëndim që kërkonte trajtim mjekësor në spital, shprehur për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Niveli bruto i incidencës sipas metodologjisë nga Baza e të Dhënave të Lëndimeve (BDHL).
 - Numëruesi: rastet e trajtuara në spital të plagosjeve në shtëpi/gjatë aktivitetit të kohës së lirë (trajtimet spitalore dhe jospitalore duke përjashtuar "të vdekurit"), në një vit të caktuar kalendarik, në popullatën rezidente në bazë të regjistrit spitalor kombëtar.
 - Emëruesi: popullata rezidente. Nëse nuk ka në dispozicion një regjister spitalor kombëtar, projeksioni bëhet në bazë të statistikave spitalore të marra nga Baza e të Dhënave të Lëndimeve me popullsinë e agreguar të këtij spitali, siç parashikohet nga administratori kombëtar i të dhënave të BDHL-së.
 - 3. Në Bazën e të Dhënave të Lëndimeve nivelet e incidencës shprehen për 1,000 banorë.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha:
- Në standardizimin për moshë të dhënat duhen të mbledhen në grup-mosha me interval 5 vjeçar
- Për paraqitjen e të dhënave, kërkohet që të prezantohen grup-moshat e mëposhtme: 0-14 vjeç; 15-24 vjeç; 25-64 vjeç; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave: • Të dhëna të veçanta nga regjistrat spitalorë (FSDKSH) • Baza e të dhënave në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) • Ministria e Shëndetësisë
Periodiciteti i raportimit: • Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 30(a): LËNDIMET: TRAFIKU RRUGOR: INCIDENCA E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Rreziqet e parandalueshme shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Baza e të Dhënave të Lëndimeve e Bashkimit Europian vlerëson që lëndimet në trafikun rrugor llogariten në rreth 10% të lëndimeve të trajtuara në spital, ose një total prej rreth 4.3 milionë viktimash çdo vit.
- Megjithatë masat parandaluese janë provuar të jenë efektive duke rezultuar në reduktimin e nivelit të incidencës së lëndimeve në trafikun rrugor, ende mund të realizohen përfitime të mëdha mjekësore dhe pabarazitë midis shteteve të ndryshme kanë akoma mundësi reduktimi.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident rrugor, i cili ka rezultuar në lëndim gjatë 12 muajve të fundit.

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident rrugor, i cili ka rezultuar në lëndim për të cilën kërkohej trajtim mjekësor gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident rrugor gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga këto pyetje:
 - ◆ A keni pasur në 12 muajt e fundit, ndonjë prej llojit të aksidenteve në vijim që ka rezultuar në lëndim (të jashtme ose të brendshme)? Aksident rrugor (po/jo).
- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë pasur një aksident rrugor gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga këto pyetje:
 - ◆ A keni pasur në 12 muajt e fundit, ndonjë prej llojit të aksidenteve në vijim që ka rezultuar në lëndim (të jashtme ose të brendshme)? Aksident rrugor (po/jo). Nëse po, përzgjidhen të intervistuarit të cilët u përgjigjën pozitivisht.
 - ◆ A u vizituar te një mjek, infermiere apo pranë shërbimit të urgjencës së një spitali, si pasojë e këtij aksidenti? (Po, jam vizituar te një mjek ose infermiere/Po, unë shkova pranë shërbimit të urgjencës/asnjë këshillë apo ndërhyrje nuk ishte e nevojshme).

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Për automjet (aksidente për 10,000 automjete)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën
- Të dhëna nga Departamenti i Promocionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 30(b): LËNDIMET: TRAFIKU RRUGOR: INCIDENCA E DOKUMENTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Rreziqet e parandalueshme shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Baza e të Dhënave të Lëndimeve e Bashkimit European vlerëson që lëndimet në trafikun rrugor llogariten në rreth 10% të lëndimeve të trajtuara në spital, ose një total prej rreth 4.3 milionë viktimash çdo vit.
- Megjithëse masat parandaluese janë provuar të jenë efektive duke rezultuar në reduktimin e nivelit të incidencës së lëndimeve në trafikun rrugor, ende mund të realizohen përfitime të mëdha mjekësore dhe pabarazitë midis shteteve të ndryshme kanë akoma mundësi reduktimi.

Përkufizimi:

Numri i lëndimeve jofatale të shkaktuara nga aksidentet e trafikut rrugor për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Sipas metodologjisë së përdorur nga Komisioni Ekonomik i Kombeve të Bashkuara për Europën, “i lënduar” përkufizohet çdo person i cili nuk ka vdekur, por ka pësuar një ose më shumë lëndime të rënda apo të lehta si rezultat i aksidentit.
- Niveli shprehet për 100,000 banorë.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 0-14; 15-24; 25-64; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (spitalore, policore, sigurimet shëndetësore)
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor (FSDKSH)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 31: LËNDIMET: NË PUNË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Rreziqet e parandalueshme shëndetësore.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti në punë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Ky indikator jep informacion në lidhje me rrezikun e ndodhjes së një aksidenti të rëndë në punë.
- Ky konsiderohet si një indikator/përcaktues i shëndetit në punë dhe një tregues i rregullave të sigurisë në një vend.

Përkufizimi:

Niveli i standardizuar i incidencës së aksidenteve serioze në punë.

Llogaritja e saktë:

- Niveli i standardizuar i incidencës së aksidenteve të rënda në punë, është numri i personave të përfshirë në aksidentet në punë dhe që rezultojnë “në mungesë” për më shumë se 3 ditë, për 100,000 persona të punësuar.
- Një aksident i rëndë është ai që shkakton më shumë se tri ditë mungesë nga puna, përjashtuar ditën e aksidentit.
- Nivelet e incidencës standardizohen sipas aktivitetit ekonomik, për të eliminuar diferencat për shkak të shpërndarjes së ndryshme të fuqisë punëtore kombëtare nëpër industritë me rrezik të lartë dhe ato me rrezik të ulët.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 18-24; 25-64; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (sistemi i sigurimeve, raportet e inspektoratit të punës)
- Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.32: TENTATIVA PËR VETËVRASJE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Vetëvrasja është një çështje e rëndësishme për shëndetin publik dhe thekson prioritetin e shëndetit mendor.
- Të dhënat e tentativës për vetëvrasje, plotësojnë më tepër informacionin e raportuar nga të dhënat e vdekshmërisë (shih indikatorin 13 vdekshmëria sipas sëmundjeve specifike).

Përkufizimi:

Niveli i vetëvrasjeve për 100,000 banorë në një periudhë të caktuar (I standardizuar për moshë).

Llogaritja e saktë:

- Incidenca vjetore e tentativave për vetëvrasje, e përcaktuar nga shtrimet në spital me diagnozë në dalje të tentativës për vetëvrasje, për 100,000 banorë, sipas meshkujve, femrave, dhe në total, sipas grup-moshave 10-14 dhe 15-17 vjeç, dhe sipas nivelit social-ekonomik kur është e mundur.
 - ◆ Numëruesi: Numri i vetëvrasjeve.
 - ◆ Emëruesi: Numri i viteve të ekspozimit.
- Të dhënat e regjistrimit të vdekjeve sipas klasifikimit ICD-10, shpesh me përshtatjet e nevojshme ndaj nënraportimit.
- Preferohet që të ketë një studim të veçantë të tillë si IPDN-ja (Intervista e përbërë diagnostike ndërkombëtare):
 - ◆ Përqindja e atyre që kanë dhënë përgjigje pozitive në pyetjen e IPDN-së: "A keni tentuar ndonjëherë vetëvrasje"?
 - a) pyetja në lidhje me tentativat për vetëvrasje u kërkohej të gjithë të intervistuarve.
 - b) pyetja në lidhje me tentativat për vetëvrasje u kërkohej vetëm nëse kalon testin ndaj depresionit.
- Pyetja në lidhje me tentativat për vetëvrasje i kërkohej çdo të intervistuari dhe është teknika e përdorur më gjerësisht.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhënat e diagnozave spitalore
- Studime shëndetësore me bazë intervistën
- Të dhëna nga sektori i shëndetit mendor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 33: SHËNDETI I VETË-PERCEPTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullatës.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Matja subjektive e shëndetit kontribuon në vlerësimin e problemeve shëndetësore, barrën e sëmundjeve dhe nevojave të shëndetit në nivel popullate.
- Gjendja shëndetësore e vetë-perceptuar nuk është zëvendësues për shumë indikatorë objektivë por ka për qëllim plotësimin e tyre.
- Studimet kanë treguar se gjendja shëndetësore e vetë-perceptuar mund të jetë një parashikues i mirë i vdekshmërisë së mëvonshme (pasuese).

Përkufizimi:

Përqindja e individëve të cilët vlerësojnë se shëndeti i tyre është (shumë) i mirë.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që e vlerësojnë shëndetin e tyre të jetë shumë i mirë apo i mirë, bazuar në pyetjen për shëndetin e vetë-perceptuar (Si është gjendja juaj shëndetësore në përgjithësi?), i cili përmban pesë kategori përgjigjesh;
- 1) shumë i mirë, 2) i mirë, 3) mesatar, 4) i keq, 5) shumë i keq.
- Numri i individëve që e vlerësojnë shëndetin e tyre si shumë i mirë ose i mirë, duhet të shtohet dhe të pjesëtohet nga numri i përgjithshëm i individëve të cilët janë intervistuar.
- Popullata target është ajo e moshës mbi 16 vjeç që jetojnë në familje. Individët të cilët jetojnë në institucione (të moshuarit, invalidët, të gjymtuarit) për këtë arsye janë përjashtuar nga studimi.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Të dhëna nga Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) të moshës 40-65 vjeç
- INSTAT (Instituti i Statistikave)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.34: SËMUNDSHMËRIA KRONIKE E VETË-RAPORTUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullatës.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mendor.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Sëmundshmëria kronike e vetë-raportuar përdoret gjerësisht për vlerësimin e shëndetit të përgjithshëm, duke kontribuar në evidentimin e problemeve shëndetësore, barrës së sëmundshmërisë dhe nevojave shëndetësore në nivel popullate.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë ndonjë sëmundje të gjatë kronike ose probleme të vazhdueshme shëndetësore.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e personave që përgjigjen “po” në pyetjen:
 - ◆ A keni ndonjë sëmundje kronike apo problem shëndetësor të vazhdueshëm?
- I vazhdueshëm=sëmundjet apo problemet shëndetësore të cilat kanë zgjatur ose pritet të zgjasin, për 6 muaj ose më shumë.
- Karakteristikat kryesore të një gjendjeje kronike janë se ajo është e përhershme dhe mund të pritët që të kërkojë një periudhë të gjatë kontrolli, vëzhgimi apo kujdesi. Para se të shtojë detaje të mëtejshme për formulimin e pyetjes, intervistuesi duhet të udhëzohet që të jetë sa më gjithëpërfshirës në drejtimin e pyetjes. Kjo do të thotë se në vijim do të përfshihen të gjitha:
 - ◆ Problemet që janë sezonale ose me intermitente, madje edhe kur ato kanë “shpërthim” për më pak se gjashtë muaj;
 - ◆ Problemet që nuk duken nga i intervistuari si shumë serioze (ke ethe përsëri): çështja mbi ashpërsinë ose kufizimin do të shfaqë problemet më pak serioze në fazën e dytë;
 - ◆ Problemet që nuk janë diagnostikuar nga një mjek (për të përjashtuar këto, do të thotë lejinin e atyre me akses më të mirë në shërbimet shëndetësore për të deklaruar më shumë probleme);
 - ◆ Problemet të cilat i intervistuari i trajton vetë (p.sh., medikamente pa recetë mjekësore);
 - ◆ Problemet që kanë zgjatur (ose recidivuar), ose pritet të zgjasin (rishfaqen) gjatë një periudhe gjashtë mujore ose më shumë.
- Popullata target është ajo e moshës mbi 16 vjeç që jetojnë në familje. Individët të cilët jetojnë në institucione (të moshuarit, invalidët, të gjymtuarit) për këtë arsye janë përjashtuar nga studimi. Kjo mund të shkaktojë gabim sistematik (bias) te rezultatet e studimit.

Disagregimi i të dhënave: • Grup-mosha: 16-64 vjeç; 65+ vjeç • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet • Të dhëna nga Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) • Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) të mosha 40-65 vjeç • INSTAT (Instituti i Statistikave) • Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë
Periodiciteti i raportimit: • Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.35: KUFIZIMET AFATGJATA TË AKTIVITETIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Kufizimet afatgjata të aktivitetit përdoren gjerësisht për vlerësimin e shëndetit të përgjithshëm, duke kontribuar në evidentimin e problemeve shëndetësore, barrës së sëmundshmërisë dhe nevojave shëndetësore në nivel popullate.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë kufizime afatgjata të aktivitetit gjatë aktivitetit të përditshëm.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që përgjigjen "po, shumë i kufizuar" ose "po i kufizuar" në pyetjen:
 ☕ Për të paktën 6 muajt e fundit, deri në çfarë mase ju keni qenë të kufizuar për shkak të një problemi shëndetësor në aktivitetet që njerëzit bëjnë zakonisht? (kategoritë e përgjigjeve; "po, shumë i kufizuar"; "po, i kufizuar"; "jo, jo i kufizuar").
- Numri i individëve që përgjigjen " po, shumë i kufizuar " ose " po, i kufizuar " duhet të shtohet dhe të pjesëtohet nga numri i përgjithshëm i individëve të cilët janë intervistuar.
- Qëllimi i instrumentit është për të matur praninë e kufizimeve afatgjata, pasi pasojat e këtyre kufizimeve (p.sh., kujdesi, varësia) janë më serioze. Periudha 6 mujore përdoret shpesh për të përcaktuar sëmundjet kronike apo të vazhdueshme nëpër studime. Përgjigja për këtë pyetje është "po", nëse personi aktualisht është i kufizuar dhe ka qenë i kufizuar në aktivitetet për të paktën 6 muajt e fundit.
- Popullata target është ajo e moshës mbi 16 vjeç që jetojnë në familje. Individët të cilët jetojnë në institucione (të moshuarit, invalidët, të gjymtuarit) për këtë arsye janë përjashtuar nga studimi. Kjo mund të shkaktojë gabim sistematik (bias) të rezultatit të studimit.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 16-64 vjeç; 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Të dhëna nga Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) të moshës 40-65 vjeç

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.36: KUFIZIMET FUNKSIONALE SENSORE DHE FIZIKE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë (BPS).
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Shoqëritë perëndimore po përballen me një rritje të jetëgjatësisë. Kjo rritje e jetëgjatësisë është e lidhur me një numër gjithnjë në rritje të individëve me kufizime dhe paaftësi funksionale.
- Vlerësimi i funksionimit është veçanërisht i rëndësishëm te të moshuarit, pasi prevalenca e kufizimeve funksionale rritet me moshën.
- Interes në rritje po shfaqet në aspekte të ndryshme të funksionimit, ndërsa funksioni fizik adekuat luan një rol të rëndësishëm në ruajtjen e pavarësisë te të moshuarit dhe në aftësinë e njerëzve për të marrë pjesë dhe për të kontribuar në shoqëri.
- Rënia e funksionit fizik lidhur me rritjen e moshës dhe praninë e sëmundjeve kronike, kontribuon në nevojën për ndihmë në kryerjen e detyrave bazë dhe për rritjen e niveleve të institucionalizimit.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë kufizime funksionale, sensore dhe fizike (në lidhje me shikimin, dëgjimin, lëvizshmërinë, të folurit, të ushqyerit dhe zhdërvjelltësinë).

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që i përgjigjen pyetjes nëse kanë kufizime sensore (p.sh., lidhur me shikimin, dëgjimin apo ngjitjen e shkallëve) ose zakonisht shfaqin vështirësi në kryerjen e disa llojeve të caktuara aktiviteteve, këto të fundit grupohen në aktivitetet e kujdesit personal (p.sh., të ushqyerit, veshja) ose aktivitetet shtëpiake (p.sh., përgatitja e ushqimeve apo kryerja e punëve të shtëpisë).
- Duhet të theksohet se mund të ketë arsye jo vetëm shëndetësore lidhur me vështirësitë në kryerjen e punëve të shtëpisë.
- Popullata target është ajo e moshës mbi 16 vjeç që jetojnë në familje. Individët të cilët jetojnë në institucione (të moshuarit, invalidët, të gjymtuarit) për këtë arsye janë përjashtuar nga studimi. Kjo mund të shkaktojë gabim sistematik (bias) te rezultatet e studimit.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha dhe Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Të dhëna nga Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) te mosha 40-65 vjeç
- Të dhëna operacionale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.37: DHIMBJE TË PËRGJITHSHME MUSKULO-SKELETORË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet akses i ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.

Argumentimi:

- Dhimbjet e përgjithshme muskulo-skeletore janë një problem shëndetësor me një barrë të lartë të sëmundshmërisë. Gjendjet muskulo-skeletore janë një grup heterogjen sëmundjesh të mirë-përcaktuara të tilla si artriti reumatoid, por edhe si gjendje jospesifikë të tilla si dhimbja kronike muskulo-skeletore e gjeneralizuar dhe dhimbjet e fundit të shpinës.
- Këto gjendje shëndetësore janë rrallë kërcënuese për jetën, por janë shkak kryesor i mungesës në punë për shkak të sëmundjes dhe pensionit të invaliditetit.
- Parandalimi, trajtimi dhe rehabilitimi i personave me dhimbje të përgjithshme muskulo-skeletore shpesh rezultojnë masa të pamjaftueshme.

Përkufizimi:

Prevalenca e dhimbjes së përgjithshme muskulo-skeletore, matet me anë të studimeve shëndetësore me bazë intervistën duke përdorur kampione përfaqësuese të popullatës.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që përgjigjen pozitivisht në pyetjet që kanë të bëjnë me dhimbjen e përgjithshme dhe të gjeneralizuar muskulo-skeletore.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Të dhëna nga Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) të mosha 40-65 vjeç
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.38: TENSIONI/STRESI PSIKOLOGJIK

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve të sektorit të shërbimeve shëndetësore.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Tensioni/stresi psikologjik është i zakonshëm midis individëve të prekur nga sëmundje të rënda dhe të rrezikshme për jetën, dhe është një përgjigje e kuptueshme ndaj një përvojë traumatike dhe kërcënuese jetësore.

Përkufizimi:

- Tensioni/stresi psikologjik është një ndjenjë shqetësimi që buron nga çrregullime të tilla si depresioni dhe ankthi, ataku i panikut, nervozizmi dhe çrregullimet e gjumit, ndjenjat e të shprehurit dhe të kuptuarit, dhe matet me anë të studimeve shëndetësore me bazë intervistën.

Llogaritja e saktë:

- Rekomandohen depistime të shpejta që përfshijnë më pak se pesë pyetje si një metodë e zbulimit të tensionit/stresit psikologjik, ankthit apo depresionit në disa lloje të ndryshme sëmundjesh apo gjendjesh shëndetësore.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Të dhëna nga sektori i shëndetit mendor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) të moshës 40-65 vjeç

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.39: MIRËQENIA PSIKOLOGJIKE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Mirëqenia psikologjike është një shqetësim i rëndësishëm për individët, komunitetet dhe shërbimet shëndetësore në të gjithë botën, jo vetëm për shkak të shpenzimeve që lidhen me shëndetin e keq psikologjik, por edhe me humbjen e cilësisë së jetës për individët e prekur dhe nga të afërmit e tyre.

Përkufizimi:

Mirëqenia psikologjike i referohet argumentit sesi njerëzit e vlerësojnë jetën e tyre, në formën e njohjes ose në formën e ndikimit, dhe matet me anë të studimeve shëndetësore me bazë intervistën.

Llogaritja e saktë:

- Mirëqenia psikologjike llogaritet duke përdorur metodën e vetë-raportimit.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet.
- Studimi mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës.
- Të dhëna nga sektori i shëndetit mendor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP).
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) te mosha 40-65 vjeç.

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 40: PRITSHMËRIA E SHËNDETIT: VITET E SHËNDETSHME TË JETËS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Pritshmëria e shëndetit zgjeron konceptin e jetëgjatësisë në sëmundshmëri dhe paaftësi për të vlerësuar cilësinë e viteve të jetuara.
- Kjo është një madhësi përmbledhëse e shëndetit të popullatës (MPSHP) që merr parasysh si vdekshmërinë ashtu dhe invaliditetin, duke siguruar më shumë informacion mbi barrën e shëndetit të dobët në popullatë, krahasuar me jetëgjatësinë e pritshme.
- Monitorimi i tendencave kohore të jetëgjatësisë së pritshme dhe vitet e jetës së shëndetshme së bashku, lejojnë të vlerësohet nëse vitet e fituara të jetës janë vite të shëndetshme apo jo.

Përkufizimi:

Numri mesatar i viteve që një person mund të presë për të jetuar në "shëndet të plotë", duke marrë në konsideratë vitet e jetuara me shëndet të kompromentuar për shkak të sëmundjes dhe/apo plagosjeve dhe dëmtimeve.

Ky është indikatori strukturor i quajtur "vitet e shëndetshme të jetës".

Llogaritja e saktë:

- Vitet e shëndetshme të jetës llogariten si jetëgjatësia e pritshme nga e cila zbritet, numri i pritshëm i viteve të jetuara me kufizime afatgjata të aktivitetit.
- Zakonisht vitet e shëndetshme të jetës llogariten me metodën Sullivan, bazuar në të dhënat e tabelave të jetës dhe të dhënat e prevalencës së periudhës moshë- specifike mbi kufizimet afatgjata të aktivitetit.
- Për të llogaritur vitet e shëndetshme të jetës, janë të nevojshme si vdekshmëria ashtu edhe të dhënat mbi paaftësinë.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- INSTAT (Instituti i Statistikave)
- Të dhëna nga studimi i Barrës Globale të Sëmundshmërisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.41: PRITSHMËRIA E SHËNDETIT, TË TJERA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Pritshmëria e shëndetit zgjeron konceptin e jetëgjatësisë në sëmundshmëri dhe paaftësi për të vlerësuar cilësinë e viteve të jetuara.
- Ky është një indikator i përbërë i shëndetit që bazohet si në të dhënat e vdekshmërisë ashtu dhe në referimin e gjendjes shëndetësore të tilla si shëndeti i keq i vetë-perceptuar dhe sëmundshmërisë kronike, duke siguruar më shumë informacion mbi barrën e sëmundshmërisë në popullatë, krahasuar me jetëgjatësinë e pritshme.
- Monitorimi i tendencave kohore të jetëgjatësisë së pritshme dhe vitet e jetës së shëndetshme së bashku, lejojnë të vlerësohet nëse vitet e fituara të jetës janë vite të shëndetshme apo jo.

Përkufizimi:

Vitet e pritshme të jetuara në një moshë të caktuar a) në shëndet të mirë të vetë-perceptuar dhe b) pa sëmundshmëri kronike të vetë-raportuar.

Llogaritja e saktë:

- Pritshmëria e shëndetit llogaritet si jetëgjatësia e pritshme nga e cila zbritet, numri i pritshëm i viteve të jetuara me:
 - ◆ Shëndet jo të mirë të vetë-perceptuar.
 - ◆ Me sëmundshmëri kronike të vetë-raportuar.
- Zakonisht pritshmëria e shëndetit llogaritet me metodën Sullivan, bazuar në të dhënat e tabelave të jetës dhe të dhënat e prevalencës së periudhës moshë-specifike të gjendjes shëndetësore në fjalë.
- Për të llogaritur pritshmërinë e shëndetit janë të nevojshme si vdekshmëria ashtu edhe të dhënat mbi paaftësinë.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- INSTAT (Instituti i Statistikave)*

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

* Aktualisht, INSTAT-i nuk mund të prodhojë këto të dhëna.



FAKTORËT PËRCAKTUES TË SHËNDETIT

- 42. Treguesi i masës trupore
- 43. Presioni i gjakut
- 44. Duhanpirësit e rregullt
- 45. Duhanpirja gjatë shtatzënisë
- 46. Konsumi total i alkoolit
- 47. Konsumi i rrezikshëm i alkoolit
- 48. Përdorimi i drogave të paligjshme
- 49. Konsumi i frutave
- 50. Konsumi i perimeve
- 51. Ushqyerja vetëm me gji deri në 6 muaj
 - 51.1. Koha e fillimit të ushqyerjes me gji
 - 51.2. Përdorimi i ushqimeve të forta, gjysmë të forta ose të buta te fëmijët e moshës 6-8 muaj
 - 51.3. Dieta minimale e pranueshme
- 52. Aktiviteti fizik
- 53. Rreziqet shëndetësore të lidhura me punën
- 54. Mbështetja sociale
- 55. Ekspozimi ndaj ajrit të ndotur (PM10)





INDIKATORI Nr.42: TREGUESI I MASËS TRUPORE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Peshë e tepërt trupore mund të shkaktojë sëmundje të ndryshme, veçanërisht sëmundjet kardiovaskulare, diabetin melitus tip 2, apnenë e gjumit dhe osteoartritin.
- Obeziteti është një problem gjithnjë në rritje për shëndetin publik. Sot ekzistojnë ndërhyrje efektive për të parandaluar dhe trajtuar obezitetin.
- Shumë nga rreziqet shëndetësore reduktohen me rënien në peshë.

Përkufizimi:

- Mbipeshë te fëmijët përcaktohet si TMT (treguesi i masës trupore) në ose mbi percentilin 85 dhe nën percentilin 95 për fëmijët dhe adoleshentët e të njëjtës moshë dhe gjini.
- Obeziteti te fëmijët përkufizohet si TMT (treguesi i masës trupore) në ose mbi percentilin e 95 për fëmijët dhe adoleshentët e të njëjtës moshë dhe gjini.
- Prevalenca e mbipeshës tek adoleshentët përkufizohet si përqindja e adoleshentëve me TMT (treguesi i masës trupore) gjini-specifike për moshë mbi +1 deviacion standard (DS) të mesatares referencë të rritjes sipas OBSH-së 2007.
- Prevalenca e obezitetit tek adoleshentët është përqindja e adoleshentëve me TMT (treguesi i masës trupore) gjini-specifike për moshë mbi +2 deviacion standard (DS) të mesatares referencë të rritjes sipas OBSH-së 2007.
- Përqindja e të rriturve (+18 vjeç) që janë mbipeshë (përcaktohet nga $TMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$) dhe i obezitetit (përcaktohet nga $TMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Llogaritja e saktë:

- TMT te fëmijët:
 - ◆ Sipas kritereve të OBSH-së, obeziteti te fëmijët përcaktohet si $TMT > 2$ deviacione standard mbi mesataren e kurbës së rritjes të OBSH-së, mbipeshë përcaktohet si $TMT > 1$ deviacion standard mbi mesataren e kurbës së rritjes të OBSH-së, ndërsa nënpeshë përcaktohet si $TMT < 2$ deviacion standard mbi mesataren e kurbës së rritjes të OBSH-së.
 - ◆ Kriteret e TFNO (Task Forcë Ndërkombëtare e Obezitetit) sigurojnë vlerat limit të TM-së për mbipeshën dhe obezitetin, sipas moshës dhe gjinisë së fëmijëve. Këto vlera korrespondojnë me vlerat e TMT-së 25 (mbipeshë) dhe 30 (obezitet) te të rriturit.
- Treguesi i masës trupore (TMT), ose indeksi Quetelet, përcaktohet si peshë trupore e individit (në kg) pjesëtuar me katrorin e gjatësisë së tyre (në metra). Peshë dhe gjatësia përftohen nga pyetjet e strukturuar në studimet shëndetësore me bazë intervistën:

◆ Sa i/e gjatë jeni? (cm). ◆ Sa peshoni ju pa rroba dhe këpucë? (kg). • Numëruesi: Numri i të intervistuarve të moshës +18 vjeç të cilët janë mbipeshë. Numri i të intervistuarve të moshës +18 vjeç cilët janë obezë. TMT-ja llogaritet duke pjesëtuar peshën në kilogramë me gjatësinë në metra katrorë. Mbipesha përcaktohet si $TMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$ dhe obeziteti përcaktohet si $TMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$. • Emëruesi: Të gjithë të intervistuarit e studimit të moshës +18 vjeç.
Disagregimi i të dhënave: • Grup-mosha: 0-5, 6-17; 18-64; ≥ 65 vjeç • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet për fëmijët 0-5 vjeç • Studimi Demografik dhe Shëndetësor • Studimi “Survejanca e Obezitetit të Fëmijët 6-15 vjeç” • Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) • Ministria e Shëndetësisë
• Periodiciteti i raportimit: • Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 43: PRESIONI I GJAKUT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Presioni i gjakut është një tregues i rëndësishëm i rrezikut të sëmundjes koronare të zemrës, infarkt të trurit dhe diabetit.
- Ky indikator është i përshtatshëm për ndërhyrje.
- Ndryshime të vogla në vlerat mesatare të presionit të gjakut në një popullatë, mund të jenë me rëndësi të madhe për shëndetin publik.

Përkufizimi:

Prevalenca e standardizuar për moshë e presionit të rritur të gjakut midis individëve të moshës +18 vjeç (përcaktuar si presioni sistolik ≥ 140 mmHg dhe/ose presioni diastolik ≥ 90 mmHg), dhe presionit mesatar sistolik, ose që kanë qenë të diagnostikuar me presion të lartë të gjakut gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë janë të diagnostikuar me presion të lartë të gjakut (hipertension), gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetjet:
1- A keni aktualisht/keni pasur ndonjëherë ndonjë prej sëmundjeve apo gjendjeve shëndetësore të mëposhtme? Presion të lartë të gjakut (hipertension) (po/jo). Nëse po:
2- A është kjo sëmundje/gjendje shëndetësore e diagnostikuar nga një mjek? (po/jo).
3- E keni pasur këtë sëmundje/gjendje shëndetësore në 12 muajt e fundit? (po/jo).

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 18-64; +65 vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Regjistri i të dhënave në FSDKSH-së
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 44: DUHANPIRËSIT E RREGULLT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Përdorimi (konsumi) i duhanit është një nga shkaqet kryesore të parandalueshme të vdekjeve dhe sëmundjeve në shoqërinë tonë. Ky është një faktor madhor rreziku për sëmundjet e zemrës dhe enëve të gjakut, të bronkitit kronik dhe emfizemës pulmonare, kancerit të mushkërive dhe sëmundjeve të tjera.
- Pirja pasive e duhanit është gjithashtu një problem i rëndësishëm për shëndetin publik.
- Përdorimi (konsumi) i duhanit është një faktor i modifikueshëm rreziku i stilit të jetesës; masat efektive të kontrollit ndaj konsumit të duhanit mund të reduktojnë nivelin e duhanpirjes në popullatë.

Përkufizimi: Duhanpirësit e rregullt janë përqindja e individëve të cilët raportojnë se përdorin duhan çdo ditë.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se përdorin duhan çdo ditë, që përfitohet nga pyetjet:
1- A përdorni (konsumoni) duhan aktualisht? (po, çdo ditë; po, çdo ditë nganjëherë; jo, kurrë).
2- Çfarë produktesh duhani përdorni çdo ditë? (cigare të fabrikuara, cigare të dredhura, puro, duhan me llullë etj.).
- Pra, për të llogaritur këtë indikator, përgjigjet pozitive për përdorimin e duhanit duhet të kombinohen me cigare të fabrikuara ose cigare të dredhura.
- Vetëm përdoruesit (konsumuesit) e cigareve përfshihen në përkufizimin e mësipërm, sepse duhani me llullë dhe purot kanë profil krejt të ndryshëm rreziku (më pak rrezik për duhanpirës për shkak të nivelit më të ulët të thithjes). Për më tepër, cigaret (duke përfshirë edhe ato të dredhura) zënë pjesën më të madhe të konsumit të duhanit.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 18-64 vjeç; +65 vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik dhe Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Promocionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 45: DUHANPIRJA GJATË SHTATZËNISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.

Argumentimi:

- Duhanpirja gjatë shtatzënisë është e lidhur me efekte të dëmshme anësore shëndetësore perinatale, ku përfshihet aborti spontan në fazat e hershme të shtatzënisë, frenimi i rritjes, lindja parakohe dhe vdekja perinatale.
- Ky indikator mund të përdoret si tregues i parandalimit dhe kujdesit prenatal, nëse ekzistojnë të dhënat mbi përqindjen e grave shtatzëna që kanë lënë duhanin gjatë tremujorit të parë të shtatzënisë, dhe është indikator i përshtatshëm për ndërhyrje.

Përkufizimi:

Duhampirja gjatë shtatzënisë është përqindja e grave të cilat raportojnë se konsumojnë duhan gjatë shtatzënisë.

Llogaritja e saktë:

- Indikatorit ka për qëllim të masë konsumin e duhanit gjatë shtatzënisë, duke pasur parasysh efektet e dëmshme anësore shëndetësore perinatale të duhampirjes.
- Çështjet kryesore janë:
 - ◆ Në çfarë pike të shtatzënisë duhet të matet konsumi i duhanit?
 - ◆ Çfarë lloj të dhënash janë më të mira në thelb. Zgjedhja e alternativave (regjistrat e lindjes përkundërt studimeve shëndetësore perinatale) mund të ndikojnë në përcaktimin e prevalencës.
 - ◆ Aktualisht nuk ka asnjë alternativë të kënaqshme për llogaritjen e këtij indikator.
 - ◆ Aktualisht nuk ka mbledhje të rregullt/të qëndrueshme të të dhënave për këtë indikator.
- Është e rëndësishme që të matet konsumi i duhanit në një moment të ngjashëm kohor në periudhën e shtatzënisë, në të gjitha vendet, meqenëse shumë gra e lënë duhanin gjatë shtatzënisë dhe kjo mund të ndodhë në çdo moment gjatë periudhës së shtatzënisë.
- Meqenëse qëllimi i indikatorit është të raportojë cilësinë e parandalimit dhe të kujdesit prenatal (para lindjes), atëherë problematika kryesore është se sa gra shtatzëna lënë duhanin në fillim të shtatzënisë.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e lindjes dhe të dhënat perinatale
- Studimet perinatale
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Sektori i shëndetit riprodhues në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.46: KONSUMI TOTAL I ALKOOLIT (i raportuar dhe i paraportuar)

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Përdorimi i dëmshëm i alkoolit është i lidhur me shumë sëmundje dhe gjendje shëndetësore, duke përfshirë sëmundjet kronike të tilla si varësia ndaj alkoolit, kanceri dhe cirroza e heparit, si dhe problemet shëndetësore akute siç janë plagosjet.
- Niveli i konsumit të alkoolit për frymë i të gjithë popullatës me moshë mbi 15 vjeç, është një nga indikatorët kryesorë për monitorimin e magnitudës së konsumit të alkoolit në popullatë dhe tendenca e mundshme në problematikat e lidhura me konsumin e alkoolit.
- Reduktimi i dëmtimeve që lidhen me konsumin e alkoolit, është një nga synimet kryesore të politikave të shëndetit publik.

Përkufizimi:

Niveli i konsumit të alkoolit për frymë është shuma totale (shuma e alkoolit të raportuar dhe të paraportuar për frymë mesatarisht për një periudhë trivjeçare) e alkoolit të konsumuar për adultët (15+ vjeç) në një vit kalendarik, në litra alkool të pastër. Konsumi i raportuar i alkoolit i referohet statistikave zyrtare (prodhimit, importit, eksportit dhe shitjes ose të dhënave tatimore), ndërsa konsumi i paraportuar i alkoolit i referohet alkoolit që nuk tatóhet dhe është jashtë sistemit të zakonshëm të kontrollit zyrtar. Në rrethana ku numri i turistëve në vit është të paktën sa numri i banorëve, konsumi i turistëve gjithashtu merret parasysh dhe zbritet nga alkooli i raportuar për frymë i vendit.

Llogaritja e saktë:

- **Konsumi i raportuar:** Konsumi i raportuar për frymë (15+ vjeç) i alkoolit të pastër llogaritet si shuma e konsumit të alkoolit të pastër pije-specifike [birrë, verë, pije alkoolike tradicionale (uiski, raki) etj.] nga burime të ndryshme.
 1. Prioriteti i parë në hierarkinë e vendim-marrjes i jepet statistikave zyrtare.
 2. Së dyti janë statistikave alkool-specifike të industrisë së vendit në sferën publike.
 3. Së treti është baza e të dhënave statistikore të Organizatës së Bujqësisë dhe Ushqimit të Kombeve të Bashkuara (FAOSTAT).
- Për vendet ku burimi i të dhënave është FAOSTAT, konsumi i paraportuar mund të përfshihet në konsumin e raportuar.
- **Konsumi i paraportuar:**
 1. Prioriteti i parë në hierarkinë e vendim-marrjes i jepet të dhënave empirike përfaqësuese në shkallë kombëtare, shpesh nga studimet e bazuara në popullatën e përgjithshme, në vendet ku alkooli është i ligjshëm.
 2. Prioriteti i dytë janë kërkime (hetime) të tjera empirike specifike.
 3. Së treti është mendimi i ekspertëve.
 - Numëruesi: Shuma e alkoolit në litra të konsumuar, të raportuar dhe të paraportuar, në një popullatë gjatë një viti kalendarik.
 - Emëruesi: Popullsia rezidente në mes të vitit e moshës 15+ vjeç për të njëjtin vit kalendarik.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhënat administrative nga Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit
- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Studimi mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Promocionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 47: KONSUMI I RREZIKSHËM I ALKOOLIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Konsumi i alkoolit është një përcaktor i rëndësishëm i shëndetit dhe mirëqenies. Në përgjithësi, ka lidhje (shoqërim) shkakësor midis konsumit të alkoolit dhe më shumë se 60 llojesh të ndryshme sëmundjesh dhe plagosjesh. Gjithashtu ky indikator është i përshtatshëm për ndërhyrje.
- Problemet e shëndetit të lidhura me alkoolin, zakonisht ndodhin me rritjen e konsumit të sasisë së alkoolit. Dëmet shëndetësore mund të shkaktohen edhe nga një rast i vetëm i konsumit të tepruar të alkoolit, p.sh., për shkak të aksidenteve, drejtimit të automjetit në gjendje të dehur, dhunës (si ushtrues ose si viktimë), ekspozimit të pambrojtur seksual etj., ose mund të lidhet me konsumin e tepruar rregullisht; cirroza hepatike, dëme neurologjike të pakthyeshme, rritje të mundshme të rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare (SKV) dhe për disa lloje tumoresh, acarimin e problemeve pre-ekzistuese të tilla si depresioni dhe problemet familjare, humbja e vendit të punës, etj.
- Këto pasoja direkte dhe indirekte shëndetësore të konsumit të alkoolit, e bëjnë alkoolin të konsiderohet si një nga tre kontribuesit kryesorë që çon në vdekje të parandalueshme.

Përkufizimi: Përqindja e individëve që raportojnë se kanë nivel mesatar të konsumit të alkoolit prej më shumë se 20 gram alkool të pastër në ditë te femrat dhe më shumë se 40 gram në ditë te meshkujt.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e të intervistuarve që përgjigjen mbi konsumin ditor të alkoolit e cila përftohet nga pyetjet që lidhen me:
 - shpeshtësinë (frekuencën) e konsumit.
 - sasinë tipike.
 - shpeshtësinë (frekuencën) e konsumit të tepërt.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha dhe Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Promocionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.48: PËRDORIMI I DROGAVE TË PALIGJSHME

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti mendor.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Përdorimi i drogave të paligjshme mund të jetë një përcaktor për/dhe një pasojë e problemeve shëndetësore dhe sociale.
- Përdorimi i drogave të paligjshme lidhet me probleme të tjera shëndetësore dhe sociale, veçanërisht të rinjtë.
- Përcaktimi i prevalencës mund të ndihmojë në identifikimin e nevojave, planifikimin dhe vlerësimin e ndërhyrjeve dhe të politikave përkatëse.

Përkufizimi:

Përdorimi i drogave të paligjshme është prevalenca e përdorimit të drogave specifike psikoaktive të paligjshme.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se kanë përdorur ndonjëherë kanabis të paligjshëm, kokainë, amfetaminë, dhe/ose ekstazi, në të kaluarën (prevalenca ejetës) dhe përqindja e njerëzve që raportojnë se kanë përdorur këto droga të paligjshme gjatë vitit të kaluar (prevalenca e vitit të fundit).
- Studimet e bazuara në popullatë kanë kufizime në vlerësimin e formave shumë të marginalizuara të përdorimit të drogës (p.sh. injeksioni i heroinës), ose tendencat e drogave të reja, ku prevalenca është shumë e ulët për t'u raportuar në të dhënat kombëtare të agreguara.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime të përgjithshme në popullatë
- Qendra e adiktologjisë në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë
- Qendra kombëtare e drogave në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.49: KONSUMI I FRUTAVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Konsumi i frutave është një çështje e rëndësishme për promovimin shëndetit në ushqyerje. Konsumi i frutave dhe perimeve është përfaqësuesi më i mirë për një dietë të shëndetshme.
- Frutat dhe perimet janë një faktor dietetik mbrojtës për kancerin e lidhur me duhanin dhe disa lloje të tjera tumoresh, por edhe për sëmundjet kardiovaskulare. Përdorimi i tyre po vjen në rritje në shumë vende.
- Ky është një indikator i përshtatshëm për ndërrime.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve e standardizuar për moshë që konsumojnë mesatarisht më pak se pesë racione (porcione) frutash (400 gram) në ditë.

Përqindja e individëve që raportojnë konsum të frutave (me përjashtim të lëngjeve) të paktën një herë në ditë.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e njerëzve që raportojnë konsum të frutave (përjashtuar lëngjet) të paktën një herë në ditë, që përftohet nga pyetjet:
 - Sa shpesh hani fruta (me përjashtim të lëngjeve)? (dy herë ose më shumë në ditë; një herë në ditë; më pak se një herë në ditë, por të paktën 4 herë në javë; më pak se 4 herë në javë, por të paktën një herë në javë; më pak se një herë në javë; kurrë).

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Studime nutricionalë
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.50: KONSUMI I PERIMEVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Konsumi i perimeve është një çështje e rëndësishme për promovimin shëndetësor në ushqyerje. Konsumi i frutave dhe perimeve është përfaqësuesi më i mirë për një dietë të shëndetshme.
- Frutat dhe perimet janë një faktor dietetik mbrojtës për kancerin e lidhur me duhanin dhe disa lloje të tjera tumoresh, por edhe për sëmundjet kardiovaskulare. Përdorimi i tyre po vjen në rritje në shumë vende.
- Ky është një indikator i përshtatshëm për ndërhyrje.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve të standardizuar për moshë që konsumojnë mesatarisht më pak se pesë racione (porcione) perime (400 gram) në ditë.

Përqindja e individëve që raportojnë konsum të perimeve (me përjashtim të patateve dhe lëngjeve) të paktën një herë në ditë.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e njerëzve që raportojnë konsum të perimeve (me përjashtim të patateve dhe lëngjeve) të paktën një herë në ditë, që përftohet nga pyetjet:
 - Sa shpesh hani perime (me përjashtim të patateve dhe lëngjeve)? (dy herë ose më shumë në ditë; një herë në ditë; më pak se një herë në ditë, por të paktën 4 herë në javë; më pak se 4 herë në javë, por të paktën një herë në javë; më pak se një herë në javë; kurrë).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Studime nutricionale
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Ministria e Shëndetësisë
- Sektori i nutricionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.51* : USHQYERJA VETËM ME GJI DERI NË 6 MUAJ

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Ushqyerja vetëm me gji deri në 6 muaj, është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Ky indikator përfshin ushqyerjen me gji nga *taja* dhe ushqyerjen me qumësht gjiri të shtrydhur. Megjithatë, aktualisht po tentohet për të mbajtur thjesht termin "ushqyerje ekskluzive" dhe jo termin e saktë por jo shumë të përshtatshëm (volitshëm) "ushqyerja vetëm me gji".

Përkufizimi:

Përqindja e fëmijëve të moshës 0-5 muaj (<6 muaj) që ushqehen vetëm me gji.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e fëmijëve të moshës 0-5 muaj që janë ushqyer vetëm me gji deri ditën e mëparshme=(fëmijët e moshës 0-5 muaj që janë ushqyer vetëm me gji deri ditën e mëparshme/fëmijët e moshës 0-5 muaj) x 100.
- Përdoren të dhëna aktuale, vitaminat dhe mineralet e marra me pika apo medikamentet nuk llogariten.
 - ◆ Numëruesi: Numri i fëmijëve të moshës 0-5 muaj që janë ushqyer vetëm me gji.
 - ◆ Emëruesi: Numri total i fëmijëve të moshës 0-5 muaj që janë përfshirë në studim.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 0-1 muaj; 2-3 muaj; 4-5 muaj dhe 0-3 muaj
- Peshë në lindje
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime me bazë familjen
- Studime bazuar në popullata specifike
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë
- Sektori i nënës dhe fëmijës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet për studimet e bazuara në popullatë
- Çdo vit për të dhënat administrative

*Ky indikator është përshtatur për kontekstin shqiptar duke zëvendësuar indikatorin nr. 51 të listës ECHI, "Ushqyerja me gji".



INDIKATORI Nr.51.1: KOHA E FILLIMIT TË USHQYERJES ME GJI

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Koha e fillimit të ushqyerjes me gji është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Përqindja e fëmijëve të ushqyer me gji brenda orës së parë pas lindjes në një periudhë kohore të caktuar.

Llogaritja e saktë:

- Studimi Demografik dhe Shëndetësor përfshin pyetje mbi kohën e fillimit të ushqyerjes me gji.
- Ky indikator bazohet në kujtesën në kohë të të intervistuarve. Numëruesi dhe emëruesi përfshijnë fëmijët e gjallë dhe ata të vdekur të lindur brenda 24 muajve të fundit.
 - ◆ Numëruesi: Numri i fëmijëve të porsalindur që janë ushqyer me gji brenda orës së parë pas lindjes.
 - ◆ Emëruesi: Numri total i lindjeve të gjalla në një periudhë kohore të caktuar.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: (lindjet e gjalla në 12 muajt e fundit; lindjet e gjalla midis 12 dhe 24 muajve të fundit)
- Pësia në lindje
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime me bazë familjen
- Studime bazuar në popullata specifike
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Sektori i nënës dhe fëmijës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.51.2: PËRDORIMI I USHQIMEVE SOLIDE, GJYSMË SOLIDE OSE TË BUTA, TE FËMIJËT E MOSHËS 6-8 MUAJ

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Përdorimi i ushqimeve të forta, gjysmë të forta ose të buta te fëmijët e moshës 6-8 muaj, është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Përqindja e fëmijëve të moshës 6-8 muaj që ushqehen me ushqime të forta, gjysmë të forta ose të buta.

Llogaritja e saktë:

- ◆ Numëruesi: Numri i fëmijëve të moshës 6-8 muaj që ushqehen me ushqime të forta, gjysmë të forta ose të buta.
- ◆ Emëruesi: Numri total i fëmijëve të moshës 6-8 muaj.
- Meqenëse indikatori ka një amplitudë moshe shumë të ngushtë prej 3 muajsh, rezultatet e studimeve me kampion të vogël përfaqësues, ka mundësi të kenë interval të gjerë besimi.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Peshë në lindje
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime me bazë familjen
- Studime bazuar në popullata specifike
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)
- Sektori i nënës dhe fëmijës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Të dhëna operacionale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 51.3: DIETA MINIMALE E PRANUESHME

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet akses ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Shëndeti i fëmijëve.

Argumentimi:

- Dieta minimale e pranueshme të fëmijët e moshës 6-23 muaj, është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Prioritet i rëndësishëm shëndetësor bazuar në evidencën shkencore mbi një lidhje (shoqërim) pozitive me mbijetesën, rritjen dhe zhvillimin e fëmijëve.

Përkufizimi: Përqindja e fëmijëve të moshës 6-23 muaj që kanë minimumin e një diete ushqimore të pranueshme (përveç ushqyerjes me gji).

Llogaritja e saktë: Dieta minimale e pranueshme është një indikator i përbërë, i cili llogaritet nga dy fraksionet (përqindjet) e mëposhtme:

Fëmijë të ushqyer me gji 6-23 muaj me minimumin e shumëllojshmërisë ushqimore dhe me minimumin e nevojshëm të shpeshtësisë së vakteve ushqimore një ditë para studimit (ekzaminimit)

Numri i fëmijëve të ushqyer me gji të moshës 6-23 muaj

Dhe

Fëmijë jo të ushqyer me gji 6-23 muaj me të paktën dy vakte ushqimore me qumësht dhe të paktën me minimumin e shumëllojshmërisë ushqimore pa përfshirë vaktet me qumësht dhe me minimumin e nevojshëm të shpeshtësisë së vakteve ushqimore një ditë para studimit (ekzaminimit)

Numri i fëmijëve jo të ushqyer me gji të moshës 6-23 muaj

- **Minimumi i shumëllojshmërisë ushqimore** i referohet proporcionit të fëmijëve 6-23 muaj që ushqehen me të paktën katër grupe ushqimore.
- **Minimumi i shpeshtësisë së vakteve** i referohet proporcionit të fëmijëve të ushqyer dhe jo të ushqyer me gji të moshës 6-23 muaj të cilët marrin ushqime të ngurta, gjysëm të ngurta, ose të lëngshme (përfshi edhe vaktet me qumësht për fëmijët që nuk ushqehen me gji) së paku në numrin minimal të rekomanduar të vakteve.
- **Minimumi** përkufizohet si më poshtë:
 - Dy herë për foshnjat 6-8 muaj të ushqyer me gji
 - Tri herë për foshnjat 9-23 muaj të ushqyer me gji
 - Katër herë për fëmijët 6-23 muaj jo të ushqyer me gji
- **"Vaktet"** përfshijnë të gjitha episodet e të ushqyerit (me përjashtim të sasive të papërfillshme), dhe shpeshtësia e tyre bazohet në raportimin nga ana e kujdestarëve të fëmijëve.

• Grupet ushqimore konsistojnë në shtatë kategoritë e mëposhtme: - Drithëra - Perime - Bulmet (qumësht, kos, djathë) - Mish, peshk - Vezë - Fruta dhe perime të pasura në vitaminë A - Fruta dhe perime të tjera
Disagregimi i të dhënave: • Grup-mosha (6-11 muaj; 12-17 muaj; 18-23 muaj) • Gjinia • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Studime me bazë familjen [Studimet Demografike dhe Shëndetësore (DHS)] • Studime nutricionale bazuar në popullata specifike • Sektori i nënës dhe fëmijës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 52: AKTIVITETI FIZIK

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Tashmë pranohet gjerësisht se aktiviteti fizik ka një ndikim thelbësor në gjendjen shëndetësore dhe duhet të konsiderohet si një nga sjelljet kryesore për promovim në fushën e shëndetit publik.
- Përgjithësisht inaktiviteti fizik relativ, së bashku me mënyrën jo të shëndetshme të ushqimit, është i lidhur me zhvillimin e shumë prej sëmundjeve kryesore jo të transmetueshme në popullatë, të tilla si SKV-të, disa lloje tumoresh, obeziteti, diabeti dhe osteoporoza.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kryejnë gjatë një periudhe të caktuar kohe, shtim të aktivitetit fizik mesatar në një ditë/të paktën X herë në javë (operacionalizimi i saktë akoma nuk është formuluar).

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve të cilët raportojnë nivelin e aktivitetit fizik që përftohet nga pyetje të cilat përfshijnë:
 - ◆ Llojin e aktivitetit fizik
 - ◆ Kohëzgjatjen
 - ◆ Shpeshtësinë (frekuencën)
 - ◆ Intensitetin
 - ◆ Volumnin (sa aktivitet fizik në total)
 - ◆ Aktivitetin fizik me intensitet mesatar
 - ◆ Aktivitetin fizik me intensitet të lartë
 - ◆ Aktivitetin aerobik

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Promocionit Shëndetësor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 53: RREZIQET SHËNDETËSORE TË LIDHURA ME PUNËN

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti në punë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Kushtet në vendin e punës janë mjaft të rëndësishme për shëndetin dhe të përshtatshme për ndërhyrje.
- Gjithashtu, siguri i cilësisë në punë dhe në punësim është një element thelbësor në arritjen e objektivit “të rritjes së përshtatshme, të qëndrueshme dhe gjithëpërfshirëse” të strategjisë Europa 2020.

Përkufizimi:

- Përqindja e të punësuarve të cilët mendojnë se shëndeti apo siguria e tyre është në rrezik për shkak të punës së tyre.
- Përqindja e të punësuarve të cilët mendojnë se shëndeti i tyre ndikohet negativisht nga puna e tyre.
- Përqindja e punonjësve të cilët marrin përkrahje (mbështetje) të rregullt nga drejtuesit dhe kolegët.

Llogaritja e saktë:

- ◆ Përqindja e të punësuarve që i përgjigjen “po” pyetjes:
 - A mendoni se shëndeti apo siguria e juaj është në rrezik për shkak të punës tuaj?
- ◆ Përqindja e të punësuarve që i përgjigjen “po, kryesisht negativisht” pyetjes:
 - A ndikon apo jo puna në shëndetin tuaj?
- ◆ Përqindja e të punësuarve që i përgjigjen “gjithmonë”, “shumicën e kohës” dhe “ndonjëherë” dy pyetjeve të mëposhtme:
 - A ju ndihmojnë dhe përkrahin (mbështesin) kolegët tuaj?
 - A ju ndihmojnë dhe përkrahin (mbështesin) drejtuesit tuaj?

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Lloji i profesionit
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime me bazë intervistimin
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Sektori i shëndetit në punë në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.54: MBËSHTETJA SOCIALE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti mendor.

Argumentimi:

- Mbështetja sociale është një faktor i rëndësishëm mbrojtës gjatë stresit. Niveli i ulët i përkrahjes sociale është i lidhur me gjendjen e keqe shëndetësore (p.sh. depresioni dhe sëmundjet somatike).
- Është e rëndësishme për politikat e shëndetit publik grumbullimi i informacionit mbi mbështetjen sociale, për të mundësuar si vlerësimin e rrezikut ashtu edhe planifikimin e ndërhyrjeve parandaluese.

Përkufizimi:

Përqindja e individëve që raportojnë se kanë një ose asnjë person ku ata mund të mbështeten në qoftë se kanë probleme serioze personale.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve që raportojnë se ndjejnë mbështetje, e cila përftohet nga pyetja që përfshin:
 - ✓ Udhëzime drejtimore (p.sh., “sugjeroi disa veprime që duhet të merrni”).
 - ✓ Mbështetje jodrejtimore (p.sh., “shprehu interesim dhe shqetësim për mirëqenien tuaj”).
 - ✓ Shkëmbim social pozitiv (p.sh., “foli me ju në lidhje me disa nga interesat tuaja”).
 - ✓ Ndihmë të qartë (të prekshme) (p.sh., “ju dha më shumë se 3000 lekë”).

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime me bazë intervistimin
- Sektori i shëndetit në punë në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.55: EKSPOZIMI NDAJ AJRIT TË NDOTUR PM10

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mjedisor.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Ndotja e ajrit urban është përgjegjëse për barrë të konsiderueshme sëmundshmërie dhe vdekshmërie. Fëmijët e vegjël, përfshirë edhe të sapolindurit, janë veçanërisht të ndjeshëm ndaj ndotësve të ajrit.
- Grimcat shumë të imëta (PM10) mund të penetrojnë thellë në mushkëri, ku mund të shkaktojnë inflamacion dhe përkeqësim të gjendjes shëndetësore të personave me sëmundje të zëmres dhe të mushkërive.
- Të dhënat e indikatorit kanë të bëjnë me vlerat target dhe ato kufi të përcaktuara në legjislacionin e Komunitetit Europian (KE).
- Grimcat e imëta (PM) janë ndotës të ajrit, që përbëhen nga përzierje e grimcave të ngurta dhe të lëngshme pezull në ajër. Në përgjithësi, grimcat me përmasa shumë të imëta ($\leq PM_{10}$) janë më të rëndësishme për efektet shëndetësore sesa grimcat me përmasa më të mëdha pasi ato depërtojnë më thellë në mushkëri.

Përkufizimi:

Ekspozimi mesatar vjetor i popullsisë urbane ndaj ajrit të ndotur të ambientit të jashtëm nga grimcat (PM10).

Llogaritja e saktë:

- Përqendrimet mesatare vjetore të peshuara për popullatë të grimcave PM 10 të matura në vendet urbane dhe sub-urbane.
- Përqendrimi mesatar vjetor i PM10 është përgjithësisht mbi të gjitha matjet e kryera gjatë vitit në fjalë. PM10 i referohet grimcave me diametër më të vogël se 10 mikrometra.
- Njësia e matjes është mikrogramë për metër kub.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat e emetimit dhe statistikave të popullatës
- Departamenti i Shëndetit Mjedisor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit

IV

NDËRHYRJE SHËNDETËSORE: SHËRBIMET SHËNDETËSORE

56. Mbulimi i vaksinimit të fëmijëve
57. Vaksinimi kundër gripit në të moshuarit
58. Depistimi për kancerin e gjirit
59. Depistimi për kancerin e qafës së mitrës
60. Depistimi i kancerit të kolonit
61. Vizita e parë e grave shtatzëna në trimestrin e parë
62. Numri i shtretërve spitalorë
63. Mjekë të punësuar
64. Infermierë të punësuar
65. Lëvizja e profesionistëve të shëndetësisë
66. Teknologjitë mjekësore: njësitë MRI dhe skaner CT
67. Kostoja e pacientëve të shtruar në spital, sipas diagnozave të selektuara
68. Rastet ditore në spital, sipas diagnozave të selektuara
69. Përqindja e rasteve ditore në spital dhe kostoja e pacientëve të shtruar në spital, diagnoza e kufizuar
70. Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit(ALOS)
71. Frekuentimi i mjekut të përgjithshëm:
71(a): Vizitat e vetë-raportuara
71(b): Vizitat e regjistruara
72. Vizitat ambulatorë të selektuara/përzgjedhura:
72(a): Vizitat e vetë-raportuara
72(b): Vizitat e regjistruara
73. Kirurgjitë e selektuara/përzgjedhura
74. Përdorimi i medikamenteve sipas grupeve
75. Lëvizshmëria e pacientit
76. Mbulimi nga sigurimi
77. Shpenzimet për kujdes shëndetësor si përqindje e PPB-së
78. Përqindja e mbijetesës nga kanceri
79. Treguesi rast-fatalitet brenda 30 ditëve të qëndrimit në spital për IAM-në dhe insulti cerebral
80. Barazia në marrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor
81. Koha e pritjes për operacionet fakultative
82. Infeksionet nga plagët kirurgjike
83. Cilësia e trajtimit të kancerit
84. Kontrolli i diabetit





INDIKATORI Nr.56: MBULIMI I VAKSINIMIT TË FËMIJËVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet akses i ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).

Argumentimi:

- Vaksinimi është një nga format më të fuqishme dhe më kosto-efektive të parandalimit parësor.
- Vaksinimi është një strategji klasike e parandalimit e cila duhet të jetë e qëndrueshme për të vazhduar mbrojtjen efektive.

Përkufizimi:

Përqindja e popullatës target që ka marrë dozën e fundit të rekomanduar për çdo vaksinë ashtu siç rekomandohet në kalendarin kombëtar të vaksinimit. Kjo duhet të përfshijë të gjitha vaksinat brenda kalendarit rutinë të vaksinimit të një vendi (p.sh., Bacillus Calmette-Guerin (BCG), poliomieliti, vakcina e konjuguar e pneumokokut (PCV); rotavirusi, difteria, tetanozi, pertusis-Hepatitis B- vakcina e tipit B e Hemofilus influenza (DTP- HepB/Hib), fruthi (MCV), rubeola, human papiloma virus (HPV), tetanus toksoid (TT), gripi, dhe vakcina të tjera siç përcaktohen në kalendarin kombëtar).

Llogaritja e saktë:

- Numri i fëmijëve të lindur që kanë marrë dozën e parë të Hepatitis B brenda 24 orëve të para të lindjes.
- Numri i fëmijëve 12-23 muajsh që kanë marrë dozën e tretë të vaksinës që përmban difteri, tetanoz dhe kollën e mirë (DTP-HepB-Hib) deri në ditëlindjen e tyre të parë (1 vjeç).
- Numri i fëmijëve 12-23 muajsh që kanë marrë dozën e parë të vaksinës që përmban fruth (FRP) deri në ditëlindjen e tyre të parë (1 vjeç).
- Fëmijë plotësisht i vaksinuar – Numri i fëmijëve 12-23 muajsh që kanë marrë të gjitha vaksinat e rekomanduara në kalendarin kombëtar të vaksinimit deri në moshën 1 vjeç.
- Përqindja e foshnjave që kanë arritur ditëlindjen e tyre të parë, në një vit të caktuar kalendarik që janë vaksinuar plotësisht, sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit, kundër difterisë, tetanozit, kollës së mirë dhe poliomielitit.
- Përqindja e foshnjave që kanë arritur ditëlindjen e tyre të dytë, në një vit të caktuar kalendarik që janë vaksinuar plotësisht kundër fruthit, rubeolës dhe parotitit.
 - Numëruesi: Numri i individëve në grupin target për çdo vaksinë që ka marrë dozën e fundit të rekomanduar të serisë. Për vaksinat në kalendarin foshnjor të vaksinimit, do të jetë numri i fëmijëve të moshës 12-23 muaj që kanë marrë vaksinat e përcaktuara para ditëlindjes së tyre të parë.
 - Emëruesi: Numri total i individëve në grupin target për çdo vaksinë. Për vaksinat në kalendarin foshnjor të vaksinimit, do të jetë numri i përgjithshëm i foshnjave të mbijetuara në moshën 1 vjeç.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna nga Programi Kombëtar i Vaksinimit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Rregjistrat e vaksinimit në qendra shëndetësore
- Studime specifike dhe studime shëndetësore
- Ministria e Shëndetësisë
- OBSH/UNICEF (raportet e përbashkëta)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.57: VAKSINIMI KUNDËR GRIPIT NË TË MOSHUARIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.

Argumentimi:

- Vaksinimi kundër gripit në të moshuarit është i rëndësishëm për reduktimin e barrës së sëmundjes së gripit, duke përfshirë edhe vdekshmërinë.

Përkufizimi:

- Përqindja e individëve të moshuar që raportojnë se kanë marrë një dozë të vaksinës së gripit gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e personave të moshës ≥ 65 vjeç që raportojnë se janë vaksinuar kundër gripit (emri i markës së vaksinës duhet verifikuar në çdo vend) gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetjet:
- A jeni vaksinuar ndonjëherë kundër gripit? (po/jo).
- Ku e keni kryer vaksinimin (në shtëpi, qendër shëndetësore, farmaci, etj)?
- Kur jeni vaksinuar për herë të fundit kundër gripit? (që në fillim të këtij viti, vitin e kaluar, para vitit të kaluar).
- A mund të thoni çfarë muaji ishte? [Muaji (1-12)].
- A keni ndonjë sëmundje kronike?

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 65+ vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Sëmundjet kronike
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.58: DEPISTIMI PËR KANCERIN E GJIRIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë te femrat. Regjistrat e kancerit të bazuar në popullatë kanë dokumentuar vazhdimisht një rritje të vazhdueshme të nivelit të rasteve që nga viti 1960.
- Depistimi për kancerin e gjirit bazuar në mamografi, i organizuar në nivel popullate shkaktoi një reduktim efektiv të vdekshmërisë nga kanceri i gjirit me rreth 30% midis femrave të moshës 50 deri 69 vjeç.
- Informacioni i marrë nga studimet e kryera në popullatë mund të përdoret direkt nga vendim-marrësit e shëndetit publik, në mënyrë që të përshtasin siç duhet organizimin e programeve të parandalimit/depistimit.
- Çështja e depistimit për kancerin e gjirit është një prioritet në politikat e shëndetit publik.

Përkufizimi:

Përqindja e femrave të moshës 50-69 vjeç që raportojnë se kanë kryer depistim për kancerin e gjirit brenda 2 viteve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e femrave të moshës 50-69 vjeç që raportojnë se kanë kryer ekzaminim të gjirit me rreze X (d.m.th. mamografi) brenda 2 viteve të fundit, që përfshihet nga pyetjet:
 - A keni kryer ndonjëherë mamografi, e cila është ekzaminim me rreze X, të një ose të dy gjinjve tuaj? (po/jo; nuk e di; refuzim).
 - Kur ishte hera e fundit që keni kryer mamografi (ekzaminim me rreze X)? (brenda 12 muajve të fundit; më shumë se 1 vit, por jo më shumë se 2 vjet; më shumë se 2 vjet, por jo më shumë se 3 vjet; jo brenda 3 viteve të fundit; nuk e di; refuzim).
 - ♦ Numëruesi: Numri i femrave të moshës 50-69 vjeç që raportojnë se kanë kryer ndonjëherë depistim për kancerin e gjirit.
 - ♦ Emëruesi: Të gjithë të intervistuarit femra të moshës 50-69 vjeç.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 50-69 vjeç
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.59: DEPISTIMI PËR KANCERIN E QAFËS SË MITRËS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Ndër të gjitha tumoret malinje, kanceri i qafës së mitrës është një nga tumoret që mund të kontrollohet në mënyrë efektive me anë të depistimit.
- Zbulimi i anomalive citologjike sipas ekzaminimit mikroskopik të Pap Testit, dhe trajtimi i mëvonshëm i femrave me anomali të nivelit të lartë citologjik, shpesh zhvillimin e kancerit.
- Informacioni i mbledhur nga studimet e kryera në popullatë mund të përdoret direkt nga strukturat e shëndetit publik, në mënyrë që të përshtatet organizimi i programeve të parandalimit/depistimit.
- Çështja e depistimit të kancerit të qafës së mitrës është një prioritet i politikave të shëndetit publik.

Përkufizimi: Përqindja e femrave të moshës 30-49 vjeç që raportojnë se kanë kryer depistim për kancerin e qafës së mitrës me anë të metodave të mëposhtme: inspektimi vizual me acid acetic, pap testi, testi për human papiloma virus.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e femrave të moshës 30-49 vjeç që raportojnë se kanë kryer ekzaminim pap test të qafës së mitrës brenda 3 viteve të fundit, që përfshihet nga pyetjet:
- A keni kryer pap test të qafës së mitrës (po/jo).
- Kur ishte hera e fundit që keni kryer pap test të qafës së mitrës? (brenda 12 muajve të fundit; më shumë se 1 vit, por jo më shumë se 2 vjet; më shumë se 2 vjet, por jo më shumë se 3 vjet; jo brenda 3 viteve të fundit).
- Numëruesi: Numri i femrave të moshës 30-49 vjeç që raportojnë se kanë kryer test depistues për kancerin e qafës së mitrës me anë të metodave të mëposhtme: inspektimi vizual me acid acetic, pap testi, testi për human papiloma virus.
- Emëruesi: Të gjithë të intervistuarit femra të moshës 30-49 vjeç.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha (30-49 vjeç)
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Sektori i shëndetit riprodhues në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.60: DEPISTIMI I KANCERIT TË KOLONIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Kanceri kolorektal është kanceri i tretë më i shpeshtë te meshkujt dhe i dyti te femrat.
- Vdekshmëria nga kanceri kolorektal mund të reduktohet nëpërmjet depistimit rreth moshës 50 vjeçare.
- Informacioni i mbledhur nga studimet e kryera në popullatë mund të përdoret direkt nga strukturat e shëndetit publik, në mënyrë që të përshtatet organizimi i programeve të parandalimit/depistimit.
- Çështja e depistimit të kancerit të qafës së mitrës është një prioritet i politikave të shëndetit publik.

Përkufizimi: Përqindja e individëve të moshës 50-74 vjeç që raportojnë se kanë kryer depistim për kancerin kolorektal gjatë 2 viteve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve të moshës 50-74 vjeç që raportojnë se kanë kryer test depistues për kancerin kolorektal (testin e feceve për gjak okult) 2 vitet e fundit, që përftohet nga pyetjet:
 - A keni kryer testin e feceve për gjak okult (po/jo).
 - Kur ishte hera e fundit që keni kryer testin e feceve për gjak okult? (brenda 12 muajve të fundit; më shumë se 1 vit, por jo më shumë se 2 vjet; më shumë se 2 vjet, por jo më shumë se 3 vjet; jo brenda 3 viteve të fundit).
 - ◆ Numëruesi: Numri i individëve të moshës 50-74 vjeç që raportojnë se kanë kryer test depistues për kancerin kolorektal.
 - ◆ Emëruesi: Të gjithë të intervistuarit e moshës 50-74 vjeç.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 50-74 vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Kontrolli shëndetësor bazë (Check-up) i popullatës 40-65 vjeç
- Departamenti i Sëmundjeve jo të Transmetueshme në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr.61: VIZITA E PARË E GRAVE SHTATZËNA NË TRIMESTRIN E PARË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti (amtar) i nënës dhe shëndeti perinatal.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Kujdesi para lindjes është kujdesi më i mirë parandalues të gratë shtatzëna për të reduktuar sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë, si të nënat ashtu dhe të foshnjat e tyre.
- Vizitat në fillimet e shtatzënisë lejojnë menaxhimin e shtatzënisë, zbulimin dhe trajtimin e komplikacioneve, si dhe promovimin e shëndetit. Ky është një tregues i aksesit në kujdesin para lindjes (antenatal) nga gratë shtatzëna.
- Përgjithësisht, vizita e parë e grave shtatzëna në trimestrin e parë është një indikator më i përdorshëm për krahasime ndërkombëtare sesa indikator i bazuar në rekomandimet rreth numrit optimal të vizitave paralindjes.

Përkufizimi:

Përqindja e grave që kanë kryer një lindje në pesë vitet e fundit, e shpërndarë në bazë të numrit të muajve të shtatzënisë në kohën e vizitës së parë të kujdesit para lindjes.

Numri mesatar i muajve të shtatzënisë në kohën e vizitës së parë të kujdesit para lindjes.

Përqindja e grave shtatzëna të moshës 15-49 vjeç, të cilat kryen vizitën e tyre të parë para lindjes në tremujorin e parë (para javës së 16-të).

A. Mbulimi:

Bazuar në popullatë: Gratë të cilat kanë patur një ose më shumë lindje gjatë pesë viteve përpara studimit.

B. Numëruesi

1. Numri i grave që kanë marrë kujdes para lindjes në lindjen e tyre të fundit, në bazë të numrit total të vizitave.
2. Numri i grave që u ndoqën në kujdesin paralindjes në lindjen e tyre të fundit, sipas numrit total të muajve të shtatzënisë në kohën e vizitës së parë.
3. Numri i grave që u ndoqën në kujdesin paralindjes në lindjen e tyre të fundit, sipas numrit të muajve të shtatzënisë në kohën e vizitës së parë.

C. Emëruesi:

1. A dhe B---Numri i grave që kanë kryer një lindje në pesë vitet e fundit.
2. C---Numri i grave që kanë kryer një lindje në pesë vitet e fundit të cilat u ndoqën në kujdesin para lindjes në lindjen e fundit.

Llogaritja e saktë:

- Vizita antenatale i referohet vizitës pranë kujdesit shëndetësor profesional të certifikuar, p.sh. mjek i përgjithshëm, mjek obstetër, mami dhe infermiere të shërbimit shëndetësor. Duhet të përfshihen vetëm vizitat me ekzaminime dhe/ose këshillimi lidhur me shtatzëninë. Përshkrimi i një recete të thjeshtë për kryerjen e një testi shtatzënie apo planifikimi i vizitës pranë materniteteve nuk duhet të përfshihet.
 1. Për përqindjet A dhe B, 100 herë koeficienti i numëruesit pjesëtuar me të njëjtin emërues.
 2. Për mesataren C, së pari të llogariten përqindjet e muajve të shtatzënisë në vizitën e parë nga:
 - a. Pjesëtimi i numëruesit B me emëruesin C.
 - b. Përqindja kumulative e muajve duke filluar nga vlera më e ulët.
 - c. Ndërfutja në mënyrë lineare mes numrit të muajve menjëherë para dhe pas, ku shpërndarja kumulative e kalon 50 përqindëshin për të përcaktuar mesataren.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrimi kombëtar i lindjeve
- Studimet Demografike dhe Shëndetësore
- Baza e të dhënave perinatale
- Sektori i shëndetit riprodhues në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP)
- Të dhëna operationale nga Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.62: NUMRI I SHTRETËRVE SPITALORË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Të dhënat mbi burimet e kujdesit shëndetësor formojnë një element të rëndësishëm informacioni për shëndetin publik, pasi ato përshkruajnë kapacitetet që janë në dispozicion për lloje të ndryshme ofrimi të kujdesit shëndetësor.
- Sasia dhe cilësia e shërbimeve të ofruara të kujdesit shëndetësor, si dhe ndarja e përcaktuar e punës midis institucioneve të ndryshme, janë akoma subjekt i vazhdueshëm debati në të gjitha vendet.
- Qëndrueshmëria—duke siguruar burimet monetare dhe personale të nevojshme vazhdimisht—si dhe ballafaqimi me sfidat e shoqërive që po shkojnë drejt plakjes, janë perspektivat kryesore që përdoren gjatë analizës së këtyre të dhënave.

Përkufizimi:

Numri total i shtretërve spitalorë për 10,000 banorë

Llogaritja e saktë:

- Numri i total i shtretërve spitalorë në një vit kalendarik të caktuar deri më 31 dhjetor, për 100,000 banorë (të popullsisë në fund të vitit).
- Numri i total i shtretërve spitalorë, janë të gjithë shtretërit spitalorë të cilët mbahen rregullisht dhe janë të pajisur me personel shëndetësor, menjëherë në dispozicion për kujdes ndaj pacientëve të pranuar.
- Në këtë indikator llogariten si shtretërit e zënë ashtu edhe ato bosh (pashfrytëzuar) në spitalet e përgjithshme, të shëndetit mendor, spitalet e abuzimit me substanca dhe spitalet e specialiteteve të tjera.
 - Numëruesi: Numri i shtretërve spitalorë (me përjashtim të shtretërve të punës dhe të lindjes).
 - Emëruesi: Popullsia totale.

Disagregimi i të dhënave:

- Shpërndarja (sipas rrethit/rajonit)
- Pronësia (shtetëror/privat)
- Lloji i shtratit
- Mosha dhe Gjinia
- Fshat/Qytet dhe Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative përfshi qeverisjen vendore (autoritetet shëndetësore)
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 63: MJEKË TË PUNËSUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Indikatori mjekë të punësuar përdoret gjerësisht për të vlerësuar aksesin dhe efikasitetin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Ky indikator përshkruan disponueshmërinë e personelit shëndetësor për të gjithë vendin dhe shpërndarjen e tij në të gjithë territorin.
- Tendencat kohore mund të ndihmojnë në identifikimin si p.sh., të mungesës së stafit për shkak të zhvillimeve demografike siç është migrimi.

Përkufizimi:

Numri i mjekëve të punësuar për 1000 banorë

Llogaritja e saktë:

- Numri total i mjekëve të punësuar deri më 31 dhjetor të një viti kalendarik të caktuar, për 100,000 banorë (sipas numrit të popullsisë në fund të vitit). Mjekët e punësuar ofrojnë shërbimin direkt për pacientët. Mjekët e punësuar përfshijnë:
 - i. Personat që kanë përfunduar studimet në mjekësi në nivel universitar (të diplomuar), dhe që janë licencuar për të ushtruar profesionin.
 - ii. Praktikantët dhe mjekët rezidentë (të diplomuar dhe që ofrojnë shërbim nën mbikëqyrjen e mjekëve të tjerë gjatë praktikës së tyre pasuniversitare apo punës në mjediset e kujdesit shëndetësor).
 - iii. Mjekët me pagesë dhe të vetëpunësuarit që ofrojnë shërbim, pavarësisht nga vendi ku ata e ofrojnë këtë shërbim.
 - iv. Mjekët e huaj të licencuar për të ushtruar dhe praktikuar në mënyrë aktive profesionin.
- Numëruesi: Numri i mjekëve të punësuar sipas specialitetit.
- Emëruesi: Popullata totale.

Disagregimi i të dhënave:

- Shpërndarja sipas specialitetit [mjekët e përgjithshëm, mjekët specialistë (kirurgë, anesteziistë, obstetër, kardiologë, mjekë urgjence, psikiatër, okulistë, gjinekologë etj.)]
- Moshë
- Gjinia
- Vendi i punës (Fshat/Qytet)
- Niveli social-ekonomik
- Rrethi/qarku
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Drejtoritë rajonale të shëndetësisë
- Urdhri i Mjekëve
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 64: INFIERMIERË TË PUNËSUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Indikatori infermierë të punësuar përdoret gjerësisht për të vlerësuar aksesin dhe efikasitetin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Ky indikator përshkruan disponueshmërinë e personelit shëndetësor për të gjithë vendin dhe shpërndarjen e tij në të gjithë territorin.
- Tendencat kohore mund të ndihmojnë në identifikimin si p.sh., të mungesës së stafit për shkak të zhvillimeve demografike siç është migrimi.

Përkufizimi:

Numri i infermierëve të punësuar për 1000 banorë

Llogaritja e saktë:

- Numri total i infermierëve të punësuar deri më 31 dhjetor të një viti kalendarik të caktuar, për 100,000 banorë (sipas numrit të popullsisë në fund të vitit). Infermierët e punësuar ofrojnë shërbimin direkt për pacientët. Infermierët e punësuar përfshijnë:
 - i. Infermierët profesionistë.
 - ii. Ndihmës/infermierë profesionistë.
 - iii. Infermierët e huaj të licencuar për të ushtruar dhe praktikuar në mënyrë aktive profesionin.
- Numëruesi: Numri i infermierëve.
- Emëruesi: Popullata totale.

Disagregimi i të dhënave:

- Infermierët dhe mamitë, profesionistët e mjekësisë plotësuese (alternative) dhe tradicionale (mes të tjerëve)
- Mosha
- Gjinia
- Vendi i punës (Fshat/Qytet)
- Niveli social-ekonomik
- Rrethi/qarku
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Drejtoritë rajonale të shëndetësisë
- Urdhri i Infermierit
- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit



INDIKATORI Nr.65: LËVIZJA E PROFESIONISTËVE TË SHËNDETËSISË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Profesionistët e shëndetësisë janë faktori kryesor në ofrimin e shërbimeve shëndetësore, por në sektorin e shëndetësisë, lëvizshmëria dhe ndryshueshmëria profesionale nuk duhet të çënojë dhe dëmtojë cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor në çdo vend.
- Të dhënat mbi burimet e kujdesit shëndetësor janë një element i rëndësishëm informacioni për shëndetin publik, pasi përshkruajnë kapacitetet në dispozicion për lloje të ndryshme ofrimi të kujdesit shëndetësor. Sasia dhe cilësia e shërbimeve të ofruara të kujdesit shëndetësor, si dhe ndarja e përcaktuar e punës midis institucioneve të ndryshme, janë akoma subjekt i vazhdueshëm debati në të gjitha vendet.
- Qëndrueshmëria—duke siguruar burimet monetare dhe personale të nevojshme vazhdimisht—si dhe ballafaqimi me sfidat e shoqërive që po shkojnë drejt plakjes, janë perspektivat kryesore që përdoren gjatë analizës së këtyre të dhënave.

Përkufizimi:

- Numri dhe përqindja e profesionistëve të shëndetësisë që emigrojnë
- Numri dhe përqindja e profesionistëve të shëndetësisë që imigrojnë

Llogaritja e saktë:

- Aktualisht nuk ka asnjë propozim standard për llogaritjen e këtij indikatori.
- Për imigrimin mund të përdoren regjistrat profesionalë. Këto regjistra raportojnë që një profesionist është i regjistruar si i tillë në atë vend. Duke përdorur regjistrimet kombëtare rezulton që të dhënat janë larg nivelit të krahasueshmërisë, për shkak se të dhënat e regjistrimit mbledhen në mënyrë të ndryshme në secilin vend.
- Gjithashtu, regjistrat sigurojnë të dhëna vetëm për ato profesione të cilat ligjërisht kërkojnë regjistrim, por të dhënat mbi punonjësit e tjerë të shëndetësisë (të tillë si punonjësit me kualifikim të ulët dhe punonjësit e sektorit të menaxhimit) të cilat nuk kërkojnë regjistrim ligjor janë pothuajse të pamundura për t'u gjetur.
- Regjistri profesional zakonisht përmban informacion mbi vendin e edukimit, prandaj në këtë mënyrë bëhet identifikimi i profesionistëve të arsimuar dhe trajnuar jashtë vendit në fushën e mjekësisë. Krahasimet ndërkombëtare të profesionistëve të shëndetësisë të arsimuar dhe të trajnuar jashtë vendit, janë më të vështira sesa për profesionistët e lindur jashtë vendit ose profesionistët me kombësi të huaj në fushën e shëndetësisë. Ky informacion plotëson qasjen e profesionistëve lindur jashtë vendit ose profesionistëve me kombësi të huaj.
- Për emigrimin përdoren të dhënat nga sistemi "qëllimi për t'u larguar" bazuar në certifikatat e lëshuara, ku aplikohet në çdo shtet anëtar të Bashkimit Europian për njohjen e diplomave. Direktiva 2005/36/EC i detyron shtetet anëtare të sigurojnë të dhëna statistikore për njohjen e ndërsjellë të kualifikimeve profesionale. Megjithatë këto të dhëna masin vetëm synimin për të punuar në një vend të caktuar dhe jo punësimin aktual. Prandaj, këto lloje të dhënash mund të përdoren vetëm si ndihmë në mungesë të informacionit më të detajuar.

Disagregimi i të dhënave: • Mosha • Gjinia • Vendi i punës (Fshat/Qytet) • Niveli social-ekonomik • Rrethi/qarku • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Regjistrat profesionale • Urdhrat profesionale
Periodiciteti i raportimit: • Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 66: TEKNOLOGJITË MJEKËSORE: NJËSITË MRI DHE CT-SKANER

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Disponueshmëria e pajisjeve mjekësore është indikator për ofrimin e shërbimeve bashkëkohore në kujdesin shëndetësor.
- Aktualisht nuk ka asnjë rekomandim të përgjithshëm mbi raportin optimal midis teknologjisë mjekësore dhe popullatës.
- Megjithatë, niveli i lartë i teknologjive mjekësore në raport me popullatën mund të evidentojë mbi trajtim, p.sh. metodat diagnostikuese aplikohen pa indikim të qartë.
- Për shkak të kostove të larta të blerjes dhe funksionimit të këtyre teknikave, përdorimi i kujdesshëm është indikacioni kryesor.

Përkufizimi:

- Numri i pajisjeve skaner me tomografi të kompjuterizuar (CT) për 100,000 banorë.
- Numri i pajisjeve të rezonancës magnetike (MRI) për 100,000 banorë.

Llogaritja e saktë:

- Numri i përgjithshëm i skanereve me tomografi të kompjuterizuar në spitale dhe sektorin ambulator të regjistruara deri në 31 dhjetor të një viti kalendarik të caktuar, për 100,000 banorë (për popullatën në fund të vitit).
- Numri i përgjithshëm i pajisjeve të rezonancës magnetike në spitale dhe sektorin ambulator të regjistruara deri në 31 dhjetor të një viti kalendarik të caktuar, për 100,000 banorë (për popullatën në fund të vitit).
- Niveli i dendësisë i përdorur për indikatorin e teknologjive mjekësore, bazohet në kuadrin metodologjik të sistemit të të dhënave shëndetësore.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Vendi i punës (Fshat/Qytet)
- Ofruesi i shërbimit (spital, sektori ambulator)
- Sektori (publik, spitalet jo fitimprurëse dhe private)
- Niveli social-ekonomik
- Rrethi/qarku
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Burime kombëtare administrative
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 3 vjet



INDIKATORI Nr. 67: KOSTOJA E PACIENTËVE TË SHTRUAR NË SPITAL, SIPAS DIAGNOZAVE TË PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Kostoja e pacientëve të shtruar në spital është njësi matëse më e përdorur për shfrytëzimin e shërbimeve spitalore.
- Indikatorët bazuar në kostot spitalore për sëmundje të veçanta mund të përdoren për vlerësimin e barrës që shkaktojnë këto sëmundje në shërbimet shëndetësore. Përveç kësaj, ky indikator përdoret shpesh si njësi matëse për shfaqjen e sëmundjeve të caktuara në popullatë dhe si tregues i cilësisë së kujdesit shëndetësor parësor (sidomos në lidhje me kujdesin ndaj diabetit, astmës dhe SPOK-ut).
- Së fundi, ky indikator përdoret për vlerësimet e koston dhe efektivitetit.

Përkufizimi:

Numri i pacientëve të shtruar në spital në të gjitha spitalet gjatë një viti kalendarik për 100,000 banorë. Kjo llogaritet për 25 diagnoza sipas Listës Bazë Ndërkombëtare të Sëmundshmërisë Spitalore:

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-10
1	Total (të gjitha shkaqet)	A00-Z99 (përveç V,W,X&Y)
2	Sëmundjet Infektive dhe Parazitare	A00-B99
3	Neoplazmat	C00-D48
4	Tumoret Malinje të Kolonit, Rektumit dhe Anusit	C18-C21
5	Tumori Malinj i Trakesë/Bronkeve/Mushkërive	C33-C34
6	Tumori Malinj i Gjirit	C50
7	Tumori Malinj i Uterusit	C53-C55
8	Tumori Malinj i Prostatës	C61
9	Diabeti Melitus	E10-E14
10	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes	F00-F99
11	Demenca	F00-F03
12	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes nga Përdorimi i Alkoolit	F10
13	Çrregullime të Humorit (emocionale)	F30-F39
14	Sëmundjet e Sistemit Nervor	G00-G99
15	Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit	I00-I99
16	Infarkti Akut i Miokardit	I21-I22
17	Sëmundjet Cerebrovaskulare	I60-I69
18	Sëmundjet e Sistemit të Frymëmarrjes	J00-J99
19	Sëmundjet Pulmonare Obstruktive Kronike dhe Bronhektazia	J40-J44, J47
20	Astma	J45-J46
21	Sëmundjet e Sistemit të Tretjes	K00-K93
22	Sëmundja Alkoolike Hepatike	K70
23	Sëmundjet e Aparatit Muskulo-Skeletor dhe Indit Lidhor	M00-M99
24	Sëmundjet e Sistemit Uro-gjenital	N00-N99
25	Lëndimet, Helmimet dhe Sëmundje të tjera nga Shkaqe të Jashtme	S00-T98

Llogaritja e saktë:

- Indikatori llogaritet si numri total i pacientëve të shtruar në spital në të gjitha spitalet, gjatë një viti kalendarik për 100,000 banorë (për popullatën në fund të vitit).
- Dalja nga spitali: është dalja formale e një pacienti nga një spital pas një procedure trajtimi (episod kujdesi shëndetësor). Dalja nga spitali ndodh në çdo kohë kur një pacient del për shkak të përfundimit të trajtimit, heq dorë nga këshillat mjekësore, transferohet në një institucion tjetër shëndetësor ose për shkak të vdekjes.
- Këtu nuk llogariten transferimet në departament tjetër brenda të njëjtë institucion.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 0-64; 65+ vjeç
- Përjashtime për grup-moshë: - demenca; nuk ka disagregim sipas moshës (nuk është e shpeshtë para moshës 65 vjeç), - astma; 0-14 dhe 15+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorin nr. 26 incidenca e astmës, pranimet në spital për astmën sidomos te fëmijët), - plagosjet, helmimet dhe sëmundje të tjera nga shkaqet e jashtme; 0-14, 15-24, 25-64 dhe 65+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorët nr. 29, 30 dhe 31; plagosjet janë shkaku kryesor që ndikon në barrën e sëmundshmërisë veçanërisht te fëmijët dhe të rinjtë)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 68: RASTET DITORE NË SPITAL, SIPAS DIAGNOZAVE TË PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Indikatorët bazuar në rastet ditore në spital për sëmundje të veçanta, mund të përdoren si vlerësim mbi barrën që shkaktojnë këto sëmundje në shërbimet shëndetësore duke plotësuar informacionin që jep indikator i koston së pacientëve të shtruar në spital.
- Nga ana tjetër, indikator i rastet ditore në spital për sëmundje të veçanta informon mbi situatën dhe evoluimin e mënyrës së matjes së “prodhimit” të shëndetit në sektorin e kujdesit shëndetësor.
- Së fundi, ky indikator përdoret për vlerësimet e koston dhe efektivitetit.

Përkufizimi:

Numri i rasteve ditore në spital në të gjitha spitalet, gjatë një viti kalendarik për 100,000 banorë. Kjo llogaritet për 25 diagnoza sipas Listës Bazë Ndërkombëtare të Sëmundshmërisë Spitalore:

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-10
1	Total (të gjitha shkaqet)	A00-Z99 (përveç V,W,X&Y)
2	Sëmundjet Infektive dhe Parazitare	A00-B99
3	Neoplazmat	C00-D48
4	Tumoret Malinje të Kolonit, Rektumit dhe Anusit	C18-C21
5	Tumori Malinj i Trakesë/Bronkeve/Mushkërive	C33-C34
6	Tumori Malinj i Gjirit	C50
7	Tumori Malinj i Uterusit	C53-C55
8	Tumori Malinj i Prostatës	C61
9	Diabeti Melitus	E10-E14
10	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes	F00-F99
11	Demenca	F00-F03
12	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes nga Përdorimi i Alkoolit	F10
13	Çrregullime të Humorit (emocionale)	F30-F39
14	Sëmundjet e Sistemit Nervor	G00-G99
15	Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit	I00-I99
16	Infarkti Akut i Miokardit	I21-I22
17	Sëmundjet Cerebrovaskulare	I60-I69
18	Sëmundjet e Sistemit të Frymëmarrjes	J00-J99
19	Sëmundjet Pulmonare Obstruktive Kronike dhe Bronhektazia	J40-J44, J47
20	Astma	J45-J46
21	Sëmundjet e Sistemit të Tretjes	K00-K93
22	Sëmundja Alkoolike Hepatike	K70
23	Sëmundjet e Aparatit Muskulo-Skeletor dhe Indit Lidhor	M00-M99
24	Sëmundjet e Sistemit Uro-gjenital	N00-N99
25	Lëndimet, Helmimet dhe Sëmundje të tjera nga Shkaqe të Jashtme	S00-T98

Llogaritja e saktë:

- Indikatori llogaritet si numri total i rasteve ditore në spital në të gjitha spitalet, gjatë një viti kalendarik për 100,000 banorë (për popullatën në fund të vitit).
- Rast ditor: rasti ditor përfshin kujdesin, shërbimin mjekësor dhe paramjekësor (episode kujdesi shëndetësor), që i jepet pacientit i cili është pranuar për diagnostikim, trajtim ose lloje të tjera kujdesi shëndetësor, me qëllimin që pacienti të dalë po atë ditë. Një episod kujdesi për një pacient të pranuar si rast ditor, por i cili qëndron edhe gjatë natës, klasifikohet si rast qëndrimi ditë/natë ose si rast tjetër.
- Dalja me diagnozë të përcaktuar i referohet diagnozës kryesore, p.sh., sëmundja/gjendja kryesore në fund të trajtimit ditor. Sëmundja/gjendja kryesore është kërkesa/nevoja kryesore e pacientit për trajtim apo investigim.
- Numri i total i shtretërve spitalorë, janë të gjithë shtretërit spitalorë të cilët mbahen rregullisht dhe janë të pajisur me personel shëndetësor, menjëherë në dispozicion për kujdes ndaj pacientëve të pranuar. Këtu përfshihen shtretërit në të gjitha spitalet e përgjithshme, të shëndetit mendor, spitalet e abuzimit me substanca dhe spitalet e specialiteteve të tjera.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 0-64; 65+ vjeç
- Përfshirje për grup-moshë: - demenca; nuk ka disagregim sipas moshës (nuk është e shpeshtë para moshës 65 vjeç), - astma; 0-14 dhe 15+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorin nr. 26 incidenca e astmës, pranimet në spital për astmën sidomos te fëmijët), - plagosjet, helmimet dhe sëmundje të tjera nga shkaqet e jashtme; 0-14, 15-24, 25-64 dhe 65+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorët nr. 29, 30 dhe 31; plagosjet janë shkaku kryesor që ndikojnë në barrën e sëmundshmërisë veçanërisht te fëmijët dhe të rinjtë)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 69: PËRQINDJA E RASTEVE DITORE NË SPITAL DHE KOSTOJA E PACIENTËVE TË SHTRUAR NË SPITAL, SIPAS DIAGNOZAVETË PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Indikatori përqindja e rasteve ditore në spital, informon mbi situatën dhe evoluimin e mënyrës së matjes së “prodhimit” të shëndetit në sektorin e kujdesit shëndetësor.
- Kombinimi i informacionit të mbledhur nga indikatorët e rasteve ditore në spital dhe koston e pacientëve të shtruar në spital, jep një panoramë të plotë mbi çështjen e cilësisë, koston dhe efektivitetit të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Numri i rasteve ditore në spital për grup diagnozash specifike, sipas kodit ICD-10, pjesëtuar me numrin total të pacientëve të shtruar dhe rasteve ditore për të njëjtin grup diagnoze. Kjo llogaritet për 25 diagnoza sipas Listës Bazë Ndërkombëtare të Sëmundshmërisë Spitalore:

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-10
1	Total (të gjitha shkaqet)	A00-Z99 (përveç V,W,X&Y)
2	Sëmundjet Infektive dhe Parazitare	A00-B99
3	Neoplazmat	C00-D48
4	Tumoret Malinje të Kolonit, Rektumit dhe Anusit	C18-C21
5	Tumori Malinj i Trakesë/Bronkeve/Mushkërive	C33-C34
6	Tumori Malinj i Gjirit	C50
7	Tumori Malinj i Uterusit	C53-C55
8	Tumori Malinj i Prostatës	C61
9	Diabeti Melitus	E10-E14
10	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes	F00-F99
11	Dementia	F00-F03
12	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes nga Përdorimi i Alkoolit	F10
13	Çrregullime të Humorit (emocionale)	F30-F39
14	Sëmundjet e Sistemit Nervor	G00-G99
15	Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit	I00-I99
16	Infarkti Akut i Miokardit	I21-I22
17	Sëmundjet Cerebrovaskulare	I60-I69
18	Sëmundjet e Sistemit të Frymëmarrjes	J00-J99
19	Sëmundjet Pulmonare Obstruktive Kronike dhe Bronhektazia	J40-J44, J47
20	Astma	J45-J46
21	Sëmundjet e Sistemit të Tretjes	K00-K93
22	Sëmundja Alkoolike Hepatike	K70
23	Sëmundjet e Aparatit Muskulo-Skeletor dhe Indit Lidhor	M00-M99
24	Sëmundjet e Sistemit Uro-gjenital	N00-N99
25	Lëndimet, Helmimet dhe Sëmundje të tjera nga Shkaqe të Jashtme	S00-T98

Llogaritja e saktë:

- Indikatori llogaritet si numri total i rasteve ditore në spital në të gjitha spitalet gjatë një viti kalendarik të caktuar, pjesëtuar me numrin total të pacientëve të shtruar dhe rasteve ditore në të gjitha spitalet për çdo grup diagnoze gjatë një viti kalendarik të caktuar.

Disagregimi i të dhënave:

- Grup-mosha: 0-64; 65+ vjeç
- Përjashtime për grup-moshë: - demenca; nuk ka disagregim sipas moshës (nuk është e shpeshtë para moshës 65 vjeç), - astma; 0-14 dhe 15+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorin nr. 26 incidenca e astmës, pranimet në spital për astmën sidomos te fëmijët), - plagosjet, helmimet dhe sëmundje të tjera nga shkaqet e jashtme; 0-14, 15-24, 25-64 dhe 65+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorët nr. 29, 30 dhe 31; plagosjet janë shkak kryesor që ndikojnë në barrën e sëmundshmërisë veçanërisht te fëmijët dhe të rinjtë)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 70: KOHËZGJATJA MESATARE E QËNDRIMIT, SIPAS DIAGNOZAVETË PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Indikatori kohëzgjatja mesatare e qëndrimit përdoret për vlerësimin e cilësisë, koston dhe efektivitetin të kujdesit shëndetësor. Ky indikator përdoret edhe për planifikimin e burimeve njerëzore dhe të kujdesit shëndetësor.
- Gjithashtu, duhet theksuar se lloji i sistemit të rimbursimit apo plani i sigurimeve shëndetësore në vend, mund të luajë një rol të rëndësishëm në kohëzgjatjen e qëndrimit në spital.

Përkufizimi:

- Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spital për pacientët shtruar, p.sh., kohëzgjatja mesatare e një episodi hospitalizimi. Kjo llogaritet për 25 diagnoza sipas Listës Bazë Ndërkombëtare të Sëmundshmërisë Spitalore:

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-10
1	Total (të gjitha shkaqet)	A00-Z99 (përveç V,W,X&Y)
2	Sëmundjet Infektive dhe Parazitare	A00-B99
3	Neoplazmat	C00-D48
4	Tumoret Malinje të Kolonit, Rektumit dhe Anusit	C18-C21
5	Tumori Malinj i Trakesë/Bronkeve/Mushkërive	C33-C34
6	Tumori Malinj i Gjirit	C50
7	Tumori Malinj i Uterusit	C53-C55
8	Tumori Malinj i Prostatës	C61
9	Diabeti Melitus	E10-E14
10	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes	F00-F99
11	Dementia	F00-F03
12	Çrregullimet Mendore dhe të Sjelljes nga Përdorimi i Alkoolit	F10
13	Çrregullime të Humorit (emocionale)	F30-F39
14	Sëmundjet e Sistemit Nervor	G00-G99
15	Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit	I00-I99
16	Infarkti Akut i Miokardit	I21-I22
17	Sëmundjet Cerebrovaskulare	I60-I69
18	Sëmundjet e Sistemit të Frymëmarrjes	J00-J99
19	Sëmundjet Pulmonare Obstruktive Kronike dhe Bronhektazia	J40-J44, J47
20	Astma	J45-J46
21	Sëmundjet e Sistemit të Tretjes	K00-K93
22	Sëmundja Alkoolike Hepatike	K70
23	Sëmundjet e Aparatit Muskulo-Skeletor dhe Indit Lidhor	M00-M99
24	Sëmundjet e Sistemit Uro-gjenital	N00-N99
25	Lëndimet, Helmimet dhe Sëmundje të tjera nga Shkaqe të Jashtme	S00-T98

Llogaritja e saktë:

- Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit llogaritet duke pjesëtuar numrin total të ditëve të qëndrimit të pacientëve në spital, në të gjitha spitalet, nga data e pranimit deri në datën e daljes, me numrin total të daljeve (duke përfshirë edhe rastet e vdekjes), në të gjitha spitalet gjatë një viti të caktuar.
- Një ditë qëndrimi në spital është dita gjatë së cilës një individ i pranuar, shtrohet dhe qëndron gjatë gjithë natës në spital.
- Përfshihen edhe pacientët që pranohen me qëllim të dalin në të njëjtën ditë, por që më pas qëndrojnë në spital gjatë natës.
- Rastet ditore (pacientët e pranuar formalisht për një procedurë mjekësore ose kirurgjike në mëngjes dhe dalin para mbrëmjes) nuk përfshihen.
- Dalja nga spitali është dalja formale e një pacienti nga një spital, pas një procedure trajtimi (episod kujdesi shëndetësor).
- Dalja nga spitali ndodh në çdo kohë kur një pacient del për shkak të përfundimit të trajtimit, heq dorë nga këshillat mjekësore, transferohet në një institucion tjetër shëndetësor ose për shkak të vdekjes.
- Dalja nga spitali i referohet rasteve të shtruara në spital, ndërsa rastet e trajtimit ditor nuk përfshihen (pacientë që kryejnë procedura mjekësore dhe kirurgjike në mëngjes dhe largohen para mbrëmjes).
- Dalja me diagnozë të përcaktuar i referohet diagnozës kryesore, p.sh., sëmundja/gjendja kryesore në fund të trajtimit ditor. Sëmundja/gjendja kryesore është kërkesa/nevoja kryesore e pacientit për trajtim apo investigim.
- Një i shtruar është pacienti i cili pranohet formalisht (ose hospitalizohet) në një institucion për trajtim dhe/ose kujdes shëndetësor, dhe qëndron minimumi një natë apo më shumë se 24 orë në spital apo institucion tjetër duke përfituar kujdes shëndetësor.

• **Disagregimi i të dhënave:**

- Grup-mosha: 0-64; 65+ vjeç
- Përjashtime për grup-moshë: - demenca; nuk ka disagregim sipas moshës (nuk është e shpeshtë para moshës 65 vjeç), - astma; 0-14 dhe 15+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorin nr. 26 incidenca e astmës, pranimet në spital për astmën sidomos te fëmijët), - plagosjet, helmimet dhe sëmundje të tjera nga shkaqet e jashtme; 0-14, 15-24, 25-64 dhe 65+ vjeç (në mënyrë të ngjashme me indikatorët nr. 29, 30 dhe 31; plagosjet janë shkak kryesor që ndikojnë në barrën e sëmundshmërisë veçanërisht te fëmijët dhe të rinjtë)
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

• **Burimi i të dhënave:**

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

• **Periodiciteti i raportimit:**

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 71 (a): FREKUENTIMI I MJEKUT TË PËRGJITHSHËM(MP), VIZITAT E VETË-RAPORTUARA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Frekuentimi i mjekut të përgjithshëm (MP) dhe vizitat e vetë-raportuara janë një indikator bazë për përdorimin e shërbimeve mjekësore.

Përkufizimi:

- Numri mesatar i vizitave të vetë-raportuara te mjeku i përgjithshëm për person në një vit.

Llogaritja e saktë:

- Numri mesatar i vizitave te mjeku i përgjithshëm për person në një vit që përftohet nga pyetjet:
Kur ishte hera e fundit që jeni konsultuar me një mjek të përgjithshëm ose mjek familjeje? (më pak se 12 muaj më parë, 12 muaj më parë ose më shumë, asnjëherë).
Gjatë katër javëve të fundit që nga dita e djeshme, (data e vizitës), sa herë jeni konsultuar me një mjek të përgjithshëm ose mjek familjeje? (disa herë).
- Numri total i vizitave të raportuara nga pyetja e fundit ekstrapolohet nga 4 deri në 52 javë, dhe pjesëtohet me numrin total të të intervistuarve në kampion.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Studimi mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 71 (b): FREKUENTIMI I MJEKUT TË PËRGJITHSHËM (MP), VIZITAT E REGJISTRUARA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor

Argumentimi:

- Frekuentimi i mjekut të përgjithshëm (MP) dhe vizitat e vetë-raportuara janë një indikator bazë për përdorimin e shërbimeve mjekësore.

Përkufizimi:

Numri mesatar i vizitave të regjistruara te mjeku i përgjithshëm për banorë në një vit.

Llogaritja e saktë:

- Vlerësimi në nivel kombëtar i numrit të vizitave të regjistruara nga mjekët e përgjithshëm për banorë në vit.
- “Vizita” i referohet vizitave të pacientit të kryera te mjeku i tij/saj, vizitat në shtëpi, si dhe konsultat me telefon.
- Standardizimi për moshë sipas metodës direkte kryhet në veçanti për meshkujt dhe femrat.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Studimi mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës
- Të dhëna administrative
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 72 (a): VIZITA AMBULATORE TË PËRZGJEDHURA, VIZITAT E VETË-RAPORTUARA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Vizitat e selektuara ambulatorë të vetë-raportuara, janë një indikator që përdoret për vlerësimin e kostos dhe barazisë në aksesin e shërbimeve mjekësore.

Përkufizimi:

- Numri mesatar i vizitave të vetë-raportuara për person, te dentisti apo ortodonti, në vit.
- Numri mesatar i vizitave të vetë-raportuara për person, te specialisti klinikist apo kirurg, në vit.
- Përqindja e popullsisë që raporton se ka pasur kontakt me një psikolog apo psikoterapist gjatë 12 muajve të fundit.

Llogaritja e saktë:

- Numri mesatar i vizitave të vetë-raportuara për person, te dentisti apo ortodonti, në vit, që përftohet nga pyetjet:
 - i. Kur ishte hera e fundit që jeni këshilluar me një dentist apo ortodont (nuk përfshihet kur shoqëron fëmijët, bashkëshorten/bashkëshortin etj.)? (më pak se 12 muaj më parë, 12 muaj më parë ose më shumë, asnjëherë).
 - ii. Gjatë katër javëve të fundit që nga dita e djeshme, (data e vizitës), sa herë jeni këshilluar me një dentist apo ortodont? (numri i herëve).
- ❖ Numri total i vizitave të raportuara nga pyetja e fundit ekstrapolohet nga 4 deri në 52 javë, dhe pjesëtohet me numrin total të të intervistuarve në kampion.
- Numri mesatar i vizitave të vetë-raportuara për person, te specialisti klinikist apo kirurg, në vit, që përftohet nga pyetjet:
 - i. Kur ishte hera e fundit që jeni këshilluar me një specialist klinikist apo kirurg? (më pak se 12 muaj më parë, 12 muaj më parë ose më shumë, asnjëherë).
 - ii. Gjatë katër javëve të fundit që nga dita e djeshme, (data e vizitës), sa herë jeni këshilluar me një specialist klinikist apo kirurg? (numri i herëve).
- ❖ Numri total i vizitave të raportuara nga pyetja e fundit ekstrapolohet nga 4 deri në 52 javë, dhe pjesëtohet me numrin total të të intervistuarve në kampion.
- Përqindja e popullsisë që raporton se ka pasur kontakt me një psikolog apo psikoterapist gjatë 12 muajve të fundit, që përftohet nga pyetja e mëposhtme:

Gjatë 12 muajve të fundit, që nga data një vit më parë, a jeni këshilluar me ...? (kategori të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësor ndër të cilat "psikologu apo psikoterapist").
- Numëruesi=numri i të intervistuarve që i përgjigjen po pyetjes nëse ata u vizituan nga një psikolog apo psikoterapist.
- Emëruesi i = numri total i të intervistuarve në kampion.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Të dhëna administrative
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 72 (b): VIZITA AMBULATORE TË PËRZGJEDHURA, VIZITAT E REGJISTRUARA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Vizitat e selektuara ambulatorë të regjistruara, janë një indikator që përdoret për vlerësimin e kostos dhe barazisë në aksesin e shërbimeve mjekësore.

Përkufizimi:

- ▶ Numri mesatar i vizitave të regjistruara për banor te dentisti apo ortodonti, në vit.
- ▶ Numri mesatar i vizitave të regjistruara për banor, te specialisti klinikist apo kirurg, në vit.
- ▶ Numri mesatar i vizitave të regjistruara për banor te psikologu apo psikoterapisti, në vit.

Llogaritja e saktë:

- Vlerësimi më i mirë kombëtar i numrit mesatar të vizitave të regjistruara te:
 - A. dentisti apo ortodonti, për banorë në vit.
 - B. specialisti klinikist apo kirurg, për banorë në vit.
 - C. psikologu apo psikoterapisti, për banorë në vit.
- Vizita te specialisti klinikist apo kirurg përfshin vizitat ambulatorë dhe në departamentin e urgjencës, në vendin e punës dhe në shkollë.
- Ndërsa dentistët që mbulohen nga (A), kirurgët dentarë duhet të konsiderohen specialistë mjekësorë apo kirurgë dhe duhet të përfshihen te (B).
- Standardizimi për moshë sipas metodës direkte kryhet në veçanti për meshkujt dhe femrat.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim dhe ekzaminime
- Të dhëna administrative
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 73: KIRURGJI TË PËRZGJEDHURA

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Vëllimi i ndërhyrjeve kirurgjike të caktuara është funksion i prevalencës së diagnozës kryesore dhe i disponueshmërisë së burimeve të nevojshme mjekësore.
- Ndërhyrjet kirurgjike të selektuara shërbejnë si indikator në aspektin e aksesit, cilësisë së kujdesit shëndetësor, kostove dhe përdorimit të shërbimeve shëndetësore.

Përkufizimi:

- Numri i ndërhyrjeve dhe procedurave kirurgjike të performuara në spitale, përfshirë rastet ditore dhe pacientët e shtruar, për 100,000 banorë, për 11 kategori të selektuara:

Numri	Përshkrimi	Kodi ICD-9
1	APTK (Angioplastika Perkutane Transluminale Koronare)	36,01; 36,02; 36,05
2	Kirurgjia Riparuese e Baçinit	81,51-81,53
3	Katarakti	13,1-13,8
4	Tonsilektomia	28,2-28,4
5	Bypass i Arterieve Koronare	36,1
6	Kolecistektomia Laparoskopike	51,23
7	Riparimi i Hernies Inguinale	53,0; 53,1
8	Seksio Cesareane	74,0-74,2; 74,4; 74,99
9	Riparimi Total i Gjurit	81,54
10	Ekscizioni Parcial i Glandula Mame	85,20 - 85,23
11	Mastektomia Totale	85,33-85,36; 85,4

Llogaritja e saktë:

- Numri i ndërhyrjeve dhe procedurave kirurgjike të performuara në spitale në një vit të caktuar, përfshirë rastet ditore dhe pacientët e shtruar (sipas kodit ICD-9), shprehur si nivel për 100,000 banorë (sipas popullatës në fund të vitit), për çdo kategori të selektuar.
- Një i shtruar është pacienti i cili pranohet formalisht (ose hospitalizohet) në një institucion për trajtim dhe/ose kujdes shëndetësor, dhe qëndron minimumi një natë apo më shumë se 24 orë në spital apo institucion tjetër duke përfituar kujdes shëndetësor.
- Rast ditor: rasti ditor përfshin kujdesin, shërbimin mjekësor dhe paramjekësor (episode kujdesi shëndetësor), që i jepet pacientit i cili është pranuar për diagnostikim, trajtim ose lloje të tjera kujdesi shëndetësor, me qëllimin që pacienti të dalë po atë ditë. Një episod kujdesi për një pacient të pranuar si rast ditor, por i cili qëndron edhe gjatë natës, klasifikohet si rast qëndrimi ditë/natë ose si rast tjetër.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 74: PËRDORIMI I MEDIKAMENTEVE, SIPAS GRUPEVE

- **Rëndësia për politikat shëndetësore:**
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesit ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.
- **Argumentimi:**
- Përdorimi i medikamenteve sipas grupeve të selektuara, shërben si indikator në aspektin e aksesit, cilësisë së kujdesit shëndetësor, kostove dhe përdorimit të shërbimeve shëndetësore.
- Hendeku i dukshëm midis vendeve të ndryshme, mund të vërë theksin mbi nën-përdorimin, ashtu dhe në mbi-përdorimin e medikamenteve. Megjithatë, nuk mund të kemi një pikë referimi për shkak se faktorë të ndryshëm mund të ndikojnë në përdorimin e medikamenteve.
- **Përkufizimi:**
- Përqindja e popullsisë që raporton se ka përdorur antibiotikë ose mjekim për astmën, SPOK-un, hipertensionin, sëmundjet kardiovaskulare, diabetin, tensionin nervor/ankthin dhe depresionin të përshkruara nga mjeku gjatë 2 javëve të fundit.
- **Llogaritja e saktë:**
- Aktualisht nuk ka ende një mënyrë të saktë për llogaritjen e këtij indikator.
- **Disagregimi i të dhënave:**
- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)
- **Burimi i të dhënave:**
- Studime shëndetësore me intervistim
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)
- **Periodiciteti i raportimit:**
- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 75: LËVIZSHMËRIA E PACIENTIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Lëvizshmëria e pacientit po kthehet në çështje gjithnjë e më të rëndësishme të politikave shëndetësore të kujdesit ndërkufitar.
- Rritja e lëvizshmërisë së pacientit ngre një numër të konsiderueshëm çështjesh dhe shqetësimesh të vendet fqinje dhe vendet e tjera në lidhje me p.sh., disponueshmërinë dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor, zhvillimin e infrastrukturës shëndetësore, shpërndarjen e kostos dhe sigurinë e pacientit.

Përkufizimi:

Numri absolut dhe përqindja e individëve jorezidentë midis të gjithë pacientëve në momentin pas daljes nga spitali.

Llogaritja e saktë:

- Numri absolut dhe përqindja e individëve jorezidentë midis të gjithë pacientëve pas daljes nga spitali (si raste ditore ashtu dhe të shtruar) në një vend, në vit kalendarik të caktuar.
- Si numrat absolutë ashtu edhe përqindjet shfaqin mjaft interes për politikë-bërësit, sidomos në vendet e vogla.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 76: MBULIMI NGA SIGURIMI

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Mbulimi nga sigurimi është një indikator i cili përshkruan aksesin (e barabartë) në shërbimet shëndetësore.
- Ky është një indikator i pabarazive shoqërore në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Përqindja e popullsisë e mbuluar nga sigurimi shëndetësor, duke marrë në konsideratë skemat e sigurimit si private ashtu edhe publike.

Llogaritja e saktë:

- Mbulimi i sigurimit shëndetësor publik (shtetëror/social) është përqindja e pranueshme e popullatës (%) që përfiton një grup të caktuar produktesh dhe shërbimesh të kujdesit shëndetësor, të cilat janë të përfshira në totalin e shpenzimeve për shëndetin publik.
- Mbulimi i sigurimit shëndetësor privat është përqindja e popullsisë (%) bazuar në llogarinë e individëve të mbuluar nga të paktën një linjë sigurimi shëndetësor privat (duke përfshirë si individët e mbuluar në emrin e tyre ashtu edhe personat në ngarkim).
- Burimet kombëtare që përdoren për këtë tregues ndryshojnë sipas natyrës (të dhënat administrative, studimet), pra d.m.th., krahasueshmëria midis vendeve nuk është optimale.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhëna administrative (Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 77: SHPENZIMET PËR KUJDES SHËNDETËSOR SI PËRQINDJE E PBB-së

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Kostoja dhe shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Së bashku me faktorët e jashtëm, faktorët biologjikë dhe mjedisorë, siguri i produkteve dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si dhe financimit të tij në kuadër të sistemit të kujdesit shëndetësor të vendit, perceptohet si një përcaktor (determinant) kryesor i shëndetit. Shpenzimet në kujdesin shëndetësor janë një indikator i qëndrueshmërisë afatgjatë të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Përkufizimi:

Shpenzimet aktuale dhe totale shëndetësore kombëtare për të gjithë sektorët, si publike ashtu edhe private, si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto (PBB), dhe shprehet në milionë sipas Standardit të Fuqisë Blerëse (SFB).

Llogaritja e saktë:

- Shpenzimet aktuale në sistemin e kujdesit shëndetësor masin/përshkruajnë mjetet financiare/monetare të lidhura me konsumin e produkteve dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor, ku përfshihet qeverisja dhe administrimi i sistemit të kujdesit shëndetësor në përgjithësi.
- Shpenzimet totale përfshijnë edhe investimet (formimin e kapitalit të ofruesve të kujdesit shëndetësor).
 - Numëruesi: Shuma e të gjitha shpenzimeve aktuale për shëndetin (periudhë 12-mujore).
 - Emëruesi: Produkti i brendshëm bruto (PBB).
- Shpenzimet kryesore mund të ndryshojnë shpejt dhe mund të japin përgjigje ndaj reagimeve të sistemit politik në fushën e shëndetësisë.

Disagregimi i të dhënave:

- Burimet financiare në rang institucional
- Sëmundja
- Tipi kryesor i kujdesit shëndetësor dhe i ofruesit të kujdesit shëndetësor
- Rrethi/qarku
- Mosha dhe Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Ministria e Financave
- Ministria e Shëndetësisë
- Instituti i Statistikës (INSTAT)*

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit.

*Aktualisht, ky indikator raportohet i agreguar në nivel kombëtar sipas rajoneve ekonomike.



INDIKATORI Nr. 78: PËRQINDJA E MBIJETESËS NGA KANCERI

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.

Argumentimi:

- Kanceri është një sëmundje me barrë të lartë. Mbijetesë nga kanceri është indikator i efektivitetit të sistemit shëndetësor të një vendi në fushën e kontrollit të kancerit, të depistimit/zbulimit të hershëm dhe trajtimit.
- Sistemi i kujdesit shëndetësor mund të përmirësojë mbijetesën nga tumore të caktuara me anë të zbulimit të hershëm dhe trajtimit të duhur.
- Monitorimi i kësaj kategorie të madhe tumorësh të rëndësishëm është i domosdoshëm për efektivitetin e përgjithshëm të sistemit, duke përfshirë parandalimin.

Përkufizimi:

Niveli relativ i mbijetesës për (10 grupe të ndryshme të kancerit); përqindja e pacientëve që mbijetojnë të paktën pesë vjet pas diagnostikimit të saktë, pas korrektimit të vdekshmërisë së pritshme.

Llogaritja e saktë:

- Niveli relativ i mbijetesës llogaritet si niveli i vrojtuar i individëve të diagnostikuar me kancer që kanë mbijetuar pesë vjet pas diagnostikimit, pjesëtuar me nivelin e pritshëm të mbijetesës në popullatën e përgjithshme. Niveli relativ i mbijetesës 5-vjeçare i standardizuar për moshë, llogaritet për 10 kancere të grupeve të mëposhtme:
 - 1) të gjitha kanceret e kombinuara pa kancerin jo-melanomë kutane (kodet ICD C00-K 97)
 - 2) trakesë, bronkeve apo mushkërive (C33-34)
 - 3) të gjirit (C50)
 - 4) kolorektal (C18-C21)
 - 5) të prostatës (C61)
 - 6) stomakut
 - 7) melanoma
 - 8) të qafës së mitrës (C53)
 - 9) leucemitë/limfomat
 - 10) të gjitha kanceret e fëmijërisë (0-14)
- Problemet e vrojuara të nivelit të mbijetesës janë për shkak të faktit se jo të gjitha vdekjet midis pacientëve me kancer janë për shkak të kancerit primar. Për të shmangur këtë problem krahasueshmërie, llogaritet niveli relativ i mbijetesës.

Disagregimi i të dhënave:

- Tipi i kancerit
- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat kombëtarë të kancerit
- Shërbimi i Onkologjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë tereza” Tiranë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr.79: TREGUESI RAST-FATALITET BRENDË 30 DITËVE TË QËNDRIMIT NË SPITAL PËR IAM-në DHE INSULTI CEREBRAL

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.

Argumentimi:

- IAM-ja dhe insulti cerebral janë ndër shkaqet më të rëndësishme të vdekshmërisë pothuaj në të gjitha vendet. Gjithashtu, barra e sëmundshmërisë dhe shpenzimet e kujdesit shëndetësor janë të konsiderueshme. Trajtimi adekuat dhe në kohën e duhur mund të përmirësojë mbijetesën.
- Ky indikator mat cilësinë e trajtimit të përqësimeve akute të sëmundjeve kronike kardiovaskulare në spitale.

Përkufizimi:

Ky tregues (Treguesi rast-fatalitet brenda 30 ditëve të qëndrimit në spital për IAM-në dhe Insulti cerebral) përkufizohet si përqindja e standardizuar për moshë dhe gjini e individëve të moshës mbi 45 vjeç që vdesin brenda 30 ditëve të pranimit në spital, në një vit të caktuar me diagnozën kryesore: a) infarkt akut miokardi (IAM) ose b) Insulti cerebral.

Llogaritja e saktë:

- Numëruesi: numri i vdekjeve në të njëjtin spital që kanë ndodhur brenda 30 ditëve nga pranimi në spital me diagnozën kryesore: infarkt akut miokardi (IAM)/ Insulti cerebral në një vit të caktuar.
- Emëruesi: numri i pacientëve të pranuar në spital me diagnozën kryesore: infarkt akut miokardi (IAM)/ Insulti cerebral në një vit të caktuar, duke përfshirë pranimet/shtrimet në të njëjtën ditë.
- Kodet diagnostikuese të IAM: (kodet ICD-10: I21, I22; kodet ICD-9: 410).
- Kodet diagnostikuese të Insulit cerebral: (ICD-10: I63-I64, ICD-9: 433, 434, 436).
- Diagnoza kryesore i referohet diagnozës që në fund konsiderohet si;
 1. përgjegjëse për shkaktimin e shtrimit në spital ose
 2. arsyeja kryesore e qëndrimit në spital.
- Vendeve të ndryshme u është dhënë mundësia për të zgjedhur burimin e të dhënave, i cili është më i mundshëm në kontekstin e tyre.
- Ky indikator bazohet vetëm në të dhënat e daljes nga spitali. Si pasojë, vdekja që ndodh para se pacienti të arrijë në spital ose sapo mbërrin në spital nuk është i përfshirë në indikator. Prandajnjohja e hershme nga vetë pacientët ose të afërmit e tyre, numri i herëve të rikthimit në urgjencë dhe cilësia e shërbimeve të urgjencës mund të ketë efekt në rast-fataliteti. P.sh., trajtimi rigoroz i pacientëve nga shërbimet e urgjencës shpie në më shumë pacientë që arrijnë gjallë në spital, por një pjesë e tyre nuk mund të stabilizohet dhe vdesin brenda orëve të pranimit.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat (të dhëna administrative, regjistri kombëtar spitalor)
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 80: BARAZIA NË MARRJEN E SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesit ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Shëndeti në të gjitha politikat

Argumentimi:

- Kërkesat/nevojat e paplotësuara të vetë-raportuara për ekzaminime apo trajtim mjekësor është një indikator për barazinë e aksesit në shërbimet shëndetësore.
- Ky indikator pasqyron kërkesat dhe nevojat për kujdes mjekësor dhe pengesat që hasen në përdorimin aktual të shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
- Si i tillë, ky indikator mund të sigurojë informacion të dobishëm mbi mënyrën e kapërcimit të pengesave mbi përdorimin dhe përmirësimin e gjendjes shëndetësore.
- Supozimi bazë është se kërkesat/nevojat e paplotësuara të vetë-raportuara korrespondojnë me nevojën aktuale për kujdes mjekësor.

Përkufizimi:

Indeksi i vetë-deklaruar i kërkesave/nevojave të paplotësuara për shërbimet shëndetësore. Ky indeks përcaktohet si kërkesat/nevojat totale të paplotësuara të vetë-raportuara për kujdes mjekësor (ekzaminim apo trajtim mjekësor) për tri arsye që jepen mëposhtë: pengesat financiare + kohën e pritjes + distancën e largët të udhëtimit.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e individëve të cilët raportuan se të paktën një herë në 12 muajt e fundit, mendonin se kishin nevojë për kujdes mjekësor dhe nuk e kishin marrin këtë kujdes për shkak:
 - a. ishte shumë i kushtueshëm
 - b. duhej të prisnin gjatë, ose
 - c. ishte shumë larg nga qendra e banimit
- Megjithatë, duhet të theksohet se niveli i të ardhurave është vetëm një hallkë për krahasime ndërkombëtare të nivelit social-ekonomik.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me intervistim
- Ministria e Shëndetësisë
- Instituti i Shëndetit Publik

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 81: KOHA E PRITJES PËR OPERACIONET FAKULTATIVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesin ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Planifikimi i burimeve të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Koha e pritjes për operacionet fakultative, është indikator mbi aksesin në kujdesin shëndetësor, me fokus në ndërhyrjet e selektuara.
- Koha e gjatë e pritjes mund të çojë në përkeqësim të gjendjes shëndetësore, humbje të efektivitetit dhe kosto shtesë.
- Koha e gjatë e pritjes gjeneron pakënaqësi te pacientët dhe te publiku i gjerë.

Përkufizimi:

Koha mesatare e pritjes së pacientëve për ndërhyrje kirurgjike fakultative (d.m.th. jo-urgjente) si angioplastika perkutane transluminale koronare, riparimi i baçinit dhe katarakti, të matura me numrin e ditëve. Kirurgjia fakultative përcaktohet atëherë kur kirurgjia është e nevojshme, por koha e procedurës mund të planifikohet dhe pacienti mund të dërgohet në shtëpi.

Llogaritja e saktë:

- Ekziston dallim midis koncepteve “koha e pritjes e pacientëve të pranuar” dhe “koha e pritjes e pacientëve në listë sipas datë së regjistrimit”.
- Dallimi më i rëndësishëm është midis “kohës së pritjes së pacientëve të pranuar” (p.sh. regjistrimi në listë pritje i të gjithë pacientëve në momentin e pranimit për trajtim) dhe “kohës së pritjes së pacientëve në listë sipas datës së regjistrimit” (p.sh. duke marrë regjistrimin periodik të pacientëve në listë dhe regjistrimin e pritjes deri në atë datë). Zakonisht propozohet përdorimi i konceptit të parë.
- Matja e kohëzgjatjes së pritjes, mediana ose mesatarja apo të dyja? Kohëzgjatja mesatare e pritjes priret të jetë sistematikisht më e lartë se mediana e kohës së pritjes. Zakonisht propozohet përdorimi i medianës.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Ta dhënat spitalore kombëtare
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 82: INFEKSIONET NGA PLAGËT KIRURGJIKE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Kërcënuesit e shëndetit, sëmundjet e transmetueshme.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.

Argumentimi:

- Infeksionet nga plagët kirurgjike janë një indikator që përdoret për sigurinë e ndërhyrjeve operative.
- Infeksionet e plagëve kirurgjike mund të çojnë në ri-operim dhe qëndrim të zgjatur në spital, rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të pacientit, dhe në rritjen e kostove për sistemin e kujdesit shëndetësor.
- Ky është një indikator i përshtatshëm për ndërhyrje: incidenca e infeksioneve të plagëve kirurgjike mund të reduktohet me kujdesin e duhur, para, gjatë dhe në post-operator, dhe veçanërisht me higjienën strikte.

Përkufizimi:

Niveli i infeksioneve nga plagët kirurgjike, si përqindje e operacioneve kirurgjike (të gjitha ose të selektuara).

Llogaritja e saktë:

- Niveli mesatar (në të gjitha spitalet) i operacioneve spitalore kirurgjike me infektion post-operator të plagës kirurgjike (d.m.th. me kodin për infektion post-operator të plagës, ICD-9: 998,5 dhe ICD-10: T81.4) gjatë një viti kalendarik të dhënë, si përqindje e të gjitha operacioneve kirurgjike.
- Densiteti i incidencës është madhësia e preferuar për krahasimin e incidencës ndërmjet vendeve, pasi ajo përdor vetëm vëzhgimin gjatë qëndrimit në spital si në numërues ashtu edhe në emërues, prandaj dhe krahasimet për këtë arsye preken më pak nga ndryshimi në kohëzgjatjen e qëndrimit post-operator ose intensitetin e rasteve pas daljes nga spitali. Megjithatë, densiteti i incidencës mund të llogaritet vetëm atëherë kur ka të dhëna të njohura të regjistruara të daljes nga spitali.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Të dhënat spitalore
- Ministria e Shëndetësisë
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 3 vjet



INDIKATORI Nr. 83: CILËSIA E TRAJTIMIT TË KANCERIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.

Argumentimi:

- Cilësia e trajtimit të kancerit është një indikator i performancës në kujdesin ndaj kancerit.
- Indikatorët mbi cilësinë e trajtimit të kancerit janë të nevojshëm për të përcaktuar përcaktorët e pabarazisë në të gjithë Europën në fushën dhe drejtimin e kujdesit shëndetësor.
- Ky indikator shpjegon një pjesë të diferencave në mbijetesën e kancerit.

Përkufizimi:

Cilësia në trajtimin e kancerit përcaktohet si koha mesatare (në ditë) nga data e vizitës së parë te mjeku i përgjithshëm ose i familjes dhe datës së trajtimit të parë, sipas llojit të kancerit (i gjirit, kolorektal).

Llogaritja e saktë:

- Është e përshtatshme përzgjedhja e kancereve të mëposhtme: të gjirit dhe kolorektal.
- A janë vizita e parë te mjeku i përgjithshëm ose i familjes dhe data e trajtimit të parë dy pikat më të përshtatshme për të matur cilësinë e trajtimit?
- Për çdo pacient të sëmurë me kancer, mund të dallohen pesë (gjashtë) data në historinë e pacientit:
 1. Vizita e parë te mjeku i përgjithshëm
 2. Kërkesa e parë për një konsultë në klinikë/spital
 3. Konsulta e parë klinikë/spital
 4. Data e diagnozës përfundimtare
 5. Data e trajtimit të parë (kirurgji, terapi sistemike ose radioterapi), gjithashtu edhe për kancerin kolorektal
 6. Informacione mbi kirurgjinë e planifikuar apo urgjente
- Zakonisht rekomandohet koha ndërmjet vizitës së parë te mjeku i familjes dhe datës së trajtimit të parë.
- Në shumicën e sistemeve me regjistra kombëtare të kancerit, data e parë e regjistruar për të llogaritur incidencën dhe mbijetesën, është dita e diagnozës përfundimtare. Kështu që për të përdorur datën e vizitës së parë te mjeku i përgjithshëm ose datën e trajtimit të parë, është e vështirë.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Regjistrat kombëtarë të kancerit bazuar në popullatë
- Të dhënat spitalore
- Instituti i Shëndetit Publik
- Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 84: KONTROLLI I DIABETIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Moshimi i shëndetshëm, plakja e popullatës.
- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Performanca e sistemit shëndetësor, cilësia e kujdesit shëndetësor, efikasiteti i kujdesit shëndetësor dhe siguria e pacientit.
- Sëmundjet jo të transmetueshme, sëmundjet kronike.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.

Argumentimi:

- Kontrolli i diabetit është një indikator i cilësisë së kujdesit ndaj diabetit.
- Pothuajse të gjithë pacientët të cilët vuajnë nga diabeti i tipit 1 për rreth 20 vjet, kanë evidencë të retinopatisë diabetike.
- Trajtimi në kohë dhe kujdesi i përshtatshëm ndjekës, mund të vonojë përparimin dhe verbimin eventual.

Përkufizimi:

Përqindja e diabetikëve adultë që marrin kujdesin e duhur shëndetësor, në aspektin e ekzaminimeve të rregullta të retinës (fundus okuli).

Llogaritja e saktë:

- Studime të bazuara në popullatë (vetë-raportimet e diagnostikimit të diabetit dhe ekzaminimit të fundus okuli periudhës së fundit) janë efikase për të identifikuar diabetikët të cilët nuk janë vizituar rregullisht te mjeku.
- Megjithatë, mund të ekzistojë mundësia e gabimit sistematik të memories/kujtesës të intervistuarit, të cilët mund të mos jenë në gjendje të mbajnë mend ekzaminimin e tyre të fundit.
- Studimet në mjediset klinike ose rishikimi i të dhënave të pacientit, përjashtojnë diabetikët të cilët nuk kërkojnë rregullisht kujdes mjekësor.
- Jo shumë vende i studiojnë diabetikët në mënyrë rutinë, ose nuk përfshijnë pyetje të detajuara në studimet e përgjithshme bazuar në popullatë.
- Mbledhja e të dhënave nga regjistrat e pacientëve mund të evidentojë barrë të lartë sëmundshmërie.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime shëndetësore me bazë intervistën dhe ekzaminimet
- Rishikimi i të dhënave të pacientit nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)
- Studime bazuar në popullatë

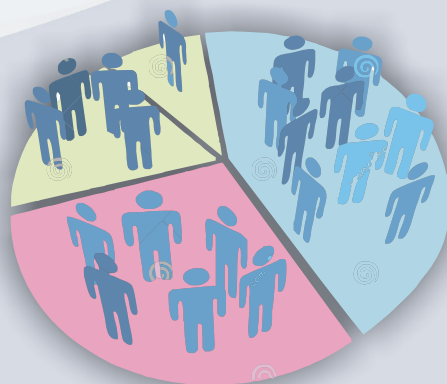
Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 3 vjet



NDËRHYRJET SHËNDETËSORE: PROMOCIONI I SHËNDETIT

- 85. Politikat për ekspozimin ndaj tymit të duhanit**
- 86. Politikat për ushqyerjen e shëndetshme**
- 87. Politikat dhe praktikat për një stil jetese të shëndetshëm**
- 88. Programe të integruara në vendndodhje, në mjedisin e punës, shkolla, spitale**
- 89. Kërkesa për planifikim familjar me metoda moderne:**
 - 89.1. Niveli i prevalencës së kontraceptivëve
 - 89.2. Përdorimi i kondomit në aktin e fundit seksual me partner me rrezik të lartë
- 90. Konsumi adekuat i kripës së jodizuar**
- 91. Përdorimi i burimeve të përmirësuara të ujit të pijshëm**
- 92. Përdorimi i ambienteve të përmirësuara të higjienës**





INDIKATORI Nr. 85: POLITIKAT PËR EKSPOZIMIN NDAJ TYMIT TË DUHANIT

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Shëndeti mjedisor.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Politikat për ekspozimin ndaj tymit të duhanit, janë një indikator që përmban indeks optimal në lidhje me masat konkrete që synojnë krijimin e ambienteve pa tym duhani.
- Politika të tilla kontribuojnë në uljen e ekspozimit ndaj tymit të duhanit dhe reduktojnë rreziqet shëndetësore.

Përkufizimi:

Indikatori është një indeks i përbërë i cili përmbledh rregullat e implementuara nga autoritetet shëndetësore (dhe të tjera që kontribuojnë në këtë fushë) në kufizimin e duhanpirjes në ambiente publike të specifikuar.

Llogaritja e saktë:

- Indeksi bazohet në të dhënat e sistemit të të dhënave të kontrollit të duhanit të OBSH-së. Ky indeks llogaritet si shuma e shtatë komponentëve të mëposhtëm:
 1. ndalimi i duhanpirjes në mjediset e kujdesit shëndetësor
 2. ndalimi i duhanpirjes në mjediset arsimore
 3. ndalimi i duhanpirjes në mjediset qeveritare
 4. ndalimi i duhanpirjes në mjediset e bareve/restoranteve
 5. ndalimi i duhanpirjes në mjediset e brendshme të punës dhe zyra
 6. ndalimi i duhanpirjes në mjediset e teatrove dhe kinemave
 7. ndalimi i duhanpirjes në mjediset e transporti publik (7 kategori, ku përfshihen autobusët, taksitë, trenat, mjetet e brendshme të ajrit, mjetet ndërkombëtare të ajrit, mjetet e brendshme të ujit dhe mjetet ndërkombëtare të ujit).
- Për secilin komponent të dhënat lejojnë tre nivele rezultati:
 1. asnjë kufizim apo ndalim
 2. kufizim të pjesshëm ose marrëveshje vullnetare
 3. ndalim të plotë me ligj
- Një problem i cili shfaqet në interpretimin e këtij indikator mund të jetë që, ekzistenca e masave formale të ngjashme në vende të ndryshme, nuk do të thotë nivele të ngjashme zbatimi në praktikë.

Disagregimi i të dhënave:

- Fshat/Qytet
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Baza kombëtare e të dhënave të kontrollit kundër duhanit
- Instituti i Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë

Periodiciteti i raportimit: Çdo vit



INDIKATORI Nr. 86: POLITIKAT PËR USHQYERJEN E SHËNDETSHME

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Politika të tilla kontribuojnë në të ushqyerit e shëndetshëm, dhe në këtë mënyrë në reduktimin e rreziqeve shëndetësore.
- Një fushë e rëndësishme aktivitetesh në promovimin e shëndetit, prandaj duhet të zhvillohen indikatorë për monitorimin e këtyre aktiviteteve.

Përkufizimi:

Indikatori është një indeks i përbërë nga ligje, rregullore dhe praktika efektive në promovimin e të ushqyerit të shëndetshëm.

Llogaritja e saktë:

- Aktualisht nuk ka asnjë formulim të kënaqshëm për llogaritjen e indikatorit sipas manualit ECHI.
- Ky indikator duhet të zgjerohet përtej "fushatave mbijetesë të shëndetshme" me qëllim përfshirjen e të gjitha aspekteve të politikave të promovimit të shëndetit në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal, së bashku me indikatorët e formulimit të politikave, zbatimit, zhvillimit të infrastrukturës, fushatave dhe programeve, si dhe vlerësimin e tyre, përfshirë edhe financimin dhe zhvillimin e fuqisë punëtore.

Disagregimi i të dhënave:

- Fshat/Qytet
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studimi mbi të ardhurat dhe kushtet e jetesës
- Instituti i Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 87: POLITIKAT DHE PRAKTIKAT PËR NJË STIL JETESË TË SHËNDETSHËM

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Kjo është një fushë e rëndësishme aktivitetesh mbi promovimin shëndetësor. Duhet të zhvillohen indikatorë të tjerë për monitorimin e këtyre fushave.

Përkufizimi:

Indikatori është një indeks i përbërë nga rregullore dhe praktika efektive në promovimin e stilit të shëndetshëm të jetës.

Llogaritja e saktë:

- Aktualisht nuk ka asnjë formulim të kënaqshëm për llogaritjen e indikatorit.
- Për qëllime pragmatiste, mund të fokusohemi te duhanpirja, konsumi i alkoolit dhe niveli i aktivitetit fizik në këtë indikator, pasi këtu ka të dhëna ekzistuese

Disagregimi i të dhënave:

- Fshat/Qytet
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Intervistat me persona kyç
- Instituti i Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Mjedisit
- Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo vit



INDIKATORI Nr. 88: PROGRAME TË INTEGRUARA NË VENDNDODHJE, NË MJEDISIN E PUNËS, SHKOLLA, SPITALE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Shëndeti i fëmijëve (këtu përfshihen edhe adultët e rinj).
- Shëndeti në punë.
- Shëndeti në të gjitha politikat.

Argumentimi:

- Kjo është një fushë e rëndësishme aktiviteteve mbi promovimin shëndetësor, të cilat nuk zbatohen vetëm nëpërmjet strategjive për ndryshimin vetëm të stilit të jetës, por përfshijnë iniciativat e shëndetshme të politikave publike.
- Duhet të zhvillohen indikatorë të tjerë për monitorimin e këtyre fushave.

Përkufizimi:

Indikatori është një indeks i përbërë nga programe të integruara në politikat dhe praktikën e promovimit shëndetësor, ku përfshihen mjedisi i punës, shkollat, spitalet, komunitete të caktuara, burgjet dhe sektorë të tjerë të prekshëm nga promovimi shëndetësor.

Llogaritja e saktë:

- Meqenëse ka kufizime për arsye praktike, mund të fokusohet në mjedise të tilla si komuniteti (sidomos kur merren në konsideratë diferenat në nivelin social-ekonomik), mjedisi i punës, shkolla.
- Prandaj çështja kryesore është nëse ekzistojnë të dhëna reale për p.sh. buxhetin për aktivitete të caktuara specifike, funksionimin e procedurave të përcaktuara etj.

Disagregimi i të dhënave:

- Fshat/Qytet
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Intervistat me persona kyç
- Instituti i Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Mjedisit
- Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit
- Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 3 vjet



INDIKATORI Nr. 89: KËRKESA PËR PLANIFIKIM FAMILJAR ME METODA MODERNE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbulesa me shërbim shëndetësor.
- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor: shëndeti amtar, shëndeti i të sapolindurve, fëmijëve dhe adoleshentëve.
- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Ky indikator raporton përqindjen e kërkesave për planifikim familjar. Zakonisht është përqindja e femrave (ose partnerëve të tyre) të cilat dëshirojnë që të mos kenë më shumë fëmijë, ose të shtyjnë shtatzëninë tjetër, dhe që aktualisht kanë përdorur një metodë kontrceptive moderne. Ky është një indikator i pranuar gjerësisht se reflekton së pari "shkallën në të cilën partnerët, komunitetet dhe sistemet shëndetësore mbështesin femrat në veprimet dhe në zgjedhjet e tyre, dhe së dyti monitoron nëse përmbushen dëshirat e deklaruara të femrave në lidhje me kontracepsionin. Ky indikator tërheq vëmendjen ndaj pabarazive në aksesin ndaj shërbimeve, dhe për këtë arsye përdoret për të promovuar një qasje të bazuar në të drejtat e njeriut për shëndetin riprodhues."

Përkufizimi:

Përqindja e femrave të moshës riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë seksualisht aktive dhe kanë nevojë për planifikim familjar me metoda moderne.

Llogaritja e saktë:

- Studimet me bazë familjen, përfshijnë një sërë pyetjesh për të matur nivelin e prevalencës së përdorimit të kontraktivëve modernë dhe kërkesave për planifikim familjar.
- Kërkesa totale për planifikim familjar përcaktohet si numri i femrave të moshës riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë të martuara ose bashkëjetojnë, dhe që aktualisht përdorin, ose partneri i tyre seksual përdor, të paktën një metodë kontrceptive, si dhe kërkesave/nevojave të paplotësuara për planifikim familjar.
- Kërkesa/nevoja e paplotësuar për planifikim familjar është përqindja e femrave të moshës riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë të martuara ose që bashkëjetojnë, që janë fertile dhe seksualisht aktive, por që nuk kanë përdorur ndonjë metodë kontrceptive (moderne apo tradicionale), dhe raportojnë që nuk duan më fëmijë, ose duan të shtyjnë lindjen e fëmijës së tyre të ardhshëm për të paktën dy vjet. Këtu përfshihen:
 1. Të gjitha gratë shtatzëna (të martuara ose që bashkëjetojnë) të cilat kishin shtatzëni të padëshiruar ose jo në momentin e duhur në kohën e konceptimit.
 2. Të gjitha femrat postpartum amenorroke (të martuara ose që bashkëjetojnë) të cilat nuk përdorin planifikim familjar dhe lindja e tyre e fundit ishte e padëshiruar ose jo në momentin e duhur.
 3. Të gjitha femrat fertile (të martuara ose që bashkëjetojnë) të cilët nuk janë as shtatzëna, as postpartum amenorroke, që nuk duan më fëmijë (duan të kufizojnë madhësinë e familjes), ose që dëshirojnë të shtyjnë lindjen e një fëmije për të paktën dy vjet, ose nuk janë të sigurta se kur apo nëse duan një fëmijë tjetër, por nuk përdorin ndonjë nga metodat kontrceptive.
 - Numëruesi: Numri i femrave me kërkesa për planifikim familjar që përdorin metoda moderne.
 - Emëruesi: Numri total i femrave në nevojë për planifikim familjar.

Disagregimi i të dhënave: • Mosha • Statusi martesor • Fshat/Qytet • Niveli social-ekonomik • Rajoni (shpërndarja gjeografike)
Burimi i të dhënave: • Studime demografike dhe shëndetësore • Sektori i shëndetit riprodhues në Institutin e Shëndetit Publik • Ministria e Shëndetësisë
Periodiciteti i raportimit: • Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 89.1: NIVELI I PREVALENCËS SË KONTRACEPTIVËVE

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbulesa me shërbim shëndetësor.
- Zhvillimi dhe forcimi i sistemit shëndetësor: shëndeti amtar, shëndeti i të sapolindurve, fëmijëve dhe adoleshentëve.
- Moshimi i shëndetshëm, moshimi i popullsisë.
- Planifikimi i burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor.

Argumentimi:

- Niveli i prevalencës së kontraktivëve është një indikator i shëndetit, i popullatës, i zhvillimit dhe fuqizimit të femrave. Ai gjithashtu shërben si një njësi matëse e aksesit në shërbimet e shëndetit riprodhues, që janë të domosdoshme për përmbushjen e shumë prej Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM), veçanërisht vdekshmëria e fëmijëve, shëndeti amtar, HIV/AIDS, dhe objektivat e lidhura me gjininë.

Përkufizimi:

Përqindja e femrave të moshës riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë të martuara ose që bashkëjetojnë dhe që aktualisht përdorin, ose partneri i tyre seksual përdor, të paktën një metodë kontraceptive pavarësisht llojit të metodës së përdorur.

Llogaritja e saktë:

- Niveli i prevalencës së kontraktivëve=[femrat e moshës riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë të martuara ose bashkëjetojnë dhe që aktualisht përdorin një metodë kontraceptive]/[numri total i femrave në moshën riprodhuese (15-49 vjeç) të cilat janë të martuara ose bashkëjetojnë] x 100.
 - Numëruesi: Numri i femrave/partnerëve që përdorin metoda kontraceptive.
 - Emëruesi: Numri total i femrave të martuara ose që bashkëjetojnë.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Statusi martesor
- Fshat/Qytet
- Seksualisht aktivë (pavarësisht statusit martesor apo bashkëjetesës)
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime demografike dhe shëndetësore
- Sektori i shëndetit riprodhues në Institutin e Shëndetit Publik
- Të dhëna rutinë nga institucionet shëndetësore

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 89.2: PËRDORIMI I KONDOMIT NË AKTIN E FUNDIT SEKSUAL ME PARTNER ME RREZIK TË LARTË

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Faktorët e rrezikut.
- Sëmundjet infektive.

Argumentimi:

- Përdorimi i kondomit është një metodë e rëndësishme mbrojtëse kundër HIV-it, sidomos në individët me shumë partnerë seksualë. Tendencia e përdorimit të kondomit gjatë aktit të fundit seksual, në përgjithësi do të reflektojë trendin konsistent të përdorimit të kondomit.

Përkufizimi:

Përqindja e përdorimit të kondomit gjatë aktit të fundit seksual me partner me rrezik të lartë (femrat dhe meshkujt që kanë më shumë se një partner seksual në 12 muajt e fundit, punëtorët e seksit me klientin e fundit; meshkujt që kryejnë seks anal me partner mashkull, përdorimi i kondomit tek individët të cilët injektojnë drogë në aktin e fundit seksual). Për individët të cilët injektojnë drogë, matet edhe numri i shiringave për person në vit.

Llogaritja e saktë:

- Studimet me bazë popullatën e përgjithshme; studimet në popullata target.
 - Sapo përcaktohen numëruesi dhe emëruesi siç duhet, përqindja reduktohet në ndarjen e numëruesit nga emëruesi përkatës dhe duke e shumëzuar me 100.
 - Numëruesi: Numri i të intervistuarve që raportuan se kishin më shumë se një partner seksual në 12 muajt e fundit, dhe se kishin përdorur kondom në aktin e fundit seksual.
 - Emëruesi: Numri i të intervistuarve që raportuan se kishin më shumë se një partner seksual në 12 muajt e fundit.
- Analiza e historisë seksuale përdoret për të përcaktuar nëse i intervistuari ka pasur më shumë se një partner në 12 muajt paraardhës, dhe në qoftë se po, a është përdorur kondom nga i intervistuari në aktin e fundit seksual.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha: 15-24; 15-49 vjeç
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Punonjësit e seksit (femra/meshkuj/transseksualë), mosha (<25/25+ vjeç)
- Meshkuj që kryejnë seks me meshkuj: mosha (<25/25+ vjeç)
- Individë që injektojnë drogë: mosha (<25/25+ vjeç)

Burimi i të dhënave:

- Studime demografike dhe shëndetësore
- Studime shëndetësore bazuar në popullatë
- Studime të indikatorit AIDS
- Studime të shtresëzuara për shumë indikatorë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 90: KONSUMI ADEKUAT I KRIPËS SË JODIZUAR

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbijetesa e fëmijëve.
- Mirëqenia e familjes.
- Produktiviteti ekonomik.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti amtar dhe i fëmijës.

Argumentimi:

- Konsumi adekuat i kripës së jodizuar është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e jetës.

Përkufizimi:

- Përqindja e shpërndarjes së familjeve sipas përmbajtjes së jodit në kripë.
- Përqindja e familjeve të testuara për kripën e jodizuar.
- Përqindja e familjeve që kanë kripë të jodizuar (>15 ppm).

Llogaritja e saktë:

- Numëruesi:
 - Numri i familjeve të testuara, të shpërndara sipas përmbajtjes së jodit në kripë
 - Numri i familjeve ku është testuar kripa
 - Numri i familjeve me rezultate të testit për kripë ≥ 15 ppm jod
- Emëruesi:
 - Numri i familjeve të testuara për përmbajtjen e jodit në kripë
 - Numri i familjeve të intervistuar
 - Numri total i familjeve ku u testua kripa, ose që nuk kishin kripë

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime demografike dhe shëndetësore
- Sektori i ushqimit dhe sigurisë ushqimore në Institutin e Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit
- Censusi i popullsisë

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 91: PËRDORIMI I BURIMEVE TË PËRMIRËSUARA TË UJIT TË PIJSHËM

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Mbijetesa e fëmijëve.
- Mirëqenia e familjes.
- Produktiviteti ekonomik.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti amtar dhe i fëmijës.

Argumentimi:

- Përdorimi i burimeve të përmirësuara të ujit të pijshëm është një indikator bazë për shëndetin e popullatës dhe cilësinë e jetës.

Përkufizimi:

Popullsia që përdor një burim bazë me ujë të pijshëm (ujë të pijshëm në vendbanim, oborr ose tokë, çezmat publike, puset, puset e mbrojtura, burimet e mbrojtura dhe uji i shiut), i cili gjendet në vendbanim, dhe në dispozicion kur është i nevojshëm; pa prani të feceve (prioritet kimik) pa kontaminim dhe/ose rregulluar nga autoritetet kompetente.

Llogaritja e saktë:

- Indikator i përqindja e njerëzve që përdorin shërbim me ujë të pijshëm të menaxhuar në mënyrë të sigurt, qytet dhe fshat
 - Numëruesi: Popullsia që përdor shërbim me ujë të pijshëm të menaxhuar në mënyrë të sigurt
 - Emëruesi: Popullata totale
- Përqindja e popullatës totale që përdor shërbim me ujë të pijshëm të menaxhuar në mënyrë të sigurt, është mesatarja e peshuar e popullsisë në bazë të numëruesit dhe emëruesit të mësipërm.

Disagregimi i të dhënave:

- Moshë
- Gjinia
- Fshat/Qytet
- Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime demografike dhe shëndetësore
- Të dhëna administrative të qeverisjes vendore dhe drejtoritë e shëndetit publik
- Departamenti i Shëndetit Mjedisor në Institutin e Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit
- Ministria e Mjedisit

Periodiciteti i raportimit:

- Çdo 5 vjet



INDIKATORI Nr. 92: PËRDORIMI I AMBIENTEVE TË PËRMIRËSUARA TË HIGJENËS

Rëndësia për politikat shëndetësore:

- Pabarazitë në shëndet (këtu përfshihet aksesimi ndaj kujdesit shëndetësor).
- Mbijetesa e fëmijëve.
- Mirëqenia e familjes.
- Produktiviteti ekonomik.
- Barra e Parandalueshme e Sëmundshmërisë.
- Stili i jetesës, sjelljet shëndetësore.
- Rreziqet shëndetësore të parandalueshme.
- Shëndeti amtar dhe i fëmijës.

Argumentimi:

Përdorimi i ambienteve të përmirësuara të higjienës është një indikator bazë për shëndetin e popullsisë dhe cilësisë së jetës.

Përkufizimi:

Popullsia që përdor ambiente bazë të higjienës (WC me sisteme kanalizimesh, WC me gropa septike etj.), të cilat nuk ndahen me familjet e tjera dhe ku jashtëqitjet drenohen në mënyrë të sigurt në vendin e përcaktuar, ose transportohen në një vend të caktuar për asgjësim ose trajtim të sigurtë.

Llogaritja e saktë:

- Përqindja e popullsisë që përdor ambiente bazë të higjienës llogaritet si raport i numrit të njerëzve që përdorin ambiente bazë të higjienës, qytet dhe fshat.
 - Numëruesi: Popullsia që përdor ambiente të sigurta bazë të higjienës.
 - Emëruesi: Popullsia totale.
- Përqindja e popullsisë që përdor shërbim me ujë të pijshëm të menaxhuar në mënyrë të sigurt.
- Përveç kësaj, përdorimi i burimeve të ujit të pijshëm dhe i ambienteve bazë të higjienës është pjesë e indeksit të pasurisë që përdoret nga studimet me bazë familjen, për të ndarë popullsinë sipas kuintileve të pasurisë. Si rezultat, studimet përfaqësuese me bazë familjen në nivel kombëtar përmbajnë informacion në lidhje me ujin, ambientet e higjienës dhe drenimin në kanalizime.
- Përqindja e popullsisë që përdor ambiente bazë të higjienës axhustohet nga vlerësimet e proporcionit të drenimit të sigurtë të mbeturinave fekale, ose që transportohen në një vend të caktuar për asgjësim apo trajtim të sigurtë.

Disagregimi i të dhënave:

- Mosha dhe Gjinia
- Fshat/Qytet dhe Niveli social-ekonomik
- Rajoni (shpërndarja gjeografike)

Burimi i të dhënave:

- Studime demografike dhe shëndetësore
- Të dhëna administrative të qeverisjes vendore dhe drejtoritë e shëndetit publik.
- Departamenti i Shëndetit Mjedisor në Institutin e Shëndetit Publik
- Ministria e Shëndetësisë
- Censusi i popullsisë
- Ministria e Mjedisit

Periodiciteti i raportimit: Çdo 5 vjet

INDIKATORËT E PËRBASHKËT
SHËNDETËSORË EUROPIANË (ECHI)
Manual i Indikatorëve
Shëndetësorë për Shqipërinë

