



ISEE-HSP

Institute of Southeast Europe
for Health and Social Policy

**Kujdesi Parësor Shëndetësor dhe Mjekësia Familjare në Kosovë
1999 – 2026**

Analizë mbi zhvillimin, qeverisjen, financimin dhe prioritetet e reformës

Qershor 2026

Shënim: Ky dokument është përkthim i versionit origjinal në gjuhën angleze. Në rast mospërputhjeje, versioni në gjuhën angleze mbetet referenca zyrtare.

Përgatitur dhe udhëhequr nga:

Dr. Agron Gashi, MSc në Shëndet Publik, Drejtor Ekzekutiv, IEJL-PShS

Dr. Driton Ukmata, MSc në Menaxhim Shëndetësor

Me konsultime, kontribute dhe mbështetje teknike nga:

Dr. Osman Maxhera, Mjek Familjar

Prof. Dr. Ilir Tolaj, Profesor, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës

Prof. Ass. Dr. Liridon Bllaca, PhD në Menaxhim Shëndetësor

Prof. Asoc. Dr. Valdet Hashani, MD, MSc, PhD.

MrSc. Fetije Huruglica, Ish-Udhëheqëse e Divizionit të Infermierisë, Ministria e Shëndetësisë (2000–2021)

Dr. Muhamedali Kodra, MSc në Menaxhim Shëndetësor, PRAK

Lloji i publikimit: Analizë e pavarur shkencore e politikave

Audienca e synuar: Hartuesit e politikave, profesionistët shëndetësorë, ekspertët e shëndetit publik, institucionet shëndetësore, komunat, mediat, akademia, organizatat ndërkombëtare dhe organizatat e shoqërisë civile

Data e publikimit: Qershor 2026

Fokus gjeografik: Kosova

Pozicionimi institucional dhe pavarësia

Kjo analizë e politikave është përgatitur si një kontribut i pavarur dhe jopartiak për dialogun e bazuar në dëshmi lidhur me reformën e sistemit shëndetësor në Kosovë. Analiza bazohet në burime publike kombëtare dhe ndërkombëtare të të dhënave, përfshirë raportet zyrtare, kornizat ligjore dhe databazat ndërkombëtare të njohura, si ato të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe Bankës Botërore.

Interpretimet dhe përfundimet e paraqitura në këtë dokument nuk pasqyrojnë domosdoshmërisht qëndrimet e ndonjë institucioni qeveritar, agjencie donatore apo organizate ndërkombëtare dhe nuk duhet të interpretohen si pozicione zyrtare të ndonjë institucioni të lidhur me autorët.

Kjo analizë shqyrton zhvillimin, qeverisjen, financimin, kapacitetin e fuqisë punëtore dhe performancën e sistemit të Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë, me fokus të veçantë në sfidat e implementimit dhe proceset e vazhdueshme të reformës.

Kjo analizë është përgatitur për të mbështetur diskutimin dhe zhvillimin e politikave të bazuara në dëshmi lidhur me reformën e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë.

Pikëpamjet e shprehura në këtë publikim janë të autorëve dhe nuk pasqyrojnë domosdoshmërisht qëndrimet zyrtare të institucioneve përkatëse.

Falënderime:

Autorët dëshirojnë të falënderojnë individët dhe organizatat e mëposhtme për komentet, reflektimet teknike, diskutimet dhe kontributet e tyre të vlefshme gjatë përgatitjes së kësaj analize të politikave:

- Oda e Mjekëve të Kosovës, Oda e Infermierëve të Kosovës, Asociacioni i Mjekëve Familjarë të Kosovës, Handikos, Aksioni për Nëna dhe Fëmijë, Shoqata për të Drejtat e Pacientëve të Kosovës – PRAK, Zyra e OBSH-së në Prishtinë
- Prof. Dr. Ferid Agani, Prof. Dr. Ilir Hoxha, Dr. Drita Lumi, Dr. Bujar Gashi, Dr. Fadil Bajraktari, Dr. Fevzi Sylejmani, Dr. Sinan Zeneli, Dr. Genc Ymerhalili

Citimi dhe përdorimi

Kjo analizë e politikave është në domenin publik dhe mund të citohet, riprodhohet dhe shpërndalet për qëllime jo-komerciale, me kusht që të jepet atribuimi i duhur.

Citim i rekomanduar:

Gashi A, Ukmata D. *Kujdesi Parësor Shëndetësor dhe Mjekësia Familjare në Kosovë (1999–2026): Një Analizë Politikash mbi Zhvillimin, Qeverisjen, Financimin dhe Prioritetet e Reformës*. Prishtinë: Instituti i Evropës Juglindore për Shëndet dhe Politikë Sociale (IEJL-PShS); 2026.

PËRMBAJTJA

PËRMBLEDHJA EKZEKUTIVE	1
SEKSIONI 1. KONTEKSTI DHE ROLI I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR NË KOSOVË.....	5
SEKSIONI 2. ZHVILLIMI HISTORIK I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR DHE MJEKËSISË FAMILJARE	9
SEKSIONI 3. KORNIZA LIGJORE DHE E POLITIKAVE TË KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR.....	17
SEKSIONI 4. QEVERISJA DHE ORGANIZIMI INSTITUCIONAL I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR	24
SEKSIONI 5. FINANCIMI I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR.....	34
SEKSIONI 6. PROFESIONISTËT SHËNDETËSOR, CILËSIA E KUJDESIT DHE PERFORMANCA E SISTEMIT	44
SEKSIONI 7. SHËRBIMET PARANDALUESE, TË BAZUARA NË KOMUNITET DHE SHËNDETI PUBLIK.....	54
SEKSIONI 8: SHËNDETËSIA DIGJITALE, SISTEMI I INFORMIMIT SHËNDETËSOR DHE MONITORIMI.....	64

PËRMBLEDHJA EKZEKUTIVE

Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH) njihet si themeli i sistemit të kujdesit shëndetësor në Kosovë që nga periudha e rindërtimit pas konfliktit të vitit 1999. Prezantimi i modelit të Mjekësisë Familjare, krijimi i një rrjeti kombëtar të KPSH-së dhe decentralizimi i ofrimit të shërbimeve tek komunat përfaqësojnë reforma të rëndësishme strukturore të orientuara drejt harmonizimit të sistemit të kujdesit shëndetësor me parimet ndërkombëtare të Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe avancimit drejt Mbulimit Universal Shëndetësor⁽¹⁻³⁾.

Gjatë dy dekadave të fundit, Kosova ka shënuar progres të konsiderueshëm në zhvillimin e bazës institucionale, ligjore dhe organizative të KPSH-së. Njësitë e Kujdesit Parësor Shëndetësor janë themeluar në të gjithë vendin, duke përmirësuar ndjeshëm qasjen gjeografike në shërbimet shëndetësore⁽⁵⁾. Kornizat ligjore dhe të politikave, përfshirë Ligjin për Shëndetësi dhe dokumentet strategjike të politikave, kanë forcuar më tej pozicionimin formal të KPSH-së si niveli i parë i kujdesit brenda sistemit shëndetësor^(5,7,8).

Pavarësisht këtij progresi, analiza demonstroi se ende ekziston një hendek i konsiderueshëm ndërmjet zhvillimit strukturor dhe performancës funksionale të sistemit. Ndërsa bazat formale të sistemit të KPSH-së janë relativisht të konsoliduara, implementimi i funksioneve thelbësore të KPSH-së mbetet jo i njëtrajtshëm ndërmjet komunave dhe niveleve të kujdesit.

Në praktikë, mekanizmat e portës hyrëse në shëndetësi janë të dobëta, sistemi i referimit mbetet i fragmentuar, vazhdimësia e kujdesit zbatohet në mënyrë jo të njëtrajtshme dhe koordinimi ndërmjet KPSH-së dhe niveleve më të larta të kujdesit mbetet i kufizuar. Megjithatë koordinimi ndërmjet tri niveleve të sistemit të kujdesit publik shëndetësor është i rregulluar formalisht, koordinimi ndërmjet sektorit publik dhe atij privat mbetet kryesisht i parregulluar në praktikë. Si rezultat, KPSH-ja nuk funksionon në mënyrë konsistente si mekanizëm efektiv koordinues i sistemit shëndetësor^(4,13,19).

Analiza gjithashtu demonstroi se decentralizimi ka pasur efekte pozitive dhe negative në performancën e KPSH-së. Ndërsa transferimi i përgjegjësisë për shërbimet e KPSH-së tek komunat ka përmirësuar zotimin lokal dhe reagimin ndaj nevojave të komunitetit, ai gjithashtu ka kontribuar në variabilitet të kapaciteteve institucionale, shpërndarjes së fuqisë punëtore, cilësisë së kujdesit dhe qasjes në shërbime ndërmjet komunave^(6,19,21).

Financimi mbetet një nga kufizimet kryesore strukturore që ndikon në performancën dhe barazinë në KPSH. Kosova vazhdon të ketë nivele relativisht të ulëta të shpenzimeve publike për shëndetësi krahasuar me mesataret evropiane, ndërsa pagesat nga xhepi mbeten të larta, duke përbërë rreth 38–40% të shpenzimeve totale shëndetësore^(9,16–18). Implementimi jo i plotë

i mekanizmave të sigurimit shëndetësor dhe mekanizmat e kufizuar të shpërndarjes së riskut vazhdojnë të ndikojnë në mbrojtjen financiare dhe qasjen e barabartë në shërbime.

Qëndrueshmëria e fuqisë punëtore është shfaqur si një sfidë madhore afatgjatë për KPSH-në dhe Mjekësinë Familjare në Kosovë. Megjithëse fuqia më e gjerë punëtore e mjekëve përfshin një përqindje relativisht të madhe të mjekëve të rinj, fuqia punëtore e Mjekësisë Familjare është dukshëm më e moshuar. Të dhënat e disponueshme tregojnë se shumica e specialistëve të Mjekësisë Familjare i përkasin grupmoshave më të vjetra, me një përqindje të konsiderueshme që po afrohet ose tashmë ka kaluar moshën e pensionimit. Këto trende ngritin shqetësime lidhur me kapacitetin e ardhshëm të zëvendësimit të fuqisë punëtore, vazhdimësinë e kujdesit dhe qëndrueshmërinë e modelit të Mjekësisë Familjare.

Dëshmitë nga indikatorët e shëndetit publik dhe performancës së shërbimeve ilustrojnë më tej hendekun ndërmjet zhvillimit strukturor dhe rezultateve funksionale. Të dhënat zyrtare tregojnë se KPSH-ja vazhdon të menaxhojë një barrë të konsiderueshme të sëmundjeve, duke mbajtur njëkohësisht përgjegjësi për shërbimet parandaluese dhe të shëndetit publik⁽²³⁻²⁵⁾.

Në të njëjtën kohë, shërbimet e KPSH-së në Kosovë vazhdojnë të përballen me rritje të kërkesës për shërbime shëndetësore, përfshirë shërbimet emergjente dhe urgjente, të cilat përfaqësojnë një barrë të konsiderueshme operative për institucionet e KPSH-së. Pavarësisht kësaj ngarkese në rritje, standardet e personelit për ekipet e Mjekësisë Familjare kanë mbetur kryesisht të pandryshuara, duke ruajtur formalisht standardin e një ekipi të Mjekësisë Familjare për rreth 2,000 banorë. Për më tepër, ndryshimet demografike të identifikuara përmes regjistrimit të popullsisë të vitit 2024 tregojnë zhvendosje të rëndësishme në strukturën e popullsisë, përfshirë plakjen e popullsisë, migrimin e jashtëm dhe lëvizjen e brendshme të popullsisë. Këto ndryshime paraqesin sfida të rëndësishme për planifikimin racional dhe alokimin e burimeve njerëzore, kapaciteteve infrastrukturore dhe organizimit të shërbimeve të KPSH-së ndërmjet komunave.

Së bashku, këto trende forcojnë më tej nevojën për planifikim më fleksibil të fuqisë punëtore, mekanizma më të mirë të alokimit të burimeve, forcim të sistemit të informimit shëndetësor dhe modele më adaptive të ofrimit të shërbimeve brenda KPSH-së. Vlerësimet e fundit konfirmojnë se Kosova ka arritur progres të rëndësishëm në krijimin e strukturave të KPSH-së, por vazhdon të përballlet me sfida që lidhen me integrimin e shërbimeve, menaxhimin e sëmundjeve kronike, sigurimin e cilësisë, vazhdimësinë e kujdesit, qëndrueshmërinë e fuqisë punëtore dhe implementimin e modeleve të kujdesit të integruar dhe i orientuar drejt njerëzve⁽¹⁹⁾.

Progres i rëndësishëm është arritur gjithashtu në forcimin e mekanizmave të sigurimit të cilësisë dhe standardizimit të shërbimeve brenda KPSH-së, përfshirë zhvillimin e udhëzuesve klinikë, protokolleve klinike, procedurave infermierore dhe dokumenteve profesionale orientuese me qëllim përmirësimin e cilësisë dhe konsistencës së ofrimit të kujdesit në Kujdesin Parësor Shëndetësor.

Gjetjet e kësaj analize të politikave tregojnë se sfida kryesore me të cilën përballlet KPSH-ja në Kosovë nuk është më krijimi i komponentëve strukturorë, por implementimi efektiv, integrimi, harmonizimi i financimit dhe qëndrueshmëria e sistemit.

Prandaj, forcimi i KPSH-së në Kosovë kërkon një qasje reformuese të koordinuar dhe të orientuar drejt sistemit, të harmonizuar me funksionet kryesore dhe blloqet ndërtuese të sistemit shëndetësor. Fushat prioritare përfshijnë:

- përforcimin e qeverisjes, llogaridhënies dhe kapaciteteve implementuese brenda strukturave të decentralizuara të KPSH-së;
- përmirësimin e mekanizmave të financimit shëndetësor, reduktimin e barrierave financiare në qasje dhe forcimin e mbrojtjes financiare;
- forcimin e planifikimit të fuqisë punëtore, ripërtëritjes së gjeneratave të profesionistëve shëndetësorë dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të fuqisë punëtore të Mjekësisë Familjare;
- përmirësimin e sistemit të sigurisë së cilësisë, monitorimit të performancës dhe vazhdimësisë së kujdesit shëndetësor;
- forcimin e integritetit të shërbimeve, koordinimit dhe funksionimit të portës hyrëse ndërmjet niveleve të kujdesit;
- avancimin e shërbimeve parandaluese, të bazuara në komunitet dhe orientuar drejt njerëzve;
- forcimin e qasjes dhe shërbimeve gjithëpërfshirëse për personat me aftësi të kufizuara, përfshirë nevojën për infrastrukturë të qasshme, ofrimi i shërbimeve ndaj personave me aftësi të kufizuara, koordinim të referimeve dhe integrim me shërbimet mbështetëse të bazuara në komunitet;
- përmirësimin e integritetit ndërmjet KPSH-së, shëndetit publik, sektorit privat dhe kujdesit specialistik;
- përforcimin e sistemit të informimit shëndetësor, kapaciteteve për monitorim dhe vlerësim, si dhe përdorimin e të dhënave për vendimmarrje dhe hartim politikash.

Në afat më të gjatë, zhvillimi i një sistemi plotësisht të integruar, të orientuar drejt njerëzve dhe të fokusuar në performancë në kuadër të KPSH-së do të jetë thelbësor për përmirësimin e efikasitetit të sistemit, forcimin e mbrojtjes financiare dhe avancimin drejt Mbulimit Universal Shëndetësor në Kosovë, në përputhje me përpjekjet ndërkombëtare dhe parimet e sistemit shëndetësor^(1-3,11,12).

SEKSIONI 1. KONTEKSTI DHE ROLI I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR NË KOSOVË

1.1 Korniza konceptuale dhe roli i Kujdesit Parësor Shëndetësor

Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH) njihet gjerësisht si themeli i sistemeve shëndetësore efektive, të barabarta dhe të qëndrueshme. Që nga Deklarata e Alma-Atës dhe rikonfirmimi i saj përmes Deklaratës së Astanës, KPSH-ja është pozicionuar si mekanizmi qendror për arritjen e Mbulimit Universal Shëndetësor (UHC), duke siguruar që të gjithë individët dhe komunitetet të kenë qasje në shërbime esenciale shëndetësore pa vështirësi financiare⁽¹⁻³⁾.

Kujdesi Parësor Shëndetësor përfshin një qasje gjithëpërfshirëse ndaj ofrimit të shërbimeve shëndetësore, duke përfshirë promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, diagnostikimin, trajtimin, rehabilitimin dhe kujdesin paliativ. Në qendër të këtij modeli qëndron parimi i kujdesit të orientuar drejt njerëzve, i cili thekson reagimin ndaj nevojave të individëve dhe komuniteteve, si dhe vazhdimësinë dhe koordinimin e kujdesit ndërmjet niveleve të ndryshme të sistemit shëndetësor^(1,3).

Brenda kësaj qasjeje gjithëpërfshirëse të KPSH-së, rehabilitimi duhet të kuptohet si një komponent thelbësor i kujdesit, veçanërisht për personat me aftësi të kufizuara, të moshuarit, personat me sëmundje kronike dhe individët në rikuperim pas sëmundjes apo lëndimit. Në Kosovë, forcimi i rehabilitimit brenda KPSH-së kërkon përmirësim të rrugëve të referimit, koordinim më të mirë me shërbimet specialistike, rehabilitim të bazuar në komunitet, qasje në fizioterapi, pajisje ndihmëse dhe ofrim të shërbimeve të ndjeshme ndaj aftësisë së kufizuar. Për personat me aftësi të kufizuara, rehabilitimi nuk është një shërbim shtesë, por një kërkesë themelore për funksionim, pjesëmarrje, pavarësi dhe përfshirje në jetën komunitare.

Një numër i konsiderueshëm dëshmish tregon se sistemet shëndetësore me KPSH të fuqishëm arrijnë rezultate më të mira shëndetësore për popullatën, barazi më të madhe në qasjen ndaj kujdesit dhe përdorim më efikas të burimeve. Në të kundërtën, sistemet me KPSH të dobët ose të fragmentuar shpesh karakterizohen nga kosto më të larta shëndetësore, koordinim i reduktuar i kujdesit, dyfishim i shërbimeve dhe rezultate më të dobëta shëndetësore^(4,11,13).

Modeli i Mjekësisë Familjare përfaqëson bazën operative të KPSH-së në shumë sisteme shëndetësore evropiane. Ai mbështetet në parime thelbësore si qasja e kontaktit të parë, vazhdimësia e kujdesit, gjithëpërfshirja, koordinimi dhe ofrimi i kujdesit të orientuar drejt personit. Një karakteristikë kyçe e këtij modeli është funksioni i portës hyrëse, përmes të cilit

ofruesit e kujdesit parësor rregullojnë qasjen në shërbimet specialistike dhe spitalore, duke përmirësuar kështu efikasitetin e sistemit dhe duke promovuar përdorim më racional të burimeve shëndetësore^(3,5).

Megjithatë, efektiviteti i KPSH-së nuk varet vetëm nga dizajni konceptual, por edhe nga shkalla në të cilën këto parime operacionalizohen përmes mekanizmave të qeverisjes, financimit, kapacitetit të fuqisë punëtore, sistemeve të llogaridhënies dhe integritit ndërmjet niveleve të kujdesit. Pa implementim efektiv, KPSH-ja rrezikon të mbetet një strukturë formale organizative dhe jo një sistem funksional dhe i koordinuar, i aftë të ofrojë vazhdimësi, qasshmëri, cilësi dhe kujdes të orientuar drejt njerëzve^(11,13).

1.2 Zhvillimi dhe konteksti sistemor i KPSH-së në Kosovë

Në Kosovë, Kujdesi Parësor Shëndetësor është pozicionuar si themeli i sistemit të kujdesit shëndetësor që nga periudha pas konfliktit. Pas konfliktit të vitit 1999, sistemi shëndetësor kërkonte rindërtim, ndërsa KPSH-ja shërbeu si mekanizmi kryesor për rikthimin e qasjes në shërbime esenciale shëndetësore për popullatën⁽⁶⁾.

Prezantimi i modelit të Mjekësisë Familjare përfaqësoi një tranzicion të madh strukturor nga një sistem kryesisht i orientuar drejt specialistëve në një model të bazuar në KPSH, që thekson vazhdimësinë e kujdesit, parandalimin, koordinimin dhe shërbimet e orientuara drejt komunitetit^(3,5). Më pas u krijua një rrjet kombëtar i institucioneve të KPSH-së, duke përfshirë Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF), Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancat e Mjekësisë Familjare (AMF), duke përmirësuar ndjeshëm qasjen gjeografike në shërbime⁽⁶⁾.

Qeverisja e KPSH-së në Kosovë karakterizohet nga decentralizimi, ku komunat janë përgjegjëse për organizimin dhe ofrimin e shërbimeve, ndërsa niveli qendror ruan përgjegjësinë për zhvillimin e politikave, rregullimin, mbikëqyrjen e financimit dhe planifikimin strategjik⁽⁶⁾.

Ky model qeverisës ka kontribuar në rritjen e zotimit lokal dhe reagimit ndaj nevojave të komunitetit, por gjithashtu ka kontribuar në variabilitet të cilësisë së shërbimeve, kapacitetit menaxherial, shpërndarjes së fuqisë punëtore dhe qasjes në kujdes ndërmjet komunave.

Dallimet në kapacitetet financiare komunale, disponueshmërinë e burimeve njerëzore, infrastrukturën dhe performancën menaxheriale kanë kontribuar në pabarazi të vazhdueshme në ofrimin e shërbimeve të KPSH-së. Këto dallime reflektohen në vlerësimet kombëtare dhe analizat e politikave, të cilat vazhdojnë të identifikojnë implementim jo të njëtrajtshëm të

politikave të KPSH-së, dallime në cilësinë e shërbimeve dhe sfida në sigurimin e qasjes së barabartë në shërbimet shëndetësore ndërmjet komunave^(6,15).

Plakja e popullsisë, migrimi i profesionistëve shëndetësorë, rritja e barrës së sëmundjeve kronike dhe rritja e kërkesës për shërbime shëndetësore vazhdojnë të ushtrojnë presion të konsiderueshëm mbi institucionet e KPSH-së dhe sistemin më të gjerë shëndetësor. Këto trende kërkojnë gjithnjë e më shumë planifikim më adaptiv të fuqisë punëtore, integrim më të fuqishëm të shërbimeve, përmirësim të vazhdimësisë së kujdesit dhe mekanizma më efikas të financimit dhe qeverisjes brenda KPSH-së.

1.3 Qasja analitike dhe metodologjia

Kjo analizë e politikave shqyrton zhvillimin, qeverisjen, financimin, dinamikën e fuqisë punëtore dhe performancën e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë gjatë periudhës nga viti 1999 deri në periudhën raportuese të vitit 2026. Analiza fokusohet veçanërisht në marrëdhënien ndërmjet dizajnit formal të sistemit dhe implementimit operacional, duke shqyrtuar se si aranzhimet institucionale përkthehen në ofrim efektiv dhe të barabartë të shërbimeve.

Analiza përfshin shqyrtimin e dokumenteve ligjore dhe të politikave, duke përfshirë legjislacionin kombëtar, kornizat strategjike, udhëzimet administrative dhe raportet institucionale, duke mundësuar vlerësimin e zhvillimit formal dhe evolucionit të sistemit të KPSH-së në Kosovë^(6,10,11).

Analiza plotësohet më tej përmes shqyrtimit të strukturave të financimit dhe modeleve të shpenzimeve, duke përdorur të dhënat e vendit dhe ndërkombëtare për të vlerësuar marrëdhënien ndërmjet financimit të shëndetësisë, alokimit të burimeve, qasjes në kujdes dhe mbrojtjes financiare^(7,9,16-18).

Gjithashtu, janë përfshirë të dhëna nga raportet e vendit, dokumentet e politikave dhe databazat publike për të vlerësuar performancën e sistemit dhe për të identifikuar sfidat kryesore të implementimit që ndikojnë në shërbimet e KPSH-së dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë.

Për më tepër, njohuritë dhe perspektivat e akterëve relevantë, ish-udhëheqësve shëndetësorë, menaxherëve komunalë të shëndetësisë, profesionistëve të Mjekësisë Familjare dhe ekspertëve të sistemit shëndetësor janë përdorur për të plotësuar të dhënat kuantitative dhe për të evidentuar hendekun ndërmjet dizajnit të politikave dhe praktikës operative.

Po ashtu, analiza është forcuar përmes konsultimeve me odat profesionale, institucionet dhe akterët relevantë, ndërsa versionet draft të dokumentit janë shpërndarë me Ministrinë e Shëndetësisë dhe palët tjera relevante për rishikim teknik, konsultim dhe validim.

Duke integruar këto burime, analiza shkon përtej një qasjeje thjesht përshkruese dhe ofron një kuptim sistemor të KPSH-së në Kosovë, duke përfshirë si karakteristikat strukturore ashtu edhe performancën funksionale të sistemit. Kjo qasje analitike mbështet identifikimin e kufizimeve kryesore dhe ofron rekomandime të bazuara në dëshmi për forcimin e KPSH-së në përputhje me prioritetet kombëtare dhe parimet bashkëkohore ndërkombëtare dhe praktikatat më të mira të KPSH-së^(1,3,11).

Shënim: Kjo analizë nuk përfshin shërbimet shëndetësore të administruara përmes sistemeve që operojnë jashtë kornizës institucionale të Kosovës, përfshirë shërbimet e mbështetura ose të menaxhuara nga institucionet serbe.

SEKSIONI 2. ZHVILLIMI HISTORIK I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR DHE MJEKËSISË FAMILJARE

2.1 Hyrje

Zhvillimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) dhe modelit të Mjekësisë Familjare në Kosovë që nga viti 1999 përfaqëson një transformim kompleks dhe shumëfazësh, i ndikuar nga rindërtimi pas konfliktit, asistenca teknike ndërkombëtare, reformat institucionale dhe prioritetet evoluese të politikave kombëtare^(1,3,6,11).

Ndryshe nga reformat graduale të sistemeve shëndetësore të vërejtura në mjedise më stabile, sistemi i KPSH-së në Kosovë u rindërtua në kushte të ndërprerjes sistematike, duke kërkuar njëkohësisht rikthimin e shërbimeve bazike shëndetësore dhe prezantimin e modeleve të reja organizative të harmonizuara me parimet ndërkombëtare të KPSH-së. Ky proces përfshiu si rindërtimin e infrastrukturës së dëmtuar shëndetësore ashtu edhe transformimin e orientimit konceptual të sistemit shëndetësor drejt një modeli të bazuar në Kujdesin Parësor Shëndetësor dhe Mjekësinë Familjare.

Pas konfliktit të vitit 1999, rindërtimi i sektorit shëndetësor u mbështet gjerësisht nga organizata ndërkombëtare, partnerët zhvillimorë, agjencitë e Kombeve të Bashkuara dhe Organizata Jo-Qeveritare. Kjo periudhë krijoi kushtet për reforma më të gjera të sektorit shëndetësor dhe tranzicion drejt një modeli të KPSH-së të orientuar në Mjekësinë Familjare, në përputhje me parimet bashkëkohore ndërkombëtare të sistemeve shëndetësore.

Ky proces i dyfishtë i rindërtimit dhe reformës rezultoi në një sistem ku elementet strukturore të KPSH-së u krijuan relativisht shpejt, ndërsa performanca funksionale e sistemit, veçanërisht në fusha si koordinimi i kujdesit, porta hyrëse (gatekeeping), vazhdimësia e kujdesit, sigurimi i cilësisë dhe integrimi ndërmjet niveleve të kujdesit, evoluoi më gradualisht^(4,5). Kuptimi i dallimit ndërmjet zhvillimit strukturor dhe maturitetit funksional mbetet thelbësor për interpretimin e performancës aktuale të KPSH-së dhe identifikimin e prioriteteve të ardhshme të reformës.

Kornizat e fundit të politikave konfirmojnë se hendeku ndërmjet zhvillimit strukturor dhe performancës funksionale mbetet një karakteristikë përcaktuese e sistemit. Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025–2030 thekson nevojën për forcimin e implementimit të modelit të Mjekësisë Familjare, përmirësimin e koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit dhe rritjen e shfrytëzimit të shërbimeve të KPSH-së^(8,11).

2.2 Faza I: Rindërtimi pas konfliktit dhe riorientimi i sistemit

Pas konfliktit të vitit 1999, sistemi shëndetësor i Kosovës u përball me shkatërrim të gjerë të infrastrukturës, ndërprerje të ofrimit të shërbimeve dhe kapacitet të kufizuar institucional. Prioriteti i menjëhershëm gjatë kësaj faze ishte rikthimi i shërbimeve esenciale shëndetësore, me KPSH-në të pozicionuar si pika kryesore hyrëse për sigurimin e mbulimit të shpejtë të popullatës dhe qasjes në shërbime shëndetësore⁽⁶⁾.

Organizatat ndërkombëtare, veçanërisht Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), luajtën rol qendror në mbështetjen e tranzicionit drejt një modeli të sistemit shëndetësor të orientuar në KPSH, duke theksuar qasshmërinë, vazhdimësinë e kujdesit, parandalimin dhe ofrimin e shërbimeve të bazuara në komunitet^(1,2). Në këtë kontekst, OBSH publikoi në vitin 1999 “Udhëzimet e Përkohshme të Politikave Shëndetësore”, të njohura zakonisht si “Blue Book – Libri i kaltër”, me qëllim koordinimin e mbështetjes së donatorëve dhe udhëheqjen e rindërtimit të sistemit shëndetësor⁽²⁶⁾.

“Libri i kaltër” theksoi forcimin e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe shërbimeve të Mjekësisë Familjare, përmirësimin e sistemeve të referimit ndërmjet niveleve të kujdesit, harmonizimin e planifikimit të shërbimeve me nevojat e popullatës, mbështetjen e zhvillimit të shërbimeve private shëndetësore, krijimin e mekanizmave për menaxhimin e barnave esenciale dhe furnizimeve mjekësore, si dhe promovimin e zhvillimit të integruar të sistemit shëndetësor.

Prezantimi i modelit të Mjekësisë Familjare gjatë kësaj periudhe përfaqësoi një tranzicion strategjik madhor nga një sistem shëndetësor kryesisht i orientuar drejt spitaleve dhe specialistëve në një model më të integruar dhe të orientuar drejt njerëzve, të bazuar në KPSH. Mjekësia Familjare u prezantua si baza organizative dhe profesionale e KPSH-së, duke theksuar vazhdimësinë e kujdesit, qasjen e kontaktit të parë, gjithëpërfshirjen, parandalimin dhe koordinimin ndërmjet niveleve të kujdesit.

Megjithatë, implementimi gjatë kësaj faze mbeti shumë i varur nga mbështetja teknike dhe financiare e jashtme, me kapacitet të kufizuar institucional vendor për qëndrueshmëri afatgjatë dhe implementim në nivel të tërë sistemit. Si rezultat, megjithëse bazat konceptuale të KPSH-së dhe Mjekësisë Familjare u vendosën relativisht herët, implementimi mbeti jo i njëtrajtshëm ndërmjet komunave dhe rajoneve.

Prandaj, kjo fazë mund të karakterizohet si një periudhë e riorientimit të sistemit pas konfliktit, gjatë së cilës u prezantuan bazat konceptuale dhe strukturore të KPSH-së, por integrimi institucional dhe konsistenca operative mbetën të paplota.

2.3 Faza II: Institucionalizimi dhe zgjerimi

Faza pasuese u fokusua në konsolidimin dhe institucionalizimin e modelit të Mjekësisë Familjare brenda sistemit kombëtar shëndetësor. Gjatë kësaj periudhe, Kosova përjetoi zgjerim të konsiderueshëm të infrastrukturës së KPSH-së, duke përfshirë themelimin e Qendrave Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF), Qendrave të Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancave të Mjekësisë Familjare (AMF) nëpër komuna⁽⁶⁾.

Këto zhvillime përmirësuan ndjeshëm qasjen gjeografike në shërbimet shëndetësore dhe krijuan bazën strukturore të një rrjeti kombëtar të KPSH-së. Në të njëjtën kohë, u ndërmorën përpjekje për forcimin e kapaciteteve të burimeve njerëzore përmes programeve të trajnimit për mjekët e Mjekësisë Familjare dhe infermierët që funksiononin si ekipe multidisiplinare të KPSH-së.

Një moment i rëndësishëm gjatë kësaj faze ishte krijimi i mekanizmave institucionale për edukimin profesional dhe zhvillimin e fuqisë punëtore. Themelimi i Qendrës për Zhvillimin e Mjekësisë Familjare dhe Qendrës për Edukim të Vazhdueshëm Infermioror luajti rol të rëndësishëm në forcimin e kapaciteteve të profesionistëve shëndetësor dhe mbështetjen e implementimit të modelit të Mjekësisë Familjare.

Programet e specializimit në Mjekësi Familjare u zhvilluan në bashkëpunim me partnerë ndërkombëtarë, institucione akademike dhe organizata profesionale, duke kontribuar në profesionalizimin gradual të shërbimeve të KPSH-së dhe zgjerimin e kompetencave të Mjekësisë Familjare brenda sistemit shëndetësor.

Në të njëjtën kohë, u prezantuan reforma të rëndësishme në edukimin dhe zhvillimin profesional të infermierisë. Zhvillimi i programeve bachelor në infermieri përfaqësoi një hap të rëndësishëm drejt profesionalizimit të shërbimeve infermiore dhe zgjerimit të rolit të infermierëve brenda ekipeve multidisiplinare të KPSH-së.

Edukimi i vazhdueshëm profesional dhe trajnimet e specializuara infermiore në Mjekësi Familjare kontribuan gjithashtu në forcimin e shërbimeve të bazuara në komunitet, kujdesit parandalues, promovimit të shëndetit dhe vazhdimësisë së kujdesit brenda KPSH-së.

Pavarësisht këtyre avancimeve, kapaciteti implementues mbeti i ndryshueshëm ndërmjet komunave, ndërsa dallimet në disponueshmërinë e fuqisë punëtore (profesionistëve shëndetësor), infrastrukturës, kapacitetit menaxherial dhe mbështetjes institucionale vazhduan të ndikojnë në cilësinë dhe konsistencën e ofrimit të shërbimeve të KPSH-së.

2.4 Faza III: Decentralizimi dhe ristrukturimi i sistemit

Një reformë madhore strukturore gjatë kësaj faze ishte decentralizimi i qeverisjes dhe ofrimit të shërbimeve të KPSH-së. Sipas këtij modeli, komunat u bënë përgjegjëse për organizimin, menaxhimin, financimin dhe ofrimin e shërbimeve të KPSH-së, ndërsa niveli qendror ruajti përgjegjësinë për zhvillimin e politikave, rregullimin, planifikimin strategjik dhe mbikëqyrjen e sistemit⁽⁶⁾.

Decentralizimi kishte për qëllim përmirësimin e reagimit ndaj nevojave të popullatës lokale, forcimin e llogaridhënies dhe rritjen e efikasitetit në ofrimin e shërbimeve. Në praktikë, megjithatë, decentralizimi solli gjithashtu dallime në performancën institucionale ndërmjet komunave.

Dallimet në burimet financiare, kapacitetin menaxherial, zhvillimin e infrastrukturës, disponueshmërinë e fuqisë punëtore dhe kapacitetin e qeverisjes lokale kontribuan në pabarazi në cilësinë e shërbimeve, implementimin e politikave të KPSH-së dhe qasjen në shërbime shëndetësore. Dallimi në kapacitetet institucionale u bë gjithnjë e më shumë një determinant i rëndësishëm i performancës së KPSH-së dhe efektivitetit të implementimit ndërmjet komunave.

Megjithëse decentralizimi përmirësoi zotimin në nivel lokal dhe reagimin ndaj nevojave në disa komuna, ai gjithashtu kontribuoi në fragmentim dhe implementim jo të njëtrajtshëm të reformave të KPSH-së në të gjithë vendin.

Në të njëjtën kohë, decentralizimi lehtësoi zgjerimin e infrastrukturës së KPSH-së dhe furnizimin me pajisje mjekësore në disa komuna, duke kontribuar në përmirësimin e disponueshmërisë dhe qasshmërisë së shërbimeve lokale. Megjithatë, dallimet në kapacitetet financiare dhe menaxheriale lokale vazhduan të ndikojnë në performancën institucionale dhe cilësinë e kujdesit.

2.5 Faza IV: Konsolidimi ligjor dhe zhvillimi strategjik

Periudha nga viti 2012 e tutje u karakterizua nga konsolidim i rëndësishëm i sistemit të KPSH-së përmes zhvillimit të një kornize më të strukturuar ligjore dhe të politikave. Miratimi i Ligjit Nr. 04/L-125 për Shëndetësi formalizoi rolin e KPSH-së si niveli i parë i kujdesit dhe qartësoi përgjegjësitë institucionale brenda sistemit shëndetësor⁽⁵⁾.

Ligji krijoi bazën formale të strukturës së ofrimit të shërbimeve dhe përforcoi rolin e Mjekësisë Familjare brenda sistemit të KPSH-së.

Aktet nënligjore dhe udhëzimet administrative përcaktuan më tej organizimin e institucioneve të KPSH-së, standardet e ofrimit të shërbimeve, normat e personelit, rrugët e referimit dhe përgjegjësitë operative. Këta mekanizma rregullatorë synonin forcimin e koordinimit, përmirësimin e vazhdimësisë së kujdesit dhe mbështetjen e implementimit të modelit të Mjekësisë Familjare.

Në nivel strategjik, politikat kombëtare shëndetësore gjithnjë e më shumë theksuan rëndësinë e KPSH-së si themel i sistemit të kujdesit shëndetësor dhe nevojën për përmirësimin e cilësisë, efikasitetit dhe koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit^(1,10). Gjatë kësaj periudhe, u prezantuan dhe u zgjeruan gradualisht shërbimet e orientuara drejt komunitetit, përfshirë vizitat në shtëpi për gratë shtatzëna dhe fëmijët deri në moshën trevjeçare, duke reflektuar një fokus në rritje të politikave në shëndetin e nënës dhe fëmijës, parandalimin, zhvillimin e hershëm të fëmijërisë dhe shërbimet e KPSH-së të orientuara drejt komunitetit.

Organizatat ndërkombëtare, organizatat lokale të shoqërisë civile dhe partnerët zhvillimorë kontribuan gjithashtu në forcimin e shërbimeve parandaluese, promovuese, të shëndetit të nënës dhe fëmijës, si dhe shërbimeve të bazuara në komunitet në Kosovë, duke plotësuar reformat më të gjera institucionale dhe të politikave në sistemin shëndetësor.

Pavarësisht progresit të rëndësishëm në zhvillimin e kornizave ligjore dhe të politikave, boshllëqet në implementim vazhduan. Mekanizmat e portës hyrëse mbetën të dobët, sistemet e monitorimit të performancës ishin të kufizuara dhe koordinimi ndërmjet KPSH-së dhe niveleve më të larta të kujdesit mbeti jo konsistent.

Këto sfida demonstrojnë se ekzistenca e kornizave ligjore dhe strategjike në vetvete nuk ka siguruar implementim efektiv dhe konsistent në të gjithë sistemin shëndetësor.

2.6 Faza V: Harmonizimi i reformave dhe tranzicioni i sistemit

Faza më e fundit reflekton harmonizim në rritje ndërmjet zhvillimit të KPSH-së dhe reformave më të gjera të sistemit shëndetësor, veçanërisht në lidhje me financimin, qeverisjen, qëndrueshmërinë e fuqisë punëtore dhe efikasitetin e sistemit.

Një zhvillim i rëndësishëm institucional gjatë kësaj faze ishte miratimi nga Ministria e Shëndetësisë i Planit të Veprimit për Tranzicionin e aktiviteteve të Programit të Specializimit në Mjekësi Familjare nga programi i mbështetur nga LuxDev në Ministrinë e Shëndetësisë.

Sipas këtij plani tranzicioni, financimi i Programit të Specializimit në Mjekësi Familjare kaloi në Ministrinë e Shëndetësisë duke filluar nga viti 2025. Ky tranzicion përfaqëson një hap të

rëndësishëm drejt forcimit të pronësisë kombëtare dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të zhvillimit të fuqisë punëtore të Mjekësisë Familjare.

Një zhvillim tjetër i rëndësishëm ishte miratimi i Ligjit për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në vitin 2026, i cili krijoi kornizën ligjore për implementimin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në Kosovë. Megjithatë, legjislacioni paraparak për sigurime shëndetësore kishte ekzistuar edhe më parë, por kishte mbetur i paimplementuar për shkak të kufizimeve institucionale, financiare dhe operative, përfshirë zhvillimin jo të plotë të Sistemit të Informimit Shëndetësor dhe gatishmërinë e kufizuar institucionale për implementim.

Në të njëjtën kohë, Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025–2030 vendos theks të fuqishëm në forcimin e implementimit të modelit të Mjekësisë Familjare, përmirësimin e koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit dhe rritjen e shfrytëzimit të shërbimeve të KPSH-së^(8,11).

Gjatë kësaj faze u financuan gjithashtu shërbime shtesë të orientuara drejt komunitetit, përfshirë vizitat në shtëpi për gratë shtatzëna dhe fëmijët, shërbimet e kujdesit në shtëpi dhe kujdesit paliativ, si dhe programet e ndërhyrjes së hershme në fëmijëri.

Megjithatë, mekanizmat e financimit për këto shërbime mbetën kryesisht të bazuara në inpute dhe nuk u lidhën plotësisht me indikatorët e performancës, rezultatet e shërbimeve apo linjat specifike buxhetore për ndërhyrje.

Plakja e profesionistëve shëndetësor u shfaq gjithnjë e më shumë si një rrezik madhor strukturor për qëndrueshmërinë e reformave të KPSH-së. Të dhënat e disponueshme tregojnë se një pjesë e konsiderueshme e specialistëve të Mjekësisë Familjare i përkasin grupmoshave më të vjetra, duke sugjeruar se një segment i madh i fuqisë aktuale punëtore mund të pensionohet brenda dekadës së ardhshme, ndërsa kapaciteti zëvendësues mbetet i kufizuar.

Këto trende kanë implikime të rëndësishme për planifikimin e ardhshëm të profesionistëve shëndetësor, kapacitetin e trajnimit, vazhdimësinë e kujdesit dhe qëndrueshmërinë afatgjatë të shërbimeve të Mjekësisë Familjare.

Pavarësisht këtyre reformave, sfida të rëndësishme vazhdojnë të ndikojnë në performancën e KPSH-së, përfshirë mungesën e profesionistëve shëndetësor, variabilitetin ndërmjet komunave, kapacitetin e kufizuar diagnostikues, mekanizmat e fragmentuar të koordinimit dhe implementimin jo të plotë të funksioneve thelbësore të KPSH-së në praktikë.

Kufizimet financiare vazhdojnë të ndikojnë në performancën e sistemit dhe qasjen e barabartë në kujdes. Varësia e lartë nga pagesat nga xhepi dhe implementimi jo i plotë i mekanizmit të

sigurimit shëndetësor vazhdon të kufizojnë mbrojtjen financiare dhe të reduktojnë efektivitetin e KPSH-së si niveli koordinues i kujdesit brenda sistemit shëndetësor^(7,16-18).

2.7 Dinamikat ndërsektorale të sistemit

Përgjatë të gjitha fazave të zhvillimit, shfaqen disa modele strukturore dhe operative që janë të rëndësishme për kuptimin e gjendjes aktuale të KPSH-së në Kosovë.

Së pari, është arritur progres i konsiderueshëm në krijimin e bazave strukturore të KPSH-së, përfshirë zhvillimin e një rrjeti kombëtar të KPSH-së, prezantimin e modelit të Mjekësisë Familjare, forcimin e kornizave institucionale dhe implementimin e aranzhimeve të qeverisjes së decentralizuar.

Së dyti, vazhdon të ekzistojë një hendek i vazhdueshëm ndërmjet dizajnit të politikave dhe implementimit efektiv. Megjithëse kornizat ligjore, strukturat institucionale dhe politikat strategjike janë relativisht të zhvilluara, përkthimi i këtyre kornizave në veprim efektiv dhe të koordinuar të shërbimeve mbetet jo i njëtrajtshëm ndërmjet komunave dhe niveleve të kujdesit.

Së treti, decentralizimi funksionon njëkohësisht si forcë dhe kufizim brenda sistemit të KPSH-së. Ndërsa decentralizimi ka përmirësuar zotimin në nivel lokal, reagimin ndaj nevojave, zhvillimin e infrastrukturës dhe disponueshmërinë e pajisjeve mjekësore në disa komuna, ai gjithashtu ka kontribuar në dallime të performancës institucionale, cilësisë së kujdesit, shpërndarjes së profesionistëve shëndetësor dhe qasjes në shërbime ndërmjet komunave.

Në praktikë, menaxhimi i burimeve financiare të alokuara për KPSH mbetet kryesisht i centralizuar brenda Drejtorive Komunale të Shëndetësisë, ndërsa autonomia menaxheriale në nivel të QKMF-ve mbetet relativisht e kufizuar. Ky aranzhim organizativ vazhdon të ndikojë në fleksibilitetin, planifikimin operacional dhe kapacitetin implementues në nivel institucional.

Së katërti, harmonizimi i dobët ndërmjet mekanizmave të financimit dhe ofrimit të shërbimeve vazhdon të kufizojë efektivitetin dhe efikasitetin e sistemit. Aranzhimet ekzistuese të financimit ofrojnë pak incentiva për përmirësimin e performancës, vazhdimësisë së kujdesit, ofrimit të integruar të shërbimeve dhe forcimit të funksioneve të portës hyrëse^(7,16-18).

Në përmbledhje, këto dinamika tregojnë se sfida qendrore me të cilën përballlet KPSH-ja në Kosovë nuk kufizohet më në krijimin e komponentëve strukturorë, por gjithnjë e më shumë lidhet me forcimin e funksionalitetit, kapacitetit implementues, integritet, efektivitetit të qeverisjes dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të sistemit.

Në të njëjtën kohë, trendet dhe ndryshimet demografike, epidemiologjike, të profesionistëve shëndetësor dhe financimit sugjerojnë gjithnjë e më shumë nevojën për një rishikim më të gjerë strategjik lidhur me modelin e ardhshëm organizativ të shërbimeve të KPSH-së dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë.

Reformat e ardhshme ka të ngjarë të kërkojnë integrim më të fuqishëm të Mjekësisë Familjare, shërbimeve të bazuara në komunitet, parandalimit, kujdesit multidisiplinar, mbështetjes së shëndetit mendor, sistemeve digjitale dhe mekanizmave të vazhdimësisë së kujdesit, me qëllim përgjigjen efektive ndaj nevojave në ndryshim të shëndetit të popullatës dhe sfidave bashkëkohore të sistemit shëndetësor.

SEKSIONI 3. KORNIZA LIGJORE DHE E POLITIKAVE TË KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR

3.1 Pasqyrë e arkitekturës ligjore dhe të politikave

Zhvillimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) dhe modelit të Mjekësisë Familjare në Kosovë është udhëhequr nga një kornizë ligjore dhe e politikave në zhvillim të vazhdueshëm, e formësuar nga rindërtimi pas konfliktit, konsolidimi institucional, reformat e decentralizimit dhe harmonizimi gradual me standardet ndërkombëtare të sistemeve shëndetësore.

Kjo kornizë përfshin legjislacionin primar, aktet nënligjore, dokumentet strategjike të politikave dhe udhëzimet operative, të cilat kontribuojnë në organizimin formal dhe funksionimin e synuar të KPSH-së brenda sistemit shëndetësor^(5,7).

Nga perspektiva formale, Kosova ka krijuar një bazë ligjore relativisht gjithëpërfshirëse për KPSH-në, duke përcaktuar rolin e saj si niveli i parë i kujdesit dhe duke e pozicionuar atë si themelin e sistemit shëndetësor. Korniza ligjore reflekton parimet thelbësore të KPSH-së, përfshirë qasshmërinë, vazhdimësinë e kujdesit, parandalimin, barazinë, decentralizimin dhe koordinimin ndërmjet niveleve të kujdesit^(1-3,5).

Megjithatë, një nga karakteristikat përcaktuese të kornizës aktuale mbetet hendeku i vazhdueshëm ndërmjet dizajnit formal të politikave dhe implementimit efektiv, veçanërisht në fusha si porta hyrëse, koordinimi i referimeve, vazhdimësia e kujdesit, menaxhimi i performancës dhe integrimi ndërmjet niveleve të kujdesit^(13,19).

Ky divergjim sugjeron se kufizimi kryesor që ndikon në performancën e KPSH-së nuk është më mungesa e legjislacionit apo kornizave strategjike, por kufizimet në kapacitetin qeverisës, mekanizmat institucionalë të implementimit, sistemet e llogaridhënies, harmonizimin e financimit dhe integrimin operacional të nevojshëm për zbatimin efektiv të këtyre kornizave.

Me kalimin e kohës, korniza ligjore dhe e politikave ka evoluar paralelisht me reformat më të gjera të sistemit shëndetësor që lidhen me decentralizimin, financimin, digjitalizimin, sigurimin e cilësisë dhe Mbulimin Universal Shëndetësor. Si rezultat, zhvillimi i politikave të KPSH-së reflekton gjithnjë e më shumë jo vetëm prioritetet e ofrimit të shërbimeve, por edhe objektiva më të gjera që lidhen me qëndrueshmërinë, barazinë, mbrojtjen financiare, cilësinë e kujdesit dhe performancën afatgjatë të sistemit shëndetësor^(1,2,7).

3.2 Legjislacioni kryesor që rregullon KPSH-në

Korniza ligjore që rregullon Kujdesin Parësor Shëndetësor në Kosovë mbështetet në disa ligje dhe instrumente kyçe të politikave, të cilat përcaktojnë organizimin, qeverisjen, financimin dhe ofrimin e shërbimeve brenda sistemit shëndetësor.

Një bazë e rëndësishme fillestare e politikave u krijua menjëherë pas konfliktit të vitit 1999 përmes publikimit të Udhëzimeve të Përkohshme të Politikave Shëndetësore nga Organizata Botërore e Shëndetësisë⁽²⁶⁾. Këto udhëzime ofruan orientimin fillestar strategjik për rindërtimin e sektorit shëndetësor dhe theksuan zhvillimin e një sistemi shëndetësor të orientuar në KPSH, bazuar në qasshmëri, Mjekësi Familjare, koordinim të referimeve dhe organizim racional të shërbimeve.

Instrumenti kryesor ligjor që rregullon sistemin shëndetësor është Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi, i cili formalisht e përcakton KPSH-në si nivelin e parë të kujdesit dhe definon organizimin e shërbimeve ndërmjet niveleve primare, sekondare dhe terciare të sistemit shëndetësor⁽⁵⁾.

Ligji siguron bazën formale ligjore për modelin e Mjekësisë Familjare duke e pozicionuar KPSH-në si pikën fillestare të kontaktit brenda sistemit shëndetësor dhe duke përcaktuar përgjegjësitë institucionale lidhur me ofrimin e shërbimeve, rrugët e referimit, vazhdimësinë e kujdesit dhe koordinimin e shërbimeve.

Ligji gjithashtu reflekton parimet themelore të KPSH-së të harmonizuara me kornizat ndërkombëtare, përfshirë qasshmërinë, vazhdimësinë e kujdesit, barazinë, parandalimin, rehabilitimin dhe decentralizimin e shërbimeve^(1,3,5). Në aspektin formal, ai e pozicionon Mjekësinë Familjare si bazën organizative të KPSH-së dhe thekson rolin e KPSH-së në shërbimet parandaluese, promovuese, kuruese, rehabilituese dhe të orientuara drejt komunitetit.

Reformat e hershme krijuan bazat ligjore për sigurimin shëndetësor dhe reformën e financimit shëndetësor. Ligji për Sigurimin Shëndetësor i miratuar në vitin 2014 krijoi bazën fillestare ligjore për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor në Kosovë; megjithatë, ai mbeti kryesisht i pazbatuar për shkak të kufizimeve institucionale, financiare, teknike dhe operacionale. Këto përfshinin gatishmëri të kufizuar institucionale, zhvillim jo të plotë të mekanizmave të financimit dhe blerjes së shërbimeve, si dhe mangësi në funksionalitetin e Sistemit të Informimit Shëndetësor (SISh). Në vitin 2026 u miratua Ligji i ri për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, duke krijuar një kornizë të përditësuar ligjore për implementimin e tij⁽⁷⁾.

Sipas analizave të fundit mbi financimin shëndetësor, implementimi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në Kosovë ka të ngjarë të kërkojë një tranzicion gradual gjatë disa viteve, përfshirë zhvillimin e legjislacionit sekondar, forcimin e strukturave institucionale dhe administrative, zgjerimin e sistemeve digjitale shëndetësore, forcimin e mekanizmave të blerjes dhe pagesës, si dhe operacionalizimin gradual të aranzhimeve financiare⁽¹⁶⁾.

Nëse implementohen në mënyrë efektive, reformat e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor kanë potencial të forcojnë ndjeshëm KPSH-në përmes përmirësimit të qëndrueshmërisë financiare, reduktimit të barrierave financiare në qasje, forcimit të funksioneve të portës hyrëse, aranzhimeve më strategjike të blerjes dhe harmonizimit më të mirë ndërmjet mekanizmave të financimit dhe performancës së ofrimit të shërbimeve.

Në të njëjtën kohë, implementimi i suksesshëm do të kërkojë kapacitet të konsiderueshëm institucional, angazhime afatgjata financiare, forcim të mekanizmave të qeverisjes, zgjerim të investimeve në KPSH dhe implementim gradual operacional të harmonizuar me reformat më të gjera të sistemit shëndetësor.

3.3 Aktet nënligjore dhe rregullimi operacional

Implementimi i KPSH-së në Kosovë rregullohet më tej përmes udhëzimeve administrative, akteve nënligjore, protokolleve klinike dhe udhëzimeve operative që përkthejnë dispozitat ligjore në rregulla praktike për organizimin dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Këto instrumente rregullatore përcaktojnë organizimin dhe funksionimin e Qendrave Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF), Qendrave të Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancave të Mjekësisë Familjare (AMF), përfshirë normat e personelit, paketat e shërbimeve, procedurat e referimit, përgjegjësitë operative, shërbimet parandaluese dhe standardet për ofrimin e shërbimeve⁽⁶⁾.

Rregullimi nënligjor luan rol kritik në formësimin e funksionimit të përditshëm të institucioneve të KPSH-së, duke përcaktuar mënyrën e ofrimit të shërbimeve, strukturimin e ekipeve dhe lëvizjen e pacientëve brenda sistemit. Në këtë kuptim, këto instrumente janë thelbësore për operacionalizimin e modelit të Mjekësisë Familjare përtej definimit të tij konceptual.

Pavarësisht rëndësisë së tyre, implementimi i këtyre standardeve mbetet i ndryshueshëm ndërmjet komunave. Dallimet në kapacitetet komunale, disponueshmërinë e burimeve, praktikat menaxheriale, shpërndarjen e profesionistëve shëndetësor (fuqisë punëtore) dhe

performancën institucionale kontribuojnë në zbatimin jo të njëtrajtshëm të standardeve dhe procedurave kombëtare në të gjithë vendin.

Nga perspektiva e qeverisjes, ky variabilitet demonstroi se ekzistenca e rregulloreve formale në vetvete nuk garanton implementim konsistent në sistemet e decentralizuara pa sisteme të fuqishme monitorimi, mekanizma llogaridhënieje, mbështetje institucionale dhe mbikëqyrje të performancës.

3.4 Decentralizimi si reformë kryesore e politikave

Një nga karakteristikat përcaktuese të sistemit të KPSH-së në Kosovë është decentralizimi i përgjegjësive për ofrimin e shërbimeve tek komunat. Sipas këtij modeli të qeverisjes, komunat u bënë përgjegjëse për financimin, menaxhimin, organizimin dhe ofrimin e shërbimeve të KPSH-së, ndërsa niveli qendror ruajti përgjegjësinë për zhvillimin e politikave, rregullimin, planifikimin strategjik dhe mbikëqyrjen e përgjithshme të sistemit⁽⁶⁾.

Financimi komunal i shërbimeve të KPSH-së mbështetet kryesisht përmes buxheteve të përgjithshme komunale dhe granteve specifike qeveritare të alokuara për shërbime shëndetësore. Në praktikë, menaxhimi dhe alokimi i këtyre burimeve mbetet kryesisht i centralizuar brenda Drejtorive Komunale të Shëndetësisë, ndërsa autonomia menaxheriale dhe financiare në nivel të QKMF-ve mbetet relativisht e kufizuar.

Decentralizimi synonte përmirësimin e reagimit ndaj nevojave të popullatës lokale, forcimin e llogaridhënies dhe rritjen e efikasitetit të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Në parim, strukturat lokale të qeverisjes janë më të pozicionuara për të kuptuar nevojat shëndetësore të komunitetit dhe për të përshtatur shërbimet në përputhje me to.

Në praktikë, megjithatë, decentralizimi ka prodhuar rezultate të përziera. Ndërsa ka forcuar zotimin lokal dhe ka mundur zgjerimin e infrastrukturës dhe shërbimeve të KPSH-së në disa komuna, ai gjithashtu ka kontribuar në dallime të konsiderueshme të performancës së sistemit në të gjithë vendin.

Dallimet në burimet financiare, kapacitetin administrativ, zhvillimin e infrastrukturës, performancën menaxheriale dhe disponueshmërinë e profesionistëve shëndetësor kanë kontribuar në pabarazi në cilësinë e shërbimeve, qasshmërinë, kapacitetin implementues dhe vazhdimësinë e kujdesit ndërmjet komunave.

Ky efekt i dyfishtë ilustron se decentralizimi funksionon njëkohësisht si mekanizëm për përmirësimin e reagimit dhe si burim fragmentimi dhe pabarazie brenda sistemit të KPSH-së.

Prandaj, efektiviteti i tij varet nga mekanizmat e fuqishëm të koordinimit, strukturat e qarta të llogaridhënies, alokimi i barabartë i burimeve dhe sistemet efektive të monitorimit ndërmjet komunave.

3.5 Dokumentet strategjike të politikave dhe prioritetet e reformës

Përveç legjislationit formal, zhvillimi i KPSH-së në Kosovë është udhëhequr nga një seri dokumentesh strategjike të politikave dhe kornizash reformuese që përcaktojnë prioritetet më të gjera të sistemit shëndetësor dhe objektivat e implementimit.

Këto korniza strategjike theksojnë vazhdimisht forcimin e KPSH-së si themel i sistemit shëndetësor, përmirësimin e cilësisë dhe efikasitetit të shërbimeve shëndetësore, forcimin e parandalimit dhe ndërhyrjes së hershme, si dhe përmirësimin e koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit^(1,8).

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025–2030 përfaqëson një nga kornizat më të rëndësishme strategjike të kohëve të fundit, duke theksuar:

- forcimin e implementimit të modelit të Mjekësisë Familjare;
- përmirësimin e vazhdimësisë dhe koordinimit të kujdesit;
- forcimin e shërbimeve parandaluese dhe të bazuara në komunitet;
- përmirësimin e mekanizmave të sigurimit të cilësisë;
- forcimin e qëndrueshmërisë së fuqisë punëtore shëndetësore;
- dhe avancimin e digjitalizimit dhe modernizimit të sistemit shëndetësor.

Kornizat strategjike të fundit reflektojnë gjithnjë e më shumë prioritete më të gjera modernizuese, përfshirë shëndetësinë digjitale, ofrimin e integruar të shërbimeve, qasjet e ndërhyrjes së hershme dhe vendimmarrjen e bazuar në dëshmi.

Në këtë kontekst, Qeveria e Kosovës miratoi Planin Strategjik për Zhvillimin e Sistemit të Informimit Shëndetësor 2024–2030, i cili synon forcimin e infrastrukturës digjitale shëndetësore, menaxhimit të të dhënave shëndetësore, sistemeve të monitorimit dhe përdorimit të informimit shëndetësor për zhvillimin e politikave dhe planifikimin e shërbimeve⁽²²⁾.

Për më tepër, Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Ndërhyrjen e Hershme në Fëmijëri 2025–2030 thekson qasjet e integruara dhe multidisiplinare ndaj zhvillimit të hershëm të fëmijërisë, parandalimit, rehabilitimit dhe koordinimit ndërmjet shërbimeve shëndetësore dhe sociale.

Plani i Veprimit për Kujdesin Parësor Shëndetësor 2024–2026 përfaqëson një instrument tjetër të rëndësishëm politikash që përcakton prioritetet strategjike lidhur me:

- përmirësimin e cilësisë së shërbimeve;
- zhvillimin e profesionistëve shëndetësor (fuqisë punëtore);
- shërbimet parandaluese;
- monitorimin dhe vlerësimin;
- implementimin e Mjekësisë Familjare;
- dhe harmonizimin e KPSH-së me reformat më të gjera të sistemit shëndetësor⁽²⁷⁾.

Megjithëse këto dokumente strategjike ofrojnë orientim të rëndësishëm politikash, ndikimi i tyre afatgjatë varet nga implementimi efektiv, financimi adekuat, mekanizmat operacionalë dhe kapaciteti institucional.

Siç është vërejtur përgjatë fazave të mëparshme të reformës, objektivat strategjike rrezikojnë të mbeten vetëm pjesërisht të implementuara nëse nuk mbështeten nga aranzhime efektive të qeverisjes dhe korniza të llogaridhënies.

3.6 Hendeku strukturor ndërmjet politikës dhe implementimit

Një gjetje kryesore që del nga analiza e kornizës ligjore dhe të politikave është hendeku i vazhdueshëm ndërmjet dizajnit të politikave dhe performancës funksionale të sistemit.

Megjithëse Kosova ka zhvilluar një grup relativisht gjithëpërfshirës ligjesh, rregulloresh, strategjish dhe kornizash politikash lidhur me KPSH-në, implementimi mbetet jo i njëtrajtshëm ndërmjet komunave dhe niveleve të kujdesit.

Ky hendek është veçanërisht i dukshëm në:

- zbatimin jo të plotë të mekanizmave të portës hyrëse;
- sistemet e fragmentuara të referimit dhe koordinimit;
- vazhdimësinë e kufizuar të kujdesit;
- sistemet e dobëta të monitorimit të performancës;
- dallimet në implementimin e standardeve;
- dhe ofrimin jo konsistent të shërbimeve ndërmjet komunave.

Përvoja ndërkombëtare demonstroi se boshllëqet e tilla implementimi janë të zakonshme në sistemet shëndetësore në tranzicion, veçanërisht aty ku kapaciteti institucional, mekanizmat e qeverisjes, sistemet e financimit dhe strukturat e llogaridhënies evoluojnë më ngadalë sesa vetë zhvillimi i politikave⁽¹³⁾.

Në Kosovë, këto gjetje sugjerojnë se progresi i ardhshëm varet më pak nga zhvillimi i legjislacionit shtesë dhe më shumë nga forcimi i kapaciteteve implementuese, qeverisjes operative, llogaridhënies institucionale, harmonizimit të financimit, sistemeve të monitorimit dhe integritetit ndërmjet niveleve të kujdesit.

Forcimi i harmonizimit ndërmjet strukturave të qeverisjes, mekanizmave të financimit, zhvillimit të profesionistëve shëndetësor, sistemeve digjitale dhe ofrimit të shërbimeve do të jetë kritik për sigurimin që KPSH-ja të funksionojë në mënyrë efektive si themel i sistemit shëndetësor në Kosovë.

SEKSIONI 4. QEVERISJA DHE ORGANIZIMI INSTITUCIONAL I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR

4.1 Struktura e qeverisjes së Kujdesit Parësor Shëndetësor

Qeverisja e Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) në Kosovë përcaktohet përmes një modeli institucional të decentralizuar, në të cilin përgjegjësitë ndahen ndërmjet nivelit qendror dhe atij komunal.

Kjo strukturë qeverisëse reflekton reforma më të gjera të sektorit publik të orientuara drejt forcimit të autonomisë lokale, përmirësimit të reagimit ndaj nevojave të popullatës dhe rritjes së efikasitetit të ofrimit të kujdesit shëndetësor^(5,6).

Në nivelin qendror, Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për zhvillimin e politikave, legjislacionin, mbikëqyrjen rregullatore, planifikimin strategjik, koordinimin e reformave kombëtare shëndetësore dhe përcaktimin e standardeve dhe prioritetëve kombëtare.

Ministria gjithashtu ruan përgjegjësinë për udhëheqje më të gjerë të sistemit shëndetësor, përfshirë harmonizimin me objektivat e Mbulimit Universal Shëndetësor, reformat financiare, strategjitë e digjitalizimit dhe planifikimin afatgjatë të profesionistëve shëndetësor^(7,8).

Në nivelin komunal, autoritetet lokale janë përgjegjëse për menaxhimin, financimin dhe ofrimin e shërbimeve të KPSH-së. Përgjegjësitë komunale përfshijnë mbikëqyrjen e institucioneve të KPSH-së, menaxhimin e buxheteve komunale shëndetësore, administrimin e profesionistëve shëndetësor, mirëmbajtjen e infrastrukturës, proceset e prokurimit dhe organizimin e shërbimeve shëndetësore brenda juridiksioneve të tyre.

Kjo strukturë qeverisëse krijon një sistem ku autoriteti strategjik është i centralizuar, ndërsa përgjegjësia operative apo zbtatuese është e decentralizuar. Në parim, një aranzhim i tillë mundëson balancimin ndërmjet koherencës së politikave kombëtare dhe fleksibilitetit lokal.

Në praktikë, megjithatë, ai sjell sfida të rëndësishme implementimi dhe koordinimi, veçanërisht lidhur me zbatimin konsistent të standardeve kombëtare, ofrimin e barabartë të shërbimeve dhe implementimin uniform të reformave të KPSH-së ndërmjet komunave.

Tabela 1. Struktura e Qeverisjes

Niveli	Përgjegjësia
Ministria e Shëndetësisë	Zhvillimi i politikave, legjislatiioni, rregullimi, planifikimi strategjik, standardet kombëtare, mbikëqyrja e sistemit
Komunat	Financimi, administrimi i profesionistëve shëndetësor, menaxhimi i infrastrukturës, organizimi dhe ofrimi i shërbimeve të KPSH-së
Institucionet e KPSH-së	Ofrimi i shërbimeve, implementimi i aktiviteteve të KPSH-së, koordinimi i referimeve, vazhdimësia e kujdesit

4.2 Organizimi i ofrimit të shërbimeve të KPSH-së

Shërbimet e Kujdesit Parësor Shëndetësor në Kosovë ofrohen përmes një rrjeti të strukturuar institucionesh, duke përfshirë Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF), Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancat e Mjekësisë Familjare.

Këto institucione përbëjnë shtyllën institucionale të ofrimit të shërbimeve të KPSH-së dhe synojnë të sigurojnë qasje të gjerë gjeografike në shërbimet esenciale shëndetësore^(5,6).

QKMF-të funksionojnë si njësitë kryesore organizative në nivel komunal, duke ofruar gamë më të gjerë të shërbimeve dhe duke koordinuar aktivitetet ndërmjet objekteve më të vogla të KPSH-së. QMF-të dhe AMF-të zgjerojnë mbulimin e shërbimeve në komunitetet lokale dhe zonat rurale, duke përmirësuar qasshmërinë gjeografike dhe vazhdimësinë e kujdesit.

Sistemi i KPSH-së organizohet formalisht rreth modelit të Mjekësisë Familjare, me ekipe multidisiplinare të udhëhequra nga mjekët familjarë. Këto ekipe synojnë të ofrojnë kujdes gjithëpërfshirës, të vazhdueshëm, të koordinuar dhe të orientuar drejt njerëzve, duke funksionuar si pika e parë e kontaktit brenda sistemit shëndetësor dhe duke koordinuar referimet drejt niveleve më të larta të kujdesit^(1,3,5).

Rrjeti kombëtar i KPSH-së përbëhet nga 458 njësi publike të KPSH-së, përfshirë:

- 38 Qendra Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF);
- 164 Qendra të Mjekësisë Familjare (QMF);
- 256 Ambulanca të Mjekësisë Familjare (AMF)⁽⁸⁾.

Nga aspekti strukturor, ky rrjet ka përmirësuar ndjeshëm qasjen gjeografike në shërbimet shëndetësore në të gjithë Kosovën. Megjithatë, performanca funksionale ndryshon ndjeshëm ndërmjet komunave.

Në praktikë, jo të gjitha Ambulancat e Mjekësisë Familjare mbeten plotësisht funksionale në mënyrë të vazhdueshme. Disa funksionojnë vetëm disa ditë në javë, ndërsa të tjera përballen me kufizime të rëndësishme operative për shkak të mungesës së fuqisë punëtore, ndryshimeve demografike, modeleve të migrimit, rënies së popullsisë në zonat rurale dhe lidhur me qëndrueshmërinë financiare.

Për një numër të konsiderueshëm të AMF-ve, kostot e larta operative krahasuar me shfrytëzimin e shërbimeve përfaqësojnë gjithashtu një sfidë afatgjatë të qëndrueshmërisë.

Dallimet në cilësinë e infrastrukturës, disponueshmërinë e pajisjeve, kapacitetin diagnostikues, shpërndarjen e profesionistëve shëndetësor, performancën menaxheriale dhe mekanizmat e financimit ndikojnë si në gamën ashtu edhe në cilësinë e shërbimeve të KPSH-së që ofrohen ndërmjet komunave.

Në komunat ku kapaciteti diagnostikues dhe disponueshmëria e profesionistëve shëndetësor mbeten të kufizuara, institucionet e KPSH-së kanë më pak mundësi të menaxhojnë rastet në mënyrë efektive, duke çuar në rritje të referimeve dhe presion shtesë mbi institucionet sekondare dhe terciare të kujdesit shëndetësor.

Këto gjetje demonstrojnë se krijimi i infrastrukturës së KPSH-së në vetvete nuk garanton funksionalitet konsistent apo cilësi të ofrimit të shërbimeve. Performanca efektive e KPSH-së varet nga harmonizimi ndërmjet infrastrukturës, kapacitetit të fuqisë punëtore, mekanizmave të financimit, aranzhimeve të qeverisjes dhe sistemeve të koordinimit operacional.

4.3 Porta hyrëse dhe sistemet e referimit

Një parim qendror i modelit të Mjekësisë Familjare është funksioni i portës hyrëse, përmes të cilit KPSH-ja shërben si pika kryesore hyrëse në sistemin shëndetësor dhe rregullon qasjen në kujdesin specialistik dhe spitalor.

Kur implementohet në mënyrë efektive, porta hyrëse përmirëson efikasitetin e sistemit, redukton përdorimin e panevojshëm të spitaleve, forcon vazhdimësinë e kujdesit dhe promovon përdorim më racional të burimeve shëndetësore^(2,5,13).

Në Kosovë, megjithatë, porta hyrëse mbetet vetëm pjesërisht i implementuar. Pacientët shpesh anashkalojnë institucionet e KPSH-së dhe kërkojnë kujdes direkt në shërbimet sekondare, terciare ose private, veçanërisht në situata ku shërbimet e KPSH-së perceptohen si të kufizuara në gamë, kapacitet diagnostikues ose efektivitet.

Ky model ndikohet nga disa faktorë të ndërlidhur, përfshirë:

- dallimet e cilësisë së shërbimeve të KPSH-së ndërmjet komunave;
- kapacitetin e kufizuar diagnostikues dhe teknologjik;
- implementimin jo konsistent të procedurave të referimit;
- mekanizmat e dobët të vazhdimësisë së kujdesit;
- sistemet e fragmentuara të koordinimit;
- perceptimet e pacientëve lidhur me cilësinë dhe efektivitetin e shërbimeve të KPSH-së.

Si rezultat, sistemet e referimit nuk zbatohen në mënyrë konsistente dhe koordinimi ndërmjet niveleve të kujdesit mbetet i fragmentuar. Integrimi i dobët ndërmjet KPSH-së dhe shërbimeve spitalore redukton efektivitetin e KPSH-së si mekanizëm koordinues i sistemit shëndetësor dhe kontribuon në joefikasitet në përdorimin e burimeve.

Ligji i miratuar së fundmi për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor parasheh gjithashtu forcimin e sistemeve të referimit dhe funksioneve të portës hyrëse si pjesë e reformave më të gjera të financimit dhe ofrimit të shërbimeve⁽⁷⁾.

Nga perspektiva e qeverisjes, këto sfida reflektojnë jo vetëm kufizime në ofrimin e shërbimeve, por edhe kufizime më të gjera që lidhen me zbatimin rregullator, sistemet e llogaridhënies, stimujt financiarë, mekanizmat e monitorimit dhe koordinimin institucional.

4.4 Kapaciteti institucional dhe menaxhimi

Efektiviteti i qeverisjes së KPSH-së varet në masë të konsiderueshme nga kapaciteti institucional si në nivelin qendror ashtu edhe në atë komunal. Megjithëse korniza ligjore dhe e politikave përcakton formalisht përgjegjësitë institucionale, aftësia e institucioneve për t'i zbatuar në mënyrë efektive këto përgjegjësi ndryshon dukshëm në të gjithë sistemin shëndetësor.

Në nivelin qendror, kufizimet institucionale mund të ndikojnë në zbatimin e politikave, mbikëqyrjen rregullatore, sistemet e monitorimit, koordinimin e reformave dhe menaxhimin strategjik të zhvillimit të KPSH-së.

Në nivelin komunal, dallimet në kapacitetin administrativ, ekspertizën menaxheriale, disponueshmërinë e profesionistëve shëndetësor, burimet financiare dhe udhëheqjen institucionale kontribuojnë në variabilitet të konsiderueshëm të performancës së KPSH-së ndërmjet komunave.

Këto dallime reflektohen në disa dimensione operative, përfshirë:

- menaxhimin dhe shpërndarjen e profesionistëve shëndetësor;
- mirëmbajtjen dhe investimet në infrastrukturë;
- implementimin e standardeve klinike dhe operative;
- mekanizmat e sigurimit të cilësisë;
- praktikat e monitorimit dhe vlerësimit;
- menaxhimin e prokurimit dhe furnizimeve;
- efikasitetin organizativ dhe menaxhimin e shërbimeve.

Mungesa e sistemeve plotësisht të standardizuara të menaxhimit dhe mekanizmave konsistentë të monitorimit të performancës kufizon aftësinë e sistemit shëndetësor për të siguruar cilësi uniforme, llogaridhënie dhe efikasitet ndërmjet komunave.

Konsultimet me akterët relevantë gjithashtu evidentuan shqetësime lidhur me dallimet e kapaciteteve lokale të qeverisjes dhe ndikimin e prioriteteve lokale në implementimin e reformave të KPSH-së, alokimit të burimeve dhe organizimit të shërbimeve.

Në sistemet e decentralizuara, një dallim i tillë është relativisht i zakonshëm. Megjithatë, pa mekanizma të fuqishëm koordinimi dhe struktura mbështetëse institucionale, këto dallime mund të kontribuojnë në pabarazi të vazhdueshme në qasje, cilësi të kujdesit dhe rezultate shëndetësore ndërmjet komunave.

4.5 Koordinimi, shëndetësia digjitale dhe Sistemi i Informimit Shëndetësor (SISh)

Qeverisja efektive e KPSH-së kërkon koordinim të fuqishëm ndërmjet niveleve primare, sekondare dhe terciare të kujdesit. Koordinimi është thelbësor për sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit, përdorimit racional të burimeve, menaxhimit të integruar të pacientëve, sistemeve efektive të referimit dhe përmirësimit të rezultateve shëndetësore.

Përveç koordinimit brenda sistemit shëndetësor, qeverisja efektive e KPSH-së kërkon gjithnjë e më shumë bashkëpunim me shërbimet sociale, sistemin arsimor, autoritetet komunale, shërbimet rehabilituese dhe organizatat e bazuara në komunitet.

Kjo është veçanërisht e rëndësishme për personat me aftësi të kufizuara dhe grupet tjera të popullatës që kërkojnë mbështetje multidisiplinare dhe afatgjatë, përfshirë rehabilitimin, teknologjitë ndihmëse, shërbimet e bazuara në komunitet, mbështetjen familjare, ndërhyrjen e hershme në fëmijëri dhe vazhdimësinë e kujdesit ndërmjet sektorëve.

Në Kosovë, koordinimi ndërmjet niveleve të kujdesit mbetet i kufizuar. Komunikimi ndërmjet ofruesve të KPSH-së dhe institucioneve të niveleve më të larta shpesh është i fragmentuar, ndërsa Sistemi i Informimit Shëndetësor (SISh) mbeten jo plotësisht të integruara.

Koordinimi ndërmjet sektorit publik dhe atij privat shëndetësor gjithashtu mbetet i dobët, me bashkëveprim të kufizuar, mekanizma të pamjaftueshëm të raportit kthyes të referimeve dhe integrim të kufizuar të të dhënave ndërmjet ofruesve.

Kjo dobëson aftësinë e KPSH-së për të funksionuar në mënyrë efektive si mekanizëm koordinues i sistemit shëndetësor dhe kufizon vazhdimësinë e kujdesit.

Mungesa e Sistemit të Informimit Shëndetësor plotësisht funksional kufizon:

- gjurmimin e pacientëve;
- monitorimin e referimeve;
- vazhdimësinë e kujdesit;
- monitorimin e performancës;
- menaxhimin e recetave;
- planifikimin dhe alokimin e burimeve;
- monitorimin dhe vlerësimin;
- llogaridhënien dhe mbikëqyrjen e sistemit.

Pa sisteme të besueshme dhe interoperabile digjitale, mekanizmat e qeverisjes bëhen dukshëm më të vështirë për t'u operacionalizuar në mënyrë efektive.

Për më tepër, disponueshmëria e kufizuar e të dhënave të ndara sipas aftësisë së kufizuar kufizon aftësinë për të vlerësuar qasjen e barabartë në shërbimet e KPSH-së, rehabilitimin, shërbimet parandaluese, referimet dhe vazhdimësinë e kujdesit ndërmjet grupeve të ndryshme të popullatës.

Forcimi i Sistemit të Informimit Shëndetësor që mundësojnë ndarjen e të dhënave sipas aftësisë së kufizuar, moshës, gjinisë, komunës dhe llojit të shërbimit është i rëndësishëm për monitorimin e barazisë dhe qasshmërisë së shërbimeve shëndetësore.

Prandaj, infrastruktura digjitale shëndetësore përfaqëson një komponent kritik të qeverisjes së KPSH-së dhe performancës më të gjerë të sistemit shëndetësor. Përdorimi i kufizuar i kartelave elektronike interoperabile, platformat digjitale të fragmentuara, sistemet jo të plota të recetave

dhe mekanizmat e dobët të gjurmimit të referimeve vazhdojnë të kufizojnë komunikimin ndërmjet ofruesve dhe të reduktojnë efektivitetin e koordinimit të kujdesit.

Forcimi i sistemeve digjitale shëndetësore është thelbësor për përmirësimin e:

- vazhdimësisë së kujdesit;
- integritet ndërmjet niveleve të kujdesit;
- sistemeve të monitorimit të recetave;
- interoperabilitetit ndërmjet ofruesve;
- disponueshmërisë dhe cilësisë së të dhënave;
- monitorimit dhe vlerësimit;
- planifikimit strategjik dhe vendimmarrjes së bazuar në dëshmi.

Forcimi i qeverisjes së KPSH-së kërkon gjithashtu integrim më të fuqishëm ndërmjet planifikimit shëndetësor dhe proceseve më të gjera të zhvillimit komunal, përfshirë planifikimin urban shëndetësor, qasshmërinë, shëndetin mjedisor, transportin dhe iniciativat zhvillimore të bazuara në komunitet.

Dokumentet strategjike të fundit gjithnjë e më shumë e njohin digjitalizimin dhe sistemet e informimit shëndetësor si prioritate qendrore reformuese në kuadër të përpjekjeve për përforcimin e KPSH-së^(8,22).

4.6 Sfidat e qeverisjes në një sistem të decentralizuar

Modeli i decentralizuar i qeverisjes së KPSH-së në Kosovë paraqet si mundësi të rëndësishme ashtu edhe kufizime strukturore. Ndërsa decentralizimi mundëson përshtatjen ndaj nevojave të popullatës lokale dhe mund të forcojë pronësinë dhe reagimin lokal, ai gjithashtu sjell kompleksitet në sigurimin e konsistencës kombëtare, barazisë, llogaridhënies dhe implementimit të standardizuar të politikave shëndetësore.

Dallimet në kapacitetet komunale, zbatimi i kufizuar i standardeve kombëtare, mekanizmat e fragmentuar të koordinimit, mungesa e profesionistëve shëndetësor, dallimet në burimet financiare dhe kapaciteti jo i njëtrajtshëm implementues ndikojnë së bashku në performancën e sistemit të KPSH-së ndërmjet komunave.

Këto sfida të qeverisjes janë të ndërlidhura dhe reflektojnë çështje më të gjera që lidhen me zhvillimin institucional, qeverisjen e sektorit publik, aranzhimet financiare, kapacitetin administrativ dhe efektivitetin e implementimit.

Përvoja ndërkombëtare sugjeron se sistemet shëndetësore të decentralizuara kërkojnë:

- koordinim të fuqishëm qendror;
- korniza të qarta të llogaridhënies;
- indikatorë të standardizuar të performancës;
- sisteme efektive të monitorimit;
- infrastrukturë interoperabile digjitale;
- mekanizma të barabartë të alokimit të burimeve.

Pa këta mekanizma, decentralizimi mund të përforcojë pabarazitë në vend që të përmirësojë performancën e përgjithshme të sistemit^(13,19).

Në Kosovë, sfidat e qeverisjes nuk lidhen vetëm me dizajnin formal institucional, por edhe me kapacitetin operacional të nevojshëm për të përkthyer kornizat e politikave në ofrim efektiv dhe të barabartë të KPSH-së.

4.7 Perspektivat e akterëve

Janë realizuar intervista gjysmë të strukturuar me akterë kyç të përfshirë në menaxhimin, qeverisjen dhe ofrimin e shërbimeve të Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Mjekësisë Familjare në Kosovë.

Në përgjithësi, akterët vlerësuan se Kosova ka arritur progres të konsiderueshëm strukturor në krijimin e një sistemi kombëtar të KPSH-së dhe Mjekësisë Familjare që nga viti 1999. Pjesëmarrësit theksuan zgjerimin e Qendrave të Mjekësisë Familjare, përmirësimin e qasjes gjeografike në shërbime dhe institucionalizimin e modelit të Mjekësisë Familjare si arritje të rëndësishme të reformave shëndetësore pas konfliktit.

Në të njëjtën kohë, akterët theksuan vazhdimisht se ekzistojnë boshllëqe të konsiderueshme ndërmjet dizajnit formal të politikave dhe implementimit praktik. Një temë e përsëritur në intervista ishte se KPSH-ja ende nuk funksionon plotësisht si pika efektive e parë e kontaktit dhe mekanizmi koordinues brenda sistemit shëndetësor.

Akterët theksuan se:

- mekanizmat e portës hyrëse mbeten të dobët;
- rrugët e referimit implementohen në mënyrë jo konsistente;
- pacientët shpesh anashkalojnë KPSH-në dhe kërkojnë kujdes direkt në spitale ose në sektorin privat;
- koordinimi ndërmjet niveleve të kujdesit mbetet i fragmentuar.

Pjesëmarrësit gjithashtu theksuan dallime në performancën e KPSH-së ndërmjet komunave. Ndërsa decentralizimi ka forcuar zotimin lokal dhe reagimin ndaj nevojave në disa komuna, dallimet në burimet financiare, kapacitetin menaxherial, cilësinë e infrastrukturës, shpërndarjen e profesionistëve shëndetësor dhe mbështetjen institucionale vazhdojnë të kontribuojnë në pabarazi në cilësinë e shërbimeve dhe qasjen në kujdes.

Kufizimet financiare u identifikuan si një tjetër shqetësim madhor. Të intervistuarit e përshkruan modelin aktual të financimit si të pamjaftueshëm për të mbështetur shërbime gjithëpërfshirëse dhe cilësore të KPSH-së.

Financimi i kufizuar publik, i kombinuar me pagesat e larta nga xhepi për barna dhe diagnostikë, u perceptua se ndikon negativisht si në qasjen në kujdes ashtu edhe në vazhdimësinë e trajtimit.

Sfidat që lidhen me profesionistëve shëndetësor u theksuan fuqishëm gjatë diskutimeve me akterët relevantë. Pjesëmarrësit identifikuan:

- mungesën e profesionistëve shëndetësorë;
- shpërndarjen jo të barabartë të profesionistëve shëndetësor;
- ngarkesën e lartë të punës;
- migrimin e mjekëve dhe infermierëve;
- plakjen e fuqisë punëtore të Mjekësisë Familjare;
- dhe lëvizjen demografike të popullsisë ndërmjet komunave

si barriera kryesore që ndikojnë në qëndrueshmërinë dhe cilësinë e shërbimeve të KPSH-së.

Gjithashtu u theksua se lëvizja e brendshme e popullsisë ka kontribuar në rritje të presionit të ngarkesës së punës në disa komuna, ku shifrat zyrtare të popullsisë së regjistruar mund të nënvlerësojnë kërkesën dhe shfrytëzimin real të shërbimeve.

Sistemet e regjistrimit të pacientëve u përshkruan gjithashtu si jo plotësisht funksionale, duke kufizuar vazhdimësinë e kujdesit, planifikimin e bazuar në popullatë, mekanizmat e llogaridhënies dhe marrëdhëniet afatgjata mjek-pacient brenda modelit të Mjekësisë Familjare.

Akterët gjithashtu theksuan nevojën për sisteme më të fuqishme të shëndetësisë digjitale dhe Sistemit të Informimit Shëndetësor për të përmirësuar gjurmimin e referimeve, vazhdimësinë e kujdesit, menaxhimin e recetave, integrimin ndërmjet niveleve të kujdesit dhe monitorimin e sistemit.

Në përgjithësi, perspektivat e akterëve përforcuan gjetjet më të gjera të kësaj analize të politikave: megjithëse Kosova ka krijuar bazat strukturore të një sistemi shëndetësor të orientuar në KPSH, sfida të konsiderueshme vazhdojnë në transformimin e këtyre strukturave në një sistem plotësisht funksional, të integruar, të barabartë dhe të orientuar drejt performancës.

SEKSIONI 5. FINANCIMI I KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR

5.1 Pozicioni i financimit të KPSH-së brenda sistemit shëndetësor

Financimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) në Kosovë duhet të kuptohet brenda strukturës më të gjerë të sistemit kombëtar të financimit shëndetësor, i cili mbetet kryesisht i financuar nga taksat dhe karakterizohet nga mekanizmat e kufizuar të riskut dhe varësi e lartë nga pagesat nga xhepi (OOP)^(7,11,16).

Brenda këtij sistemi, KPSH-ja financohet kryesisht përmes alokimeve buxhetore publike të menaxhuara në nivel komunal dhe të mbështetura kryesisht nga transferet e qeverisë qendrore dhe grantet specifike shëndetësore^(5,6).

Pavarësisht pozicionimit të saj formal si themel i sistemit shëndetësor, KPSH-ja operon në një kontekst të shpenzimeve publike relativisht të ulëta për shëndetësi dhe hapësirës së kufizuar fiskale krahasuar me standardet rajonale dhe evropiane^(9,16-18).

Financimi publik i KPSH-së vlerësohet të përbëjë rreth 25–30% të shpenzimeve totale publike për shëndetësi, i alokuar kryesisht përmes buxheteve komunale dhe granteve për KPSH. Megjithëse kjo përqindje është e krahasueshme me disa sisteme të decentralizuara shëndetësore, niveli absolut i investimeve mbetet i kufizuar në raport me nevojat e popullatës dhe standardet më të gjera evropiane^(16,17).

Këto vlerësime kryesisht reflektojnë financimin nga institucionet publike dhe alokimet buxhetore qeveritare dhe nuk përfshijnë plotësisht kontributet nga donatorët ndërkombëtarë, partnerët zhvillimorë dhe programet e mbështetjes së jashtme, të cilat historikisht kanë luajtur rol të rëndësishëm në mbështetjen e infrastrukturës së KPSH-së, zhvillimit të profesionistëve shëndetësor, programeve të trajnimit, shërbimeve të bazuara në komunitet dhe reformave më të gjera të sistemit shëndetësor në Kosovë.

Për më tepër, modeli i decentralizuar i financimit kontribuon në dallime të alokimit të burimeve ndërmjet komunave, duke rezultuar në dallime në shpërndarjen e profesionistëve shëndetësor, kapacitetin infrastrukturor, shërbimet diagnostikuese dhe cilësinë e përgjithshme të kujdesit⁽⁶⁾.

Këto dinamika tregojnë se financimi i KPSH-së në Kosovë është strukturalisht i vendosur, por i kufizuar si nga burimet e përgjithshme të kufizuara ashtu edhe nga mekanizmat jo të barabartë të shpërndarjes.

5.2 Trendet në financimin e KPSH-së

Gjatë dekadës së fundit, financimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor në Kosovë është rritur në terma nominalë, duke reflektuar rritjen më të gjerë të shpenzimeve publike për shëndetësi dhe zgjerimin e buxheteve komunale shëndetësore^(14,16,17).

Vlerësimet e disponueshme sugjerojnë se financimi publik i KPSH-së është rritur nga rreth 42 milionë euro në vitin 2015 në rreth 75–80 milionë euro të vlerësuara për vitin 2024. Megjithatë, pavarësisht kësaj rritjeje në terma absolutë, pjesëmarrja relative e KPSH-së në shpenzimet totale shëndetësore ka mbetur relativisht stabile ose ka shënuar rënie të lehtë me kalimin e kohës.

Gjatë periudhës së pandemisë COVID-19, prioritetet e financimit u zhvendosën drejt shërbimeve spitalore dhe emergjente, duke rezultuar në reduktime të përkohshme të pjesëmarrjes proporcionale të financimit të KPSH-së brenda strukturës më të gjerë të buxhetit shëndetësor^(16,17). Këto trende sugjerojnë se, megjithëse financimi i KPSH-së është zgjeruar në terma nominalë, KPSH-ja nuk është prioritetizuar vazhdimisht në mënyrë proporcionale brenda financimit të përgjithshëm të sistemit shëndetësor.

Tabela 2. Trendet në financimin publik të KPSH-së në Kosovë (2015–2025)

Viti	Buxheti total shëndetësor (milion Euro)	Alokimi për KPSH (milion Euro)	Pjesëmarrja e vlerësuar e KPSH-së në buxhetin total shëndetësor (%)	Shënime kryesore
2015	164	42.1	28%	Periudha bazë
2016	170	44	26%	Rritje graduale
2017	180	46	26%	Strukturë stabile financimi
2018	190	50	26%	Fazë zgjerimi
2019	215	55	26%	Periudha para pandemisë
2020	250	58	23%	Presion nga përgjigja ndaj COVID
2021	273	60	22%	Prioritet financimit spitalor
2022	296	62	21%	Financimi i KPSH-së relativisht i ruajtur
2023	303	70	23%	Rimëkëmbje e pjesshme proporcionale
2024	348	75–80	23%	Vazhdim i rritjes së financimit
2025	380 (proj.)	81	21%	Projeksion

Burimi: Llogaritje të autorëve bazuar në raportet dhe analizat institucionale të financimit^(9,14,16,17).

Shënim: Të dhënat e publikuara të ndara specifikisht për shpenzimet e KPSH-së në Kosovë mbeten të kufizuara. Vlerësimet për vitet e përzgjedhura janë zhvilluar përmes analizës së trendeve bazuar në raportet e Ministrisë së Financave, të dhënat e granteve komunale shëndetësore dhe databaza të tjera të shpenzimeve. Vlerat paraqiten për qëllime analitike dhe diskutimi politikash dhe duhet të interpretohen si vlerësime indikative dhe jo si shifra të audituara të shpenzimeve.

Tabela 3A. Alokimi i vlerësuar publik për KPSH për kokë banori në Kosovë

Viti	Alokimi i vlerësuar për KPSH (Euro)	Alokimi i vlerësuar për kokë banori (Euro)
2015	42.1 milion	26.5
2019	55 milion	34.7
2024	75–80 milion	47.3–50.4
2025	81 milion	51.1

Shënim: Llogaritur nga autorët duke përdorur alokimet e vlerësuara për KPSH dhe numrin e popullsisë rezidente të raportuar në Strategjinë Sektoriale të Shëndetësisë 2024. Shifrat janë indikative pasi të dhënat e ndara për shpenzimet e KPSH-së dhe denominatorët vjetorë të popullsisë mbeten të kufizuara.

Tabela 3B. Indikatorë krahasues të shpenzimeve shëndetësore në Kosovë, Ballkan dhe Bashkimin Evropian 2022–2023

Shteti/Rajoni	Indikatori	Shpenzimi i përafërt për kokë banori (Euro)	Viti
Kosova	Alokimi i vlerësuar publik për KPSH për kokë banori	39–45	2022–2023
Mesatarja e Bashkimit Evropian	Shpenzimet aktuale shëndetësore për kokë banori	3,685–3,835	2022–2023
Gjermania		>6,000	2023–2024
Shqipëria		1,400–1,500	2023
Maqedonia e Veriut		1,700–1,900	2023
Serbia		2,200–2,400	2023
Mali i Zi		2,800–3,000	2023

Shënim: Shifrat për Kosovën paraqesin alokimin e vlerësuar publik për KPSH për kokë banori, ndërsa shifrat rajonale dhe evropiane paraqesin shpenzimet totale aktuale shëndetësore për kokë banori të raportuara përmes databazave ndërkombëtare të shpenzimeve shëndetësore. Prandaj, indikatorët nuk janë drejtpërdrejt të krahasueshëm dhe duhet të interpretohen si vlerësime kontekstuale të financimit që ilustrjnë dallimet më të gjera në nivelet e financimit të sistemeve shëndetësore.

Indikatorët krahasues të shpenzimeve demonstrojnë hendekun e konsiderueshëm financiar ndërmjet Kosovës dhe sistemeve rajonale dhe evropiane shëndetësore. Alokimi i vlerësuar publik për KPSH për kokë banori në Kosovë mbeti rreth 39–45 Euro gjatë viteve 2022–2023, ndërsa shpenzimet aktuale shëndetësore për kokë banori në vendet e Ballkanit Perëndimor dhe Bashkimit Evropian mbetën dukshëm më të larta.

Megjithëse këta indikatorë nuk janë drejtpërdrejt të krahasueshëm për shkak se reflektojnë kategori dhe metodologji të ndryshme të shpenzimeve, ata megjithatë ilustronë mjedisin e kufizuar financiar brenda të cilit operon sistemi i KPSH-së në Kosovë.

Pavarësisht financimit relativisht të kufizuar, institucionet e KPSH-së në Kosovë vazhdojnë të mbajnë përgjegjësi të gjera lidhur me parandalimin, kujdesin e kontaktit të parë, menaxhimin e sëmundjeve kronike, shërbimet për shëndetin e nënës dhe fëmijës, koordinimin e referimeve dhe kujdesin e bazuar në komunitet.

Këto gjetje sugjerojnë se forcimi i funksionalitetit të KPSH-së do të kërkojë jo vetëm reforma organizative dhe të qeverisjes, por edhe rritje të qëndrueshme të investimeve publike dhe alokim më efikas të burimeve.

5.3 Financimi i decentralizuar dhe variabiliteti komunal

Një karakteristikë përcaktuese e financimit të KPSH-së në Kosovë është struktura e tij e decentralizuar. Komunat janë përgjegjëse për financimin dhe menaxhimin e shërbimeve të KPSH-së përmes buxheteve lokale, të cilat kryesisht derivohen nga transferet e qeverisë qendrore dhe grantet e dedikuara^(5,6).

Në parim, financimi i decentralizuar synon të përmirësojë reagimin ndaj nevojave të popullatës lokale dhe të mundësojë fleksibilitet më të madh në alokimin e burimeve. Në praktikë, megjithatë, ai ka kontribuar në variabilitet të konsiderueshëm të kapacitetit financiar dhe ofrimit të shërbimeve ndërmjet komunave.

Dallimet në madhësinë dhe strukturën demografike të popullsisë, kapacitetin fiskal lokal, kapacitetin administrativ dhe menaxherial, disponueshmërinë e profesionistëve shëndetësor dhe zhvillimin e infrastrukturës kontribuojnë në shpërndarje jo të barabartë të burimeve dhe dallime në performancën e KPSH-së në të gjithë vendin.

Si rezultat, disa komuna janë më të pozicionuara për të investuar në infrastrukturë, zhvillimin e profesionistëve shëndetësor, kapacitetin diagnostikues dhe përmirësimin e cilësisë, ndërsa të tjerat përballen me kufizime të konsiderueshme operative dhe financiare.

Këto pabarazi paraqesin shqetësime të rëndësishme të barazisë, pasi qasja në shërbimet e KPSH-së dhe cilësia e kujdesit mund të ndryshojnë sipas lokacionit gjeografik dhe jo sipas nevojave shëndetësore të popullatës.

Nga perspektiva e sistemeve shëndetësore, kjo reflekton një harmonizim të pjesshëm ndërmjet aranzhimeve të decentralizuara të financimit dhe objektivave më të gjera kombëtare të barazisë⁽¹³⁾.

5.4 Mjaftueshmëria e burimeve dhe kapaciteti i shërbimeve

Niveli dhe struktura e financimit të KPSH-së ndikojnë drejtpërdrejt në kapacitetin e institucioneve të KPSH-së për të ofruar shërbime gjithëpërfshirëse dhe efektive.

Në Kosovë, shpenzimet relativisht të ulëta publike për shëndetësi, prioritetet konkurruese buxhetore dhe hapësira e kufizuar fiskale kufizojnë burimet e disponueshme në nivelin e kujdesit parësor^(9,16–18).

Këto kufizime financiare reflektohen në:

- kapacitet të kufizuar diagnostikues në institucionet e KPSH-së;
- dallime në disponueshmërinë e pajisjeve dhe furnizimeve;
- mungesë dhe vështirësi në mbajtjen e profesionistëve shëndetësor;
- boshllëqe në shërbimet parandaluese dhe të bazuara në komunitet;
- integrim të kufizuar të sistemit digjital shëndetësore.

Si rezultat, institucionet e KPSH-së jo gjithmonë janë në gjendje të menaxhojnë rastet në mënyrë efektive në nivelin primar të kujdesit, duke bërë që pacientët të kërkojnë shërbime në institucionet sekondare, terciare ose në sektorin privat.

Kjo dinamikë kontribuon në fragmentimin e rrugëve të kujdesit, rritjen e presionit mbi shërbimet spitalore dhe uljen e efikasitetit të sistemit shëndetësor.

Nga perspektiva financiare, investimi i ulët në KPSH mund të gjenerojë kosto dukshëm më të larta në fazat e mëvonshme për shkak të menaxhimit të vonuar të sëmundjeve kronike, varësisë më të madhe nga kujdesi spitalor dhe përdorimit joefikas të shërbimeve specialistike.

Në të njëjtën kohë, rritja e kërkesës për shërbime emergjente dhe urgjente vazhdon të ushtrojë presion shtesë operacional mbi institucionet e KPSH-së. Pavarësisht ndryshimeve demografike, modeleve të migrimit dhe rritjes së ngarkesës së punës, normat e personelit për ekipet e

Mjekësisë Familjare kanë mbetur kryesisht të pandryshuara me kalimin e kohës, duke ruajtur formalisht standardin e një ekipi të Mjekësisë Familjare për 2,000 banorë.

Këto trende tregojnë se forcimi i kapacitetit të shërbimeve të KPSH-së do të kërkojë jo vetëm rritje të financimit, por edhe planifikim më adaptiv të profesionistëve shëndetësor, mekanizma më të mirë të alokimit të burimeve dhe modernizim të modeleve të ofrimit të shërbimeve.

5.5 Pagesat nga xhepi dhe mbrojtja financiare

Pagesat e larta nga xhepi përfaqësojnë një nga sfidat kryesore strukturore që ndikojnë në financimin shëndetësor dhe shfrytëzimin e shërbimeve në Kosovë.

Megjithëse shërbimet e KPSH-së funksionojnë formalisht brenda sistemit publik shëndetësor, pacientët shpesh përballen me kosto të konsiderueshme për:

- barna;
- shërbime diagnostikuese;
- analiza laboratorike;
- konsultime specialistike;
- shërbime të blera në sektorin privat.

Analizat e fundit tregojnë se pagesat nga xhepi përbëjnë rreth 38–40% të shpenzimeve totale shëndetësore në Kosovë, dukshëm mbi shumë mesatare evropiane^(9,16–18).

Pagesat e larta nga xhepi krijojnë barriera të rëndësishme financiare në qasjen ndaj kujdesit, veçanërisht për familjet me të ardhura më të ulëta dhe grupet vulnerable të popullatës. Në disa raste, pacientët mund të vonojnë ose shmangin kërkimin e kujdesit për shkak të kufizimeve financiare, duke rritur gjasat për sëmundje më të avancuara dhe trajtime më të kushtueshme në faza të mëvonshme.

Barrat financiare të lidhura me pagesat nga xhepi mund të jenë veçanërisht të rëndësishme për personat me aftësi të kufizuara dhe familjet e tyre. Përveç shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore, shumë individë përballen me kosto të vazhdueshme për barna, diagnostikë, shërbime rehabilituese, pajisje ndihmëse, transport, mbështetje personale dhe konsultime të përsëritura specialistike.

Këto presione financiare mund të kufizojnë më tej qasjen e barabartë në KPSH dhe vazhdimësinë e kujdesit, veçanërisht në mungesë të mekanizmave gjithëpërfshirës të mbrojtjes financiare dhe shërbimeve të integruara mbështetëse.

Shpenzimet e larta private ndikojnë gjithashtu në modelet e shfrytëzimit të shërbimeve. Pacientët shpesh anashkalojnë KPSH-në dhe kërkojnë kujdes direkt në sektorin privat ose në nivelet më të larta të kujdesit, veçanërisht kur shërbimet e KPSH-së perceptohen si të kufizuara në kapacitet diagnostikues ose cilësi. Kjo vërehet edhe në konsultat antenatale në sektorin privat shëndetësor, duke reflektuar si preferencat e pacientëve ashtu edhe kufizimet në kapacitetin e shërbimeve të sektorit publik.

Ky ndërveprim ndërmjet aranzhimeve të financimit dhe sjelljes së shfrytëzimit të shërbimeve dobëson rolin e KPSH-së si porta hyrëse dhe mekanizëm koordinues i sistemit shëndetësor.

Prandaj, forcimi i mekanizmave të financimit publik dhe reduktimi i varësisë nga pagesat nga xhepi janë thelbësore për përmirësimin e mbrojtjes financiare, barazisë, vazhdimësisë së kujdesit dhe efektivitetit të shërbimeve të KPSH-së.

5.6 Qasja në barna dhe implikimet financiare

Qasja në barna esenciale përfaqëson një komponent kritik si të financimit të KPSH-së ashtu edhe të ofrimit të shërbimeve. Megjithëse barnat esenciale janë të përfshira formalisht në sistemin publik shëndetësor, disponueshmëria e tyre në nivel të KPSH-së mbetet jo e njëtrajtshme ndërmjet komunave dhe institucioneve shëndetësore.

Pacientët shpesh përballen me shpenzime nga xhepi për barna dhe produkte diagnostike, duke kontribuar në mënyrë të konsiderueshme në barrën financiare të familjeve dhe duke reduktuar mbrojtjen financiare.

Këto mangësi lidhen me:

- sfidat në prokurim;
- alokimet e kufizuara buxhetore;
- joefikasitetet në zinxhirin e furnizimit;
- dallimet në kapacitetet lokale të financimit.

Si rezultat, edhe kur shërbimet e KPSH-së mbeten gjeografikisht të qasshme, qasja jo e plotë në barna redukton efektivitetin e trajtimit, dobëson vazhdimësinë e kujdesit dhe mund të minojë besimin e qytetarëve në shërbimet e KPSH-së.

Disponueshmëria e kufizuar e barnave mund të kontribuojë gjithashtu në rritjen e referimeve, dyfishimin e shërbimeve dhe përdorimin më të madh të ofruesve privatë të kujdesit shëndetësor.

Intervistat me akterët treguan gjithashtu se disa komuna kanë ndërmarrë iniciativa lokale të prokurimit për të zbutur mungesat e barnave esenciale dhe për të përmirësuar vazhdimësinë e trajtimit në nivel të KPSH-së. Megjithëse këto iniciativa mund të adresojnë pjesërisht mungesat lokale, ato mund të kontribuojnë edhe në dallime të qasjes ndërmjet komunave dhe të pasqyrojnë sfida më të gjera që lidhen me financimin dhe sistemet e prokurimit.

Prandaj, forcimi i mekanizmave të financimit, prokurimit dhe furnizimit me barna esenciale është thelbësor për përmirësimin e cilësisë së kujdesit, vazhdimësisë së trajtimit, barazisë në qasje, efikasitetit të sistemit dhe besimit publik në shërbimet e KPSH-së.

Në një kuptim më të gjerë, reformat e ardhshme të financimit shëndetësor në Kosovë duhet të orientohen gjithnjë e më shumë drejt blerjes strategjike të shërbimeve dhe mekanizmave kontraktues të bazuar në performancë, të cilët mbështesin cilësinë e kujdesit, vazhdimësinë e trajtimit, integrimin ndërmjet niveleve të kujdesit, funksionimin efektiv të KPSH-së si porta hyrëse e sistemit shëndetësor dhe menaxhimin komunitar të sëmundjeve kronike⁽¹⁶⁾.

5.7 Reforma e financimit dhe sigurimi i detyrueshëm shëndetësor

Financimi i KPSH-së në Kosovë pasqyron një sistem shëndetësor në tranzicion. Megjithëse investimet publike në shëndetësi janë rritur me kalimin e kohës, kufizimet strukturore në mekanizmat e financimit, decentralizimit dhe mbrojtjes financiare vazhdojnë të kufizojnë performancën e KPSH-së.

Reformat e hershme krijuan bazat ligjore për sigurimin shëndetësor dhe reformën e financimit shëndetësor. Ligji për Sigurimin Shëndetësor i miratuar në vitin 2014 krijoi bazën fillestare ligjore për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor në Kosovë; megjithatë, ai mbeti kryesisht i pazbatuar për shkak të kufizimeve institucionale, financiare, teknike dhe operacionale. Këto përfshinin gatishmëri të kufizuar institucionale, zhvillim jo të plotë të mekanizmave të financimit dhe blerjes së shërbimeve, si dhe mangësi në funksionalitetin e Sistemit të Informimit Shëndetësor (SISh). Në vitin 2026 u miratua Ligji i ri për Sigurimin e Detyrueshëm Shëndetësor, duke krijuar një kornizë të përditësuar ligjore për implementimin e tij⁽⁷⁾. Mbetet për t'u parë nëse legjislacioni i ri do të adresojë në mënyrë efektive pengesat që kanë kufizuar zbatimin e legjislacionit të mëparshëm, çështje kjo me rëndësi për reformat e ardhshme të sistemit shëndetësor.

Sipas analizave të fundit të financimit shëndetësor, implementimi i sistemit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor pritet të kërkojë një tranzicion gradual përgjatë disa viteve, duke përfshirë zhvillimin e legjislacionit sekondar, krijimin e strukturave institucionale dhe

administrative, forcimin e sistemeve të informacionit dhe operacionalizimin e mekanizmave të blerjes së shërbimeve(16).

Nëse implementohet në mënyrë efektive, reforma ka potencial të:

- forcojë qëndrueshmërinë financiare;
- reduktojë varësinë nga pagesat nga xhepi;
- përmirësojë barazinë në qasje;
- forcojë funksionet koordinuese të KPSH-së;
- përmirësojë harmonizimin ndërmjet stimujve financiarë dhe objektivave të ofrimit të shërbimeve.

Megjithatë, përvoja ndërkombëtare sugjeron se reforma e financimit, në vetvete, nuk është e mjaftueshme për të përmirësuar performancën e sistemit shëndetësor(13,17). Reformat efektive kërkojnë harmonizim ndërmjet mekanizmave të financimit, sistemeve të qeverisjes, kapaciteteve të fuqisë punëtore, infrastrukturës digjitale dhe mekanizmave të ofrimit të shërbimeve të KPSH-së.

Në mungesë të këtyre reformave plotësuese, ekziston rreziku që financimi shtesë të mos përkthehet në përmirësim të cilësisë, efikasitetit, vazhdimësisë së kujdesit apo rezultateve shëndetësore.

5.8 Perspektivat e akterëve mbi sfidat e financimit

Intervistat me akterët identifikuan kufizimet financiare si një nga pengesat kryesore që ndikojnë në performancën dhe qëndrueshmërinë e KPSH-së në Kosovë.

Pjesëmarrësit theksuan se nivelet aktuale të financimit mbeten të pamjaftueshme për të mbështetur shërbime të KPSH-së që janë gjithëpërfshirëse, të integruara dhe me cilësi të lartë.

Akterët e intervistuar identifikuan disa sfida të përsëritura, përfshirë kapacitetin e kufizuar financiar të komunave, dallimet në shpërndarjen e burimeve financiare ndërmjet komunave, investimet e pamjaftueshme në shërbimet dhe pajisjet diagnostike, vështirësitë në mbajtjen e profesionistëve shëndetësor, financimin e pamjaftueshëm të shërbimeve parandaluese dhe atyre të bazuara në komunitet, si dhe investimet e kufizuara në infrastrukturën e shëndetësisë digjitale.

Të intervistuarit theksuan gjithashtu se mekanizmat ekzistues të financimit mbeten kryesisht të bazuar në planet dhe janë vetëm në masë të kufizuar të lidhur me cilësinë e shërbimeve, vazhdimësinë e kujdesit apo rezultatet e performancës.

Disa pjesëmarrës theksuan presionin operacional në rritje që rezulton nga ndryshimet demografike, migrimi i popullsisë ndërmjet komunave dhe kërkesa në rritje për shërbime shëndetësore, veçanërisht në komunat që përjetojnë urbanizim të shpejtë dhe lëvizje të brendshme të popullsisë.

U theksua se reformat e ardhshme të financimit duhet të forcojnë:

- mbrojtjen financiare;
- investimet në infrastrukturën e KPSH-së;
- qëndrueshmërinë e profesionistëve shëndetësor;
- shërbimet parandaluese dhe ato të bazuara në komunitet;
- sistemin e shëndetësisë digjitale;
- mekanizmat e financimit të orientuar drejt performancës.

Gjithashtu, ekzistonte një konsensus i gjerë se zbatimi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor mund të krijojë mundësi të rëndësishme për forcimin e financimit të KPSH-së dhe reduktimin e barrierave financiare në qasje ndaj kujdesit shëndetësor, me kusht që reformat të implementohen gradualisht, në mënyrë të barabartë dhe në harmoni me reformat më të gjera të sistemit shëndetësor.

SEKSIONI 6. PROFESIONISTËT SHËNDETËSOR, CILËSIA E KUJDESIT DHE PERFORMANCA E SISTEMIT

6.1 Profesionistët shëndetësor të Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Mjekësisë Familjare

Performanca e sistemeve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) përcaktohet në mënyrë themelore nga ndërveprimi ndërmjet kapacitetit të profesionistëve shëndetësor, cilësisë së kujdesit dhe efektivitetit organizativ. Ndërsa kornizat e qeverisjes dhe financimit përcaktojnë strukturën e sistemit, është fuqia e profesionistëve shëndetësor dhe proceset e ofrimit të shërbimeve ato që në fund i përkthejnë këto struktura në rezultate shëndetësore^(1,12,13).

Në Kosovë, pavarësisht progresit të konsiderueshëm në krijimin e infrastrukturës së KPSH-së dhe kornizave institucionale, performanca e sistemit mbetet jo e njëtrajtshme. Kjo reflekton jo vetëm kufizime në financim dhe qeverisje, por edhe mangësi në kapacitetin e profesionistëve shëndetësor, cilësinë e kujdesit, vazhdimësinë e kujdesit dhe integrimin operacional ndërmjet niveleve të sistemit shëndetësor.

Profesionistët shëndetësor përfaqësojnë një shtyllë qendrore të KPSH-së, veçanërisht brenda modelit të Mjekësisë Familjare, i cili mbështetet në ekipe multidisiplinare të udhëhequra nga mjekët familjarë dhe të mbështetura nga infermierët dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë^(1,5). Gjatë dy dekadave të fundit, janë bërë përpjekje për zgjerimin e kapacitetit të profesionistëve shëndetësor përmes programeve të trajnimit, zhvillimit të vazhdueshëm profesional, programeve të specializimit, zhvillimit institucional të shërbimeve të Mjekësisë Familjare dhe zgjerimit të rrugëve profesionale të edukimit.

Megjithatë, sfida të konsiderueshme strukturore vazhdojnë të ekzistojnë. Shpërndarja e profesionistëve shëndetësor ndërmjet komunave mbetet jo e barabartë, ndërsa zonat rurale dhe më pak të zhvilluara përballen me mungesë më të madhe të profesionistëve shëndetësorë. Për më tepër, sfidat operative që lidhen me ngarkesën e lartë të punës, shpërndarjen jo të njëtrajtshme të profesionistëve shëndetësor, mbështetjen e kufizuar diagnostikuese dhe disponueshmërinë e kufizuar të shërbimeve multidisiplinare dhe të bazuara në komunitet mund të ndikojnë në aftësinë e ekipeve të KPSH-së për të ofruar kujdes plotësisht të integruar dhe të vazhdueshëm në të gjitha komunat.

Këto sfida janë veçanërisht të rëndësishme në fusha si:

- shërbimet e shëndetit mendor;
- rehabilitimi;

- menaxhimi i sëmundjeve kronike;
- kujdesi paliativ;
- dhe koordinimi i mbështetjes afatgjatë të bazuar në komunitet.

Iniciativat e fundit për forcimin e KPSH-së në Kosovë kanë demonstruar gjithashtu potencialin e rolit të infermierëve në edukimin shëndetësor, këshillimin për sëmundjet kronike, përcjelljen e pacientëve dhe shërbimet mbështetëse të bazuara në komunitet, veçanërisht brenda modeleve të kujdesit të integruar për sëmundjet jo-ngjitëse.

Këto sfida tregojnë se kufizimet e profesionistëve shëndetësor nuk janë vetëm në numër, por lidhen gjithashtu me përbërjen e profesionistëve shëndetësor, kombinimin e kompetencave, qëndrueshmërinë dhe harmonizimin me nevojat shëndetësore në zhvillim të popullatës^(12,19).

6.2 Perspektiva krahasuese e profesionistëve shëndetësor dhe roli i infermierëve

Struktura e profesionistëve shëndetësor të KPSH-së në Kosovë reflekton si progres të rëndësishëm ashtu edhe shqetësime në zhvillim lidhur me qëndrueshmërinë.

Të dhënat e disponueshme tregojnë se numri më i madh i profesionistëve shëndetësor përfshin një përqindje relativisht të madhe të mjekëve të rinj të përgjithshëm. Megjithatë, specialistët e Mjekësisë Familjare janë dukshëm më të moshuar, me një pjesë të madhe të specialistëve të përqendruar në grupmoshat më të larta pranë moshës së pensionimit.

Përveç plakjes së profesionistëve shëndetësor, akterët relevantë dhe burimet institucionale kanë shprehur shqetësime lidhur me rënien e interesimit të mjekëve të rinj për programet e specializimit në Mjekësi Familjare.

Informacionet e disponueshme sugjerojnë se numri i mjekëve aktualisht të regjistruar në trajnimet e specializimit në Mjekësi Familjare mbetet i kufizuar në raport me nevojat e ardhshme për zëvendësimin e fuqisë punëtore.

Ky trend përfaqëson një sfidë potencialisht të rëndësishme afatgjatë për qëndrueshmërinë e modelit të Mjekësisë Familjare dhe zhvillimin e ardhshëm të burimeve njerëzore në KPSH në Kosovë.

Tabela 4. Struktura mjekëve të përgjithshëm dhe specialistëve të Mjekësisë Familjare të licencuar në Kosovë

Kategoria	Totali	Femra	Meshkuj
Mjekë përgjithshëm të	2019	891	1128
Specialistë të Mjekësisë Familjare	660	390	270

Burimi: Oda e Mjekëve të Kosovës, të dhëna mbi fuqinë punëtore të ofruara autorëve përmes komunikimit me email, 2026.

Të dhënat e Odës së Mjekëve reflektojnë mjekët e licencuar të regjistruar brenda sistemit profesional dhe për këtë arsye dallojnë nga të dhënat administrative të punësimit të raportuara përmes dokumenteve të financimit dhe planifikimit të fuqisë punëtore në KPSH.

Ministrisë së Shëndetësisë iu kërkua gjithashtu të ofrojë të dhëna lidhur me mjekët aktualisht të regjistruar në programet e specializimit në Mjekësi Familjare për të plotësuar këtë analizë të fuqisë punëtore.

Sipas të dhënave administrative dhe dokumenteve institucionale të planifikimit, gjithsej 1,082 mjekë ishin të punësuar në QKMF-të në dhjetor 2021, përfshirë 552 specialistë të Mjekësisë Familjare (51%) dhe 530 mjekë të përgjithshëm (49%). Vlerësimet më të fundit administrative nga Agjencia e Statistikave të Kosovës raportuan rreth 1,199 mjekë të punësuar në QKMF-të gjatë vitit 2023.

Këto reflektojnë dallime ndërmjet të dhënave profesionale të licencimit dhe databazave administrative të punësimit dhe për këtë arsye duhet të interpretohen me kujdes gjatë vlerësimit të kapacitetit të përgjithshëm të fuqisë punëtore në KPSH.

Tabela 5. Shpërndarja sipas moshës e specialistëve të Mjekësisë Familjare dhe mjekëve të përgjithshëm

Grupmosha	Specialistë të Mjekësisë Familjare		Grupmosha	Mjekë të përgjithshëm
24–34 vjeç	—		24–34 vjeç	1498
33–43 vjeç	57		35–45 vjeç	420
44–54 vjeç	138		46–56 vjeç	46
55–65 vjeç	375		57–67 vjeç	47
66 vjeç e më shumë	90		68 vjeç e më shumë	8

Burimi: Oda e Mjekëve të Kosovës, të dhëna mbi fuqinë punëtore të ofruara autorëve përmes komunikimit me email, 2026.

Këto trende të profesionistëve shëndetësor ngrenë shqetësime të rëndësishme lidhur me qëndrueshmërinë afatgjatë të modelit të Mjekësisë Familjare.

Ndërsa numri i mjekëve të përgjithshëm përfshin një grup të konsiderueshëm më të ri, numri i Mjekëve Familjar demonstroi moshën më të vjetër, duke sugjeruar se një segment i madh i Mjekëve Familjar mund të pensionohet gjatë dekadës së ardhshme.

Kjo krijon rreziqe të rëndësishme lidhur me:

- kapacitetin zëvendësues të Mjekëve Familjar;
- vazhdimësinë e kujdesit;
- kujtesën institucionale;
- disponueshmërinë e ofruesve me përvojë të KPSH-së;
- qëndrueshmërinë e shërbimeve të Mjekësisë Familjare.

Analiza krahasuese gjithashtu tregon se Kosova ka dendësi më të ulët të mjekëve krahasuar me shumicën e vendeve të Bashkimit Evropian, ndërsa dendësia e infermierëve mbetet relativisht më afër mesatareve evropiane^(17,19).

Tabela 6. Dendësia krahasuese e profesionistëve shëndetësor: Kosova dhe mesatarja e Bashkimit Evropian

Indikatori	Kosova (e vlerësuar)	Mesatarja e BE-së	Interpretimi
Mjekë për 1,000 banorë	1.5–2.0	3.9	Mungesë e konsiderueshme
Infermierë për 1,000 banorë	4–6	8–10	Më e ulët se mesatarja e BE-së
Raporti infermier-mjek	2.5–3	2–3	Strukturalisht i krahasueshëm

Infermierët përfaqësojnë komponentin më të madh të profesionistëve shëndetësor të KPSH-së dhe luajnë rol kritik në shërbimet parandaluese, menaxhimin e sëmundjeve kronike, vazhdimësinë e kujdesit, edukimin e pacientëve, mbështetjen për shëndetin mendor, ndjekjen rehabilituese dhe shërbimet e bazuara në komunitet.

Megjithatë, potenciali i tyre mbetet i pashfrytëzuar plotësisht për shkak të kufizimeve në fushëveprimin e praktikës, mekanizmave të pamjaftueshëm të delegimit të detyrave dhe integritit të kufizuar në vendimmarrjen më të gjerë të KPSH-së dhe proceset multidisiplinare të kujdesit.

Forcimi i rolit të infermierëve përmes trajnimeve të zgjeruara, integritit më të fuqishëm multidisiplinar, modeleve të shërbimeve të bazuara në komunitet dhe përfshirjes më të madhe në mbështetjen e shëndetit mendor, menaxhimin e sëmundjeve kronike, koordinimin rehabilitues dhe shërbimet parandaluese mund të përmirësojë ndjeshëm kapacitetin dhe efikasitetin e shërbimeve të KPSH-së.

Kjo duhet të përfshijë gjithashtu forcimin e kompetencave lidhur me aftësinë e kufizuar brenda ekipeve multidisiplinare të KPSH-së, përfshirë komunikimin e ndjeshëm ndaj aftësisë së kufizuar, identifikimin e hershëm të vonesave zhvillimore dhe kufizimeve funksionale, koordinimin e referimeve, mbështetjen rehabilituese, pajisjet ndihmëse dhe qasjet e kujdesit të orientuara drejt familjes. Forcimi i këtyre kompetencave do të mbështeste shërbime më gjithëpërfshirëse, të orientuara drejt njerëzve edhe të bazuara në komunitet brenda KPSH-së.

6.3 Migrimi i profesionistëve shëndetësor dhe sfidat e mbajtjes së stafit

Migrimi i profesionistëve shëndetësor përfaqëson një nga sfidat më të rëndësishme strukturore afatgjata që ndikon në qëndrueshmërinë e KPSH-së në Kosovë.

Gjatë dekadës së fundit, një numër në rritje i mjekëve dhe infermierëve kanë migruar drejt vendeve të Bashkimit Evropian, duke reduktuar fuqinë efektive të profesionistëve shëndetësor të disponueshme brenda sistemit shëndetësor. Migrimi prek në mënyrë disproporcionale profesionistët e rinj dhe specialistët e sapotrajnuar, përfshirë edhe të diplomuarit në Mjekësi Familjare.

Si rezultat, investimet në edukim dhe trajnim profesional nuk përkthehen plotësisht në kapacitet të qëndrueshëm vendor të fuqisë punëtore.

Migrimi ka disa implikime të rëndësishme në nivel sistemi, përfshirë:

- reduktimin e disponueshmërisë së profesionistëve shëndetësor;
- rritjen e pabarazive gjeografike;
- qarkullimin e lartë të stafit;
- dobësimin e vazhdimësisë së kujdesit;
- uljen e kthimit të investimeve publike në trajnim;
- rritjen e presionit mbi stafin e mbetur.

Tabela 7. Implikimet sistemore të migrimit të fuqisë punëtore

Dimensioni	Ndikimi	Pasoja për sistemin
Disponueshmëria e profesionistëve shëndetësor	Reduktim i profesionistëve shëndetësor	Boshllëqe në shërbimet e KPSH-së
Shpërndarja gjeografike	Migrim nga zonat rurale	Rritje e pabarazive
Vazhdimësia e kujdesit	Qarkullim i lartë i stafit	Dobësim i marrëdhënieve pacient-ofrues
Investimi në trajnim	Humbje e profesionistëve të trajnuar	Ulje e efikasitetit të sistemit
Kapaciteti i shërbimeve	Më pak staf i specializuar	Rritje e referimeve spitalore

Nga perspektiva strategjike, migrimi zhvendos prioritetet e politikave nga zgjerimi i profesionistëve shëndetësor drejt mbajtjes së stafit dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të sistemit.

Adresimi i kësaj sfide kërkon përmirësim të kushteve të punës, mundësi për zhvillim në karrierë, rrugë më të avancuara profesionale, stimuj më të fuqishëm për mbajtjen e stafit dhe harmonizim me dinamikën më të gjera të tregut të punës dhe migrimit.

6.4 Funkcionaliteti i modelit të Mjekësisë Familjare

Modeli i Mjekësisë Familjare synon të ofrojë kujdes të vazhdueshëm, gjithëpërfshirës, të koordinuar dhe të orientuar drejt njerëzve^(1,3,5). Efektiviteti i tij varet nga marrëdhëniet stabile ndërmjet pacientit dhe ofruesit të kujdesit, vazhdimësia e kujdesit, sistemet efektive të referimit, integrimi i fuqishëm ndërmjet niveleve të kujdesit dhe bashkëpunimi multidisiplinar.

Në Kosovë, modeli i Mjekësisë Familjare është i vendosur nga aspekti strukturor, por mbetet funksionalisht jo i plotë.

Megjithëse institucionet e KPSH-së dhe ekipet e Mjekësisë Familjare janë të integruara formalisht në sistemin shëndetësor, disa komponentë kryesorë operacionalë vazhdojnë të implementohen në mënyrë jo konsistente. Sistemet e regjistrimit të pacientëve nuk janë plotësisht të institucionalizuara, mekanizmat e vazhdimësisë së kujdesit mbeten të kufizuara dhe funksionet e portës hyrëse të sistemit shëndetësor janë vetëm pjesërisht të operacionalizuara.

Si rezultat, pacientët shpesh anashkalojnë shërbimet e KPSH-së dhe kërkojnë kujdes direkt në institucionet sekondare, terciare ose private shëndetësore.

Ky hendek ndërmjet dizajnit formal të sistemit dhe praktikës operationale kufizon aftësinë e KPSH-së për të funksionuar si mekanizmi qendror koordinues i sistemit shëndetësor dhe kontribuon në fragmentimin e rrugëve të pacientëve brenda sistemit të kujdesit shëndetësor.

6.5 Cilësia e kujdesit, qasja dhe shfrytëzimi i shërbimeve

Cilësia e kujdesit brenda KPSH-së përfshin efektivitetin, sigurinë, kohëzgjatjen e përshtatshme të ofrimit të shërbimeve, vazhdimësinë e kujdesit dhe orientimit drejt njerëzvet⁽¹³⁾.

Në Kosovë, cilësia e shërbimeve të KPSH-së ndryshon ndjeshëm ndërmjet komunave për shkak të dallimeve në kapacitetin e profesionistëve shëndetësor, infrastrukturë, disponueshmëri të pajisjeve, praktika menaxheriale dhe burime financiare.

Kufizimet kryesore që ndikojnë në cilësinë e kujdesit përfshijnë:

- kapacitetin e kufizuar diagnostikues;
- variabilitetin në praktikën klinike;

- sistemet e dobëta të sigurimit të cilësisë;
- rrugët e fragmentuara të referimit;
- vazhdimësinë e kufizuar të kujdesit;
- dhe integrimin e pamjaftueshëm të shërbimeve parandaluese.

Megjithëse qasja gjeografike në KPSH është përmirësuar ndjeshëm, vazhdojnë të ekzistojnë pabarazi të rëndësishme lidhur me disponueshmërinë e shërbimeve, cilësinë, përballueshmërinë financiare dhe vazhdimësinë e kujdesit.

Qasja në shërbimet e KPSH-së duhet të kuptohet gjithashtu në aspektin e qasshmërisë fizike, komunikimit të qasshëm dhe mjediseve gjithëpërfshirëse të shërbimeve.

Përveç disponueshmërisë gjeografike, institucionet e KPSH-së kërkojnë infrastrukturë pa barriera, hapësira sanitare të përshtatura, informim të qasshëm, sinjalizim të qartë dhe kapacitet të stafit për të komunikuar në mënyrë efektive me personat me aftësi të kufizuara fizike, shqisore, intelektuale dhe psikosociale. Këta faktorë përbëjnë komponentë të rëndësishëm të shërbimeve të barabarta, të orientuara drejt njerëzve dhe cilësore të KPSH-së.

Nga perspektiva e pacientëve, qasja e kufizuar në barna, diagnostikë, shërbime rehabilituese dhe ndjekje të vazhdueshme kontribuon në uljen e besimit ndaj shërbimeve të KPSH-së dhe rritjen e varësisë nga ofruesit e sektorit privat.

Pabarazitë ndërmjet komunave urbane dhe rurale ndikojnë gjithashtu në qasjen në shërbime, veçanërisht lidhur me disponueshmërinë e fuqisë punëtore dhe cilësinë e kujdesit.

Disa komuna kanë prezantuar gjithashtu mekanizma lokalë të sigurimit të cilësisë dhe monitorimit, përfshirë auditime të brendshme, komitete të cilësisë, vizita mbikëqyrëse dhe sisteme të feedback-ut të pacientëve, megjithëse implementimi mbetet i ndryshueshëm ndërmjet komunave.

Vlerësimet kombëtare të cilësisë së kujdesit të realizuara brenda sistemit të KPSH-së në Kosovë kanë identifikuar dallime të rëndësishme në kapacitetin strukturor, ndërveprimin ofrues-pacient, disponueshmërinë e protokolleve klinike dhe kënaqësinë e pacientëve ndërmjet komunave.

Prandaj, forcimi i cilësisë së KPSH-së dhe vazhdimësisë së kujdesit është thelbësor për përmirësimin e besimit të pacientëve, reduktimin e përdorimit të evitueshëm të spitaleve dhe përmirësimin e menaxhimit të sëmundjeve kronike.

6.6 Perspektivat e akterëve mbi profesionistëve shëndetësor dhe ofrimin e shërbimeve

Intervistat me akterët përforcuan gjetjet më të gjera të kësaj analize të politikave lidhur me qëndrueshmërinë e profesionistëve shëndetësor, cilësinë e kujdesit dhe funksionalitetin operacional të shërbimeve të KPSH-së.

Pjesëmarrësit identifikuan vazhdimisht mungesën e profesionistëve shëndetësor, shpërndarjen jo të barabartë të profesionistëve shëndetësorë, migrimin e mjekëve dhe infermierëve, si dhe plakjen e Mjekëve Familjar si shqetësime madhore strukturore që ndikojnë në qëndrueshmërinë afatgjatë të shërbimeve të KPSH-së.

Disa akterë relevantë shprehën shqetësim se kapaciteti zëvendësues për specialistët e Mjekësisë Familjare që pensionohen mund të jetë i pamjaftueshëm gjatë dekadës së ardhshme, veçanërisht në komunat me më pak shërbime.

Disa akterë relevantë theksuan më tej se financimi i kufizuar shpesh ndikon në disponueshmërinë e diagnostikës, barnave, shërbimeve parandaluese, mbështetjes rehabilituese dhe vazhdimësisë së ndjekjes së pacientëve në nivel të KPSH-së, duke kontribuar në rritjen e referimeve dhe varësinë gjithnjë e më të madhe nga shërbimet e sektorit privat.

Pjesëmarrësit theksuan se komunikimi dhe koordinimi i referimeve ndërmjet KPSH-së, spitaleve dhe shërbimeve specialitike mbetet jo konsistent, duke kontribuar në fragmentimin e rrugëve të pacientëve dhe dobësimin e vazhdimësisë së kujdesit.

Akterët relevantë theksuan rëndësinë e forcimit të:

- sistemit digjital shëndetësor – sistemit informativ shëndetësor;
- koordinimit të referimeve;
- strategjive për mbajtjen e fuqisë punëtore;
- shërbimeve parandaluese dhe të bazuara në komunitet;
- rolit të infermierëve brenda ekipeve multidisiplinare;
- dhe shërbimeve të mbështetjes së shëndetit mendor brenda KPSH-së.

Sistemet e regjistrimit të pacientëve dhe mekanizmat e vazhdimësisë së kujdesit gjithashtu mbeten të implementuara jo plotësisht, duke kufizuar përcjelljen afatgjatë të pacientëve, planifikimin e bazuar në popullatë dhe koordinimin efektiv të menaxhimit të sëmundjeve kronike brenda KPSH-së.

Përveç mungesës së mjekëve dhe moshës së profesionistëve shëndetësor, forcimi i rolit dhe qëndrueshmërisë së infermierisë së Mjekësisë Familjare mbetet një komponent i rëndësishëm i zhvillimit të KPSH-së në Kosovë.

Intervistat dhe konsultimet evidentuan shqetësime lidhur me pensionimin e infermierëve me përvojë të Mjekësisë Familjare, vazhdimësinë e kufizuar të trajnimeve të specializuara për infermieri në Mjekësi Familjare dhe dallimet në implementimin e shërbimeve infermiore të bazuara në komunitet ndërmjet komunave.

Forcimi i ekipeve multidisciplinare të Mjekësisë Familjare, përfshirë kapacitetet e infermierisë komunitare, vizitat në shtëpi, ndjekjen e sëmundjeve kronike dhe shërbimet parandaluese, do të mbetet i rëndësishëm për përmirësimin e vazhdimësisë, qasshmërisë dhe kujdesit të orientuar drejt njerëzve brenda KPSH-së.

Disa institucione të KPSH-së kanë prezantuar qasje për përmirësimin e cilësisë, përfshirë auditime klinike, mekanizma të monitorimit të performancës, aktivitete të lidhura me akreditimin dhe sisteme të brendshme të menaxhimit të cilësisë. Megjithatë, implementimi dhe përdorimi i indikatorëve të standardizuar të cilësisë mbetet jo konsistent ndërmjet komunave.

Në përgjithësi, perspektivat e akterëve mbështetën fuqishëm përfundimin më të gjerë se Kosova ka krijuar baza të konsiderueshme strukturore për një sistem shëndetësor të orientuar drejt KPSH-së, por vazhdon të përballlet me sfida madhore në sigurimin e implementimit efektiv, koordinimit, harmonizimit të financimit, qëndrueshmërisë së profesionistëve shëndetësor dhe funksionalitetit operacional në të gjithë sistemin shëndetësor.

SEKSIONI 7. SHËRBIMET PARANDALUESE, TË BAZUARA NË KOMUNITET DHE SHËNDETI PUBLIK

7.1 Integrimi i shëndetit publik dhe Kujdesit Parësor Shëndetësor

Shëndeti publik dhe Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH) janë komponentë ngushtë të ndërlidhur të sistemeve efektive shëndetësore. Kornizat ndërkombëtare të KPSH-së theksojnë se KPSH-ja duhet të funksionojë jo vetëm si platformë për shërbime klinike, por edhe si mekanizëm për parandalim, promovim të shëndetit, survejancë të sëmundjeve dhe angazhim komunitar⁽¹⁻³⁾.

Në Kosovë, KPSH-ja dhe shërbimet e shëndetit publik funksionojnë brenda strukturave institucionale të ndërlidhura, por jo plotësisht të integruara. Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës (IKShPK) luan rol qendror në survejancën epidemiologjike, programet e imunizimit, parandalimin e sëmundjeve dhe monitorimin e shëndetit publik, ndërsa institucionet e KPSH-së ofrojnë shërbime parandaluese dhe të bazuara në komunitet në vijën e parë të kujdesit^(23,24).

Marrëdhënia ndërmjet KPSH-së dhe shëndetit publik është veçanërisht e rëndësishme në fusha si:

- imunizimi rutinor;
- shëndeti i nënës dhe fëmijës;
- parandalimi i sëmundjeve ngjitëse;
- parandalimi i sëmundjeve kronike;
- edukimi dhe promovimi shëndetësor;
- dhe aktivitetet në komunitet.

Pavarësisht këtyre ndërlidhjeve, integrimi ndërmjet funksioneve të KPSH-së dhe shëndetit publik mbetet jo konsistent. Mekanizmat e koordinimit, shkëmbimi i informacionit dhe implementimi i shërbimeve parandaluese ndryshojnë ndërmjet komunave dhe institucioneve.

Ky fragmentim kufizon aftësinë e sistemit shëndetësor për të implementuar strategji të koordinuara parandaluese të bazuara në popullatë dhe redukton efektivitetin e KPSH-së si platformë për përmirësimin afatgjatë të rezultateve shëndetësore të popullatës.

Vlerësimet e fundit theksojnë rëndësinë e forcimit të integritetit ndërmjet KPSH-së dhe sistemeve të shëndetit publik në Kosovë, veçanërisht në lidhje me parandalimin, vazhdimësinë e kujdesit dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike⁽¹⁹⁾.

7.2 Shërbimet parandaluese dhe promovimi i shëndetit

Shërbimet parandaluese janë ndër funksionet themelore të KPSH-së dhe janë thelbësore për përmirësimin e shëndetit të popullatës, reduktimin e barrës së evitueshme të sëmundjeve dhe forcimin e qëndrueshmërisë afatgjatë të sistemit shëndetësor^(1,3).

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2025–2030 vendos gjithnjë e më shumë theks mbi edukimin shëndetësor, promovimin e shëndetit dhe ndërhyrjet parandaluese si komponentë të rëndësishëm të reformës së KPSH-së dhe përmirësimit afatgjatë të shëndetit publik.

Megjithatë, financimi për edukimin shëndetësor dhe aktivitetet parandaluese të bazuara në komunitet vazhdon të mbështetet në masë të konsiderueshme në agjenci ndërkombëtare, iniciativa të mbështetura nga donatorët dhe partnerë zhvillimorë, më shumë sesa në mekanizma të qëndrueshëm vendorë të financimit.

Në Kosovë, shërbimet parandaluese mbeten relativisht më pak të zhvilluara krahasuar me shërbimet kurative. KPSH-ja vazhdon të funksionojë kryesisht brenda një modeli të orientuar drejt trajtimit, ndërsa promovimi i shëndetit, skringu, ndërhyrjet e sjelljes dhe shërbimet parandaluese nuk janë të integruara në mënyrë sistematike në ofrimin rutinor të KPSH-së ndërmjet komunave.

Shërbimet parandaluese që aktualisht ofrohen përmes KPSH-së përfshijnë:

- imunizimin e fëmijëve;
- përcjelljen e shëndetit të nënës dhe fëmijës përmes vizitave në shtëpi;
- aktivitete të përzgjedhura të skringut;
- edukimin shëndetësor;
- këshillimin e bazuar në komunitet;
- dhe menaxhimin e faktorëve të rrezikut për sëmundjet kronike.

Përveç kësaj, sesione edukative dhe këshilluese janë implementuar përmes mbështetjes nga organizata dhe projekte të ndryshme në nivel të institucioneve shëndetësore dhe familjeve, duke plotësuar shërbimet rutinore parandaluese të KPSH-së dhe aktivitetet në komunitet.

Megjithatë, implementimi mbetet jo konsistent dhe shpesh varet nga kapaciteti institucional lokal, disponueshmëria e profesionistëve shëndetësor, projektet e mbështetura nga donatorët dhe asistenca teknike e jashtme.

Disa faktorë strukturorë vazhdojnë të kufizojnë ofrimin e shërbimeve parandaluese, përfshirë:

- kapacitetin e kufizuar të profesionistëve shëndetësor;
- financimin e pamjaftueshëm qeveritar për parandalimin;
- integrimin e dobët ndërmjet planifikimit të shëndetit publik dhe KPSH-së;
- sistemet e kufizuara të monitorimit, analizës dhe planifikimit afatgjatë të bazuar në dëshmi;
- mungesën e rrugëve të standardizuara të kujdesit parandalues.

Si rezultat, shërbimet parandaluese shpesh mbeten të fragmentuara dhe të integruara në mënyrë të pamjaftueshme brenda praktikës rutinore të KPSH-së.

Përvoja ndërkombëtare demonstroi se nëninvestimi në parandalim kontribuon në rritjen e kostove afatgjata, barrës së sëmundjeve kronike dhe presionit mbi shërbimet spitalore^(11,13).

Qasjet parandaluese gjithnjë e më shumë kërkojnë ndërhyrje më të gjera ndërsektoriale dhe të bazuara në komunitet, përfshirë planifikimin urban shëndetësor, masat e shëndetit mjedisor, ndërhyrjet në shkolla, promovimin e aktivitetit fizik, politikat ushqimore, kontrollin e duhanit dhe strategjitë e angazhimit komunitar.

Prandaj, forcimi i parandalimit përfaqëson jo vetëm prioritet të shëndetit publik, por edhe investim strategjik në qëndrueshmërinë afatgjatë të sistemit shëndetësor, efikasitetin financiar dhe mirëqenien e popullatës.

7.3 Vaksinimi dhe parandalimi gjatë gjithë ciklit jetësor

Vaksinimi rutinor përfaqëson një nga shërbimet parandaluese më të konsoliduara dhe më efektive që ofrohen përmes KPSH-së në Kosovë.

Shërbimet e vaksinimit ofrohen kryesisht përmes institucioneve të KPSH-së dhe përbëjnë një nga shembujt më të qartë të integritit të suksesshëm ndërmjet funksioneve të shëndetit publik dhe ofrimit të shërbimeve të KPSH-së të bazuara në komunitet^(1,25). Programi i imunizimit përfshin vaksinimet për fëmijë dhe adoleshentë të organizuara përmes qasjeve të planifikuara gjatë gjithë ciklit jetësor deri në periudhën e adoleshencës.

Që nga viti 1999, shërbimet e imunizimit të bazuara në KPSH kanë arritur qindra mijëra fëmijë në të gjithë Kosovën dhe kanë kontribuar ndjeshëm në parandalimin e sëmundjeve që mund të parandalohen me vaksina.

Në përgjithësi, mbulueshmëria me vaksinim mbetet relativisht e lartë për shumicën e vaksinave rutinore. Megjithatë, analizat e fundit tregojnë variabilitet në nivelet e mbulueshmërisë dhe rënie të pranimit për disa vaksina dhe doza përforcuese^(24,25).

Shqetësime veçanërisht të rëndësishme lidhen me:

- mbulueshmërinë me vaksinën MMR;
- vazhdimësinë e dozave përforcuese;
- pabarazitë në mbulueshmëri tek fëmijët romë, ashkali dhe egjiptianë;
- hezitimin ndaj vaksinimit;
- dhe vazhdimësinë e sistemeve të përcjelljes.

Analizat e disponueshme tregojnë se mbulueshmëria me dozën e parë të vaksinës MMR mbetet nën objektivat optimale ndërkombëtare, duke reflektuar mangësi në vazhdimësinë e kujdesit dhe sistemet e ndjekjes parandaluese⁽²⁵⁾.

Këto trende tregojnë se, megjithëse shërbimet e imunizimit mbeten ndër komponentët më të fuqishëm parandalues të KPSH-së, vulnerabilitete të rëndësishme vazhdojnë të ekzistojnë brenda sistemeve të ofrimit të shërbimeve parandaluese.

Programi i vaksinimit gjithashtu ilustron potencialin më të gjerë të KPSH-së për të arritur ndikim në shëndetin e popullatës kur shërbimet janë:

- të koordinuara mirë;
- të financuara në mënyrë adekuate;
- të integruara me sistemet e shëndetit publik;
- dhe të mbështetura përmes mekanizmave të monitorimit dhe angazhimit komunitar.

7.4 Shëndeti i nënës, fëmijës dhe adoleshentëve

Shërbimet për shëndetin e nënës dhe fëmijës mbeten komponentë të rëndësishëm të KPSH-së dhe kujdesit parandalues në Kosovë.

Institucionet e KPSH-së ofrojnë kujdesin antenatal, kujdes postnatal, edukim shëndetësor, monitorim të fëmijëve dhe shërbime këshillimore të bazuara në komunitet. Qendrat Kryesore

të Mjekësisë Familjare në disa komuna përfshijnë gjithashtu shërbime të lidhura me maternitetin.

Megjithatë, rrugët e kujdesit për shëndetin e nënës mbeten të fragmentuara në të gjithë sistemin shëndetësor. Shumica e lindjeve vazhdojnë të realizohen në spitalet rajonale dhe në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës, ndërsa maternitetet në nivel të KPSH-së përbëjnë vetëm një pjesë të vogël të lindjeve^(20,23).

Në praktikë, kujdesi antenatal ofrohet kryesisht përmes shërbimeve gjinekologjike të sektorit privat, ku shumë gra shtatzëna kërkojnë kujdes direkt nga gjinekologët privatë në vend të shërbimeve publike të KPSH-së⁽²³⁻²⁵⁾.

Ky model dobëson vazhdimësinë e kujdesit dhe kufizon rolin e Mjekësisë Familjare dhe ofruesve të KPSH-së brenda rrugëve të kujdesit për shëndetin e nënës.

Varësia e lartë nga kujdesi antenatal në sektorin privat kontribuon gjithashtu në rritjen e pagesave nga xhepi për familjet dhe reflekton kufizime më të gjera në integrimin ndërmjet KPSH-së dhe shërbimeve për shëndetin e nënës.

Reformat e fundit kanë prezantuar vizita në shtëpi për gratë shtatzëna dhe fëmijët e moshës 0–3 vjeç, duke reflektuar rëndësinë në rritje të zhvillimit të hershëm të fëmijës, parandalimit dhe mbështetjes komunitare për shëndetin e nënës dhe fëmijës.

Shërbimet për shëndetin e adoleshentëve mbeten relativisht më pak të zhvilluara brenda strukturave të KPSH-së. Këshillimi parandalues, edukimi për shëndetin riprodhues, mbështetja për shëndetin mendor dhe shërbimet e orientuara drejt të rinjve nuk janë të integruara në mënyrë sistematike në ofrimin e KPSH-së në të gjitha komunat.

Mbështetja për shëndetin mendor të adoleshentëve dhe të rinjve mbetet gjithashtu e kufizuar brenda mjediseve të KPSH-së, pavarësisht njohjes gjithnjë e më të madhe të stresorëve psikosocialë, problemeve të shëndetit të sjelljes dhe nevojave për mirëqenie emocionale tek popullata e re.

Forcimi i integritetit të shërbimeve cilësore për shëndetin e nënës, fëmijës, adoleshentëve dhe shëndetit mendor brenda KPSH-së do të përmirësonte vazhdimësinë e kujdesit, parandalimin, menaxhimin e shëndetit gjatë gjithë ciklit jetësor dhe kapacitetin për ndërhyrje të hershme.

7.5 Sëmundjet jo-ngjitëse dhe kujdesi afatgjatë

Rritja e barrës së sëmundjeve jo-ngjitëse përfaqëson një nga sfidat më të mëdha afatgjata që ndikon në KPSH në Kosovë.

Sistemet e KPSH-së pritet të luajnë rol qendror në:

- zbulimin e hershëm të sëmundjeve kronike;
- menaxhimin afatgjatë;
- vazhdimësinë e kujdesit;
- edukimin e pacientëve;
- dhe parandalimin e komplikimeve.

Raportet e fundit nga Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike tregojnë rritje të barrës së hipertensionit, diabetit, sëmundjeve kardiovaskulare, obezitetit dhe gjendjeve të tjera kronike në popullatë, në përputhje me trendet më të gjera të tranzicionit epidemiologjik të vërejtura në Evropë.

Në të njëjtën kohë, ndryshimet demografike, plakja e popullsisë dhe rritja e jetëgjatësisë rrisin më tej kërkesën për menaxhim afatgjatë të sëmundjeve kronike, vazhdimësi të kujdesit, mbështetje rehabilituese, kujdes paliativ dhe shërbime të integruara të bazuara në komunitet.

Megjithatë, sistemi i KPSH-së në Kosovë mbetet kryesisht i orientuar drejt kujdesit akut dhe kurativ, më shumë sesa drejt menaxhimit të integruar afatgjatë të sëmundjeve kronike.

Megjithatë, akterët dhe burimet institucionale tregojnë se gjatë viteve të fundit janë arritur përmirësime të rëndësishme lidhur me cilësinë e menaxhimit të sëmundjeve jo-ngjitëse në shumë QKMF.

Këto zhvillime përfshijnë përdorim më të madh të protokolleve dhe udhëzuesve klinikë, krijimin e shërbimeve këshilluese për sëmundjet jo-ngjitëse, forcimin e aktiviteteve të promovimit të shëndetit dhe zgjerimin gradual të qasjeve të standardizuara për menaxhimin e gjendjeve kronike brenda shërbimeve të KPSH-së.

Disa faktorë kufizojnë efektivitetin e KPSH-së në adresimin e sëmundjeve jo-ngjitëse, përfshirë:

- integrimin e kufizuar të shërbimeve parandaluese;
- vazhdimësinë e pamjaftueshme të kujdesit;
- rrugët e fragmentuara të referimit;
- kufizimet e profesionistëve shëndetësor;
- kapacitetin e kufizuar diagnostikues;

- dhe sistemet e dobëta digjitale të monitorimit.

Si rezultat, menaxhimi i sëmundjeve kronike si hipertensioni, diabeti, sëmundjet kardiovaskulare dhe sëmundjet kronike respiratore mbetet jo konsistent ndërmjet komunave dhe institucioneve.

Programet e fundit që mbështesin modelet e kujdesit të integruar për sëmundjet jo-ngjitëse kanë kontribuar në përmirësimin e rrugëve klinike, këshillimit të pacientëve, sistemeve të monitorimit dhe qasjeve multidisiplinare brenda KPSH-së.

Këto programe kanë demonstruar gjithashtu rëndësinë e edukimit të pacientëve, vazhdimësisë së kujdesit, këshillimit parandalues dhe bashkëpunimit multidisiplinar në nivel të KPSH-së.

Shërbimet e shëndetit mendor gjithashtu mbeten të integruara në mënyrë të pamjaftueshme brenda strukturave të KPSH-së. Megjithëse është arritur progres përmes modeleve komunitare të shëndetit mendor dhe zhvillimit të Qendrave Komunitare të Shëndetit Mendor, integrimi funksional ndërmjet KPSH-së dhe shërbimeve të shëndetit mendor mbetet i kufizuar.

Forcimi i menaxhimit të sëmundjeve kronike brenda KPSH-së është thelbësor për përmirësimin e rezultateve afatgjata shëndetësore të popullatës, reduktimin e përdorimit të evitueshëm të spitaleve dhe forcimin e qëndrueshmërisë së sistemit shëndetësor.

7.6 Shërbimet e bazuara në komunitet

Shërbimet e bazuara në komunitet përfaqësojnë një komponent të rëndësishëm të sistemeve të KPSH-së të orientuara drejt njerëzve.

Qasjet e orientuara drejt komunitetit forcojnë vazhdimësinë e kujdesit, përmirësojnë qasshmërinë për grupet vulnerable të popullatës, mbështesin parandalimin dhe ndërhyrjen e hershme, si dhe lehtësojnë integrimin ndërmjet kujdesit shëndetësor dhe sistemeve të mbështetjes sociale.

Qasjet e KPSH-së të bazuara në komunitet mund të përfitojnë gjithashtu nga bashkëpunimi me organizatat e shoqërisë civile dhe ofruesit e shërbimeve të bazuara në komunitet, veçanërisht në fusha si rehabilitimi, identifikimi i nevojave të komunitetit, mbështetja familjare, koordinimi i referimeve, avokimi dhe lidhja ndërmjet grupeve vulnerable të popullatës dhe institucioneve publike. Këto partneritete mund të kontribuojnë në forcimin e shërbimeve të KPSH-së më gjithëpërfshirëse, të orientuara drejt njerëzve dhe komunitetit.

Në Kosovë, shërbimet në komunitet ofrohen në mënyrë jo të njëtrajtshme ndërmjet komunave dhe mbeten të kufizuara nga mungesa e profesionistëve shëndetësor, financimi dhe kufizimet organizative.

Aktivitetet ekzistuese përfshijnë vizitat në shtëpi, përcjelljen e shëndetit të nënës dhe fëmijës, për vaksinim, iniciativa të përzgjedhura të kujdesit paliativ dhe aktivitete të edukimit shëndetësor. Vizitat në shtëpi mund të jenë veçanërisht të rëndësishme për personat me aftësi të kufizuara, fëmijët me vonesa në zhvillim, të moshuarit dhe individët me lëvizshmëri të kufizuar, pasi ato mund të mbështesin vazhdimësinë e hershme të kujdesit, këshillimin familjar, mbështetjen rehabilituese dhe referimin në shërbimet e duhura.

Kapaciteti i kufizuar i profesionistëve shëndetësor dhe ngarkesa e lartë e punës reduktojnë aftësinë e ekipeve të KPSH-së për të realizuar aktivitete proaktive në komunitet dhe përcjellje afatgjatë, veçanërisht në zonat rurale dhe komunat me më pak shërbime. Si rezultat, shërbimet e KPSH-së mbeten kryesisht të bazuara në institucione dhe reaktive, më shumë sesa të orientuara drejt komunitetit dhe parandalimit.

Forcimi i integritimit ndërmjet institucioneve të KPSH-së dhe shërbimeve komunitare të shëndetit mendor mund të përmirësojë gjithashtu vazhdimësinë e kujdesit, ndërhyrjen e hershme, menaxhimin multidisiplinar dhe mbështetjen e bazuar në komunitet për personat me probleme të shëndetit mendor.

Forcimi i shërbimeve të bazuara në komunitet do të përmirësonte vazhdimësinë e kujdesit, ndjekjen parandaluese, menaxhimin e sëmundjeve kronike, qasshmërinë për grupet vulnerable dhe integrimin ndërmjet KPSH-së dhe sistemeve të shëndetit publik.

Intervenimet tjera kanë kontribuar gjithashtu në zhvillimin e shërbimeve komunitare të kujdesit paliativ dhe modeleve të integruara të shërbimeve në nivel komunal^(19,20). Këto iniciativa demonstrojnë potencialin më të gjerë të KPSH-së për t'u zgjeruar drejt modeleve më të integruara, mbështetëse dhe të orientuara drejt njerëzve.

7.7 Emergjencat e shëndetit publik dhe qëndrueshmëria e sistemit

Pandemia COVID-19 nxori në pah si rëndësinë ashtu edhe kufizimet e integritimit ndërmjet KPSH-së dhe shëndetit publik në Kosovë.

Institucionet e KPSH-së luajtën rol të rëndësishëm në reagimin në nivel komuniteti, triazhimin, ofrimin e vaksinimit, komunikimin publik dhe vazhdimësinë e shërbimeve esenciale.

Në të njëjtën kohë, pandemia ekspozoi dobësi të rëndësishme lidhur me:

- kapacitetin e profesionistëve shëndetësor;
- mekanizmat e koordinimit;
- infrastrukturën digjitale;
- integrimin e sistemeve të survejancës;
- gatishmërinë emergjente;
- dhe vazhdimësinë e shërbimeve rutinore.

Kjo përvojë demonstroi se sistemet shëndetësore të qëndrueshme kërkojnë integrim të fuqishëm ndërmjet KPSH-së, institucioneve të shëndetit publik, sistemeve të survejancës dhe mekanizmave të reagimit emergjent.

Megjithëse Kosova demonstroi kapacitet të rëndësishëm adaptues gjatë reagimit ndaj pandemisë, vulnerabilitete të rëndësishme strukturore vazhdojnë të ekzistojnë lidhur me gatishmërinë afatgjatë emergjente dhe qëndrueshmërinë e sistemit.

Diskutimet e fundit reformuese gjithnjë e më shumë theksojnë forcimin e qëndrueshmërisë KPSH-së, sistemeve digjitale, fleksibilitetit të fuqisë punëtore dhe kapaciteteve të gatishmërisë në nivel komuniteti si komponentë të rëndësishëm të përpjekjeve më të gjera për forcimin e sistemit shëndetësor⁽¹⁹⁾.

7.8 Perspektivat e akterëve mbi parandalimin dhe integrimin e shëndetit publik

Konsultimet dhe analizat më të gjera të politikave sugjerojnë se shërbimet parandaluese dhe të bazuara në komunitet mbeten relativisht më pak të zhvilluara dhe më pak të financuara sesa shërbimet kurative shëndetësore brenda sistemit shëndetësor.

Disa akterë relevantë theksuan se shërbimet parandaluese shpesh varen në masë të madhe nga:

- iniciativa të mbështetura nga donatorët;
- kapaciteti individual i komunave;
- financimi i projekteve të jashtme;
- programe të përkohshme.

Akterët relevantë gjithashtu theksuan rëndësinë e forcimit të:

- shërbimeve të bazuara në komunitet;
- programeve jashtë institucioneve shëndetësore;

- financimit të parandalimit;
- sistemeve digjitale të monitorimit;
- koordinimit ndërsektorial.

Në përgjithësi, perspektivat e akterëve relevantë përforcuan gjetjen më të gjerë se Kosova ka krijuar baza të rëndësishme strukturore për shërbimet parandaluese dhe të shëndetit publik brenda KPSH-së, por sfida të konsiderueshme vazhdojnë në arritjen e një ofrimi të KPSH-së plotësisht të integruar, të orientuar drejt komunitetit dhe të fokusuar në parandalim.

Arritja e kësaj kërkon një qasje koherente reformuese që harmonizon qeverisjen, financimin, zhvillimin e fuqisë punëtore, sistemet digjitale, funksionet e shëndetit publik dhe shërbimet e bazuara në komunitet, duke u fokusuar në implementimin efektiv dhe jo vetëm në ndryshimet formale strukturore.

Qasje të tilla po bëhen gjithnjë e më të rëndësishme për t'iu përgjigjur plakjes së popullsisë, sëmundjeve kronike, nevojave për kujdes paliativ dhe menaxhimit afatgjatë të bazuar në komunitet për grupet vulnerabile të popullatës.

SEKSIONI 8: SHËNDETËSIA DIGJITALE, SISTEMI I INFORMIMIT SHËNDETËSOR DHE MONITORIMI

8.1 Roli i shëndetësisë digjitale brenda Kujdesit Parësor Shëndetësor

Shëndetësia digjitale dhe Sistemi i Informimit Shëndetësor po njihen gjithnjë e më shumë si komponentë thelbësorë të sistemit efektiv të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) dhe të qeverisjes më të gjerë të sistemit shëndetësor. Sistemet e integruara të informacionit mbështesin vazhdimësinë e kujdesit, koordinimin e referimeve, planifikimin e profesionistëve shëndetësor, monitorimin e performancës, mbikëqyrjen epidemiologjike dhe vendimmarrjen e bazuar në evidencë^(11,12).

Brenda sistemit të KPSH-së, infrastruktura digjitale luan një rol veçanërisht të rëndësishëm sepse KPSH funksionon si pika e parë e kontaktit dhe niveli koordinues i kujdesit brenda sistemit shëndetësor. Për këtë arsye, funksionimi efektiv i KPSH-së varet nga shkëmbimi i besueshëm i informacionit ndërmjet ofruesve, institucioneve dhe niveleve të kujdesit.

Në Kosovë, zhvillimi i shëndetësisë digjitale mbetet i pabarabartë dhe i fragmentuar. Megjithëse gjatë dy dekadave të fundit janë ndërmarrë investime dhe iniciativa të rëndësishme për forcimin e Sistemit të Informimit Shëndetësor dhe infrastrukturës digjitale, funksionaliteti i plotë operacional dhe ndërveprueshmëria ende nuk janë arritur.

Si rezultat, shumë procese të KPSH-së vazhdojnë të mbështeten kryesisht në dokumentacion në letër, sisteme të fragmentuara raportimi dhe mekanizma jo të plotë të shkëmbimit elektronik të të dhënave. Këto kufizime ulin efikasitetin, rrisin ngarkesën administrative, dobësojnë vazhdimësinë e kujdesit dhe kufizojnë aftësinë e KPSH-së për të funksionuar efektivisht si mekanizëm koordinues i sistemit shëndetësor.

8.2 Sistemi i informimit shëndetësor dhe sfidat

Sistemi i informimit shëndetësor në Kosovë funksionojnë përmes strukturave të shumta institucionale dhe administrative që ende nuk janë plotësisht të integruara dhe funksionale. Bashkëveprimi i kufizuar ndërmjet institucioneve kufizon:

- vazhdimësinë e kujdesit;
- koordinimin e referimeve;
- përcjelljen e pacientëve;
- monitorimin e performancës;

- planifikimin shëndetësor dhe buxhetor;
- mbikëqyrjen e sistemit.

Komunikimi ndërmjet institucioneve të KPSH-së dhe niveleve më të larta të kujdesit mbetet jo konsistent, veçanërisht në lidhje me referimet, raportet e lëshimit nga spitali, ndjekjen e sëmundjeve kronike dhe vazhdimësinë e menaxhimit të pacientëve.

Sistemi ekzistuese i Informimit Shëndetësor mbeten gjithashtu të kufizuara në mbështetjen e përcjelljes së integruar klinike, vazhdimësisë së kujdesit dhe mekanizmave të kthimit të informacionit ndërmjet KPSH-së dhe niveleve më të larta të kujdesit. Kjo dobëson aftësinë e KPSH-së për të funksionuar në mënyrë efektive si niveli koordinues i kujdesit brenda sistemit shëndetësor.

Integrimi ndërmjet ofruesve publikë dhe privatë të kujdesit shëndetësor gjithashtu mbetet shumë i kufizuar. Aktualisht nuk ekziston bashkëveprim gjithëpërfshirëse apo komplementaritet sistematik ndërmjet sistemeve publike të informimit shëndetësor dhe shërbimeve private shëndetësore.

Si rezultat:

- referimet ndërmjet sektorëve mbeten të fragmentuara;
- vazhdimësia e kujdesit dobësohet;
- monitorimi i rrugëtimit të pacientëve mbetet i paplotë;
- të dhënat mbi shfrytëzimin e shërbimeve mbeten pjesërisht të padisponueshme në nivel sistemi.

Integrim jo i plotë ekziston gjithashtu ndërmjet:

- shërbimeve të KPSH-së;
- spitaleve;
- institucioneve të shëndetit publik;
- laboratorëve dhe farmacive;
- mekanizmave të financimit dhe sigurimeve;
- ofruesve privatë të kujdesit shëndetësor.

Këto kufizime reduktojnë koordinimin më të gjerë të sistemit, efikasitetin dhe kapacitetin për planifikim afatgjatë. Me zhvillimin e reformave financiare dhe mekanizmave të sigurimit të

detyrueshëm shëndetësor, nevoja për sisteme të integruara dhe ndërvepruese të HIS-it do të bëhet gjithnjë e më e rëndësishme për:

- implementim;
- monitorim;
- mekanizma të blerjes së shërbimeve;
- sisteme të pagesës së ofruesve;
- llogaridhënie;
- vazhdimësi të kujdesit.

Pavarësisht investimeve të mëparshme dhe angazhimeve strategjike, vlerësimet institucionale dhe intervistat me palët e interesit vazhdojnë të tregojnë se funksionaliteti i Sistemit të Informimit Shëndetësor mbetet jo i plotë dhe integrimi operacional mbetet i kufizuar në shumë pjesë të sistemit shëndetësor.

8.3 Regjistrat elektronikë shëndetësorë dhe sistemet e referimit

Regjistrat elektronikë shëndetësorë (RESH) dhe sistemet digjitale të referimit janë komponentë qendrorë të sistemeve moderne të KPSH-së. Sistemet e integruara të RESH mbështesin:

- vazhdimësinë e kujdesit;
- ndjekjen afatgjatë të pacientëve;
- menaxhimin e sëmundjeve kronike;
- kujdesin parandalues;
- koordinimin ndërmjet ofruesve;
- monitorimin e cilësisë.

Në Kosovë, implementimi i sistemeve RESH mbetet i pjesshëm dhe i pabarabartë ndërmjet komunave dhe institucioneve. Megjithëse iniciativat për digjitalizim janë zgjeruar gjatë viteve të fundit, shumë institucione të KPSH-së vazhdojnë të operojnë me integrim të kufizuar elektronik dhe me ndërveprueshmëri jo të plotë ndërmjet ofruesve dhe niveleve të kujdesit.

Sistemet e referimit mbeten veçanërisht të prekura nga kufizimet digjitale. Në shumë raste:

- ndjekja e referimeve është jo e plotë;
- komunikimi ndërmjet KPSH-së dhe spitaleve është jo konsistent;

- informacioni për ndjekjen e pacientëve është i kufizuar;
- mekanizmat e vazhdimësisë së kujdesit mbeten të dobëta.

Kjo kontribuon në dyfishim të shërbimeve, rrugë joefikase të pacientëve dhe ulje të efektivitetit të modelit të Mjekësisë Familjare. Forcimi i sistemeve digjitale të referimit është prandaj esencial për përmirësimin e:

- funksionit porta hyrëse;
- vazhdimësisë së kujdesit;
- koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit;
- monitorimit të rrugëtimit të pacientëve;
- efikasitetit të sistemit.

8.4 Sistemi i të dhënave, monitorimi dhe llogaridhënia

Sistemet e besueshme të informacionit shëndetësor janë thelbësore për monitorimin e performancës së KPSH-së dhe mbështetjen e qeverisjes së bazuar në evidencë. Monitorimi i performancës brenda KPSH-së varet nga disponueshmëria e të dhënave të sakta dhe në kohë lidhur me:

- shfrytëzimin e shërbimeve;
- kapacitetin e profesionistëve shëndetësor;
- mbulimin e shërbimeve parandaluese;
- modelet e referimeve;
- vazhdimësinë e kujdesit;
- indikatorët e cilësisë;
- financimin dhe shpenzimet.

Në Kosovë, sistemet e monitorimit mbeten të pazhvilluara në disa fusha të performancës së KPSH-së. Integrimi i kufizuar i sistemeve të të dhënave kufizon aftësinë e institucioneve për të kryer analiza gjithëpërfshirëse të performancës dhe për të zbatuar mekanizma të llogaridhënies.

Pa sisteme të besueshme monitorimi, bëhet më e vështirë të:

- vlerësohet cilësia e kujdesit;
- identifikohen pabarazitë;

- monitorohet implementimi i reformave;
- vlerësohet efektiviteti i financimit;
- mbështetet planifikimi strategjik.

Prandaj, forcimi i sistemeve të monitorimit është esencial për përmirësimin e transparencës, llogaridhënies dhe qeverisjes afatgjatë të KPSH-së. Kornizat strategjike të fundit gjithnjë e më shumë njohin sistemet digjitale të monitorimit dhe forcimin e Sistemit të Informimit Shëndetësor (SISh) si komponentë qendrorë të modernizimit më të gjerë të sistemit shëndetësor dhe reformës së qeverisjes^(8,22).

8.5 Digjitalizimi dhe reforma e sistemit shëndetësor

Digjitalizimi po njihet gjithnjë e më shumë si prioritet strategjik brenda reformave më të gjera të sistemit shëndetësor në Kosovë. Dokumentet kombëtare të politikave dhe strategjitë reformuese theksojnë rëndësinë e:

- forcimit të infrastrukturës së shëndetësisë digjitale;
- përmirësimit të bashkëveprimit të sistemeve;
- zgjerimit të përdorimit të regjistrave elektronikë;
- përmirësimit të kapaciteteve të monitorimit dhe planifikimit;
- mbështetjes së implementimit të reformave financiare⁽⁸⁾.

Implementimi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe mekanizmave të ardhshëm të blerjes së shërbimeve do të kërkojë sisteme shumë më të fuqishme të informacionit të afta për të mbështetur:

- regjistrimin e përfituesve;
- sistemet e pagesës së ofruesve;
- monitorimin e referimeve;
- ndjekjen e përdorimit të shërbimeve;
- monitorimin e shpenzimeve;
- indikatorët e cilësisë dhe performancës.

Digjitalizimi është prandaj i lidhur ngushtë jo vetëm me përmirësimin e ofrimit të shërbimeve, por edhe me reformën financiare, modernizimin e qeverisjes dhe qëndrueshmërinë afatgjatë të sistemit shëndetësor.

Megjithatë, transformimi efektiv digjital kërkon:

- financim të qëndrueshëm;
- koordinim institucional;
- trajnim të profesionistëve shëndetësor;
- korniza rregullative;
- mbrojtje të sigurisë kibernetike;
- standarde të ndërveprueshmërisë.

Pa këto komponentë mbështetës, iniciativat e digjitalizimit mund të mbeten të fragmentuara dhe të paafta për të gjeneruar përmirësime domethënëse në nivel sistemi. Strategjia e Sektorit të Shëndetësisë 2025–2030 dhe Planit Strategjik për Zhvillimin e Sistemit të Informimit Shëndetësor 2024–2030 theksojnë forcimin e integritit digjital, bashkëveprimin dhe qeverisjes së bazuar në evidencë si prioritete të rëndësishme strategjike për sistemin shëndetësor.

8.6 Perspektivat e akterëve mbi sistemin digjital dhe monitorimin

Intervistat me akterët identifikuan vazhdimisht sistemet digjitale të fragmentuara dhe infrastrukturën e dobët të informacionit shëndetësor si kufizime madhore që ndikojnë në performancën dhe koordinimin e KPSH-së.

Pjesëmarrësit theksuan se sistemet elektronike jo të plota kufizojnë:

- vazhdimësinë e kujdesit;
- koordinimin e referimeve;
- komunikimin ndërmjet institucioneve;
- monitorimin e rrugëtimit të pacientëve;
- planifikimin dhe shpërndarjen e burimeve.

Disa palë të interesit theksuan se shumë ofrues të KPSH-së vazhdojnë të mbështeten në dokumentacion në letër dhe sisteme të fragmentuara raportimi, të cilat ulin efikasitetin dhe rrisin barrën administrative.

Në përgjithësi, perspektivat e palëve të interesit përforcuan gjetjen më të gjerë se infrastruktura e shëndetësisë digjitale mbetet një nga faktorët kryesorë mundësues të nevojshëm për forcimin e koordinimit, vazhdimësisë së kujdesit, llogaridhënies dhe performancës afatgjatë të sistemit të KPSH-së.

SEKSIONI 9: REKOMANDIMET DHE PRIORITETET E IMPLEMENTIMIT

9.1 Drejtimi strategjik për reformën e KPSH-së

Analiza e Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) dhe modelit të Mjekësisë Familjare në Kosovë demonstroi se progres i konsiderueshëm strukturor është arritur që nga viti 1999. Kosova ka krijuar një rrjet mbarëkombëtar të KPSH-së, ka institucionalizuar modelin e Mjekësisë Familjare, ka zhvilluar korniza ligjore dhe strategjike, si dhe ka zgjeruar qasjen në shërbime shëndetësore nëpër komuna.

Megjithatë, sfidat e vazhdueshme që lidhen me implementimin, integrimin, qëndrueshmërinë e profesionistëve shëndetësor, financimin, sistemet digjitale dhe performancën e sistemit vazhdojnë të ndikojnë në funksionalitetin e shërbimeve të KPSH-së.

Gjetjet e kësaj analize sugjerojnë se reformat e ardhshme duhet të fokusohen gjithnjë e më shumë jo vetëm në ruajtjen e strukturave ekzistuese, por edhe në forcimin e funksionalitetit, qëndrueshmërisë, integritetit dhe performancës afatgjatë të sistemit.

Adresimi i këtyre sfidave kërkon një qasje reformuese të koordinuar dhe të orientuar drejt sistemit, e cila harmonizon qeverisjen, financimin, kapacitetin e fuqisë punëtore, sistemet digjitale, ofrimin e shërbimeve, si dhe mekanizmat e monitorimit dhe llogaridhënies.

Rekomandimet e mëposhtme bazohen në gjetjet e kësaj analize të politikave dhe synojnë të mbështesin zhvillimin e një sistemi të KPSH-së më të integruar, më të barabartë, më efikas dhe të orientuar drejt performancës, në përputhje me objektivat e Mbulimit Universal Shëndetësor^(1,3,8).

9.2 Forcimi i implementimit funksional të modelit të Mjekësisë Familjare

Një prioritet qendror i reformës është sigurimi që modeli i Mjekësisë Familjare të funksionojë efektivisht në praktikë. Edhe pse modeli është formalisht i vendosur, komponentët e tij kryesorë, përfshirë vazhdimësinë e kujdesit, regjistrimin e pacientëve dhe funksionin e portës hyrëse, mbeten të implementuara vetëm pjesërisht.

Forcimi i implementimit kërkon krijimin e listave të përcaktuara qartë të pacientëve dhe fuqizimin e rolit të mjekëve familjarë si koordinatorët kryesorë të kujdesit. Protokollet e referimit duhet të zbatohen në mënyrë konsistente për të siguruar që KPSH të funksionojë si porta kryesore hyrëse në sistemin shëndetësor.

Forcimi i funksionalitetit të modelit të Mjekësisë Familjare mund të kërkojë gjithashtu riorganizim gradual dhe optimizim të rrjetit institucional të KPSH-së, veçanërisht lidhur me qëndrueshmërinë dhe funksionalitetin e Ambulancave të Mjekësisë Familjare (AMF).

Në disa komuna, ndryshimet demografike, lëvizjet e brendshme të popullsisë, mungesa e profesionistëve shëndetësor, shfrytëzimi i ulët dhe kostot e larta operative kanë ndikuar në qëndrueshmërinë dhe funksionalitetin e disa AMF-ve.

Prandaj, reformat e ardhshme duhet të marrin në konsideratë modele më efikase dhe më të barabarta të organizimit të KPSH-së, duke ruajtur njëkohësisht qasjen për popullatat rurale.

Përmirësimi i funksionalitetit në këto fusha do të përmirësonte koordinimin e kujdesit, do të rriste efikasitetin dhe do të reduktonte varësinë e panevojshme nga nivelet më të larta të kujdesit.

Veprime specifike:

- Të vendosen lista të detyrueshme të regjistrimit të pacientëve brenda qendrave të KPSH-së;
- Të përcaktohet një raport maksimal pacient–mjek familjar;
- Të krijohen mekanizma për zbatimin e funksionit të portës hyrëse, përfshirë verifikimin e referimeve për vizitat specialistike;
- Të realizohet vlerësimi funksional dhe optimal i rrjetit institucional të KPSH-së, përfshirë qëndrueshmërinë dhe shfrytëzimin e Ambulancave të Mjekësisë Familjare;
- Të implementohen sisteme elektronike të referimit për monitorim.

9.3 Forcimi i qeverisjes dhe llogaridhënies

Përmirësimi i qeverisjes është esencial për të siguruar implementim të barabartë dhe konsistent të politikave të KPSH-së në të gjitha komunat. Megjithëse decentralizimi ka forcuar autonominë lokale dhe reagimin ndaj nevojave të komunitetit, ai gjithashtu ka sjellë variabilitet në performancën institucionale, ofrimin e shërbimeve, shpërndarjen e fuqisë punëtore dhe implementimin e standardeve kombëtare.

Forcimi i qeverisjes kërkon përmirësim të koordinimit ndërmjet nivelit qendror dhe atij komunal, krijimin e kornizave të qarta të llogaridhënies dhe zhvillimin e indikatorëve të standardizuar të performancës së KPSH-së. Sistemet e monitorimit dhe vlerësimit duhet të

forcohen për të mbështetur vendimmarrjen e bazuar në evidencë dhe për të përmirësuar mbikëqyrjen e sistemit⁽¹⁴⁾.

Mekanizmat e monitorimit dhe vlerësimit duhet gjithashtu të forcohen për të mbështetur vendimmarrjen e bazuar në evidencë dhe për të përmirësuar llogaridhënien institucionale⁽¹⁴⁾.

Në nivel komunal, iniciativat për ngritje të kapaciteteve duhet të fokusohen në menaxhimin institucional, planifikimin operacional, monitorimin e performancës, sigurimin e cilësisë dhe mbikëqyrjen e implementimit.

Reformat e ardhshme duhet gjithashtu të forcojnë kapacitetet menaxheriale brenda QKMF-ve dhe të përmirësojnë autonominë institucionale për planifikim operacional dhe implementim.

Veprime specifike:

- Të zhvillohet një kornizë kombëtare e performancës së KPSH-së me indikatorë të matshëm;
- Të implementohet raportim vjetor i performancës komunale i lidhur me mekanizmat e financimit;
- Të krijohet një njësi qendrore për monitorimin e KPSH-së brenda Ministrisë së Shëndetësisë;
- Të implementohen vizita rutinore mbikëqyrëse dhe auditime në nivel komunal;
- Të krijohen platforma publike raportimi për përmirësimin e transparencës dhe llogaridhënies;
- Të forcohen kapacitetet implementuese brenda institucioneve të KPSH-së përmes mbështetjes teknike të dedikuar, mjeteve të planifikimit operacional dhe trajnimeve për menaxhim institucional.

9.4 Reforma e financimit të KPSH-së dhe harmonizimi i KPSH-së me reformën e financimit shëndetësor

Reforma e financimit është një komponent kyç për forcimin e KPSH-së. Mekanizmat aktualë të buxhetimit të bazuar në plane duhet gradualisht të kalojnë drejt qasjeve financuese që harmonizojnë më mirë resurset me nevojat e popullatës, cilësinë e shërbimeve dhe performancën e sistemit.

Vendosja e formulave të shpërndarjes së bazuar në nevoja, të cilat marrin parasysh karakteristikat demografike dhe epidemiologjike, do të përmirësonte barazinë në shpërndarjen

e resurseve. Përveç kësaj, mekanizmat e financimit të orientuar drejt performancës mund të stimulojnë parandalimin, vazhdimësinë e kujdesit, forcimin e rolit të portës hyrëse dhe menaxhimin më efektiv të sëmundjeve kronike.

Reformat e ardhshme financiare duhet gjithashtu të konsiderojnë kalimin gradual nga modelet ekskluzivisht të bazuara në paga fikse drejt sistemeve të përziera të pagesës, të cilat kombinojnë pagat fikse, mekanizmat e kapitationit dhe stimujt e përzgjedhur të bazuar në performancë.

Ligji i miratuar së fundmi për Sigurimin e Detyrueshëm Shëndetësor paraqet një mundësi të rëndësishme për forcimin e financimit të KPSH-së dhe mbrojtjes financiare.

Sigurimi që KPSH të funksionojë si pika qendrore hyrëse brenda mekanizmave të ardhshëm të financimit dhe blerjes së shërbimeve do të jetë esencial për përmirësimin e efikasitetit dhe qëndrueshmërisë së sistemit.

Veprime specifike:

- Të implementohet financimi i bazuar në kapitation i përshtatur sipas moshës, gjinisë dhe barrës së sëmundjeve;
- Të pilotohet financimi i bazuar në performancë i lidhur me indikatorët e kujdesit parandalues dhe kujdesit për sëmundjet kronike;
- Të rritet pjesëmarrja e KPSH-së në shpenzimet totale publike për shëndetësi;
- Të krijohen linja të dedikuara financimi për shërbimet parandaluese dhe ato të bazuara në komunitet;
- Të integrohet KPSH-ja në mekanizmat e blerjes së shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor;
- Të sigurohet që KPSH të funksionojë si pika primare hyrëse brenda rregullave të rimbursimit të sigurimit shëndetësor;
- Të harmonizohen pagesat ndaj ofruesve me rezultatet e kujdesit parandalues, të integruar dhe të koordinuar.

9.5 Reduktimi i pagesave nga xhepi dhe përmirësimi i qasjes në barna

Shpenzimet e larta nga xhepi mbeten një pengesë madhore për qasjen dhe mbrojtjen financiare në Kosovë. Reduktimi i shpenzimeve familjare për barna, diagnostikë dhe shërbime ambulatorë duhet prandaj të përfaqësojë një prioritet të rëndësishëm reformues.

Forcimi i shërbimeve të KPSH-së të financuara publikisht dhe përmirësimi i qasjes në barna esenciale do të përmirësonin mbrojtjen financiare dhe do të forconin rolin e KPSH-së si pika e parë e kontaktit brenda sistemit shëndetësor.

Veprime specifike:

- Të zgjerohet mbulueshmëria e Listës së Barnave Esenciale në nivel të KPSH-së;
- Të implementohen skema të rimbursimit për barnat ambulatorë;
- Të forcohen sistemet e prokurimit dhe menaxhimit të zinxhirit furnizues të barnave;
- Të implementohen sisteme elektronike për monitorimin e recetave;
- Të përcaktohen kufij të bashkëpagesave dhe mekanizma të mbrojtjes financiare për popullatat e cënueshme.

9.6 Forcimi i fuqisë së profesionistëve shëndetësor

Zhvillimi i profesionistëve shëndetësor është një përcaktues kritik i performancës së KPSH-së dhe qëndrueshmërisë afatgjatë të sistemit. Përmirësimi si i numrit ashtu edhe i cilësisë së profesionistëve shëndetësor është esencjal, veçanërisht për mjekët familjarë, infermierët dhe ekipet multidisiplinare të KPSH-së.

Adresimi i plakjes së profesionistëve shëndetësor, migrimit dhe shpërndarjes së pabarabartë gjeografike kërkon planifikim të koordinuar të profesionistëve shëndetësor dhe strategji afatgjata të mbajtjes së stafit.

Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet rritjes së interesimit të mjekëve të rinj për programet specializuese të Mjekësisë Familjare, pasi trendet aktuale të regjistrimit mund të jenë të pamjaftueshme për të siguruar zëvendësimin afatgjatë të mjekëve familjar dhe qëndrueshmërinë e modelit të Mjekësisë Familjare.

Forcimi i roleve infermiore dhe multidisiplinare të bazuara në komunitet duhet gjithashtu të bëhet një komponent i rëndësishëm i reformës së KPSH-së.

Veprime specifike:

- Të implementohen mekanizma përkahës financiarë dhe profesionalë për komunat me numër më të vogël të profesionistëve shëndetësor;
- Të zgjerohet programi i specializimit në Mjekësi Familjare;
- Të zhvillohen role të avancuara për infermiere;

- Të zbatohen përkrahje financiare, edukative dhe profesionale për rritjen e rekrutimit në programet specializuese të Mjekësisë Familjare;
- Të forcohen sistemet e zhvillimit të vazhdueshëm profesional;
- Të forcohen kompetencat që lidhen me parandalimin, rehabilitimin, menaxhimin e sëmundjeve kronike, mbështetjen e shëndetit mendor dhe kujdesin e bazuar në komunitet.

9.7 Përmirësimi i cilësisë së kujdesit dhe monitorimit të performancës

Zhvillimi i sistemeve të integruara të monitorimit do të përmirësonte transparencën, llogaridhënien dhe vendimmarrjen e bazuar në evidencë brenda KPSH-së.

Përmirësimi i cilësisë së kujdesit kërkon mekanizma sistematikë të sigurimit të cilësisë, rrugë klinike të standardizuara, sisteme më të fuqishme monitorimi dhe korniza efektive të llogaridhënies.

Zhvillimi i sistemeve të integruara të monitorimit do të përmirësonte:

- transparencën;
- llogaridhënien;
- vendimmarrjen e bazuar në evidencë;
- vazhdimësinë e kujdesit;
- cilësinë e shërbimeve.

Në të njëjtën kohë, forcimi i mekanizmave për ankesa, reagime të pacientëve dhe raportim të jashtëm është esencial për përmirësimin e përgjegjshmëri dhe besimit publik ndaj institucioneve të KPSH-së.

Raportimi i rregullt publik i indikatorëve të përzgjedhur të KPSH-së do të përmirësonte gjithashtu llogaridhënien dhe do të mbështeste monitorimin më të gjerë të shëndetit publik.

Reformat e ardhshme duhet gjithashtu të lidhin gjithnjë e më shumë indikatorë të përzgjedhur të KPSH-së me sistemet e monitorimit të performancës dhe mekanizmat e financimit.

Për shembull, indikatorë si mbulueshmëria me vaksinën MMR, vazhdimësia e ndjekjes së sëmundjeve kronike, mbulueshmëria e skringut parandalues, përputhshmëria me referimet dhe indikatorët e vazhdimësisë së kujdesit, mund të integrohen gradualisht në kornizat e cilësisë dhe performancës së KPSH-së.

Veprime specifike:

- Të zhvillohen dhe implementohen udhëzime klinike kombëtare për shërbimet e KPSH-së;
- Të implementohen indikatorë të standardizuar të cilësisë së KPSH-së;
- Të realizohen auditime të rregullta të cilësisë dhe mekanizma të vlerësimit kolegjial;
- Të forcohen sistemet rutinore të monitorimit dhe vlerësimit;
- Të lidhen mekanizmat e përzgjedhur të financimit me indikatorët e cilësisë dhe performancës;
- Të implementohen mekanizma për ankesa të pacientëve, reagime dhe reagueshmëri institucionale;
- Të forcohet raportimi publik dhe shpërndarja e indikatorëve të përzgjedhur të performancës së KPSH-së.

9.8 Forcimi i shërbimeve parandaluese dhe atyre të bazuara në komunitet

KPSH-ja duhet të luajë një rol më të fuqishëm në parandalim, promovim të shëndetit, zbulim të hershëm, menaxhim afatgjatë të sëmundjeve kronike dhe mbështetje të bazuar në komunitet.

Zgjerimi i shërbimeve parandaluese dhe atyre të bazuara në komunitet do të përmirësonte rezultatet shëndetësore të popullatës, do të forconte vazhdimësinë e kujdesit dhe do të mbështeste një kalim gradual nga një model kryesisht kurativ drejt një sistemi të KPSH-së më të orientuar drejt parandalimit.

Forcimi i shërbimeve parandaluese dhe atyre të bazuara në komunitet duhet gjithashtu të përfshijë qasje gjithëpërfshirëse për personat me aftësi të kufizuara dhe qasje të orientuara drejt aksesueshmërisë, përfshirë mbështetjen rehabilituese, komunikimin e qasshëm, ndjekjen në komunitet dhe përmirësimin e vazhdimësisë së kujdesit për personat me aftësi të kufizuara dhe grupet e tjera vulnerabël të popullatës.

Veprime specifike:

- Të implementohen programe skriningu të bazuara në popullatë përmes KPSH-së;
- Të zgjerohet dhe forcohet angazhimi në komunitet bazuar në qasjen e ciklit jetësor;
- Të forcohen shërbimet paliative të bazuara në komunitet;
- Të forcohen aktivitetet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit;

- Të përmirësohet integrimi i shërbimeve të shëndetit të nënës, fëmijës, adoleshentëve dhe shëndetit mendor ndërmjet sektorit publik dhe atij privat;
- Të forcohen shërbimet e vizitave në shtëpi dhe shërbimet në komunitet për të moshuarit, personat me aftësi të kufizuara, fëmijët me vonesa në zhvillim dhe grupet më vulnerabile.

9.9 Përmirësimi i koordinimit dhe integritit të sistemit

Përmirësimi i koordinimit ndërmjet shërbimeve të kujdesit parësor, sekondar, terciar dhe shëndetit publik është esencial për reduktimin e fragmentimit dhe forcimin e vazhdimësisë së kujdesit.

Mekanizmat e forcuar të koordinimit do të përmirësonin rrugët e referimit, ndjekjen e pacientëve dhe integrimin ndërmjet niveleve të kujdesit.

Integrimi ndërmjet ofruesve publikë dhe privatë të kujdesit shëndetësor duhet gjithashtu të forcohet me qëllim përmirësimin e vazhdimësisë së kujdesit dhe mbikëqyrjes më të gjerë të sistemit.

Veprime specifike:

- Të implementohen rrugë të detyrueshme të referimit dhe mekanizma të kthimit të informacionit për referimet;
- Të zhvillohen rrugë të integruara të kujdesit për sëmundjet kronike dhe grupet vulnerabël;
- Të forcohen sistemet e përcjelljes së pacientëve pas daljes nga spitali drejt KPSH-së;
- Të përmirësohet koordinimi ndërmjet KPSH-së, spitaleve, institucioneve të shëndetit publik dhe shërbimeve sociale;
- Të forcohet bashkëpunimi i strukturuar ndërmjet institucioneve të KPSH-së, shërbimeve rehabilituese dhe organizatave që përfaqësojnë personat me aftësi të kufizuara;
- Të forcohet bashkëpunimi dhe ndërveprueshmëria ndërmjet ofruesve publikë dhe privatë të kujdesit shëndetësor.

9.10 Renditja e prioriteteve të implementimit

Implementimi i reformës së KPSH-së duhet të ndjekë një qasje në faza dhe realiste, në përputhje me kapacitetet institucionale dhe disponueshmërinë e resurseve.

Në afat të shkurtër, prioritetet reformuese duhet të fokusohen në forcimin e qeverisjes, sistemeve të referimit, qasjes në shërbime esenciale dhe mekanizmave të monitorimit.

Në afat të mesëm, reformat duhet të prioritetizojnë reformën e financimit, qëndrueshmërinë e profesionistëve shëndetësor, shërbimet parandaluese dhe zhvillimin e shëndetësisë digjitale.

Në afat të gjatë, objektivi duhet të jetë zhvillimi i një sistemi shëndetësor plotësisht të integruar, të orientuar drejt KPSH-së, të ndërlidhur digjitalisht dhe të bazuar në performancë, në përputhje me financimin e qëndrueshëm dhe objektivat e Mbulimit Universal Shëndetësor.

9.11 Mesazhi përfundimtar

Kujdesi Parësor Shëndetësor përfaqëson themelin e sistemit shëndetësor të Kosovës dhe një përcaktues kritik të performancës së tij të ardhshme.

Megjithëse progres i konsiderueshëm është arritur në krijimin e elementeve strukturore të KPSH-së dhe Mjekësisë Familjare që nga viti 1999, arritja e efektivitetit të plotë të sistemit kërkon gjithnjë e më shumë një zhvendosje strategjike drejt:

- implementimit;
- integritit;
- qëndrueshmërisë;
- funksionalitetit;
- performancës afatgjatë.

Gjetjet e kësaj analize sugjerojnë gjithashtu se reformat e ardhshme mund të kërkojnë përshtatje graduale strukturore dhe organizative të modeleve të ofrimit të shërbimeve të KPSH-së në përgjigje të:

- ndryshimeve demografike;
- tranzicionit epidemiologjik;
- sfidave të qëndrueshmërisë së fuqisë punëtore;
- presioneve financiare;
- nevojave shëndetësore në zhvillim të popullatës.

Prandaj, forcimi i KPSH-së nuk është vetëm prioritet i sektorit shëndetësor, por edhe një investim strategjik në mbrojtjen sociale, stabilitetin ekonomik, kapitalin njerëzor dhe zhvillimin afatgjatë kombëtar.

Përmes harmonizimit të qeverisjes, financimin, zhvillimin e profesionistëve shëndetësor, sistemet digjitale dhe reformat e ofrimit të shërbimeve, Kosova mund të ndërtojë gradualisht një sistem të KPSH-së që është efikas, i barabartë, i integruar, financiarisht i qëndrueshëm, i

orientuar drejt njerëzve dhe i aftë për t'iu përgjigjur nevojave shëndetësore në ndryshim të popullatës.

REFERENCAT

1. World Health Organization. *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Geneva: WHO; 2019.
2. World Health Organization. *Declaration of Astana*. Geneva: WHO; 2018.
3. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
4. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 2010;10:65.
5. Assembly of the Republic of Kosovo. *Law No. 04/L-125 on Health*. Official Gazette; 2012.
6. European Commission. *Kosovo Report 2024*. Brussels: European Commission; 2024.
7. Assembly of the Republic of Kosovo. *Law on Compulsory Healthcare Insurance*. 2026.
8. Ministry of Health, Republic of Kosovo. *Health Sector Strategy 2025–2030*. Prishtina: Ministry of Health; 2024.
9. World Health Organization. *Global Health Expenditure Database*. Geneva: WHO; 2024.
10. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. *State of Health in the EU: Companion Report 2023*. Paris: OECD Publishing; 2023.
11. World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: WHO; 2007.
12. World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO; 2010.
13. European Observatory on Health Systems and Policies. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
14. Ministry of Finance, Republic of Kosovo. *Annual Budget Reports 2015–2024*. Prishtina: Government of Kosovo.
15. Group for Legal and Political Studies. *Review of Kosovo Health Budget Transparency*. Prishtina; 2025.
16. Institute of Southeast Europe for Health and Social Policy. *Health Financing and Financial Protection in Kosovo*. Prishtina: ISEE-HSP; 2026.
17. OECD. *Health at a Glance: Europe 2023*. Paris: OECD Publishing; 2023.
18. World Bank. *Kosovo Public Finance Review: Fiscal Policies for a Young Nation*. Washington DC: World Bank; 2014.

19. World Health Organization Regional Office for Europe. *Rapid assessment of primary health care and palliative services in Kosovo*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.
20. Swiss Agency for Development and Cooperation. *Accessible Quality Healthcare (AQH), Kosovo, Phase III*. Bern: SDC; 2024.
21. Knoblauch AM, Rajkumar S, Canavan R, Ramadani Q, Bytyçi-Katanolli A, Bahtiri S, et al. Assessing the quality of care in primary health care facilities in all municipalities in Kosovo 2016–2023. *Frontiers in Public Health*. 2025;13:1596249.
22. Ministry of Health, Republic of Kosovo. Strategic Plan for Development of Health Information System 2024–2030. Prishtina: Ministry of Health; 2024.
23. National Institute of Public Health of Kosovo. *Perinatal Health Report in Kosovo 2024*. Prishtina: NIPH; 2025.
24. National Institute of Public Health of Kosovo. *Annual Report 2025*. Prishtina: NIPH; 2026.
25. Institute of Southeast Europe for Health and Social Policy. *Routine Immunization in Kosovo 2015–2025: Measles as a tracer of routine immunization system performance*. Prishtina: ISEE-HSP; 2026.
26. Bllaca L. *Analysis of Health Reform in Kosovo*. Prishtina: [Institution/Publisher]; 2023.
27. Ministry of Health, Republic of Kosovo. Primary Health Care Action Plan 2024–2026. Prishtina: Ministry of Health; 2024.