

KUSHTET E JETESËS DHE PABARAZIA NË SHQIPËRI

Regjistrimi i popullsisë dhe i banesave 2001

Ndalohet riprodhimi i këtij botimi apo transmetimi i tij në cilëndo formë, pa autorizimin paraprak me shkrim të mbajtësit të së drejtës së autorit.

Copyright © INSTAT 2004



Instituti i Statistikes
Rr. Lekë Dukagjini, Nr.5, Tiranë
Tel: +355 4 222411/230484
Fax: +355 4 228300
E-mail: botim_difuzion@instat.gov.al
www.instat.gov.al

ISBN 99927-973-9-8

Nxjerrja e kësaj serie studimesh me karakter social përbën një moment të rëndësishëm në jetën profesionale të INSTAT.

Informacioni i mbledhur gjatë Regjistrimit të Popullsisë dhe Banesave 2001 si dhe të dhënat e Anketës së Matjes së Nivelit të Jetesës 2002, u përdorën si burime kryesore të dhënash për të analizuar fenomene të tilla si migracioni i dekadës së fundit, lëvizja e brendshme e popullsisë, gjendja e tregut të punës, impakti që kanë keto çështje në jetën e grave dhe burrave, në problemet e pabarazisë dhe të situatës së nivelit të jetesës, si dhe u përdor në projeksionet e popullsisë për periudhën 2001-2021.

Këto studime kanë rëndësi të veçantë për hartuesit e politikave dhe për hulumtues të disiplinave të ndryshme. Ato mund të përdoren për të kuptuar se si duhet të punohet për zbutjen e pabarazisë, si mund të investohet në infrastrukturën e shërbimeve, se si mund të ndihmohen autoritetet lokale për të hartuar politika të veçanta për grupet në nevojë.

Studimet gjithashtu hedhin dritë edhe në situatën e objektivave të mileniumit në Shqipëri dhe japin më shumë elemente për monitorimin e tyre të vazhdueshëm. Këto studime janë fryt i bashkëpunimit disamujor të ekspertëve ndërkombëtarë dhe ekspertëve lokale. Gjithashtu ato janë edhe dëshmi e një rrjeti lokal studiuesish që fillon të bashkëpunojë me INSTAT, në analizimin e fenomeneve sociale.

INSTAT përfiton nga ky rast për të falenderuar Agjencinë Zviceriane për Zhvillim dhe Bashkëpunim, Zyrën për Bashkëpunim dhe Zhvillim të Italisë, të cilët mbështeten dhe koordinuan punën për kryerjen e këtyre botimeve.

Milva Ekonomi

Drejtor i Përgjithshëm

1	PËRSHKRIMI I VARFËRISË NË SHQIPËRI	7
1.1	Përcaktimi i Varfërisë: Përkufizimi dhe Metodologjia	7
1.2	Përshkrimi i të Dhënave: MMJS dhe Regjistrimi	8
1.3	Historiku i Varfërisë e i Pabarazisë në Shqipëri: Para dhe Pas Vitit 1990	8
1.3.1	Niveli i të Ardhurave dhe Pabarazia: Fshat-Qytet; Sektorët Ekonomikë etj	9
1.3.2	Pabarazitë në Shëndetësi: Përdorimi i Shërbimeve Shëndetësore; Gjendja Shëndetësore e popullsisë	10
1.3.3	Pabarazitë në Arsim: Dallimet Ndërmjet Fshatit dhe Qytetit, Dallimet Ndërmjet Rajoneve	14
1.3.4	Pabarazitë në Kushtet e Banimit e të Jetesës	16
1.4	Nivelet dhe Modelet e Varfërisë e të Pabarazisë	16
1.5	Karakteristikat Demografike të të Varfërve në Shqipëri	17
1.6	Karakteristikat Shoqërore të të Varfërve në Shqipëri	18
2	VARFËRIA DHE PABARAZITË NË SHËNDETËSI	21
2.1	Gjendja Shëndetësore dhe Pabarazitë (Shëndeti Sipas Vetëvlerësimeve)	22
2.2	Modelet e Sëmundshmërisë dhe Pabarazia	24
2.3	Përdorimi i Sistemit Shëndetësor dhe Pabarazitë	27
2.3.1	Pagesat Jozyrtare dhe Pabarazitë	28
2.3.2	Përballimi i Kujdesit Shëndetësor	30
2.4	Vërejtje Përmblylëse	31
3	VARFËRIA DHE PABARAZITË NË ARSIM	33
3.1	Analfabetizmi dhe Arritjet Arsimore	33
3.2	Mundësia për ta Pasur dhe Frekuentimi në Arsim	35
3.3	Krahasimi Ndërmjet Arsimit Publik e Privat	37
3.4	Përballimi Financiar i Arsimit	39
3.5	Vërejtje Përmblylëse	39
4	KUSHTET E BANIMIT DHE PABARAZIA	41
4.1	Gjendja e Ndërtesave dhe e Banesave në Shqipëri	41
4.2	Ekzistenca e Shërbimet Bazë dhe Sigurimi i Tyre në Familje	42
4.3	Vërejtje Përmblylëse	44
5	BIBLIOGRAFIA	47

TABELAT DHE GRAFIKËT

Tabela 1.3.1-1:	Të Ardhurat Reale për Frymë (në Lekë)	10
Tabela 1.3.2-1:	Treguesit e Shëndetit në Shqipëri	11
Tabela 1.3.3-1:	Numri i Shkollave dhe Numri i Studentëve që Kanë Mbaruar Shkollat më 1950-1990	15
Tabela 1.6.1:	Niveli i Shëndetit dhe i Varfërisë sipas Vetëvlerësimit	19
Tabela 2.1:	Treguesit e Përdorimit të Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri	22
Tabela 2.1-1:	Shëndeti i Vetëvlerësuar sipas Moshës së të Pyeturve	23
Tabela 2.1-2:	Shëndeti i Vetëvlerësuar sipas Vendbanimit të të Anketuarve (4 shtresa kryesore të vrojtimit të MMSJ)	24
Tabela 2.2-1:	Dallimet Rajonale në Shpërndarjen e Incidencës së Sëmundjeve Kronike Gjatë Tre Vjetëve të Kaluar	25
Tabela 2.3-1:	Përqindja e Shpërndarjes së Vizitave të Personeli Mjekësor kur Dikush Është i Sëmurë	27
Tabela 2.3-2:	Numri Mesatar i Vizitave në Qendrat e Kujdesit Mjekësor në 4 Javët e Kaluara	27
Tabela 2.3-3:	Përdorimi i Spitaleve dhe Kostoja	28
Tabela 2.3.1-1:	Pagesat Jozyrtare Sipas Shumës së Paguar Personelit Mjekësor	29
Tabela 2.3-1 :	Arsyet Përse nuk Kërkohej Ndihmë Mjekësore dhe nuk Shkohet në Spital	30
Tabela 3.2-1 :	Norma e Braktisjes së Shkollës Sipas Nivelit të Arsimit	35
Tabela 3.2-2 :	Arsyet për Mosregjistrimin në Shkollë (në përqindje)	36
Tabela 3.2-3 :	Arsyet e Dhëna për Largimin nga Shkolla (në përqindje)	36
Tabela 3.3-1 :	Ndjekja e Shkollave Publike e Private Sipas Rajoneve Kryesore të Vendit	37
Tabela 3.3-2 :	Ndjekja e Shkollës në Shkollat Publike e Private Sipas Nivelit të Varfërisë	37
Tabela 3.4-1 :	Kostoja e Arsimit Sipas Rajoneve	38

Figura 1.3.1-1:	Ndryshimet në Përqindjen e të Ardhurave Reale për Frymë	10
Figura 1.3.2-1:	Dallimet Krahinore në Treguesin e Vdekshmërisë së Fëmijëve në Shqipëri më 1989	12
Figura 1.3.3-1:	Dallimet Rajonale në arsim në Shqipëri në vitet 1970	15
Figura 2.1-1:	Shëndeti i Vetëvlerësuar për Popullsinë Urbane e Rurale	23
Figura 2.1-2:	Shëndeti i Vetëvlerësuar për Popullsinë më të Pasur dhe më të Varfër	24
Figura 2.2-1:	Shpërndarja e Incidencës së Sëmundjeve Kronike në Tre Vjetët e Kaluar Sipas Tipit të Sëmundjes	25
Figura 2.2-2:	Dallimet Fshat-Qytet në Shpërndarjen e Incidencës së Sëmundjeve Kronike Gjatë Tre Vjetëve të Kaluar	25
Figura 2.2-3:	Dallimet në Shpërndarjen e Incidencës së Sëmundjeve Kronike dhe të Vijës së Varfërisë në Tre Vjetët e Kaluar	26
Figura 2.2-4:	Shpërndarja Sipas Moshës e Incidencës së të Ftohtave e Gripit në Katër Javët e Fundit para Vrojtimit	26
Figura 2.3-1:	Përballimi i Kujdesit Shëndetësor në Përqindje	30
Figura 3.1-1:	Arrijet Arsimore Sipas Nivelit të Arsimit dhe Gjinisë (Shpërndarja në Përqindje)	34
Figura 3.1-2:	Norma e Analfabetizmit për Popullsinë 6 Vjeç e Sipër për Katër Rajonet Kryesore	34
Figura 3.4-1:	Kostoja e Arsimit Sipas Nivelit të Varfërisë	38
Figura 3.4-2:	Kostoja e Arsimit Sipas Ndarjes Fshat-Qytet	38
Figura 4.1.1:	Shpërndarja e Familjeve Sipas Nivelit të Varfërisë dhe Hapësirës së Banimit	42
Figura 4.2-1:	Tipi i Furnizimit me Ujë dhe Nivelin e Varfërisë	43
Figura 4.3-1:	Tipi i Furnizimit me Ujë për Zonat Rurale dhe Urbane	43

1

Përshkrimi i Varfërisë në Shqipëri**1.1 Përcaktimi i varfërisë:
përkufizimi dhe metodologjia**

Varfëria është një dukuri komplekse, që përfshin dimensione të ndryshme të deprivimit, ndër të cilat pamjaftueshmëria e mallrave dhe e shërbimeve është vetëm njëra anë e shfaqjes. Varfëria është uri. Të jesh i varfër do të thotë të mos kesh strehë, të jesh i sëmurë dhe të mos kesh mundësi të vizitohesh te mjeku; do të thotë të jesh i papunë dhe të mos kesh një të ardhme të sigurtë; varfëri do të thotë të jesh analfabet, të mos kesh mundësi për kushte shëndetësore dhe të të mungojnë shumë shërbime e mjete për jetën e përditshme. Është e vështirë të japësh një përkufizim përfundimtar për varfërinë, sepse ajo ndryshon nga një periudhë në tjetrën dhe nga një vend në tjetrin. Përveç kësaj, varfëria mund të matet dhe vlerësohet në mënyra të ndryshme.

Ky punim mbështetet në të dhënat e vrojtimit "Mbikëqyrja dhe Matja e Standardit të Jetesës" (MMSJ), që është kryer në Shqipëri në vitin 2002, si dhe nga Regjistrimi i popullsisë së Shqipërisë, të vitit 2001. Nga këto vrojtme janë mbledhur të dhëna për të gjitha dimensionet

e varfërisë, që nga të ardhurat dhe konsumi, deri te punësimi e shpërnguljet, nga niveli arsimor dhe gjendja shëndetësore e popullsisë deri te masat e nevojshme për këto shërbime, që nga strehimi dhe cilësia e banesave e deri te prania e pajisjeve bazë për popullsinë. MMSJ-ja është një mjet i fuqishëm për grumbullimin e të dhënave me përmbajtje shumëdimensionale. Prandaj edhe ne kemi ndjekur një mënyrë shumëdimensionale për nocionin e varfërisë e të pabarazisë. Do të hetojmë pabarazitë në nivelin e jetesës së shqiptarëve jo thjesht në aspektin ekonomik, por edhe gjendjen e shërbimeve të ndryshme, si shëndetësi dhe arsim, gjendjen e strehimit, dhe sesi të gjitha këto ndikojnë mbi nivelin e varfërisë e të gjendjes së shëndetit të popullsisë.

Lidhur me përcaktimin e konceptit se "kush është i varfër" në Shqipëri, janë shfrytëzuar studimet e kryera nga Banka Botërore si raporti: "Shqipëria: Varfëria gjatë Rritjes" (2003) si dhe punimet e INSTAT-it dhe anketimi i MMSJ 2002. Në këtë punim janë parashtruar disa nivele të ndryshme të varfërisë dhe ne kemi pranuar këtu nivelin "e varfërisë së përgjithshme", të llogaritur mbi bazën e nivelit të konsumit për frymë. Një individ është i varfër, nëse niveli për frymë i konsumit të tij/saj për frymë në shtëpi është nën nivelin e varfërisë. Përveç kësaj matjeje të varfërisë e të

pabarazisë, kemi ndërtuar edhe një matje tjetër të pabarazisë, e cila zbatohet në analizat e këtij punimi. Është llogaritur një tregues, që krahason 20 për qind të pjesës së varfër të popullsisë dhe 20 për qind të pjesës së pasur, bazuar në konsumin e plotë të përgjithshëm.

1.2 Përshkrimi i të dhënave:

MMSJ dhe Regjistrimi

Ky studim është kryer duke u mbështetur në dy grupe kryesore të dhënash. Së pari në të dhënat e anketës “Mbikëqyrja dhe Matja e Standardit të Jetesës” të vitit 2002 dhe në Regjistrimin e popullsisë dhe banesave të vitit 2001. Të dyja këto grupe të dhënash na janë vënë në dispozicion nga Instituti i Statistikës i Shqipërisë. Vrojtimi është në trajtë paneli (i vazhdueshëm për disa periudha) dhe punimi ynë ka shfrytëzuar të dhënat e etapës së parë. Synimi kryesor i vrojtimit ka qenë të matej varfëria në fshat dhe niveli i pabarazive. Mendimi për të kryer një vrojtim në trajtë paneli synonte gjithashtu në mbikëqyrjen e ndryshimeve në nivelin e në modelet e varfërisë në Shqipëri. MMSJ-ja është kryer në nivelin e ekonomisë shtëpiake dhe ka grumbulluar të dhëna si për nivelin e individit, edhe të ekonomisë shtëpiake. Informacioni i grumbulluar përfshin të ardhurat, konsumin, gjendjen shëndetësore dhe shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore, nivelin e arsimit dhe shfrytëzimin e tij, karakteristikat demografike të popullsisë, si lindshmërinë, shëndetin riprodhues dhe migrimin, punësimin e veprimtaritë, si dhe mjaft aspekte të tjera të jetës së përditshme.

Vrojtimet i janë nënshtruar 3600 ekonomi shtëpiake, me gjithsej 16.521 individë. Vrojtimi është shtrirë në një hapësirë të gjerë duke përfshirë katër ndarje të mëdha të vendit: verilindjen, pjesën qendrore, jugperëndimin dhe Tiranën. Shtresat pasqyrojnë nivelet e

ndryshme të zhvillimit në vend, mjedisin agro-ekologjik (Banka Botërore dhe INSTAT-i, 2003), dallimet ndërmjet fshatit dhe qytetit dhe diferencat e shëndetit e të vdekshmërisë së popullsisë (Gjonça A. dhe Bobak, B. 1997).

Burimi i dytë për informacionin për këtë punim është Regjistrimi i popullsisë dhe i banesave të Shqipërisë, i kryer nga INSTAT-i më 2001. Të dhënat e regjistrimit janë shfrytëzuar për të analizuar kushtet e strehimit e të banimit, si edhe arsimin.

1.3 Historiku i varfërisë e i pabarazisë në Shqipëri: para dhe pas vitit 1990

Para rrëzimit të regjimit komunist Shqipëria ka qenë shumë e njohur jo thjesht për politikën e ngurtë të qeverisjes dhe për qëndrimin izolues ndaj botës së jashtme, por dhe për emërtimin e saj se kishte një shoqëri egalitare, ku barazia ishte parimi kryesor i politikës së shtetit. Kur komunistët morën pushtetin, niveli i varfërisë dhe kushtet ekonomike - shoqërore të popullsisë ishin në gjendje të mjerueshme. Uria ishte e përhapur gjithandej, nga sëmundjet ngjitëse vdisnin pothuaj 140 foshnja për një mijë lindje, tuberkulozi dhe malaria e kishin mbërthyer vendin, një pjesë e madhe e popullsisë jetonte ose në shtëpi të pabanueshme ose nuk kishin fare banesë. Prandaj shtetit të ri komunist i dilnin përpara dy probleme kryesore: të jepnin zgjidhje të menjëhershme për gjendjen dhe të punonin për përmirësimin e gjendjes ekonomike-shoqërore në afat të gjatë. Që prej vitit 1990 Shqipëria ka pësuar ndryshime të ndjeshme politike e shoqërore. Janë vënë në jetë shumë reforma të rëndësishme, si liberalizimi i çmimeve e i tregtisë, privatizimi i ndërmarrjeve në pronësi shtetërore dhe privatizimi i sektorëve strategjikë, zhvillimi i sektorit privat, si dhe

reforma të tjera në sektorë të ndryshëm, si arsimit, shëndetësia, shërbimet sociale etj. Krahas një përmirësimi të dukshëm në disa drejtime sociale, që është arritur gjatë tranzicionit, ka dëshmi të qarta që tregojnë se ekzistojnë pabarazi të ndjeshme në nivelin e jetesës të zonave të ndryshme, sidomos në fshat. Shkalla e papunësisë, sidomos pas situatave të krizave, është rritur menjëherë, siç ndodhi në vitin 1993, kur arriti 29,0%. Më 2001 ishte e punësuar 77,3 e krahut të punës dhe 50,5% e popullsisë së punësuar ende punonte në bujqësi (INSTAT, 2003). Niveli i papunësisë prej 22,7% është nga më të lartët, po të krahasohet me vendet e tjera të rajonit, kurse gjendja është edhe më e keqe për disa rrethe (HDPC, 2002), në të cilat normat e papunësisë arrijnë më shumë se 40%. Në fshat shkalla e papunësisë është e lartë dhe shoqërohet me pabarazi të dukshme nga njëra krahinë në tjetrën. Ka edhe shërbime të tjera bazë, për të cilat shfaqen pabarazi të mëdha në kushtet e jetesës së popullsisë ndërmjet zonave të ndryshme. Rezultatet e zbërthyer të Treguesit të Zhvillimit Njerëzor në Shqipëri zbulojnë dallime të ndjeshme në nivelin e zhvillimit njerëzor ndërmjet rajoneve të ndryshme të vendit dhe ndërmjet rretheve të ndryshme të po atij rajoni (HDPC, 2002).

Paqëndrueshmëria politike në vend dhe pasiguria mes shqiptarëve janë bërë pengesë për zhvillimin e reformave dhe përmirësimin e problemeve sociale, që janë në rend të ditës. Shumë prej ndryshimeve të viteve 1990 janë prekur prej kësaj gjendjeje. Nga të dhënat ekzistuese është e vështirë të verifikohet lidhje shkakësore ndërmjet paqëndrueshmërisë politike dhe situatës së pasigurisë të pranishme në vend, megjithatë rezultatet e ndryshimeve shoqërore e në veçanti pabarazia shoqërore në thelb e pasqyrojnë këtë gjendje.

1.3.1 Niveli i të ardhurave dhe pabarazia: fshat-qytet; sektorët ekonomikë etj.

Përpara viteve 1960 në Shqipëri shkalla e pagave ishte e ngjashme me atë të vendeve të tjera komuniste të Europës Lindore. Mendohet se ka pasur diferenca për të ardhurat deri në 4:1 (Schnytzer, A. 1982, f. 113). Pas prishjes me Bashkimin Sovjetik u bënë përpjekje për barazim, duke i ulur pagat më të larta. Synimi ishte të ngushtoheshin diferencat në nivelin e jetesës ndërmjet zonave fshatare e qytetare, si dhe ndërmjet shtresave të ndryshme shoqërore.

Në muajin prill 1976 u miratua ligji i ri për "Uljen e pagave të larta, për disa përmirësime në sistemin e pagave të punonjësve dhe për ngushtimin e mëtejshëm të dallimeve ndërmjet fshatit e qytetit". Ky ligj sillte dy gjëra: e para, "uljen e pagave të larta, duke bërë gjithashtu disa përmirësime në sistemin e pagave dhe të shpërblimeve për punonjësit". Së dyti, ai mbështeste "zvogëlimin e dallimeve të mëdha ndërmjet zonave fshatare dhe qyteteve". (P. H., "8 Nëntori", 1982, f. 328).

Reforma për barazimin e të ardhurave u vazhdua më tej, sidomos lidhur me dallimet ndërmjet zonave fshatare e qyteteve dhe zonave të veriut e të jugut. Si rrjedhim, raporti ndërmjet pagës mesatare të punonjësve dhe të drejtorit të një ndërmarrjeje u bë 1:1,7; raporti ndërmjet pagës mesatare të punëtorëve përgjithësisht dhe rrogës së një drejtori në ministri arriti 1:2, kurse raporti ndërmjet pagave më të larta e më të ulëta në një sektor të caktuar u bë rreth 1,5:1,65 (Bollano, P. 1984, f. 21).

Tabela 1.3.1-1 Të ardhurat reale për frymë (në lekë)

Viti	Gjithsej	në % (1960=100)	Qytet	në % (1960=100)	Fshat	në % (1960=100)
1960	2155	100	2840	100	1738	100
1970	2684	124.5	3395	119.5	2193	126.2
1975	3074	142.6	3691	130	2642	152
1980	3191	148.1	3932	138.4	2672	153.7
1985	3305	153.4	4090	144	2736	156.8
1990	3640	168.9	4277	150.6	3120	179.5

Shënim: Viti 1960 është marrë si bazë (100).

Burimi: Vjetari statistikor i Shqipërisë 1991, f. 131

Fig. 1.3.1-1 Ndryshimet në përqindjen e të ardhurave reale për frymë

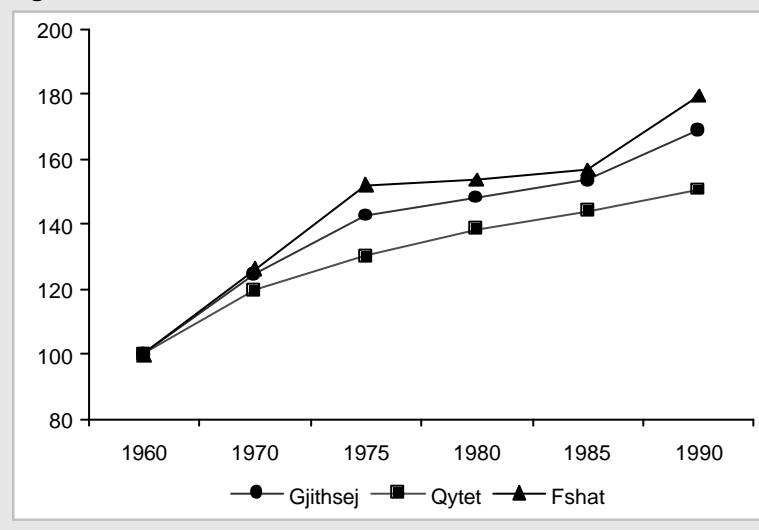


Fig. 1.3.1-1 dhe tabela 1.3.1-1 (Gjonça, A. 2001) na tregojnë se të ardhurat reale gjithsej për frymë gjatë viteve 1970-1975 janë rritur 14,5%, ndërsa për punonjësit e fshatit u rritën 20,5 % në krahasim me vetëm 8,7% për punonjësit e qytetit. Është e qartë se kjo politikë synonte të zvogëlohej dallimi ndërmjet zonave rurale e urbane, si dhe ndërmjet profesioneve. Zbatimi i të gjitha këtyre masave e bëri Shqipërinë vendin me shpërndarjen më të barabartë të të ardhurave. Duke e marrë së bashku me gjithë masat e tjera, kjo pati ndikim mbi gjendjen shëndetësore të popullsisë, sidomos në zonat fshatare. Ngritja e nivelit të jetesës në zonat rurale ishte me shumë rëndësi për një vend me 75% të popullsisë në fshat dhe që po dilte nga një e kaluar gjysmë feudale.

Me gjithë suksesin e arritur në ngushtimin e dallimeve ndërmjet zonave fshatare e qytetare, si edhe ndërmjet zonave fushore e malore, ato asnjëherë nuk u zhdukën krejt.

1.3.2 Pabarazitë në shëndetësi:

Përdorimi i shërbimeve

shëndetësore; gjendja shëndetësore e popullsisë

Shteti komunist shqiptar që nga viti 1950 e deri më 1990, e kishte në plan të parë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullsisë: “Shëndeti i popullit (i krahut të punës) është në qendër të politikës së shtetit”. (P.H. 8 Nëntori, 1982). Kur e morën komunistët në duar pushtetin më 1945, shëndeti i popullsisë dhe sistemi shëndetësor shqiptar ishin në gjendje të mjerë. Para vitit 1940 sistemi shëndetësor përbëhej vetëm prej 10 spitalesh shtetërore dhe Instituti i Higjienës, i ngritur më 1938 në Tiranë. Numri i mjekëve ishte shumë i ulët: vetëm 102 mjekë shqiptarë dhe një numër i vogël mjekësh të huaj. Kështu numri i mjekëve (doktorë e dentistë) për 10.000 banorë ishte vetëm 1,17, ndërsa numri i shtretërve për 1.000 banorë ishte vetëm 0,98 (Tabela 1.3.2-1). Në të gjitha bashkitë kishte ambulanca dhe nëpunës të shëndetësisë, ndërsa punonjës shëndetësorë kalonin nëpër fshatra për të bërë ekzaminime të nxënësve. Pjesa e shpenzimeve për shëndetësinë përbënte vetëm 1% të buxhetit të shtetit, që sot mund të krahasohet me shumicën e vendeve në zhvillim. Për më tepër, gjendja u bë më e keqe gjatë Luftës II Botërore.

Aty nga viti 1947, duke i vënë vetes si synim ta përmirësonte gjendjen, shteti mori masa në shkallë të gjerë për sigurimet shoqërore e shëndetësore. Pjesa më e madhe e mjekimeve (ndonëse jo të gjitha ilaçet) jepeshin falas. U miratuan ligje për të mbrojtur nënën e fëmijën dhe u krijua sistemi i pensioneve, si dhe u vunë në zbatim rregulla për kushtet sanitare e për kontrollet, si dhe

Tabela 1.3.2-1. Treguesit e shëndetit në Shqipëri

	1938	1950	1960	1970	1980	1990
1. Mjekë për 10.000 banorë	1.1	1.1	3	7.4	16.8	17.1
2. Shtretër për 1000 banorë	0.98	4.4	5.4	4.1	6.5	5.9
3. Shpenzimet për shëndetësinë në % të shpenzimeve shtetërore gjithsej	1	4.9	5.9	5.3	5.3	6.6
4. Konsultime të përgjithshme për 1000 banorë		614	1220	2223	2970	3399
5. Zgjatja mesatare e jetës (të dy gjinitë)		51.6	62	66.5	68	70.7
6. Vdekshmëria foshnjore (si probabilitet i vdekjes gjatë foshnjërisë - për 1000)		143.1	96.6	89.1	74.1	45.4

Shënim: Shifra e shpenzimeve për shëndetësinë i përket vitit 1952.

Burimi: Arkivi Shtetëror i Shqipërisë, Vjetari Statistikor i Shqipërisë.

për trajtimin e sëmundjeve ngjitëse. Përmirësimet më të mëdha u bënë gjatë viteve 1960-1970, duke ngritur me shpejtësi infrastrukturën dhe me anë të programeve të kualifikimit. U vunë nën kontroll një varg sëmundjesh endemike (Gjonça, A., Wilson, C. dhe Falikngam, J.C., 1997, Gjonça, A. 2001), duke përfshirë malarien, tuberkulozin e sifilizin. Rreth viteve 1980 spitali kishte 6,5 shtretër për një mijë banorë, krahasuar me vetëm 0,98 më 1938 dhe me 4,4 më 1950. Në vitin 1990 mesatarja kishte rënë te 5,9 shtretër për një mijë banorë. Kjo ulje vinte për shkak të shembjes së sistemit shëndetësor në Shqipëri.

Përpjesëtimi i mjekëve e i dentistëve nga 1,1 për një mijë banorë më 1938 e 1950 u rrit në 16,8 dhe 17,1 përkatësisht më 1980 e 1990. Shtimi i ndjeshëm i infermiereve dhe i mamive në vitet 1980 pasqyrore përparësinë që ishte dhënë shërbimit shëndetësor parësor nga ana e shtetit: një zgjidhje me frytshmëri nga ana e kostos për një vend, i cili kishte burime aq të pakta. Shteti i shtoi shpenzimet për shëndetësinë nga 1% më 1939 te 6,6 më 1990. Në të vërtetë kjo ishte një rritje mjaft e madhe, po të mbahet parasysh se ato shpenzime bëheshin kryesisht për kujdesin shëndetësor parësor. Mund të themi se investimet e shtetit për kujdesin shëndetësor parësor ishin një parakusht për përmirësimin e treguesit të vdekshmërisë në Shqipëri. Më 1980 kishte rreth 800 institucione mjekësore,

të përhapura në mbarë vendin, kurse shumica e qendrave urbane kishin më shumë se një spital dhe numri i vizitave të përgjithshme për një mijë banorë u shtua nga 153 dhe 614 më 1938 e 1950, te 3399 më 1990. Një nga drejtimet kryesore të politikës shtetërore ishte dërgimi i personelit mjekësor në zonat më të largëta të vendit. Tashmë më 1971 thuhej se çdo fshat kishte qendrën e vet shëndetësore. Në fshatra gjendeshin më se 80% të institucioneve mjekësore e shëndetësore. Këto masa qenë jetike për një popullsi, e cila banonte 75% në fshat (Hall, D. 1994, f. 71).

Politikat shëndetësore të regjimit komunist shëndetin e nënës dhe fëmijës e konsideronin si çështje prioritare. Kjo lidhej mbase dhe me shkallën e lartë të vdekshmërisë foshnjore dhe të vdekshmërisë së nënës që Shqipëria trashëgoi nga Lufta e Dytë Botërore. Në vitin 1950 vdekshmëria foshnjore ishte 143.1%. Për këtë arsye konsultoret e Nënës dhe Fëmijës u ngritën si në zonat urbane ashtu dhe rurale. Shëndeti i nënës ndiqej periodikisht gjatë dhe mbas lindjes. Çerdhet dhe kopshtet u ngritën në të gjithë vendin për të lehtësuar punën e punës, por dhe për të siguruar kujdes parësor për fëmijët (Cikuli, Z. 1982).

Gjatë viteve 1990 sistemi i kujdesit shëndetësor kishte si tipar kryesor standardin e ulët të infrastrukturës dhe cilësinë e dobët të kujdesit ndaj tyre. Shumë ndërtesa të

Fig. 1.3.2-1: Dallimet krahinore në treguesin e vdekshmërisë së fëmijëve në Shqipëri më 1989



1989 Treguesi i Vdekshmërisë së Fëmijëve

(në përqindje)



shërbimeve shëndetësore kishin nevojë për rimëkëmbje dhe për pajisje, ndërkohë kishte zona ku mungonte tërësisht shërbimi shëndetësor, kurse banorët përballëshin me vështirësi për të vajtur deri te qendrat më të afërta shëndetësore për shkak të infrastrukturës së dobët. Ndërmjet rretheve ka shumë pabarazi në shpërndarjen e pajisjeve shëndetësore dhe madje mungon personeli i kualifikuar edhe në ato ekzistuese. Pjesa më e madhe e këtyre pabarazive pasqyrohen në rezultatet e analizave të të dhënave të MMSJ-së të paraqitura në pjesën 2.

Me gjithë vëmendjen e përqendruar te vdekshmëria e fëmijëve e në veçanti foshnjore gjatë periudhës komuniste, përsëri ekzistonte pabarazia brenda vendit. Kështu, dallimet ndërmjet krahinave për vdekshmërinë ishin të qarta midis zonës më të varfër të verilindjes, të krahasuar me gjendjen pak më të mirë në zonën jugperëndimore. Kjo shkallë e vdekshmërisë krahinore më tepër sesa një pasqyrim i rrethanave të varfërisë, ishte tregues i pabarazive në arsim, e në veçanti i arsimit të femrave (Gjonça, A. 2001).

1.3.3 Pabarazitë në arsim: dallimet ndërmjet fshatit e qytetit, dallimet ndërmjet rajoneve.

Kur shteti komunist erdhi në fuqi më 1945 trashëgoi një gjendje të rëndë lidhur me arsimin e popullsisë. Mëse 80 për qind e popullsisë ishte analfabete. Në vitin 1949 shteti miratoi një ligj që kërkonte zhdukjen e analfabetizmit, duke u mësuar shkrim e këndim të gjithë njerëzve nga mosha dymbëdhjetë deri në dyzet vjeç (Keefe, E.K. e të tj., 1971, f. 86). Në vitin 1952 u vendos arsimi i detyrueshëm për fëmijët e moshës 7-14 vjeç. Shteti deklaroi se ndërmjet viteve 1955-'56 analfabetizmi u zhduk te të gjithë njerëzit nën moshën dyzet vjeç. U ngrit një strukturë arsimore me shkollën 8-vjeçare dhe me arsimin e mesëm 4-vjeçar për të përgatitur punëtorë të kualifikuar. U hapën shkollat e

mbrëmjes që të rriturve t'u jepej mundësia ta vazhdonin ose ta fillonin arsimin pa u shkëputur nga puna (Skendi, S. 1956). Reforma e fundit arsimore u bë në vitin 1970. U vendos një sistem i njëjtë me programe të veçanta për shkollën tetëvjeçare e të mesme, u vendos një program standard lëndësh të shkollës së mesme, i cili përmbante 55% mësim, 27% punë prodhuese, 18% stërvitje ushtarake dhe përgatitje fizike (Hall, D. 1994, f. 75).

Po të shqyrtohet frekuentimi i shkollës, del se Shqipëria kishte një sistem arsimor me bazë të gjerë, në të cilin pothuaj 90% e nxënësve përfundonin shkollën e detyrueshme tetëvjeçare dhe prej tyre 74% vazhdonin shkollën e mesme. Prej këtyre të fundit më tepër se 40% vazhdonin shkollën e lartë. Sipas shifrave zyrtare, në fund të vitit 1972 kishte 700.000 nxënës e studentë, që do të thotë se një në çdo tre banorë ndiqte ndonjë lloj shkolle (Këllezi, A. 1973, f. 39). Numri i kopshteve të fëmijëve në qytete u rrit me 112% nga viti 1970 deri më 1990, ndërsa në zonat fshatare u shtua 150%. Për të njëjtën periudhë kohe, numri i shkollave fillore në zonat fshatare u rrit 31% dhe në qytete 24%. Numri i përgjithshëm i shkollave të mesme u shtua 291%, kurse i shkollave të larta 60%.

Një prirje e ngjashme vërehet për numrin e nxënësve e të studentëve. Kështu, numri i nxënësve që mbaruan shkollat tetëvjeçare për periudhën 1970-1990 u rrit 74,8%, për shkollat e mesme numri u shtua në 914,2% dhe për shkollat e larta 147%. Arsimi jepej falas. Studentët që kishin të ardhura të ulëta në familje kishin të drejtë të merrnin bursë, që u mundësonte të kishin falas fjetjen, ushqimin etj. (Marmullaku, R. 1975, f. 79). Ashtu si për gjendjen shëndetësore të popullsisë, edhe për arsimin politika shtetërore përsëri synonte të zvogëlonte pabarazitë ndërmjet krahinave të ndryshme dhe ndërmjet zonave fshatare dhe qyteteve. Zgjerimi i institucioneve arsimore e parashkollore pati zhvillim të shpejtë, mirëpo mesataret në shkallë vendi fshehin një

ndryshim sipas rajoneve me një farë dallimi. Vërehet një ndarje rajonale për prirjet dhe nivelet ndërmjet verilindjes e jugperëndimit të vendit. Rrethet e jugut të Shqipërisë si Kolonja, Përmeti, Tepelena dhe Saranda ishin mbi mesataren e vendit, ndërsa e kundërta ndodhte me rrethet e veriut si Pukë, Mirditë, Gramsh, Kukës dhe Dibër (Golemi, B. dhe Misja, V. 1987, f. 184; Sjoberg O. 1991, f. 71). Disa nga arsyet përse zonat malore të veriut mbeteshin prapa nga niveli arsimor mund të kenë qenë niveli i dobët i urbanizimit, traditat, feja dhe struktura moshore. Ndikimi i këtij kompleksi faktorësh pasqyrohet gjithashtu në dallimet e vdekshmërisë. Ndërsa frekuentimi i shkollës dhe zhdukja e analfabetizmit ishin arritje mbresëlënëse, nuk mund të thuhet e njëjta gjë për cilësinë e arsimit. Shkollat vuanin nga mbingarkesa e nxënësve dhe nga mungesa e mjediseve dhe e materialeve mësimore.

Fig. 1.3.3-1: Dallimet rajonale në arsim në Shqipëri në vitet 1970



Tabela 1.3.3-1. Numri i shkollave dhe numri i studentëve që kanë mbaruar shkollat më 1950-1990.

	Numri i shkollave					
	Parashkollore		Tetëvjeçare		Të mesme	Të larta
	Urbane	Rurale	Urbane	Rurale	Gjithsej	Gjithsej
1950	93	62	82	111	23	1
1960	230	204	132	425	69	6
1970	378	1045	187	1187	131	5
1980	666	2001	212	1347	280	8

	Numri i nxënësve e i studentëve që mbaruan shkollat		
	Tetëvjeçare (000)	Të mesme (000)	Të larta
1950	4.3	0.5	-
1960	11.2	2.4	690
1970	34.6	3.5	1613
1980	60.4	28	2877
1990	60.5	35.5	3990

Burimi: Vjetari Statistikor i Shqipërisë 1991.

Parimi i “mbështetjes në forcat e veta” e shkëputi Shqipërinë nga bota e jashtme. Në shumicën e fushave të arsimit mungonin specialistët dhe literatura përkatëse, kurse cenzura, kufizimet dhe mungesa e lirisë personale e bënë gjendjen edhe më të keqe. Pabarazitë lidhur me dallimet qytet-fshat dhe verilindje kundrejt jugperëndimit ishin të pranishme kur u shemb komunizmi më 1990 (INSTAT, 2003). Megjithatë, arsimi i përgjithshëm pati një arritje të dukshme në sistemin komunist. Gjatë viteve 1990 gjendja nisi të keqësohej pak nga pak si pasojë e ndryshimeve të shpejta politike, ekonomike dhe shoqërore që po ndodhnin në vend. Për momentin sistemi arsimor i Shqipërisë përballet me një varg problemesh të rënda. Me gjithë përpjekjet pozitive që bënë qeveria shqiptare për të përmirësuar legjislacionin, cilësinë e mësimdhënies dhe të mësuesve, si dhe me rënien e nivelit të braktisjes, sistemi arsimor përballet me shumë vështirësi. Ka shumë shkolla, sidomos në zonat fshatare, që janë në kushte të këqija fizike dhe u mungojnë ngrohja, ndriçimi e mjediset e tjera. Në disa raste ka mungesë mësuesish me arsimin përkatës dhe po shtohen pabarazitë e kushteve të arsimit ndërmjet zonave fshatare e të qyteteve. Kjo gjendje e veçantë pati pasojë në vitet e ardhshme.

1.3.4 Pabarazitë në kushtet e banimit e të jetesës

Kushtet e banimit e të strehimit në Shqipëri gjithmonë kanë qenë të papërshtatshme. Kurdoherë sektori publik dhe infrastruktura bazë kanë qenë të pamjaftueshme. Përpara se të vinin në pushtet komunistët sistemi i kullimit ishte i dobët dhe furnizimi me ujë kufizohej në disa pjesë të vendit, por madje edhe atje vetëm për disa shtëpi, kryesisht duke u mbështetur te pusët dhe depozitat private. Këtë gjendje e shoqëronin ndërtimet e këqija të banesave, gjendja tejet e keqe e higjienës e sanitetit jo vetëm në zonat fshatare, por edhe në vendbanimet e pakta qytetare. Këto rrethana e detyruan shtetin komunist ta vinte në qendër të politikës pas luftës jo thjesht pakësimin e dallimeve shoqërore-ekonomike brenda vendit, por edhe përmirësimin e kushteve të strehimit e të mjediseve brenda vendit.

Menjëherë pas Luftës së Dytë Botërore shteti i shtoi përpjekjet për të rindërtuar 62.000 shtëpitë e shkatërruara nga lufta, si dhe për të ndërtuar apartamente e banesa të reja që të përballohej rritja e shpejtë e popullsisë. Kështu tashmë në vitin 1970 ishin ndërtuar 185.000 apartamente e banesa të reja me një normë prej 7.400 hyrjesh në vit (Hall, 1994, f. 95). Me gjithë këto përpjekje, shtimi i banesave nuk e përballonte normën e lartë të shtimit të popullsisë, që shkonte duke u ngritur në këtë periudhë me më tepër se 3 për qind në vit. Pas viteve 1970 rënia e shtimit të popullsisë dhe shtimi i qëndrueshëm i numrit të banesave të reja, e zbuti pak tryshninë për kërkesat e strehimit. Me gjithë ndërtimet e reja, asnjëherë nuk u bë riparimi i shtëpive të vjetra ekzistuese, të cilat në disa zona të vendit u braktisën nga familjet.

Gjendja e shërbimeve dhe e pajisjeve afatgjate nuk ishte shumë e ndryshme. Nga fundi i viteve 1980 gjysma e popullsisë fshatare nuk kishte ujë të rrjedhshëm. Gjendja

ishte edhe më e rëndë për ngrohjen. Për ngrohje përdorej vetëm lëndë djegëse e ngurtë, kryesisht drutë. Në pjesën më të madhe të banesave e të shtëpive në vend nuk kishte ngrohje qendrore. Përjashtim bënin zonat afër burimeve të gazit ose të naftës. Po edhe atje furnizimi ishte i papërshtatshëm. I vetmi “sukses” i shtetit komunist, me të cilin krenohesh, ishte elektrifikimi i gjithë vendit në vitin 1970. Nga mesi i viteve 1990 pabarazia kryesore në sigurimin e shërbimeve bazë shihej ndërmjet zonave fshatare e qytetare, duke qenë këto të fundit më mirë. Kushtet e jetesës në zonat fshatare ishin të papërshtatshme në rastin më të mirë, sidomos lidhur me ujin e rrjedhshëm dhe praninë e pajisjeve të tualetit brenda shtëpive. Me gjithë rritjen e numrit të banesave gjatë viteve të kaluara përpara vitit 1990, në mbarë Shqipërinë ndeshesh mbipopullimi i banesave. Shumica e hyrjeve të sapondërtuara mesatarisht kishin dy dhoma e një kuzhinë dhe ishin të mbipopulluara. Mëse dy të tretat e banesave dalin të mbipopulluara edhe nga të dhënat e vitit 2001. Gjendja duket më e mirë në qytetet kryesore, si Tiranë dhe Durrës.

1.4 Nivelet dhe modelet e varfërisë e të pabarazisë

Vlerësimet për nivelin e varfërisë në Shqipëri, të mbështetura në të dhënat e MMSJ-së, janë bërë nga Banka Botërore dhe INSTAT-i (2003). Janë njehsuar nivele të ndryshme të varfërisë, duke u mbështetur në llogaritjen e konsumit të përgjithshëm të popullsisë shqiptare. Dy më të rëndësishmet prej tyre, që i kemi përdorur në këtë punim, janë niveli i varfërisë ushqimore dhe niveli i varfërisë së plotë. Niveli i varfërisë ushqimore është niveli i të ardhurave për frymë në muaj, të domosdoshme që një shqiptar të marrë minimumin e sasisë së kalorive. Ky nivel llogaritet në 3.047 lekë. I dyti, niveli më i rëndësishëm i varfërisë është niveli i plotë i varfërisë, që përfshin edhe konsumin e produkteve joushqimore, llogaritet të jetë 4.891

lekë për frymë në muaj. Rezultatet tregojnë se sipas vlerësimit 25,4 për qind e shqiptarëve (ose rreth 780.000 shqiptarë) jetojnë poshtë nivelit të varfërisë së plotë. Kjo shifër, që përfshin një të katërtën e popullsisë shqiptare, është e lartë në krahasim me vendet e tjera të Europës Juglindore, por është e ngjashme me vendet e Azisë Qendrore. Ndërsa pjesa e njerëzve që jetojnë nën vijën e varfërisë së plotë është e lartë në Shqipëri, përqindja e jetesës nën nivelin e varfërisë ushqimore është relativisht e ulët, me vetëm 4,7 për qind të shqiptarëve, që jetojnë në varfërinë e skajshme (BB dhe INSTAT, 2003).

Zonat fshatare të Shqipërisë vijojnë të mbeten pjesa më e varfër e gjithë vendit. Kjo për faktin se pothuaj gjysma e popullsisë shqiptare ende është fshatare dhe bujqësia ende përbën një nga sektorët kryesorë të ekonomisë. 29,6 për qind e popullsisë fshatare jeton nën vijën e varfërisë, në krahasim me 20,1 për qind të popullsisë së qyteteve dhe 17,8 për qind të popullsisë së Tiranës. Tabloja e dallimeve ndërmjet zonave urbane e rurale nuk tregon dallime të mëdha, kur merret në shqyrtim vija e varfërisë ushqimore me 5,2 për qind të popullsisë fshatare që jeton nën varfërinë e skajshme, ndërsa vetëm 4,8 për qind e popullsisë urbane dhe 2,3 për qind e popullsisë së Tiranës jeton nën këtë vijë të varfërisë së skajshme.

Siç e kemi përmendur më sipër, MMSJ-ja e ndan Shqipërinë në Rajonin Verilindor, Shqipërinë Qendrore, Rajonin Juglindor dhe Tiranën. Nga rezultatet e analizave del qartë, se rrethet malore të verilindjes së vendit janë më të varfra, me 46 për qind të të varfërve, që banojnë në këtë rajon, kurse vetëm 8 për qind e popullsisë së varfër banon në Tiranë. Pothuaj gjysma e popullsisë në zonën verilindore jeton nën vijën e varfërisë me më shumë se 25 për qind prej tyre, që jetojnë nën vijën e varfërisë së skajshme. Po ashtu si me dallimet fshat-qytet, niveli i varfërisë (i të ardhurave) shfaq të njëjtat dallime rajonale si

dhe në dhjetëvjeçarët e kaluar. Është me rëndësi të nënvizohet, se deri më sot kanë munguar politikat për t'i zvogëluar pabarazitë në zhvillimin ekonomik rajonal. Me gjithë përpjekjet gjatë regjimit të kaluar komunist për t'i zvogëluar këto pabarazi, ato ende janë të pranishme. Madje, janë edhe më të theksuara sot në krahasim me të kaluarën jo sepse thjesht mungojnë politikat për t'i ngushtuar këto pabarazi, por edhe sepse janë pasojë e lëvizjeve migratore, që kanë pasur ndikim në zhvillimin e disa rajoneve.

1.5 Karakteristikat demografike të të varfërve në Shqipëri

Varfëria në këtë fillim shekulli në Shqipëri ka prekur kryesisht moshën e re. Ajo mbizotëron më shumë në popullsinë fshatare, në familjet me shumë anëtarë dhe me numër të lartë fëmijësh, si dhe mbizotëron te të papunët dhe njerëzit me arsimin më të ulët.

Shtresa më e varfër në Shqipëri janë të rinjtë. Më shumë se 55 për qind e popullsisë së varfër është nën moshën 25 vjeç, ndërsa kjo grupmoshë përfshin vetëm 33 për qind të popullsisë gjithsej. Kjo është në kundërshtim me perceptimin popullor se pjesa më e prekur nga varfëria në vend janë më të moshuarit. Përkundrazi, vetëm 10 për qind e popullsisë së varfër janë të moshës 60 vjeç e lart. Në të kundërt me popullsinë e të rinjve, që ose është e papunë (shih pjesën për papunësinë), ose varet prej familjes, pensionistët kanë të paktën një të ardhur minimale (pension të garantuar nga shteti), që vjen si rrjedhim i politikës së punësimit të plotë gjatë viteve të kaluara të komunizmit për të dyja gjinitë. Ndonëse këto pensione nuk janë të larta, përsëri në shumicën e rasteve janë mbi nivelin e varfërisë së plotë prej 4.891 lekë për frymë në muaj. Një faktor tjetër që mund ta ketë ndihmuar përqindjen e ulët të të moshuarve që jetojnë nën nivelin e varfërisë mund të jetë norma e



lartë e emigrantëve dhe të ardhurat që vijnë prej tyre. Të paktën një ndër katër shqiptarë ka emigruar gjatë 12 vjetëve të fundit, që është mesatarja prej një personi për familje (INSTAT, 2003). Ashtu si në shumicën e shoqërive tradicionale, shqiptarët vijnë të japin për buxhetin e familjeve të tyre dhe të farefisit në Shqipëri. Kjo është veçanërisht e theksuar për familjet, ku pleqtë janë lënë vetëm. Kjo normë e lartë e dërgesave prej emigrantëve mund të ketë ndikuar për nivelin më të ulët të varfërisë mes pensionistëve, krahasuar me grupet e tjera të prekshme.

Fakti që në Shqipëri shtresa më e prekshme nga varfëria janë të rinjtë, vjen si pasojë pasi këta individë jetojnë në ekonomi shtëpiake të varfra dhe, siç e tregojnë analizat e MMSJ-së, janë familje të mëdha me numër të madh fëmijësh. Përsëri këta të rinj të varfër gjenden më shumë në zonat fshatare, sesa në zonat urbane ose në Tiranë. Shumica e popullsisë së varfër jeton në familje me 7 ose më shumë pjesëtarë. Kjo ka rëndësi kur merret parasysh që ky grup i popullsisë përfaqëson vetëm 17 për qind të popullsisë (Banka Botërore dhe INSTAT, 2003). Dallimet gjinore për varfërinë në Shqipëri nuk janë të theksuara. Kështu, përqindja e familjeve me gra si kryetare, të cilat jetojnë në varfëri, është vetëm 9,3 për qind, kurse përqindja e atyre që nuk jetojnë në varfëri është vetëm 13,1 për qind.

1.6 Karakteristikat shoqërore të të varfërve në Shqipëri

Ashtu siç mund të pritej, varfëria ekstreme prek shtresën e shoqërisë së paarsimuar. Kjo lidhje ndërmjet arsimit dhe të ardhurave ekonomike është e dukshme. Të dhënat për Shqipërinë paraqesin një model të ngjashëm, që ndeshet në vendet e tjera. Kështu, familjet e varfra kanë për kryetar familjeje njerëz me më pak arsim sesa ato që nuk hyjnë në të

varfrat. Po ashtu, numri mesatar i viteve të shkollimit për kreun e familjes, që jeton në një familje të varfër, është rreth 6,2 vjet, ndërsa numri i viteve për kreun e familjes që jeton në një familje jo të varfër është rreth 7,9. Me gjithë këtë dallim, duhet pranuar se për këtë pabarazia nuk është aq e madhe. Kjo vjen si trashëgimi nga e kaluara, kur arsimit ishte i përgjithshëm dhe i detyrueshëm për nivelin e arsimit 8-vjeçar. Pabarazia midis shtresave shoqërore (të varfërve dhe jo të varfërve) bëhet më i dukshëm në frekuentimin e shkollës, në regjistrimin apo në braktisjen e saj. Ata që jetojnë në varfëri të skajshme kanë normën më të ulët të regjistrimit si për sistemin arsimor tetëvjeçar, ashtu dhe atë të shkollës së mesme, krahasuar me pjesën tjetër të popullsisë. Me gjithë përqindjen e vogël të popullsisë që ndjek shkollat private, ashtu siç mund të pritej, të varfërit nuk e përballojnë dot të paguajnë për shkollat private. Kështu, 99,4 për qind e popullsisë së varfër ndjek vetëm shkollat publike.

Popullsia e varfër gjithashtu gjendet në një gjendje shëndetësore më të keqe, sesa ata që nuk janë të varfër. Kur shqyrtohet dallimi ndërmjet 20 për qind e më të pasurve me 20% e më të varfërve, popullsia në 20 përqindindëshin e poshtëm të konsumit të përgjithshëm del se e ka shëndetin më të keq në krahasim me 20 përqindshin e sipërm.

Një përcaktues tjetër i pabarazisë shoqërore apo i nivelit të varfërisë janë edhe llojet e ndryshme të sëmundjeve që shfaqen në grupet e ndryshme të popullsisë. Kështu, kur vështrohen sëmundjet kronike del se, njerëzit jo të varfër preken kryesisht prej sëmundjeve të mirëqenies (sëmundjet kardiovaskulare), ndërsa popullsia e varfër preket më shumë prej sëmundjeve të varfërisë (sëmundjet e traktit të frymëmarrjes).

Ndërkohë që pothuajse gjysma e shqiptarëve e kanë të vështirë të përballojnë kujdesin shëndetësor (45,1%), pabarazia ndërmjet të

varfërve dhe jo të varfërve është e dukshme kur vështrohet mundësia për të shfrytëzuar sistemin shëndetësor. Pabarazia nuk pasqyrohet në vizitat te ambulancat publike, por kryesisht kur bëhen vizitat te mjeku. Kështu, përqindja e njerëzve në 20 përqind të kreut që shkojnë për vizitë te një mjek privat është rreth 11.9, kurse e njëjta përqindje për pjesën e fundit prej 20 përqind të popullsisë është vetëm 4,9 për qind.

Po të shqyrtohet papunësia, popullsia e varfër ka pothuaj dyfishin e normës së papunësisë krahasuar me jo të varfrit. Kështu, norma e papunësisë për të varfrit është te 14,2 për qind, për jo të varfrit te 8,5 për qind dhe më të prekur janë njerëzit që jetojnë në varfëri të skajshme me normën te 23,7 për qind (Banka Botërore dhe INSTAT, 2003).

Tabela 1.6.1. Niveli i shëndetit dhe i varfërisë sipas vetëvlerësimit.

Pabarazia (si tregues i varfërisë) e mbështetur në konsumin	Shëndeti sipas vetëvlerësimit					
	Shumë e mirë	E mirë	Mesatare	E varfër	Shumë e varfër	Gjithsej
Më të varfrit 20%	28.3	40.3	17.4	11.2	2.8	100
Më të pasurit 20%	38.4	41.9	13.5	5.5	0.7	100

2

**Varfëria dhe Pabarazitë
në Shëndetësi**

Me shembjen e regjimit komunist, njësoj si në vendet e tjera të Europës Lindore, edhe Shqipëria pati rënie masive të nivelit të të ardhurave si rrjedhim i amullisë ekonomike në fillim të viteve 1990. Kjo u paqyrua në shkurtimet e mëdha të shpenzimeve shtetërore për masat e kujdesit shëndetësor. Kështu, shpenzimet për shëndetësinë si përqindje e PBB zbritën nga 3,36 për qind më 1992 te 1,91 për qind në vitin 2000 (Tabela 2-1). Ndonëse fondet e caktuara për shërbimin shëndetësor janë shtuar më 2001 e më 2002, duke arritur 2,0% dhe 2.7% të PBB përkatësisht, ky sektor vijon ende të mbetet mjaft larg nga niveli i kënaqshëm i financimit.

Qeveria shqiptare, ashtu si të tjerat në Europën Lindore, ka pasur nevojë të madhe për të gjetur financime për kujdesin shëndetësor nga fonde shtesë, si tatimfitimi, sigurimet dhe ndarja e kostos me pacientët (Falkingham, J.C. 2002). Në shumicën e vendeve të Europës Lindore, ku ka nisur të zbatohet reforma në sistemin e shëndetësisë, pagesat jozyrtare dhe nën dorë për kujdesin shëndetësor gjithmonë përbëjnë një rrezik të madh për këto vende. Kjo prirje do të ketë ndërlikime të mëdha në politikën për reformën e kujdesit shëndetësor dhe, ashtu siç pritet, këto pagesa janë shumë të mëdha dhe do të përbëjnë një kërcënim për reformën e kujdesit shëndetësor

në këto vende (Ensor, T. e të tj., 2000). Shqipëria nuk përbën përjashtim nga kjo prirje. Ajo ka trashëguar nga e kaluara komuniste një sistem të kujdesit shëndetësor të mbështetur në financimin qendror nga shteti, i cili kishte për qëllim të arrinte mbulimin e plotë gjeografik (Gjonça, E. dhe Gjonça, A., 2000). Në vitin 1990 mëse 85 për qind e financimit jepej prej qeverisë në qendër dhe pjesa tjetër prej pagesave me para në dorë (Reynolds, D., 2003). Sistemi përqendrohej kryesisht te kujdesi shëndetësor parësor.

Siç është treguar në analizat e mëparshme, sistemi shëndetësor arriti një farë suksesi në përmirësimin e zgjatjes mesatare të jetës së shqiptarëve përgjithësisht e në vdekshmërinë e foshnjave e të fëmijëve në veçanti. Liberalizimi i tregut dhe reforma e gjerë ekonomike lindën nevojën për reformimin e sistemit shëndetësor në Shqipëri. Politika shëndetësore synonte së pari, të parandalohet keqësimi i mëtejshëm i shërbimeve shëndetësore bazë, si dhe të ruhej një sistem i qëndrueshëm i kostos së leverdishme.

Së dyti, ishte me rëndësi që të sigurohej barazia në sistem dhe të përmirësohej njëkohësisht cilësia. Disa nga reformat kryesore, që nisën në fillim të viteve 1990, ishin krijimi i sistemit të sigurimeve shëndetësore



dhe Instituti i Sigurimeve Shëndetësore. Një masë tjetër që u mor ishte lejimi i sistemit mjekësor privat paralel. (Gjonça, E. dhe Gjonça, A., 2000). Ndërsa këto masa ndihmuan për ta lehtësuar dhënien e kujdesit shëndetësor dhe financimin e pjesshëm të tij, përkundrazi, ato nuk e ruajtën barazinë dhe mbulimin e plotë gjeografik me kujdes mjekësor, që ishte trashëguar prej së kaluarës komuniste. Mundësia për të pasur shërbime shëndetësore është zvogëluar sidomos në zonat fshatare dhe të thella gjatë viteve 1990. Nga 630 qendra shëndetësore që veprojnë sot në vend, 50 vlerësohen si të papërdorshme. Veç kësaj, nga 2.000 ambulanca që nevojiten për mbulimin normal të popullsisë me shërbime shëndetësore në mbarë vendin, rreth 1300 prej tyre nuk funksionojnë (Q. e Shq., Strategjia kombëtare për zhvillimin ekonomik-shoqëror, 2003).

Bazuar në këto të dhëna del se shpenzimet e qeverisë u shkurtuan rëndë (Tabela 2-1) dhe kjo gjë u pasqyrua në rënien e një vargu aspektesh për shëndetin e popullsisë. Numri i mjekëve për 100.000 banorë ka rënë prej 171 te 139 në vitin 2000, duke e përmbysur prirjen pozitive përpara vitit 1990. Numri i infermiereve po ashtu zbriti poshtë. Me hap të ngjashëm ka pësuar rënie numri i shtretërve në spitale nga 590 më 1990 te 326 në vitin 2000, si dhe numri i spitaleve për 100.000 banorë nga 4,11 më 1992 te 1,61 në vitin 2000 (Tabela 2-1).

Nuk është për t'u habitur që ndryshimet në këto masa për mjekësinë do të kishin pasoja afatshkurtër mbi shëndetin e popullsisë. Dy ndarjet vijuese japin gjendjen e shëndetit të popullsisë shqiptare në vitin 2002 sipas matjeve të bëra me vetëvlerësim dhe të rastisjes së sëmundjeve kronike e akute.

2.1 Gjendja shëndetësore dhe pabarazitë (shëndeti sipas vetëvlerësimeve)

Përgjithësisht shqiptarët bëjnë një jetë më të shëndetshme në krahasim me europianët e tjetër lindorë e juglindorë (Gjonça, A. 2001). Ata jetojnë gjatë, me zgjatje mesatare rreth 74,5 vjet për të dyja gjinitë në vitin 2000 (INSTAT, 2003). Këtë zgjatje të madhe të jetës ata e kanë ruajtur madje edhe gjatë viteve 1990. Punime të tjera kanë nxjerrë në pah se kjo vjen kryesisht prej përmirësimeve që ndodhën gjatë 50 vjetëve të fundit në sistemin shqiptar të kujdesit shëndetësor, prej përmirësimeve në ushqim, si dhe stilit të shëndetshëm mesdhetar të jetesës, që ekziston tek shqiptarët në krahasim me europianët e tjerë (Gjonça, A. dhe Bobak, B., 1997). Ndërsa matjet e vdekshmërisë mbështeten në të dhënat e agregate dhe na tregojnë nivelin dhe modelin e vdekshmërisë, ndërkohë që ato nuk na tregojnë nivelin e sëmundshmërisë së popullsisë dhe sesi e perceptojnë njerëzit shëndetin e tyre.

MMSJ-ja është i pari dhe i vetmi vrojtim, që ka mbledhur të dhëna për vdekshmërinë për gjithë popullsinë e Shqipërisë. Të dhënat e analizuara këtu janë matje të vetëvlerësimit për gjendjen shëndetësore dhe rastisjen e sëmundjeve kronike e akute për individët e popullsisë së anketuar. Përveç pasqyrit të modelit të vdekshmërisë së vendit, shqyrtimi i të dhënave për gjendjen e shëndetit me anë të vetëperceptimit ka dobi të madhe për

Tabela 2-1. Treguesit e përdorimit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri

	1990	1992	1995	2000	2001	2002
Shpenzimet shëndetësore si përqindje e PBB		3.36	2.38	1.91	2.00	2.70
Mjekë për 100.000 banorë	171.02	165.01	130.63	138.89		
Infermiere për 100.000 banorë		499.20	435.09	390.94		
Shtretër për 100.000 banorë	590.01	401.34	319.22	326.33		
Spitale për 100.000 banorë		4.11	1.57	1.61		

Burimi: Zyra Rajonale e OBSH për Europën, Health for All database.

Shënimi ¹: Të dhënat për vitin 1990 janë mbështetur te Vjetari Statistikor i Shqipërisë.

hartuesit e politikave, pasi në sistemin e kujdesit shëndetësor me orientim tregu, në të cilin të sëmurët zgjedhin se çfarë të 'konsumojnë' dhe paguajnë për të, ka rëndësi që këto shërbime të ndërtohen duke u mbështetur në nevojat e tyre. Këto të dhëna ndihmojnë studiuesit dhe hartuesit e politikave për të përcaktuar nevojat e kujdesit shëndetësor të popullsisë. Një përfitim tjetër del nga analiza e këtyre të dhënave: ne jemi në gjendje të masin pabarazitë në fushën e shëndetit mes popullsisë shqiptare, lidhur me mundësinë për ta pasur shërbimin shëndetësor, me pagesat e përdoruesve (kush mund t'i përballojë dhe kush jo), si dhe lidhur me karakteristikat e tjera të gjendjes ekonomike e shoqërore, si të ardhurat, arsimit etj. Tabela 2.1-1 tregon shëndetin sipas vetëperceptimit të grupmoshat e të pyeturve. Ashtu siç edhe mund të pritej, kur njerëzit moshohen, ata bëjnë një matje dhe një vetëvlerësim të gjendjes së tyre shëndetësore, duke treguar nëse shëndeti i tyre është përmirësuar apo përkeqësuar.

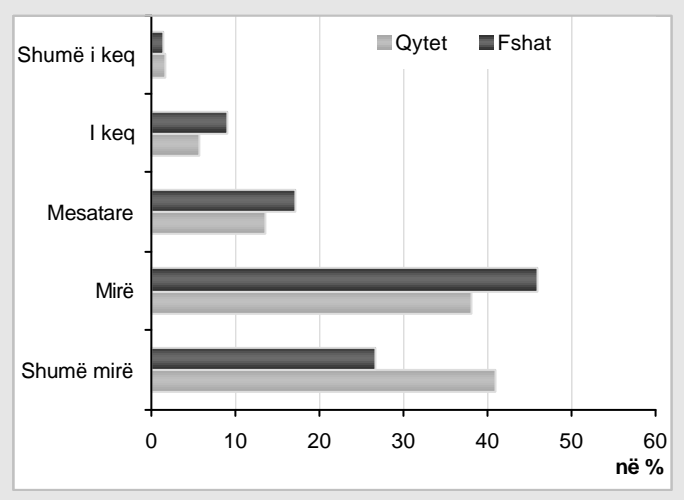
Kjo nuk është thjesht pasqyrim i gjendjes së shëndetit të tyre, por dihet gjithashtu se mund të jetë një e dhënë e trilluar në moshë të madhe. Ndërsa ata që thonë se e kanë shëndetin të mirë ose shumë të mirë, janë breznitë e moshave të reja, zakonisht nën moshën 40 vjeç. Kështu, gjithë njerëzit që thonë se e kanë shëndetin shumë të mirë, 62 për qind janë të moshave ndërmjet viteve 10-39, ndërsa vetëm 1,5 për qind të njerëzve me moshë 60 vjet e më sipër thonë se e kanë shëndetin shumë të mirë. Tabloja del tërësisht e ndryshme për njerëzit që njoftojnë se shëndeti i tyre është shumë i keq. Të rinjtë (me moshë 10-19 vjeç) përbëjnë vetëm 3,5 për qind të këtyre njerëzve dhe ata mbi 60 vjeç përbëjnë 57,9 për qind. Kur shqyrtohen dallimet fshat-qytet, del e qartë që në zonat rurale ka një prirje për të pasur përqindje më të lartë njerëzish që vlerësojnë se kanë shëndet shumë të keq. Kështu, përqindja e njerëzve që thonë se e kanë shëndetin shumë

Tabela 2.1.-1. Shëndeti i vetëvlerësuar sipas moshës së të pyeturve

Grupmoshat	Shumë i mirë	I mirë	Mesatar	I keq	Shumë i keq	Gjithsej
0-9	24.27	20.43	8.43	4.95	1.4	18.35
10-19	31.38	19.8	8.09	4.06	3.47	20.32
20-39	30.84	28.64	17.46	10.68	15.31	26.05
40-59	11.98	23.55	35.3	28.57	21.89	21.96
60+	1.53	7.59	30.71	51.75	57.92	13.33
Gjithsej	100	100	100	100	100	100

të mirë është më e lartë në zonat urbane (41,1 për qind), krahasuar me zonat fshatare (26,6 për qind). E kundërta është e vërtetë për njerëzit që e vlerësojnë se e kanë shëndetin të keq dhe shumë të keq, ku përqindjet nga zonat rurale janë më të larta sesa ato të zonave urbane, përkatësisht 1,4 për qind (në qytet) dhe 1,6 për qind (në fshat) për shëndetin shumë të keq, kurse 5,75 për qind (në qytet) dhe 8,9 për qind (në fshat për njoftimet me shëndet të keq). Kjo ishte diçka që pritej, sepse siç është treguar më sipër, njerëzit në zonat rurale përgjithësisht janë më të varfër sesa në zonat urbane. Kjo vërtetohet edhe nga analizat e shëndetit të vetëvlerësuar sipas nivelit të varfërisë. Një model mjaft interesant del gjithashtu, kur shëndeti i vetëvlerësuar analizohet nga pikëpamja e shpërndarjes rajonale të popullsisë. Kështu, në zonat me përqindje më të lartë të njerëzve që njoftojnë se kanë shëndet të mirë janë zonat më të pasura të Tiranës dhe të jugperëndimit.

Figure 2.1-1. Shëndeti i vetëvlerësuar për popullsinë urbane e rurale





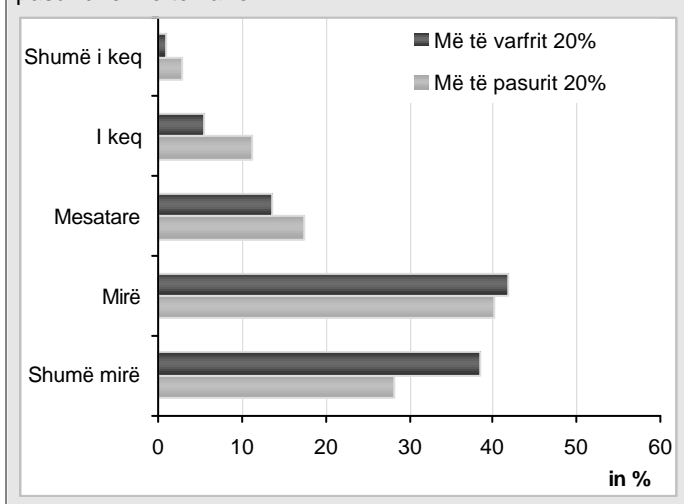
Ndërsa përqindja e njerëzve të verilindjes së vendit, të cilët thonë se e kanë shëndetin shumë të mirë është shumë e vogël, rreth 13.3 për qind. Duhet mbajtur parasysh se kjo zonë vështrohet si treva më e varfër e vendit. Qyteti i Tiranës, si treva më e pasur e vendit, del në pah se ka përqindjen më të ulët të njerëzve, të cilët thonë se e kanë shëndetin të keq ose shumë të keq, përkatësisht 4,2 dhe 1,4 për qind. Gjithashtu ka rëndësi të përmendet që modeli i shëndetit të vetëvlerësuar në nivel rajonal pasqyron modelin e dallimeve mes fshatit e qytetit, duke dalë Verilindja e ngjashme me zonat rurale dhe Tirana me një model të ngjashëm me zonat urbane. Ky dallim rajonal është me shumë rëndësi, jo vetëm në përpjekjet për të kuptuar gjendjen shëndetësore brenda vendit, por edhe për të shpjeguar pjesërisht disa nga prirjet e modelet e migrimit të brendshëm. Dihet se varfëria në pikëpamje reale, ashtu si dhe

papunësia, janë shkaktarët kryesorë të lëvizjeve të brendshme në vend gjatë viteve 1990, por gjithashtu mundësia për të pasur kujdesin shëndetësor dhe aspekte të tjera të jetës shoqërore përbëjnë një forcë tërheqëse për njerëzit që jetojnë në zonat, ku këto mungojnë, dhe i shtojnë të shpërngulen drejt zonave të vendit me shërbime më të mira. Një tablo e njohur na del, kur të dhënat paraqiten në Fig. 2.1-2 për shëndetin e vetëvlerësuar sipas nivelit të varfërisë, duke krahasuar 20 për qind e më të varfërve dhe 20 për qind e më të pasurve sipas shpenzimeve të tyre për konsum. Siç e tregojnë të dhënat, ata që bëjnë pjesë në 20 përqindshin e popullsisë më të varfër lidhur me nivelin e varfërisë, vlerësimin e shëndetit e kanë gjendje të keqe ose shumë të keqe shëndetësore dhe e kanë më të lartë sesa 20 përqindshi i më të pasurve. Është me interes gjithashtu të vihet në dukje se këto të dhëna pasqyrojnë në një shkallë të madhe edhe shpërndarjen fshat-qytet për vetëvlerësimin e shëndetit, duke treguar edhe një herë se dallimi fshat-qytet i Shqipërisë është edhe një ndarje në të pasur e të varfër. Megjithatë, ka rëndësi të përmendet se përgjithësisht edhe popullsia rurale e quan veten të shëndetshme.

Tabela 2.1-2. Shëndeti i vetëvlerësuar sipas vendbanimit të të anketuarve (4 shtresa kryesore të vrojtimit të MMSJ).

Rajonet	Shëndeti i Vetëvlerësuar					Gjithsej
	Shumë i mirë	I mirë	Mesatar	I keq	Shumë i keq	
Jugperëndimi	38.2	37	15.3	8.1	1.5	100
Qendra	31.8	42.1	16.8	7.9	1.5	100
Verilindja	13.3	61.1	15.5	8.6	1.6	100
Tirana	41	41.5	11.9	4.2	1.4	100

Figure 2.1-2. Shëndeti i vetëvlerësuar për popullsinë më të pasur dhe më të varfër

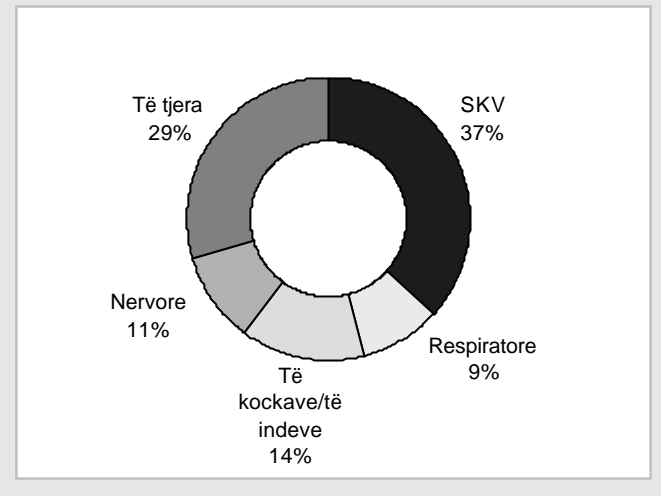


2.2 Modelet e sëmundshmërisë dhe pabarazia

Të dhënat për sëmundjet kronike gjatë tre vjetëve të kaluar tregojnë se ka shtim të sëmundshmërisë sipas moshës për të dyja gjinitë, diçka kjo që është e pritshme. Fëmijët dhe të rinjtë e moshave nga 0 deri 15 vjeç shfaqin përqindjen më të ulët të sëmundjeve kronike me 3 dhe 2,6 për qind për meshkujt e femrat përkatësisht, ndërsa të moshuarit mbi 65 vjeç kanë përpjesën më të madhe me 54 dhe 58 për qind për burrat e gratë përkatësisht. Ndërsa përqindja e grave të moshës së madhe si për sëmundjet kronike, edhe për

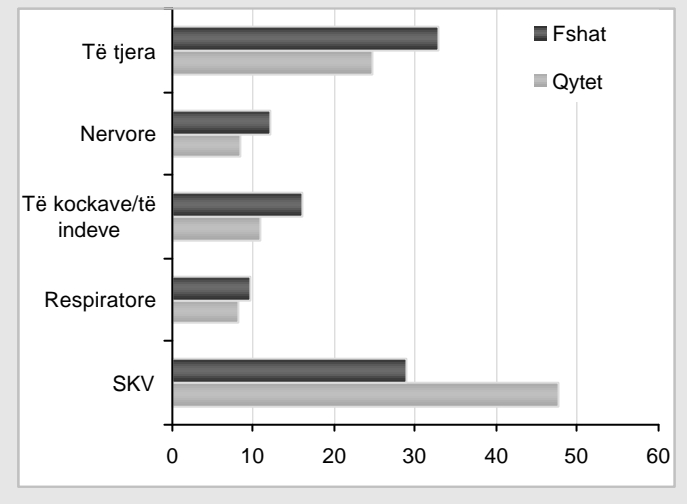
ato akute është më e lartë në krahasim me burrat, kjo nuk mund të thuhet lidhur me vizitat për të marrë ndihmë mjekësore. Burrat e moshës 65 vjeç e më lart kërkojnë më shumë ndihmë mjekësore dhe shtrohen më shumë në spital sesa gratë. Përqindja e burrave që kërkojnë ndihmë mjekësore është rreth 77,6 për qind, krahasur me 41,5 për qind për gratë, ndërsa shtrimi në spital është 9,6 për qind për burrat dhe 7,4 për qind për gratë. Fig. 2.2-1 tregon modelin e sëmundjeve sipas njoftimeve të të anketuarve në MMSJ-në. Incidenti i sëmundjeve kronike në tre vjetët e kaluar tregon qartë modelin e një vendi, që është në fazë të përparuar të tranzicionit epidemiologjik, duke i pasur sëmundjet kardiovaskulare si grupin më të madh.

Figure 2.2-1. Shpërndarja e incidencës së sëmundjeve kronike në tre vjetët e kaluar sipas tipit të sëmundjes



Ky përfundim mbështet analizat e tjera të kryera në të kaluarën, që tregon se Shqipëria ka kaluar në fazën përfundimtare të tranzicionit epidemiologjik, në fazën e sëmundjeve të shkaktuara prej njeriut dhe atyre degjeneruese (Gjonça, A. 2001). Megjithatë, ka një incidencë të lartë të sëmundjeve të frymëmarrjes, që nuk pritej lidhur me nivelin e lartë të zgjatjes së jetës në vend. Në të vërtetë kjo pasqyron nivelin e varfërisë në vend, pasi sëmundjet e frymëmarrjes janë të tilla, që mbizotërojnë mes të varfërve. Përsëri duhet theksuar, se sëmundshmëria e vetënjoftuar, me nivel të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare dhe relativisht të lartë të sëmundjeve respiratore pasqyrojnë gjendjen paradoksale në Shqipëri si një vend, i cili e ka arritur shëndetin e mirë me kosto relativisht të ulët, por ende është vend i varfër me vdekshmëri foshnjore relativisht të lartë dhe me rastisje të lartë të sëmundjeve respiratore.

Figure 2.2-2. Dallimet fshat-qtet në shpërndarjen e incidencës së sëmundjeve kronike gjatë tre vjetëve të kaluar

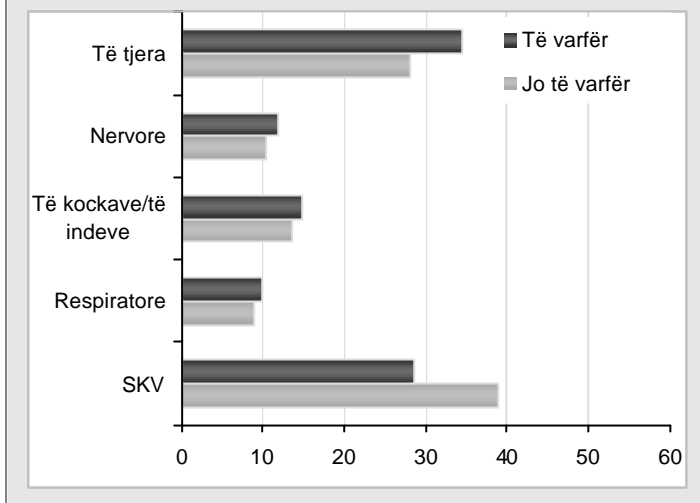


Kur analizohet modeli i sëmundshmërisë sipas dallimeve fshat-qtet dhe sipas variacionit rajonal, na shfaqet e njëjta tablo. Krahasimi si në nivelin fshat-qtet dhe në nivelin rajonal pasqyron atë që pritej, se incidenti i sëmundjeve kardiovaskulare (SKV) është më i shpeshtë në zonat më të pasura të

Tabela 2.2-1. Dallimet rajonale në shpërndarjen e incidencës së sëmundjeve kronike gjatë tre vjetëve të kaluar

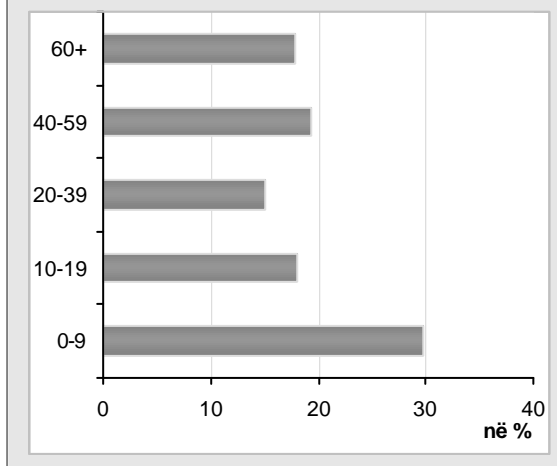
Rajonet	Sëmundjet kronike në tre vitet e fundit					Gjithsej
	SKV	Respiratore	Kockak/indet	Nervore	Të tjera	
Jugperendimi	38.4	7.4	11.9	10.8	31.6	100
Qendra	35.8	10.4	14.7	11.4	27.7	100
Verilindja	23.2	11.8	22.3	11.7	31.1	100
Tirana	49.6	6.9	10	5.6	28	100
Gjithsej	36.8	9.1	14	10.7	29.5	100

Figure 2.2-3. Dallimet në shpërndarjen e incidencës së sëmundjeve kronike dhe të vijës së varfërisë në tre vjetët e kaluar



vendit, si Tirana, ose në zonat urbane. Është një fakt i njohur se sëmundjet e mirëqenies, si SKV-të mbizotërojnë në zonat urbane, të cilat janë edhe më të lulëzuara sesa zonat rurale. Nga ana tjetër, incidenti i sëmundjeve të frymëmarrjes është më e lartë në rajonet më pak të pasura, si Verilindja e vendit, dhe përgjithësisht në zonat rurale. Kështu, përqindja e sëmundjeve kardiovaskulare në Tiranë, si treva më e pasur e vendit, është rreth 50 për qind, ndërsa në Verilindje, zona më e varfër e vendit, është sa gjysma e kësaj, rreth 23,2 për qind. E kundërta del e vërtetë për sëmundjet respiratore, për të cilat përqindja është më e lartë në Verilindje (11,8 për qind), krahasuar me Tiranën (6,9 për qind).

Figure 2.2-4. Shpërndarja sipas moshës e incidencës së të ftohtave e gripit në katër javët e fundit para vrojimit



Kur modeli i sëmundshmërisë analizohet sipas nivelit të varfërisë në vend (Fig. 2.2-3), del e qartë se të varfrit janë më të prekshëm nga sëmundjet respiratore, sesa nga sëmundjet kardiovaskulare. Krahasimi me varfërinë tregon gjithashtu se jo të varfrit janë më të prekshëm nga sëmundjet kardiovaskulare. Ky mund të jetë një tregues i faktit, që Shqipëria po vuan nga 'barra e dyfishtë e sëmundjeve'. Megjithatë, duhet theksuar se kjo nuk është aq e ndjeshme sa në ekonomi të tjera në tranzicion. Kur vështrohen sëmundjet e befasishme në katër javët e kaluara, tabloja del mjaft e ngjashme nga pikëpamja e pabarazive kundrejt asaj që është paraqitur, kur u shqyrtuan sëmundjet kronike. Shfaqja e sëmundjeve të tilla të befasishme në katër javët e fundit tregon një model interesant, në të cilin sëmundjet respiratore (grip e të ftohtë) dalin si sëmundjet kryesore me rreth 80,1 për qind të gjithë sëmundjeve të befasishme.

Krahasimi sipas moshave pasqyron qartë modelin e Shqipërisë për sëmundjet dhe vdekshmërinë. Rastisja e gripit dhe e të ftohtave është më e lartë mes fëmijëve, te rreth 29.7 për qind. Nëse merret parasysh fakti, që Shqipëria ka vdekshmëri të lartë foshnjore, rreth 23 vdekje për një mijë të lindur të gjallë, kjo nuk del si diçka e papritur. Rastet e ftohjeve dhe të gripit janë më e larta në zonat verilindore të vendit dhe gjithashtu në fshatra krahasuar me qytetet. Kjo nuk është diçka e papritur, sepse vdekshmëria në këto zona është më e lartë e krahasuar me pjesën tjetër të vendit, veçanërisht vdekshmëria prej sëmundjeve respiratore. Kështu, Tirana ka vetëm 3,7 për qind të të gjitha rasteve me të ftohtë e grip krahasuar me Verilindjen, që arrin deri në 47,8 për qind. Dallimet fshat-qytet për sëmundjet e akute në katër javët e fundit gjithashtu na tregojnë mjaft se sistemi shëndetësor ka arritje të dobëta për mbështetjen e shëndetit dhe për aftësitë që të përballojë nevojat e grupeve rurale e më të prekshme.

2.3 Përdorimi i sistemit shëndetësor dhe pabarazitë

Politika e Shqipërisë për reformimin e sistemit shëndetësor nuk drejtohet vetëm nga mbizotërimi i sistemit shëndetësor publik, por edhe nga krijimi i sistemit shëndetësor privat. Është e vështirë të mbahet barazpeshimi ndërmjet këtyre dy anëve në një ekonomi në tranzicion, në të cilën njerëzit nuk mund t'i përballojnë nevojat bazë dhe kur një e katërta e popullsisë shqiptare jeton në nivelin e varfërisë.

Ndryshe nga ajo që besohet përgjithësisht, shumica e shqiptarëve ende përdorin shërbimet brenda sektorit publik. Kur njerëzit kanë qenë të sëmurë nga ndonjë sëmundje kronike ose e befasishme, shumica e tyre, rreth 76,8 për qind kanë shkuar në ambulancat publike. Është interesante të vihet në dukje se vetëm 7,5 për qind e popullsisë që kanë nevojë për vizitë mjekësore shkojnë te një mjek privat, ndërsa 13,8 për qind shkojnë te një infermiere dhe vetëm 1,9 për qind e të sëmurëve i drejtohen mjekësisë alternative. Shpërndarja e vizitave te personeli mjekësor nuk ka ndryshime për sëmundjet kronike ose të befasishme, nëse analizohen veç e veç. Kështu, për të dy tipet e sëmundjeve njerëzit ende shkojnë në ambulancat publike, me 74 për qind prej tyre për sëmundjet e befasishme dhe 77,4 për qind për sëmundjet kronike. Ka një dallim të vogël, kur njerëzit vuajnë nga sëmundjet e befasishme. Përqindja e atyre që shkojnë te një infermiere është e lartë për sëmundjet e befasishme (18,7 për qind), siç mund të pritej kur një njeri ka marrë të ftohtë ose grip. Tabela 2.3-2 paraqet numrin mesatar të vizitave të bëra te një qendër mjekësore për qendrat jashtëspitalore sipas nivelit të varfërisë, të matur sipas nivelit të konsumit. Duket se përdorimi i kujdesit shëndetësor është i ngjashëm si për grupet më të pasura, edhe për më të varfret të popullsisë, që kanë të njëjtën normë përdorimi të qendrave të

Tabela 2.3-1. Përqindja e shpërndarjes së vizitave te personeli mjekësor kur dikush është i sëmurë

	Ambulancë publike	Mjek privat	Infermiere	Alternative	Gjithsej
Sëmurë nga sëmundje kronike ose e befasishme	76.8	7.5	13.8	1.9	100
Me sëmundje kronike	77.4	8.5	11.4	2.6	100
Me sëmundje të befasishme	74	5.7	18.7	1.6	100

kujdesit, qofshin private ose publike. Numri mesatar i vizitave te një klinikë publike ambulatorie është 1,6 për më të varfrit 20 për qind të popullsisë, krahasur me 1,4 herë për 20 për qind të më të pasurve. Studiues të ndryshëm kanë konstatuar se njerëzit më të varfër të një popullsise kanë prirje që të shkojnë më shumë në sektorin publik sesa të pasurit. Zakonisht është e vështirë të provohet kjo, pasi të dhënat janë komplekse dhe nuk ka ndonjë rregull të përgjithshëm për ta shpjeguar këtë prirje. Ndërsa kjo prirje qëndron për vizitat në ambulancat publike, e kundërta është e vërtetë kur analizohen vizitat te mjekët private, ndërkohë të varfrit bëjnë më shumë vizita në qendrat mjekësore private sesa të pasurit. Pavarësisht nga kufijtë e nivelit të të ardhurave, njerëzit kanë paguar vizitat te infermieret, personeli paramjekësor e mamitë më shumë sesa për gjithë personelin tjetër mjekësor. Numri mesatar i vizitave të gjithë popullsisë në katër javët e fundit është rreth 4,6. Kjo ndoshta ndodh sepse infermieret, personeli paramjekësor dhe mamitë është më e lehtë të gjenden sesa mjekët, duke qenë një mundësi më e lirë, e ndoshta, një trashëgimi nga e kaluara, kur kjo kategori personeli ishte pika e parë e kontaktit.

Tabela 2.3-2. Numri mesatar i vizitave në qendrat e kujdesit mjekësor në 4 javët e kaluara

	Numri mesatar i vizitave në qendrat shëndetësore gjatë 4 javëve të fundit			
	Shërbimet ambulatorie publike	Mjek privat	Infermiere	Alternative
Më të varfrit 20%	1.6	1.7	4.5	1.7
Më të pasurit 20%	1.4	1.3	4.9	2.5
Gjithsej	1.5	1.4	4.6	1.7



Tabela 2.3-3 paraqet përdorimin e spitaleve dhe kostot në 12 muajt e fundit për gjithë popullsinë sipas nivelit të varfërisë. Numri i herëve që njerëzit janë pranuar në spitale gjatë 12 muajve të kaluar nuk ndryshonte shumë sipas gjendjes ekonomike të individëve. Siç e ka treguar puna kërkimore, kjo lidhet më shumë me nivelin arsimor sesa me nivelin ekonomik të individit. Shifrat janë më tepër pasyrim i nevojës për shtrim në spital, sesa i aftësisë për të gjetur mundësinë dhe për ta përballuar shtrimin në spital. Mesatarisht njerëzit janë pranuar në spital vetëm një herë gjatë vitit të kaluar. Sasia e ditëve të kaluara në spital është po ashtu e ngjashme. Megjithatë, kur vjen puna për koston e shtrimit në spital ka një hendek të gjerë mes më të varfërve dhe më të pasurve. Kështu, kostoja mesatare për shtrimin në spital për më të varfrit 20 për qind është më shumë se gjysma e kostonë së 20 për qind të më të pasurve, me gjithë kohën e njëjtë të qëndrimit në spital. Kostoja më e lartë e më të pasurve mund të vijë si rrjedhim i pranimi që të paguhet një trajtim më i shtrenjtë (ka më pak të ngjarë në rastin e shqiptarëve, pasi trajtimi është i standardizuar brenda sistemit), ose se kërkojnë kujdes dhe kushte më të mira gjatë qëndrimit në spital. Vlera mesatare e bakshisheve që jepen nga të pasurit është pothuaj një e gjysmë kundrejt atyre që jepen

nga 20 për qind më të varfrit e popullsisë. Megjithëse të pasurit paguajnë më shumë për kujdesin në spital, sepse mund ta përballojnë, përsëri të varfrit ende mbajnë një sasi të madhe të barrës së shpenzimeve të spitaleve.

2.3.1 Pagesat jozyrtare dhe pabarazitë

Dallimi ndërmjet një pagese zyrtare dhe një pagese jozyrtare nuk është i prerë qartë. Ngatërresa më e madhe vjen kur pagesa quhet jozyrtare, për shkak të rrethanave që e shoqërojnë pagesën, si rasti kur pagesa bëhet para trajtimit ose pas trajtimit, kur pagesa bëhet si bakshish, që mund të jetë gjë e zakonshme për atë popullsi ose mund të mos jetë. Kjo e ndërlikon edhe më tepër këtë çështje. MMSJ-ja nuk ka bërë ndonjë dallim ndërmjet pagesave “zyrtare” dhe “jozyrtare”, megjithatë do të ishte shumë e vështirë për të anketuarin që të përgjigjej, nëse pagesa ka qenë zyrtare ose jozyrtare, sepse në praktikë është e vështirë për pacientin ta bëjë dallimin, nëse është zakon në atë bashkësi, siç ndodh në rastin e Shqipërisë. Përgjithësisht ne do të shohim këtu bakshishet që i jepen personelit mjekësor dhe më shumë do të merremi me faktin, nëse pagesa përgjithësisht është barrë për popullsinë apo nuk është.

Rënia e shpenzimeve shtetërore për kujdesin shëndetësor e ka ulur aftësinë e sitemit për të siguruar kujdesin shëndetësor të përballueshëm dhe të mundshëm për ta pasur cilido, diçka që quhej e pranuar për Shqipërinë, për shkak të historisë së kaluar në dhënie e kujdesit shëndetësor. Ndërkohë që rënia e të ardhurave për sistemin shëndetësor po shkon me shpejtësi, kjo krijon një shtresë specialistësh mjekësorë të paguar keq, mungesë të pajisjeve dhe të trajtimeve mjekësore, si dhe të furnizimeve me ilaçe e me pajisje të tjera. Që të plotësojnë

Tabela 2.3-3. Përdorimi i spitaleve dhe kostoja

	Numri mesatar i herëve të pranimeve në spitale gjatë 12 muajve të kaluar	Gjatësia mesatare e qëndrimit në spital (ditë)	Kostot e shtrimit në spital me përjashtim të bakshisheve ¹	Bakshishet e dhëna personelit të spitalit ²
20% më të varfrit	1.3	19.2	100	100
20% më të pasurit	1.4	19.3	179	151
Gjithë popullsia	1.3	18	126	114

Shënim¹: Kostoja e shtrimit në spital nuk e përfshin sasinë e bakshisheve, koston e ilaçeve, transportin dhe pagesat për analizat. Kategoria e 20% më të varfërve merret si vijë bazë, kurse dy të tjerat llogariten si përqindje kundrejt 20% më të varfërve.

Shënim²: Kategoria e 20% më të varfërve merret si vijë bazë dhe dy të tjerat llogariten si përqindje kundrejt 20% më të varfërve.

Tabela 2.3.1-1. Pagesat jozyrtare sipas shumës së paguar personelit mjekësor

Pagesat jozyrtare për shërbimin shëndetësor publik në përqindje	
Pa pagesë	71.18
100 - 1000 lekë	27.12
1.000 - 10.000 lekë	1.46
10.000 lekë e +	0.24
Gjithsej	100

pagat e pagesat, mjaft njerëz të personelit shëndetësor e nisnin me kërkimin e pagesave jozyrtare, përveç pagesave të tjera që i ka vetë sistemi (Lewis, M. 2000). Në fillim të tranzicionit kjo nisi si diçka e rrallë, sot është bërë normë në shumicën e vendeve të mëparshme komuniste të Europës Lindore dhe është gjithashtu praktikë e zakonshme në Shqipëri.

Tabela 2.3.1-1 paraqet pagesat jozyrtare, që i bëhen personelit shëndetësor publik. Është me interes të vihet në dukje, se një pjesë e madhe e popullsisë nuk i përballon ose nuk mund t'i përballojë pagesat jozyrtare. Kjo përqindje e popullsisë është rreth 71 për qind. Prej 29 për qind që mbeten (afër 27 për qind e popullsisë) shumica paguajnë ndërmjet 100 dhe 1.000 lekë, e me sa duket, kaq është si normë. Si rregull i përgjithshëm në vend paguhen rreth 200-500 lekë jo zyrtarisht për një vizitë të personeli mjekësor.

Pagesat jozyrtare në pjesën më të madhe jepin vullnetarisht (59 për qind), por përqindja e personelit mjekësor që e kërkon këtë është ende e lartë, te 41 për qind. Këto rezultate duhen interpretuar me kujdes, pasi shumica e njerëzve ende i paguajnë bakshishet vullnetarisht dhe është fakt, që 41 për qind të njerëzve, të cilët shkojnë për vizita në sektorin publik, u është kërkuar ta paguajnë bakshishin, duke i përfshirë kështu gjithë pagesat jozyrtare brenda sistemit dhe me këtë krijohet një prirje për 'pagesa vullnetare të detyruara'. Pagesat jozyrtare bëhen kryesisht

nga njerëzit që banojnë në zonat rurale (60,1 për qind). Ashtu si mund të pritej, është e qartë se ata që nuk janë të varfër mund të mbajnë më shumë dhe prandaj ndodh që ata dalin me një përqindje më të lartë të atyre që japin pagesa jozyrtare në rreth 89,7 për qind.

Këto pagesa jozyrtare për punonjësit e kujdesit shëndetësor në sektorin publik kanë krijuar një treg të tretë jozyrtar për kujdesin shëndetësor brenda sistemit publik. Ky treg ekziston jashtë kontrollit dhe nuk është i rregulluar, kështu që kjo veprimtari është e paligjshme dhe nuk njoftohet. Ekzistenca e këtyre pagesave është një formë korrupsioni dhe i minon përpjekjet për reformën në sistemin e kujdesit shëndetësor (Lewis, M. 2000). Ka dëshmi edhe nga vende të tjera se këto pagesa e pakësojnë përdorimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për gjithë popullsinë, si pasojë e kostove më të larta. Ato gjithashtu e dëmtojnë reformën e sistemeve shëndetësore, që janë aq të nevojshme në këto vende.

Këto shpenzime për pagesa të përdoruesve janë një pengesë për kujdesin e të shtruarve. Ato i pengojnë njerëzit e varfër që të marrin shërbimet dhe ilaçet e nevojshme, madje edhe ata që kanë para, e kanë më të vështirë për të gjetur të holla për kujdesin e të shtruarve. Atyre që nuk janë në gjendje t'i përballojnë shpenzimet e larta ose pagesat, u kufizohen mundësitë për të zgjedhur. Ka pa fund histori të njerëzve që i gjejnë vetë ilaçet dhe format e kujdesit brenda sistemit. Të tilla janë edhe historitë e atyre, që nuk paguajnë dhe nuk marrin asnjë lloj mjekimi. E vërteta për njerëzit e varfër, që kanë probleme shëndetësore, është se "ata nuk gjejnë ndihmë; të varfrit lihen të vdesin" (Banka Botërore, 1997).



2.3.2 Përballimi i kujdesit shëndetësor

Përveç informacionit të grumbulluar për pagesat jozyrtare dhe për kuotat e përdoruesve, MMSJ-ja ka mbledhur të dhëna edhe për mundësinë e përballimit të kujdesit shëndetësor nga njerëzit që kanë nevojë. Kur janë pyetur, se si e kanë gjendjen financiare për të paguar kujdesin shëndetësor, një pjesë e madhe e tyre, rreth 45,1 për qind kanë thënë se ose e kanë pasur të vështirë ose shumë të vështirë për të paguar. Kjo gjen pasqyrim edhe te arsyet që jepen përse nuk janë drejtuar për ndihmë, ndërsa pothuaj 45 për qind e tyre kanë thënë se nuk mund ta përballonin. Përpjesa e njerëzve që e kanë më të lehtë të paguajnë për kujdesin shëndetësor është përsëri e ngjashme me rreth 45,1 për qind. Ndërsa janë pothuaj të njëjta përqindjet e njerëzve që e kanë të vështirë ose nuk paguajnë dot për kujdesin shëndetësor,

përsëri ka një pjesë të madhe njerëzish që nuk e kërkojnë kujdesin shëndetësor. Prej tyre afër 30 për qind nuk kërkojnë ndihmë, sepse besojnë se do të përmirësohen pa qenë nevoja të shkojnë te personeli mjekësor. Pothuaj 10 për qind e njerëzve të pyetur kanë dhënë largësinë nga qendra e kujdesit shëndetësor si arsye, përse nuk kërkojnë kujdesin mjekësor. Ky është një tipar interesant i sistemit shqiptar i viteve 1990, pasi në të kaluarën shteti krenohet se ishte e lehtë të shkohej te shërbimet mjekësore dhe se ishte i mbuluar i gjithë vendi. Ky është një tregues se ndoshta nuk është më si rregull, që mbulohet plotësisht vendi. E njëjta gjendje del, kur njerëzit pyeten, nëse shkojnë në spital kur janë të sëmurë. Një pjesë e madhe e tyre nuk e përballonin dot, rreth 63,35 për qind. Mosbesimi te personeli mjekësor dhe largësia nga spitali nuk dalin si arsye me peshë për të mos shkuar në spital.

Figure 2.3-1. Përballimi i kujdesit shëndetësor në përqindje
Gjendja financiare për të paguar për kujdesin shëndetësor (%)

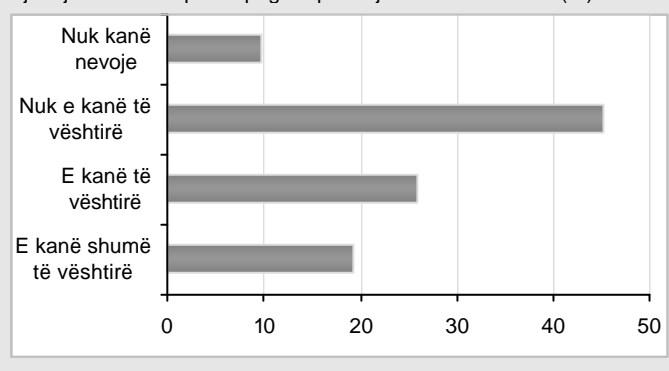


Tabela 2.3-1. Arsyet përse nuk kërkohet ndihmë mjekësore dhe nuk shkohet në spital

Arsyet përse nuk kërkohet (nuk shkohet)	mjekësore	(në spital)
Mendonin se do të përmirësoheshin pa ndihmë	29.86	22.36
Mendonin se do të përmirësoheshin me mjekësinë tradicionale	6.94	
Mendonin se mund të përmirësoheshin me ilaçe në shtëpi	9.03	
Nuk kanë kërkuar ndihmë se nuk e përballonin dot	44.44	63.35
E kishin shumë larg	9.03	3.21
(Nuk shkonin dot atje ku kishte shërbime)		1.86
(Nuk besonin te personeli shëndetësor)		3.21
Të tjera	0.69	6.21
Gjithsej	100	

2.4 Vërejtje përmbyllëse

Shqiptarët, të njohur për jetëgjatësinë e lartë të jetesës e arritur me “kosto shumë të ulët”, vijojnë të gëzojnë shëndet të mirë pas shembjes së komunizmit. Zgjatja mesatare e jetës është rritur dhe ata vete raportojnë se përgjithësisht gëzojnë shëndet të mirë. Ajo që ka ndryshuar kohët e fundit është se ky shëndet i mirë nuk mund të mbahet më në Shqipërinë e sotme me ‘kosto të ulët’. Në të vërtetë, shqiptarëve do t’u duhet të paguajnë mjaft për ta mbajtur shëndetin e tyre të mirë.

Përqindja e shpenzimeve qeveritare për sektorin e shëndetësisë, po të shihet në strukturën e PBB-së pësoi një rënie pas viteve ‘90, por aktualisht vërehet një rritje e lehtë e saj. Kjo situatë ka prekur pothuajse të gjitha dimensionet e kujdesit shëndetësor. Veç kësaj vihet re dhe një rënie e numrit të mjekëve dhe personelit tjetër mjekësor, e cila ka çuar në mbylljen e një numri spitalesh dhe klinikash mjekësore. Edhe pse ka një sektor të shërbimit shëndetësor privat në rritje, ky mbetet i pamjaftueshëm për të plotësuar nevojat e shërbimit shëndetësor ofruar nga strukturat shtetërore.

Pabarazitë në shëndet dhe në vdekshmëri vazhdojnë, duke e pasur Shqipërinë verilindore me shfaqje më të lartë të sëmundjeve të ndryshme, në veçanti të sëmundjeve të lidhura me varfërinë, si sëmundjet respiratore. Pabarazitë ndeshen edhe ndërmjet popullsisë së varfër dhe popullsisë jo të varfër, duke i pasur të varfrit me shëndet më të keq dhe të prekur më shumë prej sëmundjeve të varfërisë.

“Paradoksi shqiptar i shëndetit” vijon të mbetet edhe në fillim të shekullit XXI, duke e pasur popullsinë me një normë të ulët të sëmundjeve të mirëqenies dhe me normë të lartë të sëmundjeve të varfërisë, në kundërshtim me atë që duhet të tregojë jetegjatesia e lartë.

Ndryshe nga sa mendohet në popull, shumica e shqiptarëve ende përdorin shërbimet shëndetësore publike. Mirëpo me krijimin e sektorit privat dhe me pagat e ulëta të personelit mjekësor, janë rritur pagesat jozyrtare, të cilat ende nuk janë shumë të larta, vetëm 27 për qind e popullsisë i paguan. Me gjithë reformën dhe standardin e përmirësuar të jetës, shumica e popullsisë (rreth 45,1 për qind) ende e ka të vështirë të paguajë për kujdesin shëndetësor.

Së fundi, analizat e gjendjes shëndetësore dhe të sistemit të kujdesit shëndetësor e mbështesin faktin, që janë pabarazitë shoqërore ato, të cilat i japin formë pabarazisë në sistemin shëndetësor.

3

**Varfëria dhe Pabarazitë
në Arsim****3.1 Analfabetizmi dhe arritjet
arsimore**

Përfundimet nga regjistrimi i popullsisë dhe i banesave tregojnë se niveli i analfabetizmit është më pak se 2 për qind në Shqipëri për popullsinë me moshë nga 6 vjeç e sipër. Të dhënat prej MMSJ-së tregojnë se norma e analfabetizmit është 5,7 për qind për njerëzit mbi 14 vjeç. Ky dallim ndërmjet këtyre dy burimeve të të dhënave mund të vijë, së pari, si problem prej të dhënave, pasi llogaritjet e para përfshijnë një pjesë të madhe të njerëzve me moshë nga 6 deri 15 vjeç, dhe, së dyti, mund të vijë për shkak të dy përcaktimeve të ndryshme të analfabetizmit, që janë përdorur nga dy burimet. Kur llogaritjet janë bërë për popullsinë 6 vjeç e lart (për njerëzit që dinë shkrim e këndim) në të dhënat e MMSJ-së, përqindja e popullsisë analfabete del te 4,6 për qind. Pavarësisht nga përcaktimet që janë zbatuar, analfabetizmi në Shqipëri është mjaft i ulët sipas standardeve të shoqërive të zhvilluara bashkëkohëse.

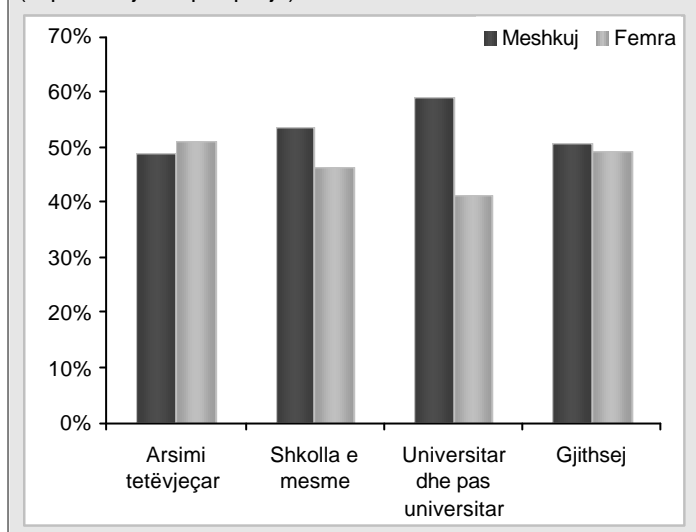
Kur analizohet regjistrimi i përgjithshëm në shkollë, del një ndryshim i dukshëm në periudhën nga viti 1990 në vitin 2000. Kështu, regjistrimi i përgjithshëm shkollor për shkollën tetëvjeçare ka rënë nga 102 për qind më 1990

Është një fakt i pakundërshtueshëm, se Shqipëria ka një popullsi me shkallë të lartë arsimimi dhe me nivel të shkollimit të krahasueshëm jo thjesht me vendet që kanë të njëjtin nivel të zhvillimit ekonomik, por edhe me shoqëritë bashkëkohore të zhvilluara. Kjo mbështetet nga burime të ndryshme të dhënash dhe nga botimet, që janë marrë me arsimin shqiptar (Gjonça etj., 1997, INSTAT, 2003, INSTAT-SCR, 2003).

të rreth 99,8 për qind në vitin 2002. Ndërsa regjistrimi në shkollën e mesme ka rënë nga rreth 80 për qind më 1990 në 44 për qind në vitin 2002, ai në universitet është ngritur me 5 për qind. Rënia e regjistrimit në shkollën e mesme është mjaft e theksuar.

Përgjithësisht ndërmjet burrave e grave nuk ka ndonjë dallim të madh për analfabetizmin. Ky është një aspekt i rëndësishëm i pabarazive arsimore, pasi në një shoqëri tradicionale, siç mbetet edhe sot ajo shqiptare, dallimet arsimore ndërmjet burrave e grave janë tregues i mirë i arritjeve të barazisë shoqërore. Të dhënat e MMSJ-së tregojnë se norma e analfabetizmit për burrat është 2,8 për qind, ndërsa për gratë 6,2 për qind. Të dhënat e regjistrimit të popullsisë paraqesin madje një dallim më të vogël e të parëndësishëm (1,2 dhe 1,9). Kjo vjen kryesisht prej analfabetizmit të moshat e mëdha, ku analfabetizmi i grave mbi 60 vjeç

Figure 3.1-1. Arritjet arsimore sipas nivelit të arsimit dhe gjinisë (shpërndarja në përqindje)

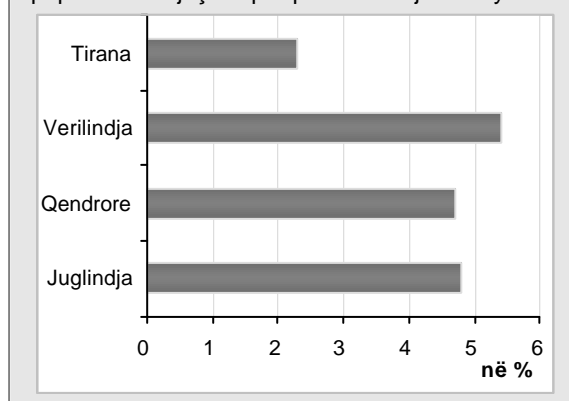


është afër 34,8 për qind, ndërsa për burrat vetëm 12,4 për qind. Kur vështrohen arritjet arsimore, del e qartë se dallimet burra-gra përgjithësisht janë të vogla (Fig. 3.1-1). Kështu, për arsimin tetëvjeçar numri i femrave që mbarojnë shkollën është më i lartë, të 52% e gjithë atyre që mbarojnë shkollën. Për arsimin e mesëm femrat që kanë mbaruar shkollën përbëjnë 47 për qind të gjithë atyre që e kanë përfunduar. I vetmi nivel, në të cilin ka një përparësi të dukshme të meshkujve në arritjet arsimore është niveli universitar, në të cilin femrat e diplomuara përbëjnë vetëm 41 për qind të të gjithë të diplomuarve. Megjithatë, ky model do të ndryshojë në vitet e ardhme, pasi numri i studentëve të rinj që regjistrohen në universitet gjatë dhjetë vjetëve të fundit është rritur për femrat dhe ka rënë

për meshkujt. Në vitin 1999 femrat përbënin 60 për qind të studentëve të regjistruar në universitet, kundrejt 40 për qind për meshkujt (INSTAT, 2000).

Pabarazitë ndërmjet zonave urbane e rurale ishin zvogëluar në 50 vjetët e fundit. Të dhënat si nga regjistrimi i popullsisë, edhe të MMSJ-së tregojnë se ka një përparësi të lehtë urbane në normën e analfabetizimit në krahasimin e zonave urbane me ato fshatare. Kështu, norma e analfabetizimit në zonat urbane, e llogaritur prej të dhënave të MMSJ-së, është te 3,5 për qind, e krahasuar me 5,7 për qind në zonat rurale. Numri për frymë i atyre që kanë mbaruar shkollën tetëvjeçare është më i lartë në zonat fshatare krahasuar me zonat urbane, përkatësisht te 59 për qind në zonat fshatare dhe 39 për qind në zonat qytetare. Ky model ndryshon për shkollën e mesme dhe arsimin e lartë, duke dalë zonat rurale vetëm me 11,9 të diplomuar për njëqind banorë dhe 1,1 të diplomuar nga universiteti, ndërsa zonat urbane kanë 29,7 për qind të diplomuar nga shkolla e mesme dhe 8,9 për qind nga universiteti (të dhënat e Regjistrimit të popullsisë). Edhe regjistrimi i përgjithshëm shkollor për zonat urbane e rurale ndryshon. Për shkollën tetëvjeçare norma është më e lartë në zonat fshatare me 100,2 për qind, krahasuar me 99,2 për qind për ato të qyteteve (të dhëna të MMSJ-së). Rënia kryesore e zonave rurale del në arsimin e mesëm, për të cilin regjistrimi shkollor është rreth 70,3 përqind në zonat urbane, krahasuar me 28,3 për qind në ato rurale.

Figure 3.1-2. Norma e analfabetizimit për popullsinë 6 vjeç e sipër për katër rajonet kryesore



Arsimi sipas dallimeve rajonale është analizuar nga studiues të ndryshëm në botime të tjera. Kështu, në raportin për rezultatet e Regjistrimit të popullsisë të bërë nga INSTAT-i në vitin 2003, ka dalë se shkallëzimi i mëparshëm i analfabetizimit ndërmjet verilindjes dhe jugperëndimit të vendit pothuaj është zhdukur (Fig. 3.1-2). Një nga shpjegimet mund të jetë se normat e analfabetizimit janë mjaft të ulëta dhe kjo nuk na jep mundësinë të

rrokim dallimet sipas rretheve. Të dhënat e MMSJ-së na mundësojnë të shohim rajonet më të gjera, duke u mbështetur në katër shtresa të mëdha kryesore, për të cilat janë mbledhur të dhëna: verilindja, qendra, jugperëndimi dhe Tirana. Rezultatet që dalin janë me interes. Nga figura 3.1-2 del një model i qartë me Tiranën, zonën më urbane të vendit, që ka normën më të ulët të analfabetizmit me 2,3 për qind. Pjesa më e madhe e rajoneve të tjera janë të ngjashme, me një përjashtim të lehtë për Verilindjen, që ka një normë më të lartë analfabetizmi me rreth 5,4 për qind.

Nuk është përkim i rastit, që kjo zonë është gjithashtu më e varfra e vendit, pasi raporti ndërmjet arsimit dhe varfërisë është i përcaktuar. Tirana ka gjithashtu normën më të lartë të regjistrimit shkollor për shkollën e mesme, krahasuar me rajonet e tjera me 81,5 për qind. Ky dallim sipas rajoneve del i qartë edhe kur analizohen të dhënat e regjistrimit të popullsisë sipas rajoneve për arsimin e mesëm. Kështu, verilindja kundrejt jugperëndimit e ka shkallëzimin për arrijet në shkollën e mesme të dukshëm për rrethet si Dibra, Bulqiza, Hasi, Kukësi. Librazhdi dhe Devolli, që kanë numrin më të ulët të diplomimit nga shkolla e mesme për 100 banorë, krahasuar me rrethet më të zhvilluara të jugperëndimit të Durrësit, Tiranës, Fierit, Vlorës dhe Kuçovës. Kur të dhënat analizohen sipas nivelit të varfërisë, ashtu si mund të pritej, analfabetizmi është më i lartë ndërmjet popullsisë së varfër me rreth 6,5 për qind, ndërsa norma është vetëm 4,0 për qind për popullsinë jo të varfër.

3.2 Mundësia për ta pasur dhe frekuentimi në arsim

Në shumicën e ekonomive në tranzicion, ku tregu i krahut të punës nuk është i qëndrueshëm, shifra e punësimit të përkohshëm dhe stinor është relativisht e lartë. Ky tip punësimi kërkon punëtorë që të jenë në dispozicion kur paraqitet punë. Një nga rrugët për t'i plotësuar kërkesat për këtë lloj punësimi në disa vende të Europës Lindore ka qenë punësimi i njerëzve në moshën shkollore. Në disa shoqëri të tjera kjo ka dalë e detyrueshme prej niveleve të larta të varfërisë. Nëse popullsia në moshën shkollore përfshihet në këtë tip punësimi, si pasojë do të preket ndjekja e shkollës. Shqipëria i ka të gjitha parakushtet për të pasur punësim në moshën shkollore, sepse ka nivel të lartë varfërie dhe tregu i krahut të punës nuk është aspak i qëndrueshëm.

Në rrethana të tilla del si diçka e papritur, që përqindja e njerëzve, të cilët nuk ndjekin shkollën, është mjaft e ulët, me rreth 1,94 për qind. Nga ata që nuk e ndjekin shkollën ka më shumë meshkuj sesa femra, por dallimi është i vogël, me normën e largimit të meshkujve prej 2,15 për qind dhe të femrave me 1,72 për qind.

Një befasi tjetër shfaqet, kur analizohen dallimet fshat-qytet për normat e largimit nga shkolla. Përqindja e njerëzve që nuk e ndjekin shkollën është më lartë mes popullsisë urbane, duke pasur zonat urbane normën e

Tabela 3.2-1. Norma e braktisjes së shkollës sipas nivelit të arsimit

Niveli i arsimit	Norma e braktisjes sipas gjinisë dhe nivelit të arsimit	
	Meshkuj	Femra
Shkolla tetëvjeçare	2.02	1.75
Shkolla e mesme (bashkë me profes.)	2.84	1.59
Universiteti	0	1.49
Gjithsej	2.08	1.72



Tabela 3.2-2. Arsyet për mosregjistrimin në shkollë (në përqindje)

Arsyet për mosndjekjen e shkollës	Qyteti	Fshati	Meshkuj	Femra	Tetëvjeçarja	E mesme	Univers.	Gjithsej
Shumë shtrenjte	2.9	4.4	4	3.8	3.2	9.1	0	3.9
S'ka ineter	75	47.5	59.8	53.5	54.9	57.4	50.9	56.5
Puna në bujqësi	0.5	21.5	15.1	14.3	17.7	6.2	0	14.7
Punë tjetër	8.4	7.6	10	6	6.4	10.8	36	7.9
Shkolla larg	0	7.5	3.3	6.7	6.8	0.4	0	5
Martuar	5.2	6.6	2.5	9.4	5	10.5	7.6	6.1
Të tjera	8	4.8	5.3	6.4	6	5.6	5.5	5.9
Gjithsej	100	100	100	100	100	100	100	100

mosfrekuentimit prej 2,94 për qind, krahasuar me zonat rurale me normë të 0,81 për qind. Ky model është i vështirë të shpjegohet. Megjithatë, një arsye shpjeguese për këtë model mund të jetë, se mundësitë për të gjetur punë të përhershme dhe të përkohshme në veçanti në zonën urbane janë më të larta se në zonën rurale. Duhet mbajtur parasysh, se rezultate të tjera në nivel lokal paraqesin një model të ndryshëm, në të cilin mosfrekuentimi i shkollës është dukuri kryesisht rurale dhe prek në pjesën më të madhe arsimin tetëvjeçar, krahasuar me të tjerët. Shumica e njerëzve që nuk shkojnë në shkollë janë meshkuj dhe arsyeja kryesore që jepet është për shkaqe ekonomike (HDPC, 2003).

Shumica e atyre që nuk e ndjekin shkollën janë të arsimin tetëvjeçar, me rreth 82 për qind të njerëzve që e braktisin shkollën tetëvjeçare. Tabela 3.2-1 paraqet normat e braktisjes për nivele të ndryshme arsimi. Është e qartë se norma e braktisjes është më e lartë për meshkujt sesa për femrat në arsimin tetëvjeçar e të mesëm. Kështu, normat e arsimin tetëvjeçar janë 2,02 për qind për meshkujt dhe 1,75 për femrat. Në nivelin e shkollës së mesme hendeku meshkuj-femra shtohet dhe

meshkujt e kanë normën 2,85 për qind, ndërsa femrat 1,59 për qind. Nuk ndodh kështu në nivelin e universitetit. Një nga arsyet që mund ta shpjegonte normën e lartë të mosfrekuentimit në nivel universitar për femrat mund të jetë fakti, që për femrat e moshës universitare (ndërmjet 18-22 vjeç) kjo mund të jetë edhe moshë mesatare për martesën e parë. Martesat e shtuara me njerëz të emigruar gjithashtu mund të jenë një shpjegim për normën e lartë të mosfrekuentimit në nivel universiteti për femrat.

Për të zbuluar, përse grupe të veçanta të popullsisë ose nuk e ndjekin, ose e braktisin shkollën, MMSJ u ka bërë pyetje të anketuarve për arsyet pse nuk e ndjekin shkollën ose e kanë braktisur gjatë vitit shkollor. Tabela 3.2-2 tregon rezultatet, kur njerëzit janë pyetur për arsyet e mosndjekjes së shkollës këtë vit shkollor. Më shumë se gjysma e njerëzve që nuk e ndjekin shkollën (56,5 për qind) e kanë humbur interesin për shkollë. Arsyeja e dytë, që jepet për mosndjekjen e shkollës, është puna ose në bujqësi (14,7 për qind), ose në një punë tjetër (7,9 për qind). Kjo del e qartë kur vështrohet arsyeja e dhënë nga njerëzit e zonave rurale, ku edhe puna bujqësore

Tabela 3.2-3. Arsyet e dhëna për largimin nga shkolla (në përqindje)

Arsyet për braktisjen e shkollës	Qytet	Fshat	Meshkuj	Femra	Gjithsej
Puna	0	15.9	3.2	9.4	6
Mjediset e këqija	0	11.5	0	9.4	4.3
Martuar	4	0	0	5.4	2.5
Të tjera	96	72.6	96.8	75.8	87.2
Gjithsej	100	100	100	100	100

përbën 21,5 për qind të gjithë arsyeve për mosndjekjen e shkollës. Një arsye tjetër me rëndësi, që jepet për mosndjekjen e shkollës, është 'martesa' (te 6,1 për qind). Kjo është edhe më e theksuar mes femrave (9,4 për qind) në zonat rurale (6,6 për qind). Nuk ka shumë dallime ndërmjet kategorive të ndryshme, kur është puna për mundësinë e përballimit të shpenzimeve për shkollë. Njerëzit që nuk e kanë ndjekur shkollën dhe që e shohin shkollën si shumë të shtrenjtë janë afër 3,9 për qind. Lohatja e shkollimit për tipin fshat-qytet nuk është shumë e lartë. Kur arsyetimet e dhëna vështrohen sipas tipit të shkollimit, del e qartë se dallimi kryesor vjen prej punësimit në punë bujqësore dhe në lloje të tjera punësh, që prekin më shumë njerëz në arsimin tetëvjeçar e të mesëm. Edhe martesa është me rëndësi për nivelin e shkollës së mesme dhe universitetin, e sidomos për femrat. Ky fakt mund të jetë një nga treguesit që përcakton shkallën lartë të largimit të femrave nga universiteti.

Tabela 3.2-3 jep arsyet për largimin nga shkolla në vitin e kaluar përpara vitit 2002. Nga të dhënat në këtë tabelë del e qartë se shumica e njerëzve shprehen që kanë pasur arsye të ndryshme të tjera, përse e kanë braktisur shkollën. Një gjë del fare e qartë dhe kjo është puna në bashkësinë fshatare. Përqindja e njerëzve që braktisin shkollën për shkak të punës është e lartë, te 15,9 për qind në bashkësinë rurale. Arsyeja e dytë për nga paraqitja e rëndësisë është gjendja e keqe e mjedisve shkollore në fshatra. Kur norma e braktisjes së shkollës analizohet sipas gjinive, përqindja e femrave që e lënë shkollën për shkak të martesës është më e lartë në krahasim me meshkujt (që është pothuaj 0), duke e mbështetur dëshminë, se martesa mund të jetë një shpjegim për largimin nga shkolla të studenteve femra. Kur njerëzit pyeteshin nëse kishin ndërmend të ktheheshin në shkollë, përqindja e atyre që nuk kishin ndërmend të ktheheshin ishte shumë e lartë, te rreth 87,2 për qind.

3.3 Krahasimi ndërmjet arsimit publik e privat

Po ashtu si me sistemin shëndetësor, shqiptarët vazhdojnë të përdorin mjediset publike, me 98,4 për qind që ndjekin arsimin publik. Vetëm 1,6 për qind e tyre shkojnë në shkolla private. Prej këtyre 0,7 për qind shkojnë në shkolla private fetare dhe 0,9 për qind në jofetare. Ashtu siç mund të pritej, shkollat private frekuentohen më tepër nga banorët e zonave urbane (Tabela 3.3-1). Po ashtu, e njëjta gjë ndodh dhe me Tiranën, e cila ka pjesën më të madhe të sistemit privat krahasuar me pjesët e tjera të vendit. Për shkak se sistemi publik është pa pagesë, është e kuptueshme që do të kishte pak shkolla private në zonat më të pasura të vendit, siç është Tirana. Kjo pasqyrohet gjithashtu nëse të dhënat paraqiten veçan për popullsinë e varfër dhe jo të varfër. Kështu, tabela 3.3-2 e tregon qartë se njësoj si për sistemin shëndetësor, arsimi pasqyron të njëjtin model lidhur me varfërinë. Të varfrit nuk mund ta përballojnë shkollimin privat, rrjedhimisht 3,1 për qind e tyre shkojnë në shkollat private jofetare. Përqindja e nxënësve në shkollat publike, që kanë kujdestari private ende është mjaft e ulët, te rreth 8 për qind.

Tabela 3.3-1. Ndjekja e shkollave publike e private sipas rajoneve kryesore të vendit

Rajonet	Ndjekja e shkollave publike dhe private		
	Publike	Private-fetare	Private jo fetare
Jugperëndimi	26.85	17.39	12.91
Qendra	25.42	47.83	12.9
Verillindja	34.69	17.39	6.45
Tirana	13.04	17.39	67.74
Gjithsej	100	100	100

Tabela 3.3-2. Ndjekja e shkollës në shkollat publike e private sipas nivelit të varfërisë

Vija e varfërisë	Ndjekja në shkollat publike e private			
	Publike	Private fetare	Private jofetare	Gjithsej
Jo të varfër	72.2	80.6	96.8	72.5
Të varfër	27.8	19.4	3.1	27.5
Gjithsej	100	100	100	100

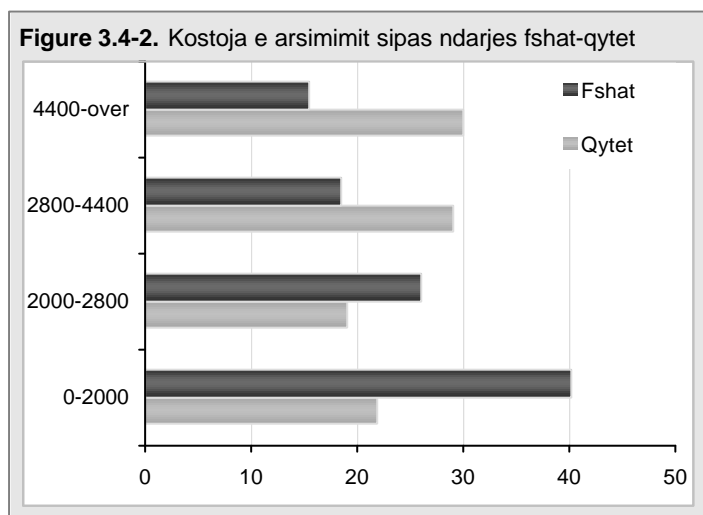
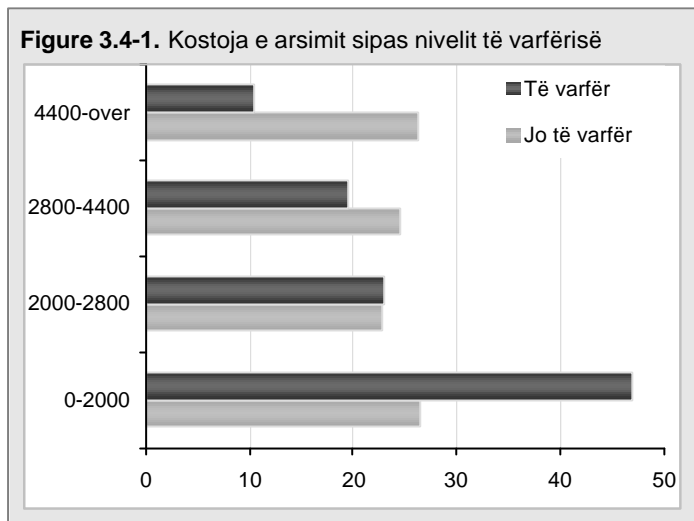


Tabela 3.4-1. Kostoja e arsimit sipas rajoneve

Rajonet	Kostoja e arsimit në përqindje për cdo ekonomi shtëpiake				Gjithsej
	0-2000	2000-2800	2800-4400	4400 e lart	
Jugperëndim	26.5	28.5	28.6	16.4	100
Qëndrore	40	23.2	18.4	18.5	100
Verilindje	34.3	23.2	19.4	23.1	100
Tirana	13.3	5.3	31	50.5	100
Gjithsej	32.1	22.9	23.1	21.9	100

3.4 Përballimi financiar i arsimit

Është një fakt i padiskutueshëm, që niveli i të ardhurave ka ndikim të madh mbi arsimin në nivelin kombëtar, por edhe individual. Kostoja mesatare e arsimit për familje në muaj në Shqipëri më 2002 ishte 459,3 lekë. Kjo nuk përfshin kujdestarinë private dhe koston e transportit për disa zona të veçanta. Mesatarisht kjo kosto nuk është e lartë në buxhetin e ekonomisë së familjes. Kostoja e arsimit përfshin vetëm 1,3 për qind të të ardhurave gjithsej për familje në muaj.

Siç është përmendur më sipër, është e qartë se niveli i varfërisë dhe i arsimit janë të lidhur ngushtë. Fig. 3.4-1 e tregon qartë se numri i të varfërve që paguajnë më shumë se 4400 lekë në vit për shkollim është shumë më i vogël sesa numri i jo të varfërve, që paguajnë po këtë sasi. Megjithatë, kur vështrohen shuma më të vogla, del e qartë se numri i të varfërve që paguajnë ndërmjet 0 dhe 2000 lekë në vit është i ngjashëm me numrin e jo të varfërve.

Ky raport pasqyrohet edhe kur të dhënat paraqiten të ndara për popullsinë urbane e rurale. (Fig. 3.4-2). Në zonat fshatare njerëzit kanë më pak mundësi ta përballojnë dhe paguajnë më pak për arsimin. Kjo vjen kryesisht për shkakun se varfëria është më e lartë në zonat rurale, siç ka dalë në fillim të këtij punimi. Të dhënat rajonale për koston e arsimit e mbështesin këtë konstatim, që në rajonin më të pasur të vendit, në Tiranë, njerëzit paguajnë më shumë për arsimin krahasuar me rajonet e tjera. Kështu, përqindja e familjeve që paguajnë më shumë sesa 4400 lekë në vit për shkollimin në Tiranë është afër 50,5 për qind, krahasuar me 16,4 për qind në Jugperëndim, 16,4 në rajonin qendror dhe 23,1 në Verilindje

3.5 Vërejtje përmbyllëse

Shqipëria në vazhdimësi trashëgon një sistem arsimor të përmirësuar. Në shekullin XXI Shqipëria ka një nga normat më të ulëta të analfabetizimit në botën e zhvilluar. Ndërsa analfabetizmi mbetet mjaft i ulët, kjo nuk mund të thuhet për normën e ndjekjes së shkollës.

Regjistrimi në shkollë ka shënuar rënie si në arsimin tetëvjeçar, ashtu dhe në atë të mesëm, ndërsa ky i fundit është prekur më rëndë. Kjo ka qenë pasojë e ndryshimeve politike dhe ekonomike gjatë viteve 1990, të cilat e kanë bërë tregun e krahut të punës më elastik, por edhe më të pasigurtë. Ndër të tjera kjo ka prekur edhe normën e braktisjes së shkollës në vend. Këtë e mbështesin edhe dëshmitë, se njerëzit largohen nga shkolla kryesisht për arsye pune.

Megjithëse pabarazitë fshat-qytet dhe ndërmjet rajoneve të ndryshme të vendit kanë ardhur duke u ngushtuar, përsëri ka një pabarazi të lehtë me zonat urbane, që janë më të shkolluara e sidomos Tirana e Jugperëndimi.

Ashtu si dhe në sistemin e kujdesit shëndetësor, edhe në arsim shqiptarët vazhdojnë të përdorin shkollimin publik. Vendosija e shkollimit privat është ende në fazën e parë dhe shifrat janë ende shumë të ulëta, me afër 1,6 për qind të popullsisë në moshën shkollë shkon në shkolla private. Këto ndodhen kryesisht në zonat urbane e në veçanti kjo është dukuri e Tiranës.



4

Kushtet e Banimit dhe Pabarazia**4.1 Gjendja e ndërtesave dhe e banesave në Shqipëri**

Analizat nga të dhënat e MMSJ-së na tregojnë se cilësia e ndërtimeve në Shqipëri është relativisht e mirë. 93,2 për qind e ndërtesave ose janë ndërtuar me tulla e gurë, ose me parafabrikate, ndërsa 4,2 për qind ende janë të ndërtuara me qerpiçë. Cilësia e strehimit ka luhajte të mëdha. 11,1 për qind e njerëzve ende jetojnë në banesa të papërshtatshme, ndërsa rreth 70 për qind jetojnë në kushte të pranueshme banimi.

Shumica e banesave në Shqipëri janë relativisht të reja. Vetëm 7,7 për qind prej tyre i përkasin periudhës para Luftës II Botërore. Ka një shpërthim të ndërtimit gjatë viteve 1990, me 24,5 për qind të banesave të ndërtuara brenda kësaj periudhe. Gjatë viteve 1990 vërehet një prirje e shtimit të fondit të shtëpive, ndërsa rritja e numrit të popullsisë ka shkuar drejt rënies. Kjo është e kuptueshme po të merret parasysh fakti, që kushtet e strehimit para vitit 1990 në Shqipëri kanë qenë në nivelin më të ulët krahasuar me të gjitha vendet e mëparshme komuniste. Numri mesatar i dhomave për banesë është 2,4 dhoma për gjithë vendin, sipas analizës së të dhënave të MMSJ-së, ndërsa të dhënat e regjistrimit të

Është e vështirë të gjykohet për standardin e jetesës së një individi ose të një popullsie pa vështruar aspektet e tjera të varfërisë, përveç nivelit të të ardhurave dhe të konsumit. Në kërret e mëparshëm kemi vështruar gjendjen shëndetësore dhe arsimore të popullsisë. Këtu do të përqendrohemi te një aspekt tjetër i rëndësishëm i standardit të jetesës në Shqipëri, siç është gjendja e strehimit dhe e shërbimeve bazë, që lidhen me të: kushtet sanitare, furnizimi me ujë, energjia elektrike dhe ngrohja. Këto janë shërbimet bazë, të cilat shoqëritë më të zhvilluara i marrin si të mirëqena. Megjithatë, në Shqipëri historia e dhjetëvjeçarëve të kaluar tregon se infrastruktura për sigurimin e këtyre shërbimeve bazë është shumë e varfër.

Kjo pjesë përqendrohet te aspektet e standardeve të ndërtimit e të banimit, te treguesit kryesorë të mbipopullimit, si dhe te sigurimi i shërbimeve, si furnizimi me ujë e me energji elektrike. Riurbanizimi i shpejtë i vendit, i shkaktuar prej migrimit masiv të brendshëm dhe nga shtimi i dendësisë së popullsisë në zonat qendrore e bregdetare (në veçanti në Tiranë), i kanë rritur pabarazitë brenda vendit e ndër grupet e ndryshme të popullsisë.

popullsisë paraqesin një numër mesatar pakëz më të ulët me 2,2. Numri i personave për dhomë për të gjithë vendin është 1,9 veta për dhomë. Kjo shifër është mjaft e lartë, që të shtyn të mendosh se në Shqipëri ka një gjendje mbipopullimi mjaft të lartë.

Përqindja e banesave me sipërfaqe më pak se 40 metra katrorë është 13,6 për qind (sipas Regjistrimit të popullsisë 20,2 për qind); me sipërfaqe 40-69 metra katrorë është 40,1 për



qind (sipas Regjistrimit 40,3 për qind); me 70-99 metra katrorë është 10,2 për qind (8,7 për qind të Regjistrimit). Gjendja higjienike-sanitare në banesa është e rëndë. Vetëm 63,9 për qind të të gjitha banesave i kanë WC brenda ndërtesës. Kurse 35,9 për qind e tyre i kanë WC jashtë shtëpisë.

Dallimet fshat - qytet dhe dallimet rajonale në strehim

Familjet më të varfra jetojnë në banesa më të vogla me 18,5 për qind të popullsisë së varfër që jeton në banesa me më pak se 40 m², krahasuar me 11,7 për qind të popullsisë jo të varfër, që jeton në të njëjtën sipërfaqe banimi. Nga ana tjetër, vetëm 8,5 për qind e të varfërve jetojnë në kushte strehimi me më shumë se 100 m², kurse 18 për qind e jo të varfërve jetojnë në hapësirë të njëjtë.

Është interesante të vihet në dukje, se njerëzit e rajoneve që janë më të pasura, si Tirana, jetojnë në banesa që janë me kushte më të mira sesa në zonat e tjera. Kështu, 29,8 për qind e njerëzve që banojnë në Tiranë jetojnë në banesa, të cilat quhen me kushte shumë të mira, krahasuar me vetëm 5,4 për qind të njerëzve në Verilindje, që jetojnë në kushte të ngjashme. E kundërta është e vërtetë për rajonet e tjera, ku kushtet e banesave janë të papërshtatshme për banim. Kështu, 23,2 për qind e popullsisë

në rajonin më të varfër verilindor jetojnë në banesa me kushte të papërshtatshme, krahasuar me vetëm 8,3 për qind në Tiranë dhe 9,2 për qind në rajonin qendror.

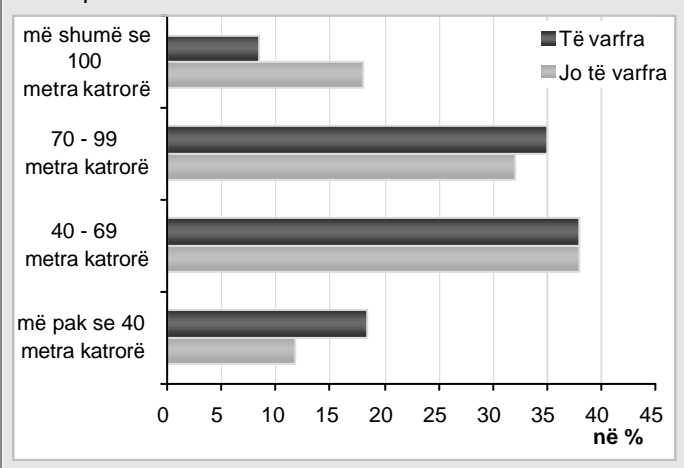
Pabarazia në standardin e jetesës pasqyrohet edhe në kushtet e jetesës brenda zonave rurale e urbane. Kështu, 90,4 për qind e zonave urbane i kanë WC brenda shtëpisë, krahasuar me vetëm 41,6 për qind në zonat rurale. 44,3 për qind e shtëpive në zonat rurale kanë një WC jashtë pa tubacione, krahasuar me vetëm 2,8 për qind në zonat urbane. Gjendja është pak a shumë e njëjtë, kur bëhen krahasime sipas rajoneve. Kështu, në Tiranë, njësoj si në zonat urbane, 93,7 për qind e banesave kanë WC brenda, krahasuar me vetëm 46,9 për qind të rajonit verilindor më të varfër. Në Tiranë vetëm 1,5 për qind e banesave kanë WC përjashta pa tubacione, krahasuar me 45,1 për qind në rajonin verilindor dhe me 27 për qind në rajonin qendror.

4.2 Ekzistenca e shërbimet bazë dhe sigurimi i tyre në familje

Analiza e të dhënave për mundësinë e sigurimit të shërbimeve të ndryshme mbështet dëshminë, se ndërsa varfëria, e matur sipas të ardhurave është e lartë në Shqipëri, gjendja e varfërisë sipas mundësisë të sigurimit të shërbimeve është edhe më e lartë. Infrastruktura e shërbimeve të veçanta, si furnizimi me ujë dhe energji elektrike, e po ashtu higjiena e ngrohja janë në gjendje kritike. Përveçse nuk janë në gjendje të përballojnë nevojat sipas të ardhurave, një pjesë e madhe e shqiptarëve gjithashtu nuk i kanë shërbimet bazë, ndërsa kjo e shton thellimin e pabarazive në vend.

Ndërkohë që disa pjesë të vendit, si zonat urbane e në veçanti Tirana, kanë treguar shenja

Figure 4.1-1. Shpërndarja e familjeve sipas nivelit të varfërisë dhe hapësirës së banimit



përmirësimi në infrastrukturën e shërbimeve të veçanta, hendeuku i pabarazisë kundrejt pjesës tjetër të vendit është zgjeruar. Kjo pabarazi pasqyrohet gjithashtu mes grupeve të ndryshme të popullsisë, duke qenë përsëri të varfrit që e vuajnë më shumë.

Furnizimi me ujë

Furnizimi me ujë kurdoherë ka qenë problem në Shqipëri, por gjendja është edhe më e rëndë në kohën e sotme. Kjo vjen jo thjesht si pasojë e shtimit të kërkesës për konsumin e ujit, por edhe si pasojë e mungesës së gjatë të investimeve në infrastrukturën e furnizimit me ujë gjatë periudhës komuniste e deri në ditët e sotme. Vetëm 53,1 për qind e popullsisë shqiptare ka ujë të rrjedhshëm brenda banesës dhe rreth 16 për qind kanë ujë të rrjedhshëm jashtë shtëpive. Për qindja e popullsisë që nuk ka ujë të rrjedhshëm jashtë banesës është ende shumë e lartë, deri në 30 për qind.

Kjo mungesë investimesh dhe administrimi i keq i burimeve ekzistuese kanë krijuar një gjendje të tillë, në të cilën shumë zona të vendit vuajnë nga mungesa e madhe për ujë. Vetëm 47,3 për qind e popullsisë ka ujë të vazhdueshëm gjatë ditës. Pjesa tjetër e popullsisë ka mesatarisht vetëm 6 orë ujë në ditë. Si gjithnjë janë familjet e varfra që vuajnë më shumë nga mungesa e infrastrukturës dhe e burimeve për të siguruar shërbime të veçanta. Madje edhe kur shihet vetëm furnizimi me ujë, del e njëjta tablo. Kur krahasohen familjet e varfra me familjet jo të varfra, bëhet e qartë se shumica e popullsisë jo të varfër jeton në shtëpi me ujë të rrjedhshëm brenda banesës (57,7 për qind e tyre), krahasuar me vetëm 33,9 për qind të popullsisë së varfër. Për qindja e popullsisë së varfër që nuk ka fare ujë të rrjedhshëm është shumë e lartë, me afër 41,9 për qind.

Kur analizohen aspektet e tjera të varfërisë, del fare e qartë se ndarja fshat-qytet pasqyron ndarjen sipas varfërisë në vend, duke nxjerrë

në pah zonat rurale më pak të pasura sesa zonat urbane. Një gjendje e ngjashme duket kur analizat bëhen për ndarjen fshat-qytet lidhur me furnizimin me ujë. Kështu, në zonat rurale përqindja e popullsisë me ujë të rrjedhshëm brenda shtëpisë është vetëm 23,6 për qind, krahasuar me deri 88,4 për qind në zonat urbane. Ajo që ka më shumë domethënie është se në zonat rurale është shumë e lartë përqindja e shtëpive që nuk kanë furnizim me ujë, duke arritur në 52 për qind. E njëjta pamje mund të paraqitet, kur vështrohet krahasimi sipas rajoneve. Kështu, 92,3 për qind e shtëpive të Tiranës kanë ujë

Figure 4.2-1. Tipi i furnizimit me ujë dhe niveli i varfërisë Shpërndarja në përqindje e familjeve sipas vijës së varfërisë dhe tipit të furnizimit me ujë

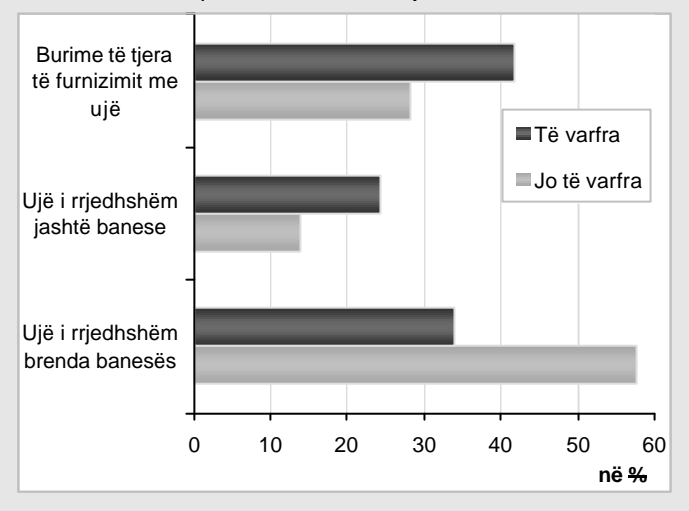
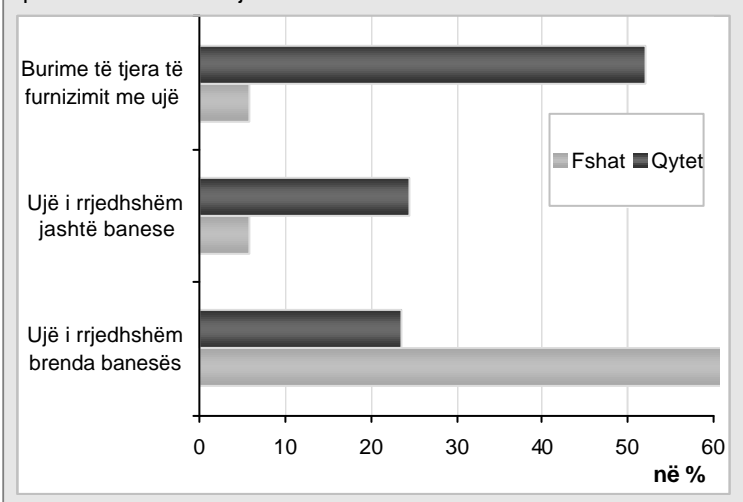


Figure 4.2-2. Tipi i furnizimit me ujë për zonat rurale dhe urbane Shpërndarja në përqindje e familjeve sipas ndarjes fshat-qytet dhe tipit të furnizimit me ujë





të rrjedhshëm brenda banesës, krahasuar me vetëm 33,9 për qind në rajonin verilindor. 33,2 për qind e familjeve në Shqipërinë verilindore nuk kanë fare ujë të rrjedhshëm brenda banesave.

Energjia elektrike dhe ngrohja

Ashtu si është përmendur më sipër, furnizimi me energji elektrike në Shqipëri ka qenë i përgjithshëm tashmë që prej disa dhjetëvjeçarësh. Mirëpo problemet e furnizimit kanë nisur që në vitet 1980, kur vendi nuk mund të përballonte më as nevojat e asaj kohe për energji elektrike dhe mungesat e energjisë ishin bërë pjesë e jetës së shqiptarëve. Analizat tregojnë se gjendja nuk është përmirësuar aspak e madje është keqësuar. Në radhë të parë kjo vjen si pasojë e shtimit të kërkesës për konsumin e energjisë brenda familjeve. Përnirësimi i kushteve të jetesës gjatë viteve 1990 do të thoshte se shqiptarët kishin më shumë pajisje me energji elektrike në shtëpi, krahasuar me të kaluarën. Përveç kësaj, liberalizimi i tregut solli një shtim në rritje të bizneseve të vogla e të mesme, që e kanë rritur kërkesën për energji elektrike mjaft shpejt. Ndërsa kërkesa është shtuar, burimet për ta përballuar nuk janë shtuar. Madje edhe ato ekzistuese nuk janë administruar mirë gjatë kësaj periudhe. Kjo gjendje e ka bërë furnizimin me energji elektrike si një nga problemet më të mprehta e më të ngutshme, me të cilin po përballlet shoqëria shqiptare në ditët e sotme.

Kështu, 85,7 për qind e familjeve kanë ndonjë lloj ndërprerjeje të energjisë elektrike. Kurse 71,5 për qind e tyre kanë ndërprerje të përditshme të energjisë. Ndërprerja mesatare ditore e furnizimit me energji ka qenë rreth 8 orë në ditë. E njëjta gjendje del, kur shqyrtohen të dhënat për ngrohjen. Ngruhja qendrore pothuajse nuk ekziston në Shqipëri. Kështu ka qenë para vitit 1990 dhe vazhdon të jetë edhe sot. Gjendja e ngrohjes, mesa duket, nuk është përmirësuar në vend edhe pas vitit

1990. Kështu, 99,9 për qind e shqiptarëve nuk kanë asnjë lloj ngrohjeje qendrore. Shumica e popullsisë shqiptare, rreth 58,1 për qind e tyre, ende përdorin drutë për ngrohje, kurse gazi vjen në vend të dytë për ngrohjen me afër 25,4 për qind, dhe elektriciteti i treti me rreth 13,5 për qind.

Kur analizohet niveli i varfërisë, del e qartë se popullsia e varfër zgjedh burimet më të lira e që gjenden më lehtë për ngrohjen. Kështu, 75,1 për qind e popullsisë së varfër përdor drutë për ngrohje, krahasuar me 54,1 për qind të popullsisë jo të varfër. Përqindja e familjeve jo të varfra që përdorin ose energji elektrike, ose gaz, është më e lartë deri te 43,06 për qind, krahasuar me familjet e varfra te rreth 21,3 për qind. E njëjta gjendje ndeshet kur vështrohet krahasimi fshat-qytet. 81,3 për qind e familjeve fshatare përdorin drutë si burimin kryesor për ngrohjen. Ndërsa në zonat urbane burimi kryesor për ngrohjen është gazi (39,3 për qind) dhe energjia elektrike (25,4 për qind).

4.3 Vërejtje përmbyllëse

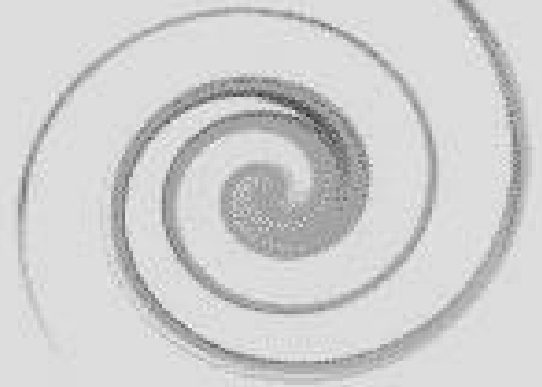
Nga studimi dhe analizat e mësipërme arrijmë në konkluzionin se pabarazia shoqërore, niveli i varfërisë dhe pamundësia për të siguruar shërbimet bazë të jetesës janë probleme shumë serioze për Shqipërinë në vitin 2002. Përqindja e madhe e migrimit të brendshëm dhe e urbanizimit e kanë përqendruar popullsinë në zonë bregdetare e në veçanti në Tiranë. Kjo lëvizje i ka shtuar pabarazitë brenda vendit dhe ndërmjet grupeve të ndryshme të popullsisë. Gjatë viteve 1990 ka një shpërthim të ndërtimeve me rreth 25 për qind të të gjitha ndërtesave të ngritura gjatë kësaj periudhe. Megjithatë gjendja e tanishme tregon se ka mungesa strehimi në vend, të cilat nuk arrijnë të plotësojnë të gjitha nevojat e popullsisë. Mbipopullimi është një fenomen i

zakonshëm, ku denduria (shkalla) arrin 1,9 veta për dhomë në të gjithë vendin. Njerëzit që banojnë në rajonet më të pasura jetojnë në kushte strehimi më të mira, sidomos në Tiranë. Gjendja higjieno-sanitare është e rëndë. 1/3 e familjeve i kanë WC jashtë shtëpisë. Pabarazia ndërmjet rajoneve dhe fshat-qytet është e madhe. Kjo bëhet e dukshme duke pasur parasysh Tiranën që ka vetëm 1,5 për qind të banesave me WC jashtë pa tubacione, krahasuar me 45,1 për qind në verilindje të vendit dhe 27 për qind në rajonin qendror.

Varfëria sipas të ardhurave tregon se 1/4 e shqiptarëve jetojnë nën nivelin e varfërisë. Kjo situatë është e lidhur me infrastrukturën fizike të shërbimeve jetike bazë si uji, energjia elektrike, shërbimi shëndetësor dhe arsimor. Shqiptarët janë të deprivuar nga këto shërbime bazë, që kanë ardhur gjithmonë duke u thelluar.

Zona të gjera të vendit vuajnë nga mungesa të mëdha të furnizimit me ujë, duke qenë më pak se gjysma e familjeve me ujë të rrjedhshëm, kurse pjesa tjetër e familjeve kanë mesatarisht 6 orë në ditë furnizim me ujë. Ashtu si pritej, janë familjet më të varfra që vuajnë më shumë.

Gjendja e furnizimit me energji elektrike është keqësuar që nga viti 1990, me 85,7 për qind të familjeve që vuajnë nga ndonjë formë e ndërprerjes së energjisë. Mungesa ditore mesatare e furnizimit me energji elektrike është rreth 8 orë në ditë. Ngrohja mbetet një problem i vazhdueshëm në Shqipëri me 99,9 për qind të popullsisë që ende nuk kanë ngrohje qëndrore, kurse më shumë se gjysma vazhdojnë të përdorin drutë si burim kryesor të sigurimit të ngrohjes.



Bibliografia

- Bollano, P. **1984**. "The limitation of wage differentials", *Albanian Life*, No. 29.
- Cikuli, Z. **1982**. Shërbimi shëndetësor në RPS të Shqipërisë, 8 Nëntori, Tiranë.
- Falkingham, J.C. **2003**, "Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan", *Social Science and Medicine*.
- Gjonça, A. **2001**. "Communism, Health, and Lifestyle: The Paradox of Mortality Transition in Albania, 1950-1990". Greenwood Press: Westport Connecticut, London.
- Gjonça A. and Bobak, M. **1997**. "Albanian Paradox, another Example of Protective Effect of Mediterranean Lifestyle?". *The Lancet*, Vol. 350, f. 1815-1817.
- Gjonça, E., and Gjonça, A. **2000**. "The Albanian Health System: Past, Present, and Future". *EuroHealth*, 4(6): 68-71.
- Gjonça, A., Wilson, C., and Falkingham, J.C. **1997**. "The Paradox of Mortality Transition in Albania". *Population and Development Review*.
- Golemi, B., dhe Misja, V. **1987**. Zhvillimi i arsimit të lartë në Shqipëri, Tiranë.
- Qeveria Shqiptare (**2003**). **Strategjia kombëtare për zhvillimin socio - ekonomik**, Tiranë.
- Hall, D., **1994**. *Albania and the Albanians*, Pinter, London and New York.
- HDPC, **2003**. "Promoting Local Development through MDGs", Human Development Promotion Centre, UNDP, Peci: Tirana.
- HDPC, **2002**. "Albanian Human Development Report 2002", Human Development Promotion Centre, UNDP, Tirana.
- INSTAT, **1992**. *Vjetari Statistikor i Shqipërisë 1991*, Instituti i Statistikës, Tiranë, Shqipëri.
- INSTAT, **2000**. *Vjetari i statistikës arsimore*, INSTAT, Tiranë.
- INSTAT, **2003**. *The Population of Albania in 2001. Main Results of the Population and Housing Census*. C.S.C. GRAFICA S.r.l.: Rome.
- INSTAT-SCR, **2003**. "Youth and Transition. Issues confronting Albania's Key Resource", Social Research Centre, INSTAT, UNICEF: Tirana.

Keefe et al. **1971. Area Handbook for Albania, US Government Printing Office, Washington DC.**

Këllëzi, A. **1973, "Raport mbi planin dhe buxhetin e shtetit për vitin 1973", Probleme ekonomike, nr. 1, Tiranë.**

Lewis, M. **2000. "who is paying for health care in Eastern Europe and central Asia. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Washington DC: World Bank.**

Marmullaku, R. **1975. Albania and the Albanians, C. Hurst & Co, London.**

SH. B. "8 Nëntori", **1982. Portrait of Albania, 8 Nëntori, Tirana.**

Reynolds, D. **2003. Albania: the development of public health insurance 1995-2000. London: Institute for Health Sector Reform.**

Schnytzer, A. **1982. Stalinist economic strategy in practice: the case of Albania, Oxford University Press, London.**

Sjoberg, O., Wyzan, M. **1991. Economic change in the Balkan states: Albania, Bulgaria, Romania, and Yugoslavia, Pinter, London.**

Skendi, S. **1956. Albania, Stevens and Sons, London.**

World Bank and INSTAT, **2003. "Poverty During Growth", WB Group, Washington DC.**

World Bank **1997. "Albania: Growing out of Poverty". Washington DC: World Bank.**

World Health Organization, **2003. Health for All Database. Geneva: WHO Regional Office for Europe.**

CIP Katalogimi në botim BK Tiranë

Instituti i Statistikës

Living condition and inequality in Albania=Kushtet e jetesës dhe
dhe pabarazia në Shqipëri / Instituti i Statistikës. – Tiranë : INSTAT, 2004.

60 f; 21m x 29.7cm.

ISBN 99927-973-9-8

311.312 :308(496.5) "1989/2001"

308(496.5) :311.312 "1989/2001"