2017-2021

STRATEGJIA SEKTORIALE E SHËNDETËSISË

Republika e Kosovës
Republika Kosova-RepublicofKosovo
Qeveria –Vlada-Government

Ministra e Shëndetësisë

MinistarstvaZdravstva

MinistryofHealth

Nëntor 2016

FJALA E MINISTRIT

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2017–2021 është dokumenti kryesor që përcakton drejtimin dhe qasjen strategjike afatmesme të zhvillimit të sistemit shëndetësor në Republikën e Kosovës.

Qëllimi i këtij dokumenti është jetësimi i vizionit për ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore dhe të sigurta për të gjithë qytetarët e vendit.

Karakteristikat demografike të popullatës orientojnë zhvillimin e sistemit shëndetësor kah ruajtja dhe përparimi i shëndetit të popullatës, duke fuqizuar kujdesin parësor si shtyllë të sistemit shëndetësor, me theks të veçantë në promovim të mënyrave të shëndetshme të jetesës.

Analiza e gjendjes aktuale të sistemit shëndetësor ka paraqitur nevojën e zhvillimit të ndryshimeve dhe zbatimit të reformës në sistemin shëndetësor, qoftë në aspektin e riorganizimit të sistemit aktual dhe Institucioneve gjegjëse ashtu edhe në sigurimin e qëndrueshmërisë financiare të sistemit.

Ministria e Shëndetësisë përmes Strategjisë Sektoriale të Shëndetësisë 2017-2021, ka për qëllim përmirësimin e vazhdueshëm të sistemit shëndetësor që në qendër ka pacientin dhe përmbushjen e kërkesave të pacientëve, në përgjithësi.

Ky dokument poashtu do të shërbej si bazë për zhvillimin dhe funksionalizimin e sistemit shëndetësor të reformuar i cili njëherit do të ngris edhe kënaqshmërinë e pacientëve me shërbimet shëndetësore të cilat iu ofrohen, në ngritjen e efektivitetit dhe efiçiencës së gjithë sektorit shëndetësor si dhe sigurimit të qasjes së barabartë në shërbime për të gjithë qytetarët e Republikës së Kosovës.

Dr. Imet Rrahmani
Ministër i Shëndetësisë

PËRMBAJTJA

1. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE....5
2. HYRJE....8
3. METODOLOGJIA....10
4. SFONDI....12
   - 4.1. Karakteristikat demografike dhe statistikat vitale të popullatës....12
     - 4.1.1 Lindshmëria....13
     - 4.1.2. Vdekshmëria....14
     - 4.1.3. Indikatorët ekonomik....18
   - 4.2. Gjendja shëndetësore e popullatës....18
     - 4.2.1. Shëndeti i nënës dhe fëmijës....19
     - 4.2.2. Shendeti mendor....20
     - 4.2.3. Faktorët e rrezikut....20
     - 4.2.4. Faktorët mbrojtës....23
   - 4.3. Sistemi shëndetësor....24
   - 4.4. Rrjeti i institucioneve shëndetësore....24
     - 4.4.1. Burimet financiare....26
     - 4.4.2. Burimet njerëzore....29
     - 4.4.3. Shtretërit spitalor....32
     - 4.4.4. Pajisjet mjekësore të teknologjisë së lartë....33
     - 4.4.5. Veprimtaria shëndetësore....33
     - 4.4.6. Shërbimet emergjente....37
     - 4.4.7. Furnizimi me produkte medicinale....38
     - 4.4.8 Performanca – produktiviteti, efikasiteti, dhe qasja....40
     - 4.4.9. Cilësia e kujdesit shëndetësor....40
   - 4.5. Kënaqshmëria e pacientëve....41
   - 4.6. Bashkëpunimi ndërkombëtar....42
   - 4.7. Përfundimet mbi gjendjen aktuale....43
5. OBJEKTIVAT STRATEGJIKE....45
   - 5.1. Objektiva strategjike I: ruajtja dhe përparimi i shëndetit....46
   - 5.2. Objektiva strategjike II: sigurimi i financimit të qëndrueshëm shëndetësor....47
   - 5.3. Objektiva strategjike III: riorganizimi i sektorit shëndetësor....48
6. ALTERNATIVAT E KONSIDERUARA....50
7. QASJA E REKOMANDUAR....53
   - 7.1. Monitorimi dhe vlerësimi i zbatimit të Strategjisë....53
8. HAPAT E ARDHSHËM....55

SHKURTESAT

AFSh	Agjencioni i financimit shëndetësor
AKPM	Agjensioni Kosovar për produkte medicinale
ASK	Agjencioni i statistikave të Kosovës
BE	Bashkimi Evropian
BPV	Bruto Produkti Vendor
CT	Tomografia e kompjuterizuar
DSRHSK	Demographic Sexualand Reproductive Health Survey in Kosovo Hulumtimi demografik për shëndet seksual dhe riprodhues në Kosovë
EHKK	Ethet hemorragjike Krime Kongo
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FSSh	Fondi i sigurimeve shëndetësore
HFA-DB	Healthfor all – Database
IKSHPK	Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës
KASh	Korniza Afatmesme e Shpenzimeve
KE	Komisioni Evropian
KPSh	Kujdesi parësor shëndetësor
KDSh	Kujdesi dytësor shëndetësor
KTSh	Kujdesi tretësor shëndetësor
KOGJ	Klinika Obstetrike Gjinekologjike
MDQ	Mesatarja e ditëve të qëndrimit në spital
MDSh	Mesatarja e ditëve të shfrytëzueshmërisë
MF	Ministria e Financave
MINISTRIA	Ministria e Shëndetësisë
NCD	Noncommunicable diseases (Sëmundjet kronike jo ngjitëse)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizata për zhvillim ekonomik dhe bashkëpunim)
OPSh	Odat e profesionistëve shëndetësorë
PAK	Personat me aftësi të kufizuar
QEVI	Qendra për edukim të vazhdueshëm të infermierisë
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
QKMF	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare
QMF	Qendra e Mjekësisë Familjare
QZHMFK	Qendra për Zhvillimin e Mjekësisë Familjare të Kosovës
QZhS	Qëllimet zhvillimore strategjike
RM	Rezonanca Magnetike
SDG	Strategic Development Goals

SHSKUK	Shërbimi Spitalor Klinik Universitar i Kosovës
SQ	Spitali i qytetit
SP	Spital i përgjithshëm
STRATEGJIA	Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2017-2021
STEP	Hulumtim gjithëpërfshirës për faktorët e rrezikut te sëmundjet jongjitëse
TB	Tuberkuloza
UNDP	Organizata e Kombeve të Bashkuara për Zhvillim
ZHVP	Zhvillimi i vazhdueshëm profesional

1. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2017-2021 është hartuar me qëllim të zhvillimit të një vizioni dhe qasje strategjike në kuadër të vazhdimësisë së reformave nëpër të cilat është duke kaluar sektori i shëndetësisë. Inicimi i procesit të reformimit është bërë me qëllim të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve, përgjigjes ndaj kërkesave për shërbime shëndetësore dhe eficiencës së ofrimit të këtyre shërbimeve, përmirësimit të financimit duke përmirësuar gjithashtu edhe qasjen në shërbime për grupet vulnerabile të cilat ballafaqohen me barriera të ndryshme në qasje ndaj shërbimeve. Reforma që ka filluar të zbatohet, bazohet në rritjen e transparencës dhe llogaridhënien e ofruesve të kujdesit shëndetësor përmes formimit të strukturave dhe agjensioneve të reja.

Strategjia reflekton plotësisht prioritetet kryesore të Qeverisë si në vijim: Plani kombëtar për zhvillimin ekonomik; Marrëveshjes së stabilizim asocimit (MSA) Qeverisjen e mirë dhe fuqizimin e sundimit të ligjit; Zhvillimin e kapitalit njerëzor dhe mirëqenien sociale.

Për të siguruar një sfond analitik për hartim të SSSh, MSh ka zhvilluar analizat e poshtëshënuara: Analizën e gjendjes shëndetësore të popullatës[1], Analizën e performancës së Institucioneve shëndetësore[2]dhe Analizën për opinionet e qytetarëve/pacientëve[3] lidhur me shërbimet dhe njohuritë për sektorin shëndetësor, përfshirë edhe njohuritë për reformat që kanë filluar në këtë sektor. Të dhënat zyrtare për përgatitjen e analizave të sektorit janë siguruar nga Agjencioni i Statistikave të Kosovës (ASK), Ministria e Shëndetësisë dheInstituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës (IKShPK). Me qëllim të krahasimit të indikatorëve me vendet e Bashkimit Evropian dhe të Rajonit Evropian, janë përdorur të dhënat nga Eurostat, nga baza e të dhënave të OBSh-së 'Shëndeti për të gjithë-baza e të dhënave/Health for All-database HFA-DB), OECD Shëndeti në një shikim: Europe 2012, OBSh - Përcaktuesit socialë të shëndetit, OBSh – Vlerësimi i ndikimit shëndetësor dhe Raporti i OBSh-së për shëndetësinë evropiane 2012.

Gjatë hartimit të dokumentit janë konsultuar edhe dokumente tjera relevante si Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2010-2014, Korniza Afatmesme e Shpenzimeve 2017-2019, Deklarata e Prioriteteve të Qeverisë 2017-2019si dhe dokumente dhe publikime të tjera.

Plani i Veprimit (PV) është pjesë përbërëse e SSSh dhe pasqyron aktivitetet që do të realizohen në periudhën tre vjeçare 2017-2019. Prioritetet e prezantuara në PV reflektojnë kahjet strategjike dhe mënyrat përmes së cilave institucionet shëndetësore do të hartojnë planet specifike për zbatimin e SSSh-së.

[1] Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës, MSh 2013
[2]Analiza e performancës së Institucioneve shëndetësore, MSh 2013
[3]Analiza për opinionet e qytetarëve/pacientëve, MSh 2013

Në bazë të të dhënave të analizuara, mund të konkludohet që, si rrjedhojë e popullatës së re në Kosovë, gjendja e përgjithshme shëndetësore e popullatës cilësohet e mirë, me faktorë të ultë të rrezikut sa i përket përdorimit të alkoolit, konsumimit të kënaqshëm të frutave dhe aktivitetit fizik. HIV/AIDS dhe TB janë nën kontroll dhe shkalla e imunizimit është mjaft e lartëdhe e kënaqshme. Në përgjithësi, popullata është e kënaqur me shërbimet të cilat i'u ofrohen në rrjetin e institucioneve publike shëndetësore, me kapacitete të mjaftueshme për ofrim të shërbimeve për popullatën, edhe pse kërkesat për shërbime janë në rritje e sipër.

Megjithatë, jetëgjatësia është e shkurtër, pjesërisht si pasojë e faktorëve jo të favorshëm socioekonomik (varfëria), ashtu edhe nga faktorët ambiental (prevalenca e lartë e sëmundjeve të frymëmarrjes). Shkalla ende e lartë e sëmundjeve që kanë të bëjnë me gjendjet perinatale është shqetësuese, duke pasë parasysh faktin se shumica e femrave janë të moshës riprodhuese. Aktivitetet e vazhdueshme promovuese dhe parandaluese janë gjithashtu të nevojshme sa i përket duhanpirjes, drogave dhe shkaqeve të jashtme të vdekjes, kryesisht të lidhura me aksidentet.

Edhe pse KPSh, për shumicën e popullatës paraqet kontaktin e parë me sistemin shëndetësor, shkathtësitë dhe mundësitë për diagnostikim dhe trajtim si dhe funksionet që kanë të bëjnë me referimin dhe 'ruajtjen e portës', duhet të fuqizohen edhe më tutje.

Resurset në dispozicion për shërbimet shëndetësore publike, janë më të ulëtat në Evropë dhe sfidë mbetet sigurimi i mjeteve financiare dhe shfrytëzimi efektiv i tyre. Produktiviteti është i ultë, efikasiteti duhet të përmirësohet, sidomos sa i përket futjes së metodave moderne të trajtimit siç është kujdesi ditor. Shfrytëzimi i kapaciteteve është i ultë dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore duhet të përmirësohet, sidomos sa u përket infeksioneve spitalore, përdorimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike si dhe mënyrës së trajtimit me pacientin në qendër.

Ministria e Shëndetësisë do të fokusohet në përcaktimin e kritereve të qarta të hartimit dhe përditësimit të Listës esenciale të barnave. Parcaktimi i këtyre kritereve ka për qëllim një listë të bazuar në të dhëna dhe që reflekton mundësitë reale buxhetore, me pacientin në qendër të vëmendjes.

Nuk është e mundur që me buxhetin i cili është në dispozicion për institucionet shëndetësore të ofrohen stimulime për përmirësim të performancës. Prandaj, është shumë me rëndësi që të punohet në drejtim të një sistemi të thjeshtë të pagesës për performancë, ku elementi i performancës rritet gradualisht. Për këtë arsye është esenciale që institucioneve shëndetësore t'iu ipet autonomia në mënyrë që të mund t'iu përgjigjen këtyre stimulimeve dhe të bëjnë nivelizimin e distribuimit regjional të resurseve.

Grupet vulnerabile, që njëherit paraqesin pjesë kryesisht të madhe të popullatës, kanë qasje të kufizuar dhe për ta sëmundja paraqet një ngarkesë mjaft të madhe edhe në aspektin ekonomik.

Gjithashtu, mund të konkludohet se me qëllim të përmirësimit të qeverisjes dhe menaxhimit të sistemit shëndetësor, MSh-ja do të punoj drejt fuqizimit dhe ngritjes së kapaciteteve bazuar në nevojat e identifikuara. Në mes tjerash duhet të përfshihen edhe çështjet e ndërlidhura me menaxhim strategjik dhe ngritje të profesionalizmit, që si parakusht kërkon funksionim gjithëpërfshirës të sistemit të integruar të informimit shëndetësor.

Pjesëmarrja proaktive në organizatat relevante regjionale dhe ndërkombëtare, përfshirë BE-në dhe OBSh-në, konsiderohen si esenciale, jo vetëm për krijimin e sistemit shëndetësor të krahasueshëm me vendet tjera evropiane, por edhe për konsiderimin e Kosovës si partner të barabartë në mesin e tyre.

Për adresimin e sfidave të përshkruara bazuar në konkluzat e analizës së lartpërmendur të sektorit shëndetësor, MSh-ja ka përcaktuar vizionin dhe misionin e saj.

Është më rendësi që politikat reformuese në shëndetësi të mbështeten në vendime qeveritare për t'i dhënë reformave kuptimin e duhur në aspektin financiar, ligjor si dhe përcaktimin e duhur kohor.Prandaj, mos prioritizimi i sektorit të shëndetësisë në miratimin e kornizës së nevojshme ligjore, mbështetjes shtesë financiare për zbatimin e legjislacionit do të vë në rrezik procesin e reformave në sektorin e shëndetësisë.

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2017-2021 do të shërbej si udhërrëfyes politik dhe profesional në zhvillimin e sektorit të shëndetësisë që ka për qëllim të përmirësoj gjendjen shëndetësore të popullatës dhe kënaqshmërinë e pacientëve me shërbimet shëndetësore në Republikën e Kosovës.

2. HYRJE

Ministria e Shëndetësisë synon përmirësimin e shëndetit të popullatës së Republikës së Kosovës përmes sigurimit të qasjes universale dhe të barabartë në shërbime shëndetësore cilësore për të gjithë qytetarët e vendit.

Duke pasëparasysh sfidat në sektorin e shëndetësisë, Ministria ka inicuar reformën përmbajtësore të sistemit ekzistues shëndetësor që do të mbështetet në dokumentin e ri të politikave unike shëndetësore: Strategjinë Sektoriale të Shëndetësisë, SSSh 2017 – 2021, si dhe zbatimin e kornizës së re legjislative, duke definuar qartë drejtimet dhe bartësit e zhvillimeve, autorizimet dhe përgjegjësitë e tyre ligjore.

Të dhënat analitike në dispozicion imponuan domosdoshmërinë që gjatë projektimit të dokumentit të ri strategjik, nëmes tjerashtë merren parasysh shumë më tepër se më parë faktorët si: struktura specifike demografike e popullatës me moshën më të re në Europë dhe shkallë të lartë të migracionit jashtë vendit, kuadri profesional në dispozicion, dhe veçoritë e mënyrave të jetesës së popullatës, përfshirë të gjitha komunitetet në nevojë.

Mbështetur në faktet e sipërpërmendura është projektuar reforma e sistemit shëndetësor, që bazohet në ruajtjen dhe përparimin e shëndetit të popullatës, sigurimin e financimit të qëndrueshëm dhe riorganizimin e sektorit të shëndetësisë. E gjithë kjo planifikohet të bëhet përmes funksionalizimit të plotë të sistemit të informimit shëndetësor, ndarjes së qartë ndërmjet blerësve dhe ofruesve të shërbimeve shëndetësore, fuqizimit të bazës financiare të sektorit të shëndetësisë, promovimit të shërbimeve shëndetësore cilësore dhe të integruara - duke filluar me shërbimet e nënës dhe fëmijës, promovimit dhe zbatimit të konceptit të mjekësisë familjare dhe shërbimeve të shëndetit mendor në komunitet, rritjes së furnizimit me barna, ngritjes së shërbimeve për sëmundjet kardiovaskulare dhe onkologjike, ngritjes së autonomisë menaxheriale të institucioneve shëndetësore, si dhe funksionalizimin e sistemit të monitorimit dhe vlerësimit për ta mbikqyrur zbatimin e SSSh-së.

Strategjia reflekton prioritetet kryesore të Qeverisë së Kosovës: zhvillimin e qëndrueshëm ekonomik, qeverisjen e mirë, fuqizimin e sundimit të ligjit, promovimin e partneritetit publiko-privat, zhvillimin e kapitalit njerëzor dhe mirëqenien sociale. Gjithashtu, Strategjia adreson sfidat dhe synimet drejt arritjes së Qëllimeve zhvillimore strategjike (QZhS/ SDG) që kanë të bëjnë me shëndetin. Reforma e projektuar nga Strategjia është e dizajnuar dhe zbatimi i saj mbështetet nga faktorët relevantëvendorë si dhe partnerët strategjik ndërkombëtarë.

3. METODOLOGJIA

Gjatë procesit të hartimit të Strategjisë janë përdorë metodat kuantitative dhe kualitative të hulumtimit të gjendjes në sektorin e shëndetësisë përfshirë shqyrtimin e përvojave të zbatimit të Strategjisë sektoriale 2010 – 2014, dokumentacionit relevant studimor vendor dhe ndërkombëtar në sektorin e shëndetësisë, si dhe analizës së rezultateve, përfundimeve dhe rekomandimeve të punëtorive dhe takimeve me ekipet dhe/ose menaxherët e institucioneve shëndetësorë, vendor dhe ndërkombëtar.

Në hartimin e Strategjisë janë përfshirë MSh, Zyra për Planifikim Strategjik e Zyrës së Kryeministrit, Ministria e Financave, Ministria e Integrimit Evropian, si dhe këshilltarë dhe ekspertë vendor dhe ndërkombëtar të cilët kanë përkrahur procesin e hartimit të dokumentit. Gjatë hartimit të Strategjisë janëkonsultuar faktorë të shumtë vendim-marrës vendor dhe ndërkombëtar përfshirë strukturat profesionale dhe sektorin jo-qeveritar.

Për të siguruar sfondin analitik për hartimin e Strategjisë janë shfrytëzuar hulumtimet në vijim: Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës[4], Analiza e performancës së institucioneve shëndetësore[5]; dhe Analiza e opinioneve të qytetarëve/pacientëve[6] përkitazi me shërbimet dhe njohuritë për sektorin shëndetësor, përfshirë edhe njohuritë për reformat e filluara në këtë sektor. Të dhënat zyrtare për përgatitjen e analizave të sektorit janë siguruar nga: Agjencioni i Statistikave të Kosovës (ASK), MSh dhe IKSHPK. Me qëllim të krahasimit të indikatorëve me vendet e Bashkimit Evropian dhe të Rajonit, janë përdorur të dhënat nga: Eurostat; baza e të dhënave të OBSH 'Shëndeti për të gjithë"; Raporti i OECD "Shëndeti në një shikim: Europa 2012", Raporti i OBSH – Përcaktuesit social të shëndetit, Raporti i OBSH – Vlerësimi i ndikimit shëndetësor; Raporti i Bankës Botërore (BB) për menaxhimin e Financave Publike; Raporti i UNDP për perceptimin e qytetarëve mbi shërbimet shëndetësore dhe përvojat e korrupsionit në shëndetësi[7]; Hulumtimin e organizatës Zvicerane "Solidair" mbi sigurimet shëndetësore"[8] dhe Raporti i OBSh-së për shëndetësinë evropiane 2012.

Gjatë hartimit të Strategjisë janë konsultuar edhe dokumente të tjera relevante si: Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2010-2014, Korniza Afatmesme e Shpenzimeve 2017-2019, Deklarata e Prioriteteve të Qeverisë 2017-2019 si dhe Marrëveshja e Stabilizim Asocimit e nënshkruar me Bashkimin Evropian.

Pas analizës së të dhënave në dispozicion janë nxjerrë përfundimet në bazë të së cilave janë identifikuar objektivat prioritare strategjike që përcaktojnë orientimin e zhvillimeve reformuese të sektorit të shëndetësisë për periudhën 2017 – 2021.

Plani i Veprimit është pjesë përbërëse e Strategjisë dhe pasqyron aktivitetet që do të realizohen në periudhën 2017–2019me mundësi të rishikimit të tij pas çdo viti bazuar në prioritetet e reja, në mënyrë

[4]Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës, MSh 2013
[5]Analiza e performancës së Institucioneve shëndetësore, MSh 2013
[6]Analiza për opinionet e qytetarëve, MSh 2013
[7]Raporti për percepcionin e qytetarëve mbi shërbimet shëndetësore dhe korrupsionit në shëndetësi, UNDP 2013
[8]Hulumtimi mbi sigurimet shëndetësore; Organizata Zvicerane "Solidair", 2012.

që të shërbejë nëdraftimin dhe rishikimin e Kornizës afatmesme të shpenzimeve. Prioritetet e paraqitura në PV pasqyrojnë aktivitetet përmes të cilave institucionet shëndetësore do të zhvillojnë planet e veçanta për zbatimin e SSSh-së. MSh do të përdorë PV-në si një mjet për monitorimin e zbatimit të SSSh-së dhe si mjet të informacionit në lidhje me arritjen e objektivave strategjike. PV do të përditësohet në baza vjetore.

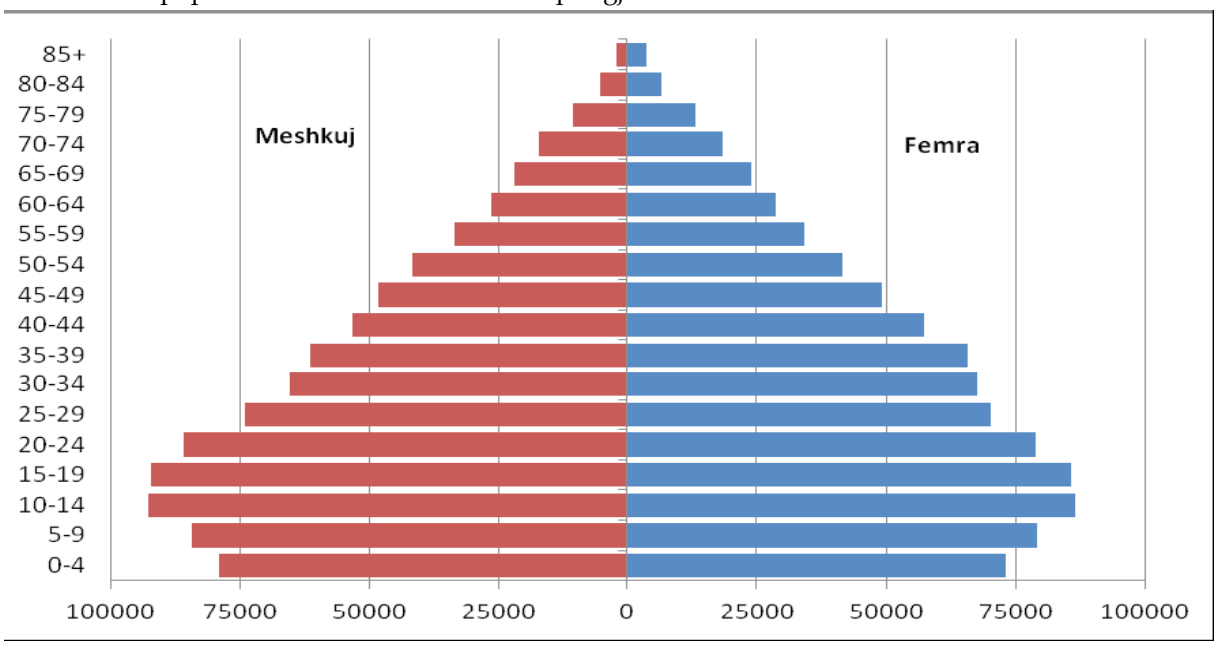
4. SFONDI

Një pasqyrë e saktë e profilit shëndetësor të Kosovës ende nuk është e mundur të prezantohet, për arsye të kufizimeve në shtrirjen dhe saktësinë e të dhënave. Për shkak të problemeve politike, një pjesë e sistemit të informimit shëndetësor (SISh) mbetet e pa-integruar nga komunat e banuara me komunitetetin jo shumicë, që nënkupton se një pjesë e të dhënave mjekësore nuk u raportohen institucioneve të Republikës së Kosovës. Përveç kësaj, mungesa e raportimit të të dhënave është evidente edhe nga institucionet private shëndetësore. Sistemi i informimit shëndetësor ende nuk është funksionalizuar në tërësi dhe për pasojë të gjitha rezultatet nga analizat e të dhënave duhet të trajtohen me kujdes.

4.1. Karakteristikat demografike dhe statistikat vitale të popullatës

Republika e Kosovës ka sipërfaqe prej 10,908 km² dhe 1.804.944 banorë, numrit të përgjithshëm të popullsisë i'u është shtuar numri i vlerësuar prej 40.196 personave nga komuna veriore të cilët nuk ishin përfshirë në regjistrimin e vitit 2011. Dendësia e popullsisë është 162.41 banorë për km² (31 dhjetor 2015). Prej numrit të përgjithshëm të popullatës, 28 % janë nën moshë 15 vjeç dhe gjysma e popullsisë janë të moshës më të re se 28,2 vjeç. Mosha mesatare e popullsisë është 30, 2 vjet. Përqindja e popullsisë që jetonte në zonat rurale për vitin 2011 ishte 61, 7% ndërsa përqindja e popullsisë që jetonte në zonat urbane për vitin 2011 ishte 38,3% (2011).

Graf 1: Piramida e popullsisë e datës 31 Mars 2011 sipas gjinisë dhe moshës



*Burimi: Tëdhënat e Regjistrimit të popullsisë dhe vlerësimet e popullsisë sipas grupmoshës dhe gjinisë (Agjencioni i Statistikave i Kosovës)

Jetëgjatësia mesatare në Kosovë për vitin 2011 është vlerësuar të jetë 76.7 vite, për meshkuj 74.1 vite, kurse për femra 79.4 vite[9].
Megjithatë, vlerat e jetëgjatësisë për vitin 2011, duke u bazuar në tabelën e llogaritjes së jetëgjatësisë së përmendur, kanë dallim nga të dhënat e BankësBotërore. Arsyeja është se Banka Botërore kishte llogaritur se ka një nën-regjistrim të vdekjeve në Kosovë.

4.1.1. Lindshmëria

Agjencia e Statistikave të Kosovës (ASK) ka publikuar Statistikat e Lindjeve në Kosovë për vitin 2015[10]. Këto të dhëna tregojnë se 24, 716 janë lindje, që kanë ndodhur në Kosovë, prej tyre lindje të gjalla janë 24 594, kurse 122 janë lindje të vdekura. Kurse, lindjet që kanë ndodhur jashtë Kosovës janë regjistruar 6 717, prej tyre janë 6 715 lindje të gjalla dhe 2 lindje të vdekura. Koeficienti i vitalitetit është 2.9 (gjithsej raporti ndërmjet lindjeve të gjalla dhe vdekjeve). Koeficienti i maskulinitetit është 110.1. Koeficienti i lindjeve të vdekura - vdekjeve fetale në 1000 lindje ishte 4.9‰. Në institucione mjekësore kanë ndodhur 99.8% lindje, ndërsa pjesa tjetër ka ndodhur në vend tjetër. Numri më i madh i nënave që kanë lindur fëmijë është i grup-moshave 25-29 vjeç me 35.0%, grup-moshat 30-34 vjeç me 24.5%, grup-moshat 20-24 vjeç me 23.4% dhe grup-moshat e tjera përbëjnë 17.0% të numrit të përgjithshëm të lindjeve.

Mosha mesatare e femrave që kanë lindur fëmijë në vitin 2015 është 28.2 vjeç. Fëmijën e parë e kanë lindur 37.3% e nënave, fëmijën e dytë e kanë lindur 32.8% e nënave dhe fëmijën e tretë 19.3% nënave. Sipas peshës së fëmijës së lindur në institucione shëndetësore, numri më i madh i foshnjave është me peshë 3 000 - 3 499 gr. ose 37.6%; 3 500 – 3 999 gr., ose 30.7%; 2 500-2 999 gr. ose 13.3% etj. Foshnjat e lindura gjallë me peshë më të vogël se 1000 gr. përbëjnë vetëm 0.2%.

Kosova cilësohet me shkallë të lartë mesatare të lindshmërisë. Koeficienti mesatar i natalitetit për periudhën 2006-2011 ishte 17.9‰, me një rritje mesatare në vit prej 0.5‰. Kjo vlerë ishte 16,3‰ në vitin 2006 dhe 19.8‰ në vitin 2011. Numri i lindjeve të gjalla në vitin 2015 ishte 24.594 (lindje të ndodhura vetëm në Kosovë).

[9]VjetaristatistikoriRepublikës së Kosovës 2016, Agjencia e StatistikavetëKosovës,Prishtinë 2016
[10]Të dhënat në këtë publikim janë paraqitur sipas bazës së grumbullimit të të dhënave administrative nga zyrat e gjendjeve civile. Janë grumbulluar gjithsej 31 433 fleta statistikore për lindje DEM-1.

4.1.2. Vdekshmëria

Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës tregon se numri i vdekjeve në vitin 2011 në Kosovë, ka qenë 7510[11], që do të thotë 421.9 vdekje për 100.000 banorë. Në krahasim me shtetet evropiane, ky numër është shumë i ultë ku janë 813 vdekje për 100.000 banorë, nga të dhënat e vitit 2010[12].

Edhe pse shkalla e vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet ka vazhduar të bie në Rajonin Evropian, koeficienti i vdekshmërisë në Kosovë për 2006-2011 ka treguar një trend të lehtë të rritjes ndërsa në vitin 2014 nga të dhënat e ASK është raportuar 4.4‰. Shkalla e vdekshmërisë ka qenë më e lartë tek meshkujt (57.6%) krahasuar me femrat (42.4%). Analiza e të dhënave të shkaqeve të vdekjes gjatë viteve 2006-2011, ka treguar që sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut kanë qenë shkaku kryesor i vdekjeve. Sëmundjet malinje paraqesin shkakun e dytë të vdekshmërisë që gjithashtu kanë shënuar trend të rritjes. Shkaktari i tretë i vdekjeve ka ndryshuar në mes vitesh; kështu, në vitet 2006 dhe 2007, gjendjet e caktuara nga periudha perinatale kanë qenë sëmundjet më të shpeshta që kanë rezultuar me vdekje. Ndërsa sëmundjet e sistemit respirator rradhiten si shkaku i katërt i vdekjeve në shumicën e viteve të analizuara.

Shkalla e vdekeshmerisë perinatale për vitin 2015 është 12.13‰ (për të posalindurit me peshë ≥ 500 g apo ≥ 22 javë të gestacioni) duke treguar kështu rënie të ndieshme krahasuar me vitin 2000, ku shkalla e vdekshmërisë perinatale ka qenë 29.1‰, në vitin 2012 ishte 17.34‰, në vitin 2013 ishte 16.26‰, në vitin 2014 ishte 11.99‰,

Prematuriteti vazhdon të jetë shkaku më i shpeshtë i vdekjeve të hershme neonatale me 56%, pasuar nga anomalitë kongjenitale me 15% dhe asfiksioni me 13% kurse infeksionet janë përgjegjëse për 7% të vdekjeve të hershme neonatale.[13]

Sa i përket vdekshmërisë maternale, bazuar në të dhënat e Raportit perinatal 2015, nga Institucionet shëndetësore janë raportuar gjithsejt 65 vdekje prej vitit 2000 deri në vitin 2015.

7 Analiza e gjendjesshëndetësoretëpopullatës, Dhjetor 2013
[12]OECD
[13]Raporti perinatal 2015, MSh

Viti	Nr i lindjeve të raportuara	Nr i vdekjeve maternale të raportuara	Shkalla e vdekshmërisë maternale (për 100,000)
2000	39,091	9	23
2001	39,578	5	12.6
2002	35,391	7	20.0
2003	31,932	7	22
2004	30,925	3	9.7
2005	29,056	2	6.88
2006	28,404	2	7.0
2007	27,856	3	10.8
2008	28,178	8	28.4
2009	27,718	12	43.31
2010	27,517	2	7.2
2011	27,548	2	7.2
2012	28,525	3	10.5
2013	27,069	0	0
2014	26,565	0	0
2015	24,590	0	0

Tabela 1. Vdekshmëria maternale sipas viteve

Shkaktarët e jashtëm të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë kanë treguar trend të rritjes në Kosovë. Shkalla e vdekshmërisë për 100.000 banorë nga ky grup i shkaktarëve është ngritur nga 3.5% në vitin 2006 tek 14.2 % në vitin 2011[14]. Analiza e bazuar në gjini, tregon se shkaktarët e jashtëm (kryesor) të vdekjeve ishin më të shprehur tek meshkujt (aksidentet e komunikacionit, vetëlëndimi i qëllimshëm dhe raste të tjera). Incidenca e vdekjeve për shkak të shkaqeve të jashtme prej 13,4 në 100.000 banorë është gjithashtu e lartë në krahasim me atë të BE-së. Prandaj, është e rëndësishme që sektori i shëndetësisë të jetë në gjendje t'i adresojë këto çështje.

Koeficienti i vdekshmërisë për 2006-2011 ka treguar trend të lehtë të rritjes me një mesatare prej 3.8‰ dhe rritje mesatare vjetore prej 0,1‰. Duke marrë parasysh vdekshmërinë prej 3,8 ‰, shtimi natyror i popullsisë është 0,4 ‰ në vit.

[14]IKSHPK 2013

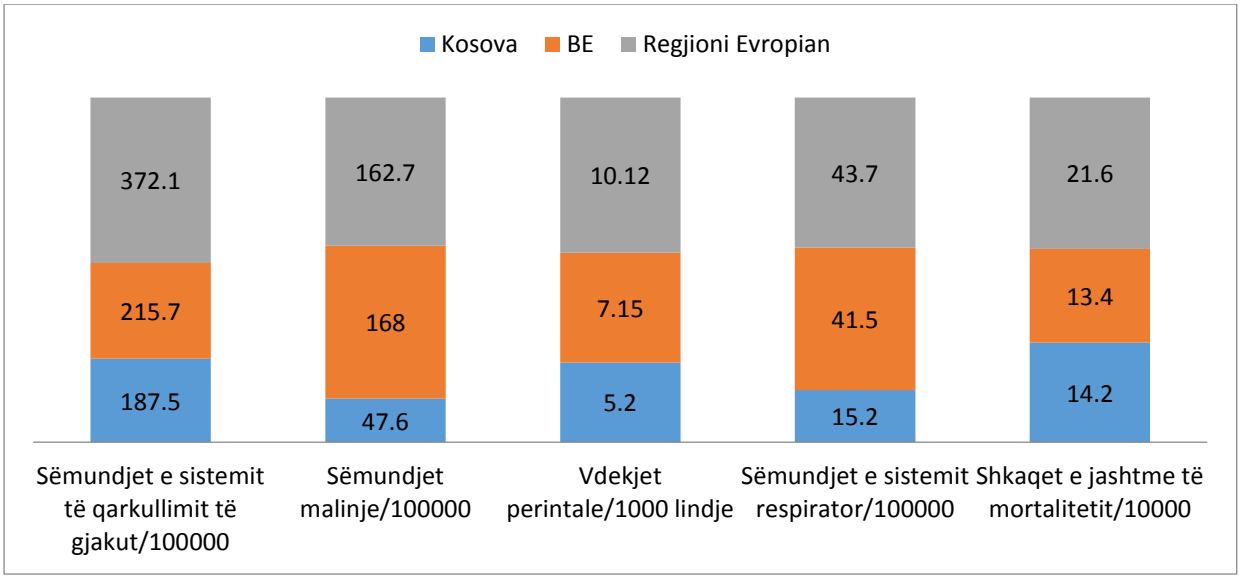
Tabela 2. Vdekjet sipas mujave në vitet 2002 – 2015

Vitet Muajt	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Janar	516	568	620	591	717	636	622
Shkurt	466	561	548	583	618	663	583
Mars	529	723	583	583	710	617	685
Prill	474	569	554	618	634	544	541
Maj	514	540	568	642	697	532	592
Qershor	343	519	491	549	631	559	524
Korrik	415	489	483	537	583	547	536
Gusht	441	489	473	536	567	533	533
Shtator	444	475	454	529	539	505	522
Tetor	493	483	512	649	572	534	553
Nentor	459	462	559	721	604	537	564
Dhjetor	560	539	554	669	607	474	597
Gjithsej	**5.654**	**6.417**	**6.399**	**7.207**	**7.479**	**6.681**	**6.852**

Vitet Muajt	2009	2010	2011[1)]	2012[1)]	2013[1)]	2014[1)]	2015[1)]
Janar	671	682	611	693	662	643	762
Shkurt	594	587	636	701	490	664	704
Mars	642	630	657	657	633	707	729
Prill	546	601	587	585	607	611	711
Maj	549	611	512	574	597	607	723
Qershor	500	572	573	585	578	584	573
Korrik	557	638	530	594	519	613	632
Gusht	609	558	604	545	559	661	621
Shtator	553	594	559	543	553	579	654
Tetor	584	591	623	592	646	669	690
Nentor	638	529	644	590	585	635	664
Dhjetor	587	641	575	658	706	661	739
Gjithsej	**7.030**	**7.234**	**7.111**	**7.317**	**7.135**	**7.634**	**8.202**

1) Vdekjet e ndodhura vetëm brenda Kosovës

Graf 1: Krahasimi i Kosovës me BE-në dhe Rajonin Evropian, sipas pesë shkaqeve të para kryesore të vdekjeve në Kosovë



Burimi: IKSHPK 2013, HFA –DB/ OBSh

Ngjashëm me trendet në vendet e tjera të Ballkanit dhe në botë, Kosova pritet të pësoj ndryshime në strukturën e popullsisë, me tendencë të rritjes së popullsisë urbane dhe popullsisë në diasporë sipas Parashikimit të popullsisë së Kosovës 2011-2061[15].

[15]Parashikimi i popullsisë së Kosovës 2011-2061, ASK

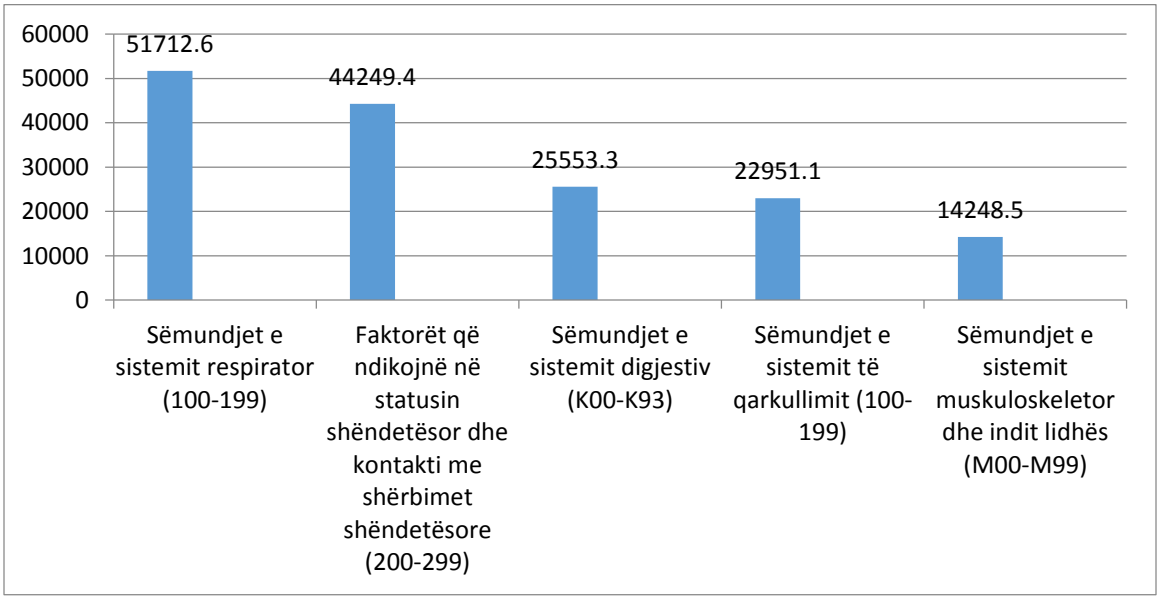
4.1.3. Indikatorët ekonomik

Kosova është një nga vendet më të varfëra në Evropë me Bruto Produkt Vendor (BPV), prej 3,084 €, për kokë banori, apo 257 euro në muaj. Rritja ekonomike në vitin 2014 ka qenë 1.2 % , ndërsa varfëria e përgjithshme për vitin 2014 është 29.2 %, ndërkaq varfëria ekstreme është 8.2 %*(ASK 2014)*.Norma reale e rritjes së BPV-së për vitin 2013 krahasuar me vitin 2012 ishte 3.2%, sipas vlerësimeve të Njësisë së Makroekonomisë në Ministrinë e Financave. Ndërsa, sipas Raportit të Bankës Botërore mbi vlerësimin e varfërisë në Kosovë për vitin 2011, niveli i varfërisë absolute ndonëse ende tejet i lartë, është dukshëm më i ulët në krahasim me 2005-2006. Në vitin 2011, 29,7% e popullsisë jetonte nën pragun e varfërisë prej 1,72 € në ditë për të rriturit dhe 10,2% jetonin nën pragun e varfërisë ekstreme prej 1,2 € në ditë për të rriturit.[16].

4.2. Gjendja shëndetësore e popullatës

Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës tregon se shkalla e sëmundshmërisë në Kosovë është më e ultë me gjithsej 422 raste në 100,000 banorë në vitin 2011 krahasuar me BE-në me 663 raste në 100,000 banorë. Sëmundjet më të shpeshta në Kosovë janë sëmundjet e rrugëve të frymëmarrjes, të sistemit digjestiv, të qarkullimit të gjakut dhe sistemit muskulo-skeletor, siç ilustrohet në Grafikonin 3.

Graf 3: Shkaqet kryesore të sëmundshmërisë 2012



Burimi: Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës, 2013

[16]ConsumptionPoverty in the Republicof Kosova 2011, WB

Një vështrim më i detajuar sipas moshës dhe gjinisë tregon strukturë të ngjashme të sëmundshmerisë. Tek fëmijët nën moshën 1 vjeçare, gati gjysma e të gjitha sëmundjeve lidheshin me sëmundjet e frymëmarrjes.

Për femrat në moshën 15-49 vjeç, shkalla më e lartë e sëmundshmërisë ishte për sëmundjet e sistemit urogjenital me 10,9%. Për grup-moshën më të vjetër se 50 vjeç, sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut ishin më të shpeshta. Kjo gjendje është e krahasueshme me të dhënat e OECD-së, duke treguar se astma është sëmundja kronike e vetme më e shpeshtë në mesin e fëmijëve që gjithashtu atakon edhe të rriturit. Kjo është një sfidë për shëndetin publik, shpesh e lidhur me faktorët mjedisor; ku parandalimi është pjesërisht i mundur dhe trajtimi mund të jetë efektiv[17].

Trendi i sëmundjeve kronike masovike jo-ngjitëse në Kosovë për periudhën 2006–2011 duhet të merret me rezervë për shkak të raportimit jo të rregullt dhe sistemit të fragmentuar të informimit shëndetësor.

*Në krahasim me Bashkimin Evropian dhe Rajonin, Kosova ka prevalencë të ulët të sëmundjeve kronike masovike jo-ngjitëse.

Të dhënat e përgjithshme për sëmundshmërinë në Kosovë tregojnë pesë shkaqe kryesore në vitin 2012
▪ **Sëmundjet e sistemit të frymëmarrjes** (21,5% e totalit të sëmundjeve dhe 51,712.6 shkalla e sëmundshmërisë për 100,000) ▪ **Faktorët e jashtëm që ndikojnë në gjendjen shëndetësore** (aksidentet në komunikacion, fatkeqësitë, etj.) (18,4% e totalit të sëmundjeve dhe 44,249.4 shkalla e sëmundshmërisë për 100,000) ▪ **Sëmundjet e sistemit të tretjes** (10,6% e totalit të sëmundjeve dhe 25,553.3 shkalla e sëmundshmërisë për 100,000) ▪ **Sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut** (9,6% e totalit të sëmundjeve dhe 22,951.1 shkalla e sëmundshmërisë në 100,000) ▪ **Sëmundjet e sistemit muskulo-skeletal dhe sistemit lidhor** (5,9% e totalit të sëmundjeve dhe 14,248.5 shkalla e sëmundshmërisë në 100,000)

4.2.1. Shëndeti i nënësdhe fëmijës

Prej vitit 2000-2014 shkalla e vdekjeve maternale ka qenë 14.3 për 100,000 lindje, përderisa në vitet 2013 dhe 2014, nuk ka pasur raportim të vdekjeve maternale[18]. Nga të dhënat e ASK për vitin 2014 koeficienti i natalitetit është raportuar 14.0‰.

[18]Raportiti i gjendjes perinatale, MSh-2015

4.2.2. Shendeti mendor

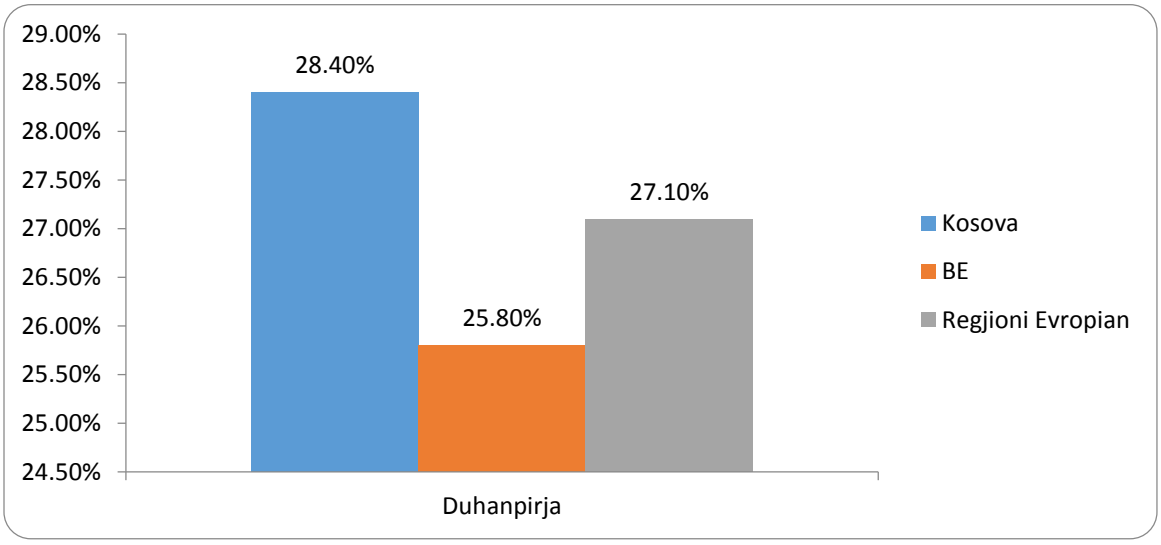
Shërbimet profesionale të shëndetit mendor synojnë uljen e prevalencës së çrregullimeve dhe sëmundjeve psikiatrike përmes promovimit dhe parandalimit, zvogëlimit të rrezikut, trajtimit gjithpërfshirës, rehabilitimin dhe risocializimin përmes rrjetit të institucioneve të shëndetit mendor në regjoone duke integruar strukturat spitalore dhe jashtë spitalore të shëndetit mendor[19].

4.2.3. Faktorët e rrezikut

Sipas analizës së gjendjes shëndetësore të popullatës[20], sa u përket faktorëve të rrezikut, problemet kryesore në Kosovë janë pirja e duhanit, përdorimi i drogave, mjedisi dhe aksidentet e komunikacionit.

Duhani – Rezultatet e anketës STEPs[21]treguan se 28.4% e të anketuarve pinë duhan (37.4% meshkuj dhe 19.7% femra), 25.6% e tyre pinë duhan në baza ditore (meshkuj 35.2% kundrejt 16.3% femra), ngjashëm me prevalencën e pirjes së duhanit në Rajonin evropian.

Graf 5: Duhanpirja në Kosovë, krahasuar me shtetet e BE-së dhe Regjionit të Evropës



Drogat – Përdorimi i drogave është i njëjtë në Kosovë si në vendet e tjera. Përafërsisht 10% e djemve dhe 4% e vajzave kanë provuar drogë, të paktën një herë në jetën e tyre. Sipas studimit të ESPAD[22], përdorimi i paligjshëm i drogës në mesin e nxënësve në Kosovë është 7%, e cila është më e ulët se mesatarja ESPAD prej 20%.

[19] Strategjia e shëndetit mendor 2014-2020
[20] Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës IKSHPK 2013
[21] STEPs - Hulumtim gjithëpërfshirës për faktorët e rrezikut te sëmundjet jongjitëse
[22] ESPAD

Mjedisi – Lidhur me mjedisin, studimi i Bankës Botërore[23] tregon se kostoja e ndikimit të faktorëve të mjedisit në shëndet përfshirë ujin dhe kanalizimin është 222,9 milion € në vit gjë që ndikon tejet negativisht në ekonomi (5,3% e BPV në vitin 2010), siç tregohet në tabelën më poshtë. Me qëllim të adresimit të këtij problemi Ministria është në proces të përgatitjes së vlerësimit të ndikimit të mjedisit në shëndet me mbështetje të donatorëve.

Tabela 3. Vlerësimi i ndotjes/kontaminimit

Ndotja ose kontaminimi / përllogaritja	Kostoja vjetore			% e BPV 2010		
	e ultë	mesatare	e lartë	e ultë	mesatare	e lartë
Ajri në natyrë	37.5	97.6	162.8	0.9	2.33	3.88
Plumbi	41.7	67.9	94	1	1.62	2.24
Plehrat solide	19	25.1	31.3	0.45	0.6	0.75
Pyjet	16.7	18.1	19.5	0.4	0.43	0.46
Uji, sanitacioni dhe higjiena	8	11.3	14.6	0.19	0.27	0.35
Uji nga metalet e rënda	0.4	2.8	5.2	0.01	0.07	0.12
Total	123.3	222.9	327.5	2.9	5.3	7.8

Ndotja e ajrit në natyrë është faktori me ndikimin më të madh shëndetësor që në Kosovë llogaritet të kushtoj 97,6 milion € në vit, duke shkaktuar 852 vdekje të parakohshme, 318 raste të reja të bronkitit kronik, 605 pranime spitalore dhe 111,900 vizita emergjente.Ndotja nga plumbi është faktori i dytë, i vlerësuar të kushtoj 67,9 milion €, kryesisht për shkak të lëshimeve të gazrave nga minierat e pa-riparueshme të plumbit dhe zinkut si dhe objekteve të përpunimit. Në përgjithësi, mjedisi i ndotur ka ndikim tejet negativ mbi gjendjen shëndetësore të popullatës së Kosovës, me kosto që është më e lartë se sa të gjitha investimet që bëhen për shëndetin në Kosovë çdo vit[24].

Nga Buletini vjetor i IKSHPK-së i sëmundjeve ngjitëse janë raportuar 127,449 (7374,5/100.000 banorë) raste me sëmundje ngjitëse në vitin 2015 në Kosovë, të cilat janë kërcënim permanent për popullatën. Sëmundjet që përhapen me ujë dhe ushqim vazhdojnë të prijnë me numrin më të lartë të rasteve dhe kërkojnë hulumtim të mëtutjeshëm të faktorëve të riskut. Për ta bërë më efikase përgatitjen dhe përgjigjen epidemiologjike ndaj Brucellozës kërkohet sistem i integruar ndërsektorial dhe ngritje e kapaciteteve njerëzore për zbulim të hershëm dhe trajtim adekuat mjekësor. Faktor specifik mjedisor të rrezikut në komunat endemike Malishevë, Rahovec, Suharekë, Gjakovë dhe Klinë, ndikojnë në paraqitjen e ethevehemorragjike Krime Kongo (EHKK). Sëmundja e EHKK në Kosovë sillet në vatrat natyrore të saj, ku edhe shkalla e incidencës është më e lartë 13.3% në Malishevë, respektivisht 3.8% në Klinë dhe 3.2% në Rahovec. Brenda 19 viteve janë regjistruar 232 raste pozitive të EHKK më incidencë mesatare 0.63 të sëmurë në 100.000 banorë. Shkalla mesatare e vdekshmërisë është 26.7% pa dallim të dukshëm me të

[23]KosovoCountryEnvironmentalanalysis – CostassessmentofEnvironmentalDegration, The WorldBank, January 2013, page 10
[24]KosovoCountryEnvironmentalanalysis – CostassessmentofEnvironmentalDegration, The WorldBank, January 2013

gjeturat e autorëve tjerëve tjerë ku EHKK ka paraqitje endemike. Shkallë e lartë e vdekshmërisë regjistrohet gjatë viteve epidemike[25]. Andaj, nevojitet fuqizimi i sistemit të mbikqyrjes së sëmundjeve ngjitëse dhe përfshierja në sistemin e integruar të informimit shëndetësor.

Akooli – Abuzimi me alkool është një nga problemet kryesore të rajonit evropian, por jo në Kosovë**.** 75.5% e meshkujve dhe 93,1% e femrave të intervistuar në anketë deklaruan se kurrë nuk kishin konsumuar alkool në jetën e tyre (mesatarja prej 84.4%) STEPs[26]. Përqindja e të anketuarve, të cilët kishin konsumuar alkool në 30 ditët e fundit, ka qenë 8.4%.

Tuberkulozi (TB) - Shkalla e TB në Kosovë është ende ndër më të lartat në Evropën Juglindore me 42.7 raste të regjistruara në 100 000 banorë, në vitin 2015. Sipas analizës së bërë me 2013, nga të dhënat e OBSH-së, shkalla e regjistrimit të rasteve të TB në Kosovë është e dyta më e larta në mesin e të gjitha vendeve të Evropës Juglindore më me 43.7 raste të TB për 100,000 banorë, ku shkalla e regjistrimit të rasteve të TB shkon nga 7.5 raste të regjistruara të tuberkulozit për 100,000 banorë në Slloveni deri 94 raste të regjistruara të tuberkulozit për 100,000 banorë në Rumani. Në krahasim me vendet fqinje si Shqipëria, Maqedonia, Mali i Zi dhe Serbia, ku shkalla e regjistrimit të rasteve të TB luhatet në mes 16-23 raste në 100,000 banorë, shkalla e regjistrimit të rasteve të TB në Kosovë është pothuajse 2.5. Kontrolli i TB ka qenë relativisht i suksesshëm: numri i përgjithshëm i rasteve të regjistruara ka shënuar rënie progresive per rreth 53% , nga 1674 raste në vitin 2001 (85.9 në 100. 000 banorë) në 770 raste në vitin 2015 (42.7 në 100. 000 banorë), me një rënie mesatare vjetore prej 3.5%. Ka ekzistuar një trend i rënies së rasteve të regjistruara deri në vitin 2006, pastaj numri i rasteve të regjistruara ka ngelur pak a shumë stabil. Në 10 vitet e fundit, suksesi i trajtimit tek rastet e reja pozitive në mikroskopi direkte ka qenë vazhdimisht i lartë, rreth 90%. Vdekshmëria është e ulët prej 1.6 dhe po ashtu ka pasur rënie. TB rezistente në shumë barna (TB-MRB) është një problem relativisht i vogël sa i përket numrit të përgjithshëm të rasteve; me vetëm shtatë raste, gjithsej dhe vetëm 3 që aktualisht janë në trajtim 2015*. Sukses gjithashtu është edhe numri shumë i ultë i rasteve të bashkë ekzistencës TB-HIV ku prej tre vitesh nuk ka asnjë rast të kesaj bashkëekzistence që është tipike për të dy patologjitë në vendet e tjera. Gjatë viteve të fundit tregues i suksesit të menaxhimit të pacienteve është edhe rritja e numrit/përqindja/incidenca e pacientëve që i perkasin grupmoshës >64 vjeçare me 26% të rasteve krahasuar me 2.7% të fëmijeve të grupmoshës 0-14 vjeçare. Problem vazhdon të mbetet mosraportimi i rasteve me TB nga komunat me minoritete kryesisht të etnisë serbe. Prej vitit 2016-2018, Ministria e Shëndetësisë është zotuar të realizoj blerjen e barnave antituberkulare të linjes së parë për të gjithë pacientët në Republikën e Kosovës.

[25]Strategjia për Parandalimin dhe Luftimin e Etheve Hemoragjike Krime Kongo 2014 – 2016
[25]OECD 2012 – OrganisationforEconomicCo-operationandDevelopment

HIV/ AIDS – Sipas të dhënave të IKSHPK–së prej vitit 1986-2015 janë regjistruar gjithsej 100 raste me HIV dhe AIDS me 41 të vdekur. Nga këto raste 54 janë me AIDS dhe 46 raste me HIV.Gjatë vitit 2015 janë raportuar dy raste, një rast me AIDS dhe një rast me HIV.

Nëse krahasojmë këto të dhëna me incidencën e HIV-it në Rajonin Evropian, mund të shohim se shkalla e infeksionit në Kosovë është më e vogël se prevalenca mesatare e rajonit, ku prevalenca e HIV-it është 6.2%. Aktualisht, prevalenca e HIV është e ulët në Republikën e Kosovës, me shkallë infeksioni prej më pak se 1% në popullatën e përgjithshme dhe më pak se 5% në të gjitha grupet në rrezik prej infektimit me HIV, prandaj Ministria do të vazhdoj të përkrah dhe fuqizoj aktivitetet për të mbajtur shkallën e ultë të prevalencës së HIV infeksionit. Analizuar në mesin e komuniteteve RAE, është gjetur se kanë njohuri bazike mbi HIV infeksionin dhe AIDS-in vetëm si terminologji e sëmundjes me dallim sipas nivelit të shkollimit por kur bisedohet më thellë është gjetur se mungojnë njohuri për faktorët e rrezikut, rrugët e përhapjes, testimin e poashtu është gjetur edhe stigma për HIV infeksionin dhe të sëmurët me AIDS. Sa i përket infeksioneve seksualisht të transmetueshme (IST) dhe numrit të vogël të rasteve të raportuara, sfidë mbetet paraqitja e rasteve nga të gjitha institucionet shëndetësore si publike ashtu edhe private.

4.2.4. Faktorët mbrojtës

Njohuritë e nënave për fillimin e gjidhënies janë të mira, mbi 90% e nënave të përfshira në hulumtim kanë dhënë përgjigje të saktë, pa dallim sinjifikant sipas moshës dhe përgatitjes shkollore, mirëpo vetëm 65% e nënave aplikojnë drejt praktikat rreth gjidhënies[27].

Frutat – Në sondazhin për hulumtimin gjithëpërfshirës të faktorëve të rrezikut për sëmundjet jongjitëseSTEPs, 55.5% e të anketuarve kanë deklaruar se konsumojnë fruta në baza ditore dhe numri mesatar i porcioneve të frutave në ditë është 1.6. Ka një prevalencë paksa më të ulët të konsumit të frutave krahasuar me BE-në, ku në mesin e të rriturve kemi mesatarisht 63,1% që konsumojnë në baza ditore[28].

Aktiviteti fizik – Statistikat tregojnë se ka përqindje më të lartë të njerëzve në Kosovë, të cilët janë aktiv fizikisht rregullisht, krahasuar me BE, që është në favor duke konsideruar strukturën e re të popullatës. Megjithatë, nevojiten edhe të dhëna shtesë që të kemi një tablo të plotë për Kosovën.

[27]Njohuritë, Qëndrimet, Praktikat e Punëtorëve Shëndetësorë të Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe nënave për ushqyerjen e foshnjeve dhe fëmijëve të vegjël.\

4.3 Sistemi shëndetësor

Bazuar në Ligjin për Shëndetësi 04/L-125, Ministria rregullon, mbikqyr dhe kontrollon zbatimin e kujdesit shëndetësor në institucionet publike dhe private në të tri nivelet e kujdesit shëndetësor. Janë vënë themelet e reformës legjislative dhe organizative në sistemin shëndetësor.

4.3. Rrjeti i institucioneve shëndetësore

Shërbimet shëndetësore në Kosovë ofrohen nëpërmjet rrjetit të institucioneve shëndetësore të organizuara në tri nivele: parësor (KPSh), dytësor (KDSh) dhe tretësor (KTSh). Shërbimet e kujdesit shëndetësor organizohen dhe ofrohen nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore si shërbime spitalore, jashtë-spitalore, shtëpiake dhe emergjente. Shërbimet ofrohen në Institucione shëndetësore publike dhe private.

Qeveria e Republikës së Kosovës në kuadër të listës prioritare të projekteve ka inkorporuar edhe projektin për fuqizimin e infrastrukturës në kujdes parësor.Veprimtaria e Kujdesit parësor shëndetësor përfshin promovimin shëndetësor, parandalimin, zbulimin e hershëm, diagnostikimin, mjekimin dhe rehabilitimin që kanë të bëjnë me sëmundjet, çrregullimet dhe lëndimet, përfshirëkujdesin dentar dhe ndërhyrjet e vogla kirurgjike mbështetur në konceptin e mjekësisë familjare. Rrjeti publik i KPSh përbëhet nga gjithsejt 429 institucione, nga të cilat secila komunë e Kosovës ka Qendrën Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF) si njësi kryesore, me njësi të saj përbërëse: Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancat e Mjekësisë Familjare (AMF)[29].Sa i përket zhvillimit të vazhdueshëm të burimeve njerëzore në mjekësi familjare, të arriturat janë evidente. Nëkëtë aspekt ka ngritjenë zhvillimin e resurseve profesionale njerëzore dhe cilësisë së shkollimit specialistik pasdiplomik i cili është program i akreditуar ndërkombëtarisht. Mbikqyrja dhe sigurimi i cilësisë së zbatimit të programit bëhet nga Kolegji mbretëror i mjekëve të përgjithshëm nga Britania e Madhe (RCGP – Royal College of General Practitioners) në bashkëpunim të ngushtë me Qendrën për zhvillimin e mjekësisë familjare në Kosovë (QZHMFK), si institucion përgjegjës për hartimin e politikave shëndetësore dhe monitorimin e zbatimit të tyre në kujdesin parësor shëndetësor.

Kujdesi parësor shëndetësor është prioritet në proceset reformuese të sistemit shëndetësor. Duhet bërë planifikime që shërbimet emergjente të jenë të lidhura me qendrat regjionale përkatëse, të ngritet niveli i qasjes në shërbime shëndetësore, sidomos në vende rurale, përmes granteve stimulative për profesionistët që ofrojnë shërbime në ato institucione. Duhet të zbatohen praktika të reja me qëllim të promovimit për parandalimin e sëmundjeve të ndryshme si dhe ofrimit të kujdesit të integruar gjithëpërfshirës. Udhërrëfyesit dhe protokolet e trajtimit, sidomos të sëmundjeve kronike, si dhe monitorimi i indikatorëve të cilësisë do të optimizonte shfrytëzimin e shërbimeve dhe procedurave tjera në nivelin parësor si dhe do të përmirësonte performancën e profesionistëve shëndetësorë. Qëllimi i

[29]Qendra për Zhvillimin e Mjekësisë Familjare të Kosovës / MSh 2013

gjithë këtyre aktiviteteve është përmirësimi i cilësisë, sigurisë si dhe kosto efektivitetit në kuadër të trajtimit të pacientëve duke fuqizuar edhe transferimin e kompetencave tek profesionistët në kujdesin parësor shëndetësor, që do rregullonte edhe sistemin e referimit me pacientin në qendër të vëmendjes.

Institucionet e KDSh dhe KTSh janë të organizuara në kuadër të Shërbimit Spitalor dhe Klinik Universitar të Kosovës (ShSKUK) si mënyrë unike e shërbimeve të integruara shëndetësore në nivelin e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor.

Kujdesi dytësor dhe tretësor shëndetësor ofrohet përmes institucioneve të përcaktuara sipas Ligjit për shëndetësi, në kuadër të të cilave përfshihen shërbimet spitalore, jashtë-spitalore, diagnostike, terapeutike, rehabilituese, transportin emergjent, kujdesin dentar, si dhe shërbimet e regjionalizuara të shëndetësisë publike.

Kujdesi tretësor shëndetësor përfshin kujdesin e avancuar shëndetësor, spitalor, jashtë-spitalor dhe të shëndetësisë publike si dhe shërbimet konziliare të nivelit tretësor të kujdesit shëndetësor. Për regjionin e Prishtinës, institucionet shëndetësore të nivelit tretësor shërbejnë gjithashtu edhe si institucione të nivelit dytësor shëndetësor.

Institucinet shëndetësore përveç ofrimit të shërbimeve shëndetësore, ofrojnë edhe edukimin bazik, pasdiplomik si dhe pjesëmarrjen në kërkime shkencore relevante në bashkëpunim me Fakultetin e Mjekësisë. Sa i përket burimeve njerëzore në institucionet shëndetësore, disa lëmi specialistike janë të mbingarkuara me staf dhe të tjerat kanë mungesë stafi. Kjo, së bashku me nevojën për futjen e metodave më bashkëkohore të trajtimit kërkon veprim të menjëhershëm për planifikim afatgjatë dhe riorganizim të burimeve njerëzore në shëndetësi qysh në nivelin e arsimit të mesëm dhe gjithsesi atë universitar në pajtim me nevojat reale në të gjitha nivelet e sektorit shëndetësor.

Sektori privat. Përveç institucioneve publike shëndetësore, kujdesi shëndetësor në Kosovë ofrohet edhe nga 1,069 institucione të licencuara shëndetësore private, nga të cilat 28 janë institucione spitalore ndërsa të tjerat ofrojnë shërbime jashtë spitalore[30].

Veprimtaria private në sektorin e shëndetësisë ushtrohet në bazë të parimit të barazisë së plotë me sektorin publik të shëndetësisë[31].

Sipas studimit të Bankës Botërore të vitit 2008[32], është vlerësuar se rrjeti i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor është i përshtatshëm për madhësinë e popullatës dhe distancën e shkurtër të transportit në Kosovë. Megjithatë, bazuar në Analizën e performancës së Institucioneve shëndetësore[33] lidhur me

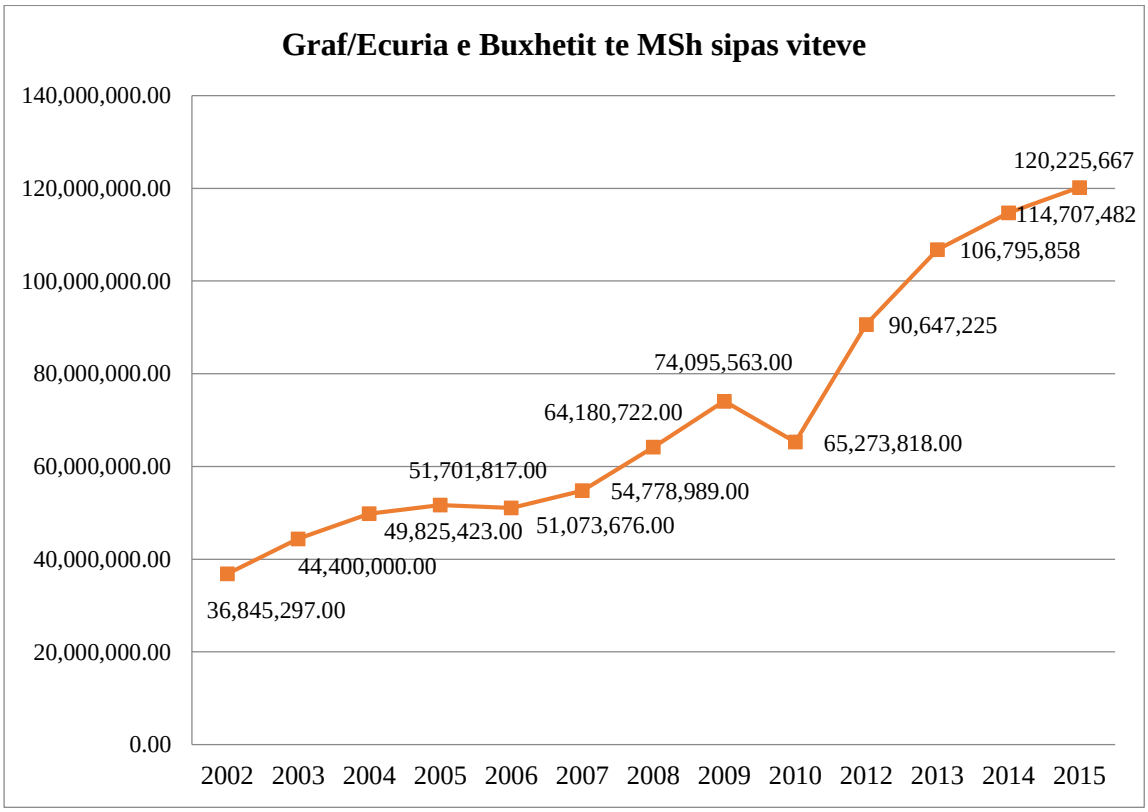
[30]Vjetari i statistikor i RepublikëssëKosovës, ASK, 2016
[31]Ligji i Shëndetësisë, Nr.04/L-125
[32]Master plan, BB, 2008
[33]Analiza e performances së sektorit shëndetësor 2012

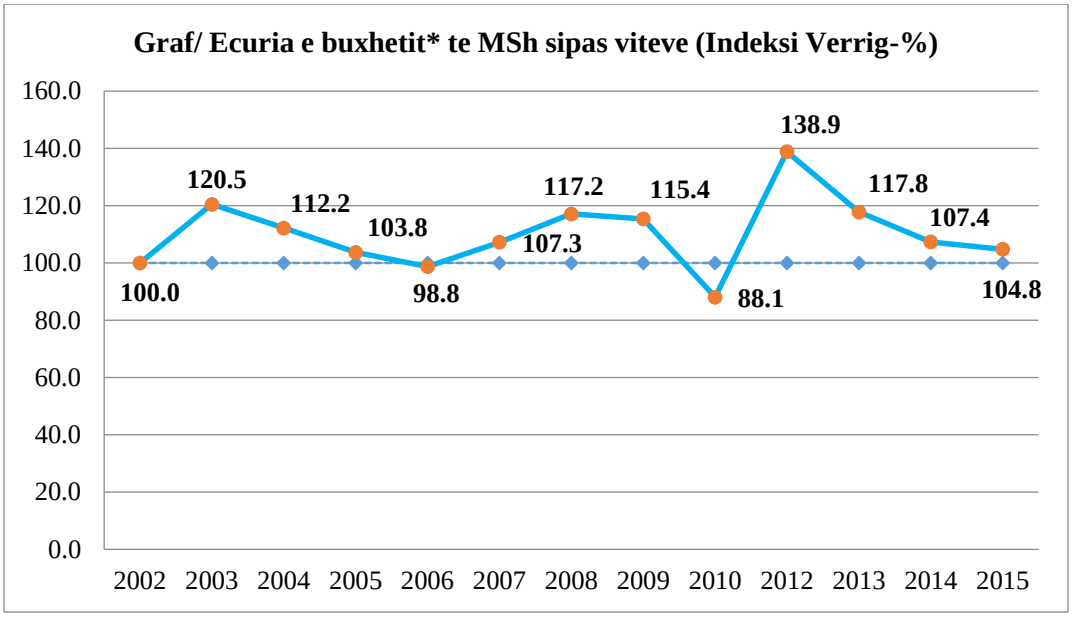
reformën e filluar të sektorit shëndetësor nevojitet rivlerësimi dhe riorganizimi i rrjetit të institucioneve shëndetësore me qëllim të shfrytëzimit sa më racional të tyre.

4.4.1. Burimet financiare

Sektori i shëndetësisë në Kosovë financohet kryesisht nga tatimi mbi të ardhurat, taksat dhe bashkë-pagesat, përderisa pagesa private nga xhepi është shumë e lartë dhe përfshinë rreth 40% të shpenzimeve për shërbime shëndetësore.
Buxheti i ndarë nga qeveria për shëndetësinë për vitin 2015 ishte në total 163,760,703 milion €, ku pjesëmarrja e buxhetit për shëndetësi nga totali i buxhetit të Kosovës është 9.73., dhe 2,79% e BPV, që siguronte 90.72 € për qytetar në vit![31]. KPSh financohet përmes transfereve nga buxheti qendror në komuna në formë të grantit specifik shëndetësor, në vlerë prej 42,085,036 që përfshin 28 % të buxhetit total të ndarë për shëndetësi.

KDSh dhe KTSh financohet nga Ministria dhe përfshinë mbi 72% të buxhetit të ndarë për shëndetësi.





*Buxheti për MSh dhe kujdesin dytësor dhe tretësor shëndetësor (nuk është i përfshirë buxheti komunal për shëndetësi)

Veprimtaria shëndetësore e institucioneve publike financohet përmes këtyre burimeve: buxheti i Kosovës, fondet jashtë-buxhetore të donatorëve (mbështetjae drejtpërdrejtë e projekteve), kontributi i pacientëve në formë të bashkëpagesavesi dhe pagesave për barna dhe shërbime të tjera të kujdesit shëndetësor. Kjo do të thotë që institucionet publike shëndetësore pothuajse tërësisht financohen bazuar në buxhetin historik.

Në sektorin publik 42% e buxhetit përdoret për paga, 43% për mallra dhe shërbime, 2,81% për subvencione dhe transfere, dhe 11.42% për investime kapitale.

Duhet të theksohet se aktualisht mirëmbajtja e institucioneve dhe pajisjeve mjekësore (amortizimi) janë të përfshira në buxhet si shpenzime kapitale, dhe jo si kategori e veçantë buxhetore.

Sektori i shëndetësisë në mënyrë të vazhdueshme ka marrë më shumë burime gjatë viteve 2008-2012 (me një rritje vjetore prej 10% - shih tabelën 3) dhe buxheti u ngrit me jo më pak se 21% 2012-2013, kryesisht për shkak të miratimit të Ligjit të Shëndetësisë në vitin 2012.

Tabela 4: Ndryshimi në alokimin e qeverisë qendrore për shëndetin 2008-2013 (përjashtuar KPSH) në Euro

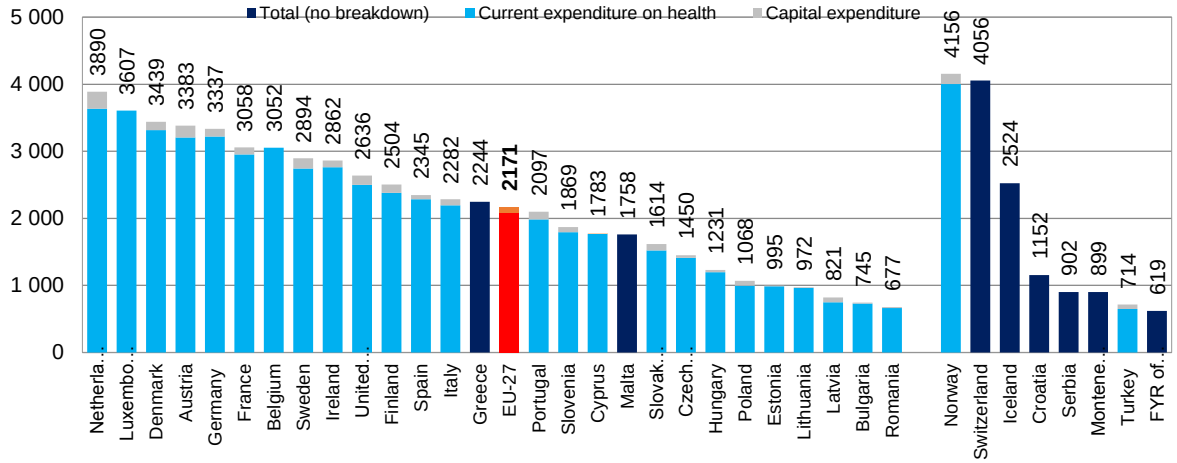
	2008	2009	2010	2011	F 2012	F 2013
BPV	3.940	4.008	4.291	4.776	5.015	5.205
BPV për kokë banori	2.291	2.293	2.418	2.650	2.783	2.889
Buxheti total qendror për shëndetësi		66	72	79	89	107
% e BPV për shëndetësi		1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	2,1%
Shpenzimet qeveritare	1.256	1.192	1.458	1.612	1.524	1.591
% e shpenzimeve qeveritare për shëndetësi		5,6%	4,9%	4,9%	5,8%	6,7%
% e rritjes në buxhetin qendror për shëndetësi			8,4%	10,0%	12,0%	20,6%
% e BPV për shëndetësi përfshirë KPSH		2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,8%
% e BPV për shëndetësi përfshirë shpenzimet private		3,9%	4,0%	3,9%	4,2%	4,5%

Burimi: Ministria e Financave

Sipas rezultateve të anketës me qytetarë, 86% e pacientëve janë duke paguar për barna, 59,5% për bashkëpagesa, 33,4% kanë paguar për materiale mjekësore, 31,9% për konsultime (duke përfshirë edhe sektorin privat), 17.3% për çështje të tjera dhe 10% kanë paguar për ushqim. Gjithsej, 88.4% e të gjithë pacientëve të cilët kërkojnë kujdes në institucione shëndetësore kanë paguar nga xhepi. Me 29,7% të popullsisë që jeton nën pragun e varfërisë prej 1,72 € në ditë, mund të supozohet se pothuajse një e treta e popullatës nuk kanë qasje të lehtë në kujdesin shëndetësor, ose kanë vetëm qasje të kufizuar për shkak të mungesës së parave, ndërkaq, 18% e popullatës[34] nuk kërkon shërbime edhe në rast të sëmundjes, për shkaqe ekonomike. Duke marrë parasysh, shpenzimet totale publike, private dhe shpenzimet private nga xhepi në shëndetësi, në vitin 2013 vlera do të arrij në 135 € për person ose 4,5% të BPV-së, që është më e ulët krahasuar me BE dhe me të gjitha vendet e rajonit; BE në vitin 2010 ka shpenzuar 2,171 € për kokë banori (Graf 6).

Graf 6: Shpenzimet shëndetësore për kokë banori, 2010

[34]Sondazhi i Opinionit, MSh, 2013



Burimi: OECD - Të dhënat e Shëndetit 2011

Problemi i burimeve të pamjaftueshme financiare për shëndetësi në Kosovë, nuk është vetëm për faktin që Qeveria ndan pak para për shërbime të drejtpërdrejta të pacientit, por që një pjesë relative e këtyre mjeteve përdoret për të paguar kosto fikse (ndërtesa, energji, mirëmbajtje dhe staf) duke lënë pjesën më të vogël për kosto të drejtpërdrejta për pacientin që ndërlidhen me diagnostikim, trajtim, parandalim dhe promovim. Shpërndarja funksionale e buxhetit tregon se vetëm 32% e buxhetit të ndarë për mallra dhe shërbime mund të shpenzohen direkt për pacientin (Rtg, RM, CT, teste laboratorike, barna). Pjesa tjetër e buxhetit, 68 %, përbën kosto fikse që do të mbetet e njëjtë pavarësisht numrit të pacientëve të trajtuar. Kjo do të thotë se nga buxheti i përgjithshëm publik, vetëm 28% mund të jetë buxhet i drejtpërdrejtë i lidhur me pacientin, me vetëm 23 € në vit, që janë në dispozicion për diagnostikim dhe trajtim për kokë banori.

4.4.2. Burimet njerëzore

Numri total i stafit në KPSh është 5,453 prej të cilit staf mjekësor janë 4,579 ndërkaq staf jo-mjekësor 842 të punësuar në sektorin publik të shëndetësisë; prej stafit mjekësor, mjekë janë 1,326 prej të cilëve 476 janë specialistë të mjekësisë familjare ndërkaq infermierë 3,050 prej të cilave 2,118 janë infermiere të trajnuara familjare. Numri i mjekëve në vitin 2013 në institucionet shëndetësore të nivelit dytësor dhe tretësor ka qenë 1,441, ndërsa numri i infermiereve është 3,966[35]. Pra, në vitin 2013 Kosova ka pasë 2,767 mjek dhe 7,016 infermiere të punësuar në sektorin publik.Në Institucionet shëndetësore private janë të punësuar gjithsejt 3,472 punonjës, nga të cilët 1,806 janë mjekë dhe 1,666 infermierë[36].

Tabela 5: Stafi mjekësor dhe infermierik në nivelin dytësor dhe tretësor shëndetësor[37]

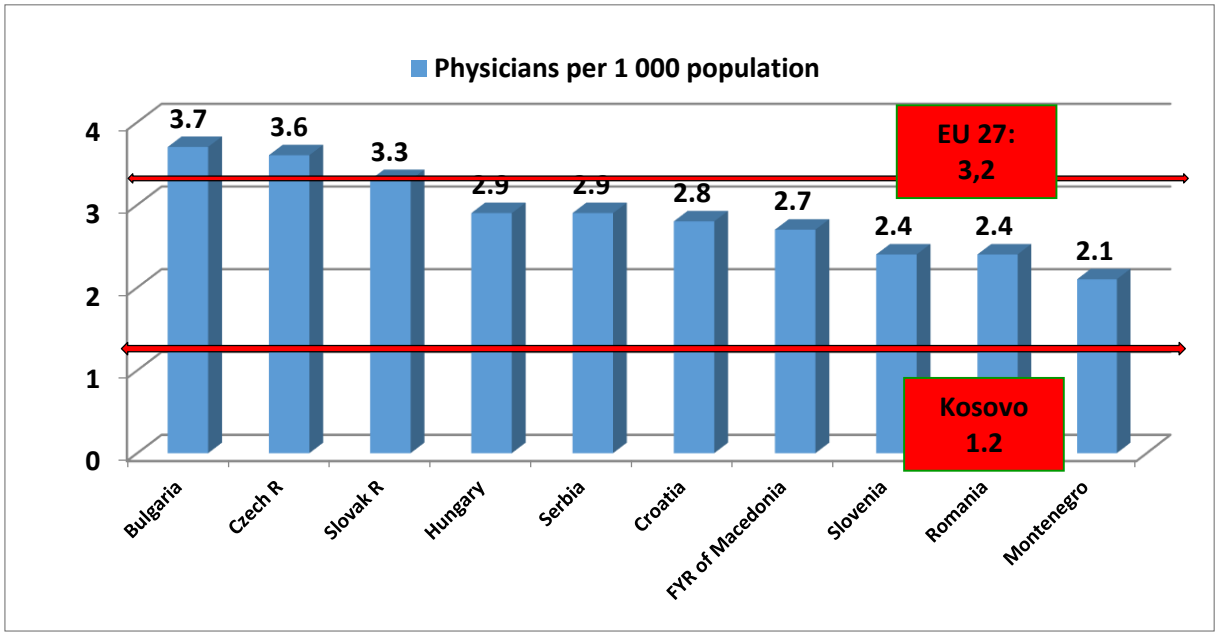
[35]MSh 2013
[36]Të dhënat nga IKSHPK 2013
[37]RaportngaDepartamentipërshërbimetëpërbashkëtadhebuxhet / MSh, 2013

Nr	Institucioni	Nr. Mjekëve	Nr. Infermierëve
1.	QKUK	702	1769
2.	QKSUK	42	51
3.	QTGJ	14	38
4.	QMS	3+ 2 bachelor	3
5.	IKSHP	74	128
6.	Telemjekësia	3	/
7.	QSHM	3	24
8.	IMP- Gjakovë	17	35
9.	SP- Prizren	116+17 bachelor	451
10.	SP-Gjilan	120	345
11.	SP- Mitrovicë	61	257
12	SP- Gjakovë	83	344
13.	SP-Pejë	117	303
14.	SP-Ferizaj	44	141
15.	SP-Vushtrri	23	77
	TOTAL:	1441	3966

Krahasuar me BE apo Rajonin evropian, Kosova ka numër të vogël të mjekëve dhe infermiereve[38].

[38]OECD Health Data 2011

Tabela 6. Numri i mjekëve për 1 000 banorë

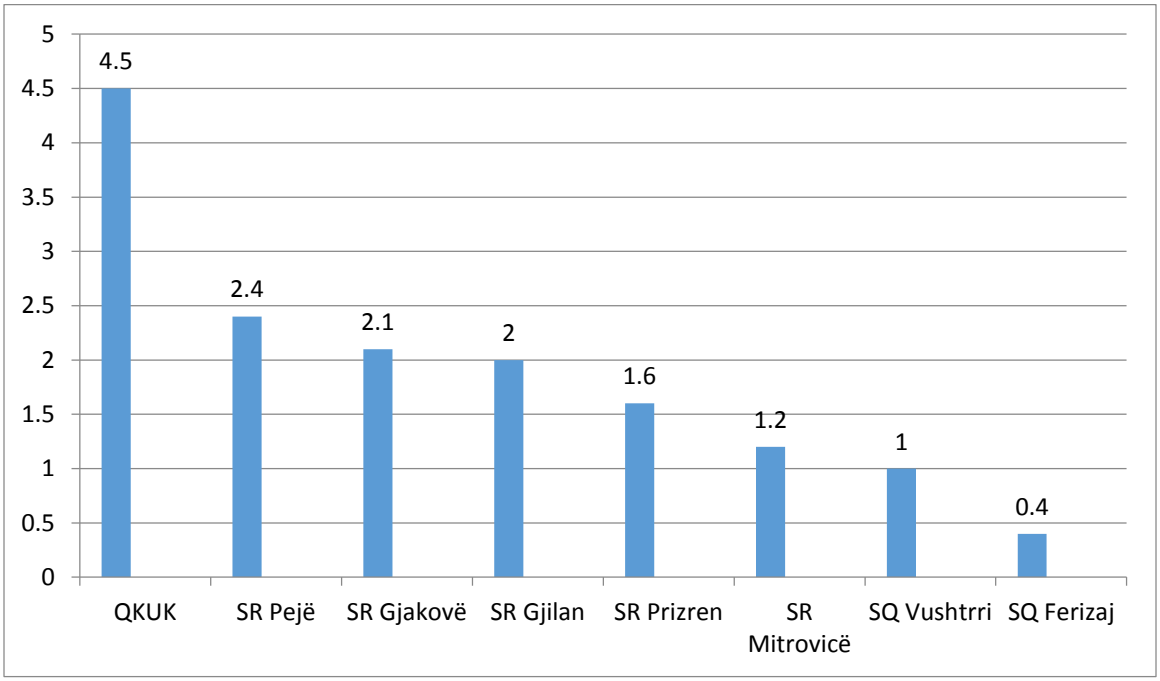


Burimi: OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012.

4.4.3. Shtretërit spitalor

Numri i shtretërve spitalor tregon burimet në dispozicion për ofrimin e shërbimeve për trajtimin e pacientëve në spitale. Në muajin janar 2012 ishin 3,823 shtretër, 1,907 në spitalet e përgjithshme dhe 1,916 në QKUK, gjithsejt 22 shtretër publik në 10,000 banorë. Shpërndarja e shtretërve nëpër rajone prezantohet në Grafikonin 7. Numri i madh i shtretërve në QKUK mund të shpjegohet me rolin e tij si spital tretësor që mbulon tërë Kosovën si dhe spital dytësor për kryeqytetin.

Graf 7. Numri i shtretërve spitalorë për 100.000[39]



Spitalet private kanë gjithsejt 235 shtretër ose 5,8% të të gjithë shtretërve nëpër spitale në Kosovë ose 1,35 për 100,000 banorë.

[39]RaportetngaSptaletrajonale 2012

4.4.4. Pajisjet mjekësore të teknologjisë së lartë

Teknologjitë e reja mjekësore përmirësojnë diagnostikimin dhe kapacitetet e trajtimit, por gjithashtu i rrisin shpenzimet shëndetësore. Në Kosovë, nuk është investuar në renovimin dhe blerjen e pajisjeve mjekësore, sidomos të pajisjeve me teknologji të lartë. Numri i pajisjeve gjithsej është: 4 aparate të rezonancës magnetike – RM (3 në sektorin privat); 17 aparate të tomografisë së kompjuterizuar CT (7 në sektorin privat) dhe 8 aparate të mamografisë (2 në sektorin privat). QKUK në vitin 2009, ka kryer 226 procedura të RM, duke rritur në 2,213 në vitin 2011 dhe 2,902 në vitin 2012. Numri i CT-ve dhe i procedurave janë ilustruar në Tabelën 5.

Tabela 7. Numri i CT-ve dhe procedurave në periudhën 2006-2012 në sektorin publik

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aparati CT	3	5	5	8	9	9	9
Totali i procedurave	7 875	11 829	10 430	18 290	19 432	19 019	21 206
Procedurat e CT për çdo aparat	2 625	2 366	2 088	2 286	2 159	2 113	2 356

Burimi: MSh/2013

Krahasimi ndërkombëtar me disa shtete të BE-së, dëshmon se Kosova nuk ka investuar në blerje të aparateve të RM dhe CT [40].

4.4.5. Veprimtaria shëndetësore

Veprimtaria shëndetësore në KPSH është paraqitur në Tabelën 6, ku vërehet rritje e aktiviteteve në KPSH për vitin 2012, krahasuar me vitin 2006.

Tabela 8: Shërbimet në KPSH

Shërbimet në KPSH	2006	2012	2013	2015
Vizitat në shërbime të mjekësisë familjare	1.823.479	3.301.481	3.221.103	2.763.567
Vizitat specialistike	-	572.563	267.073	567.501
Shërbimet (intervenime, inhalime)	-	2.904.612	1.206.274	4.965.155
Shërbimet laboratorike	5.774	567.298	128.927	647.811
Shërbimet e stomatologjisë	469.169	312.920	219.237	533.211
Vizitat e radiologjisë	-	45.614	74.817	64.988

Burimi: IKSHPK 2013

[40]OECD Health Data 2011

Rritja e numrit të vizitave mjekësore gjatë këtyre viteve tregon se KPSh po merr rolin e tij si portë hyrëse për sektorin e shëndetësisë. Sot 55% e të gjithë pacientëve konsultohen me mjekun e tyre familjar para se të kërkojnë kujdes shëndetësor në nivele të tjera. Sidoqoftë, ende nuk është arritur standardi i rekomanduar i OBSh-së që 80-90% e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore të mbulohen nga niveli parësor i kujdesit shëndetësor.

Programi i zgjëruar i imunizimit vazhdon të ketë mbulueshmëri mbi 95% në gjithë territorin e Republikës së Kosovës.

Edhe pse shkalla e hospitalizimeve në Kosovë, shënon trend në rritje, në vitin 2008 ishte 9,55 persona të hospitalizuar për 100 banorë, ende është në mënyrësinjifikante më e ulët se mesatarja në regjionin evropian (19.2) dhe në BE (17.9)[41].
Në tabelën 7, vërehet stabilitet i përgjithshëm i veprimtarisë shëndetësore me shtim të numrit të pranimeve në spitalet publike dhe me trend të uljes së pranimeve në QKUK.

Tabela 9: Veprimtaria shëndetësore në spitalet publike 2006–2012

Numri i pranimeve	2006	2009	2010	2011	2012
Spitalet publike	75.826	83.363	84.042	86.022	84.208
QKUK	87.812	87.399	84.911	84.808	81.598
Total	163.638	170. 762	168. 953	170.830	165.806

Burimi: IKSHP 2013

Ky trend është pozitiv dhe vërehet se veprimtaria shëndetësore rritet në Spitalet përgjithshme në regjione me qëllim të shmangjes të referimeve të panevojshme të pacientëve në nivelin tretësor në QKUK.

Tabela 8: Shkalla e hospitalizimit për vite

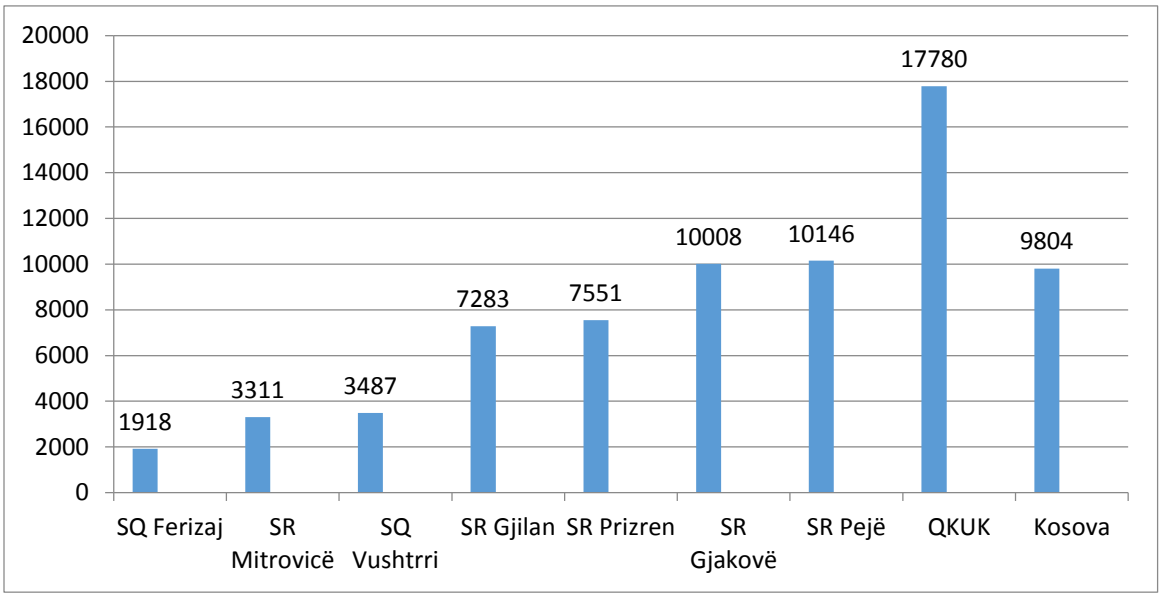
Personat e shtruar në spital për 100.000 banorë	2006	2008	2011	2012
Shkalla e hospitalizimit	9.260	9.550	9.804	9.560

Burimi: IKSHP 2013

Jo vetëm që shkalla mesatare e hospitalizimit në Kosovë është e ulët, por shikuar në një perspektivë rajonale është jashtëzakonisht e ulët në SQ Ferizaj, SP Mitrovicë dhe SQ Vushtrri (Grafikoni 8).

[41]IKSHPK 2013

Graf. 8 Shkalla e hospitalizimit, numri i pacientëve të lëshuar nga spitali për 100.000 banorë



Burimi: Ministria e Shëndetësisë, 2012.

Mesatarja e ditëve të qëndrimit (MDQ) i referohet numrit mesatar të ditëve që pacienti qëndron në spital. Një qëndrim më i shkurtër mund të zvogëloj koston për pacientin e liruar dhe të tregoj një zhvendosje të pacientit spitalor në drejtim të trajtimit post-akut jashtë-spitalor më pak të shtrenjtë. Megjithatë, qëndrimet më të shkurtëra kanë prirje të jenë shërbime më intensive dhe më të kushtueshme në ditë. Një MDQ shumë e shkurtër gjithashtu mund të ketë efekte negative mbi rezultatet shëndetësore, ose të zvogëloj rehatinë dhe shërimin e pacientit. Nëse kjo rezulton në një normë të rritjes së ripranimit, shpenzimet për pacient mund të rriten. Në 7 vitet e kaluara MDQ u zvogëlua për 1,1 ditë ose 18,7% në spitalet rajonale; për 0,12 ditë ose 1,9% në QKUK dhe për 0,63 ditë ose 10,4% për të gjitha spitalet publike (tab. 10).

Aktualisht, Kosova ka njërin prej MDQ më të ulët në rajon në krahasim me BE, me 6,9 ditë.

Tabela 10. Mesatarja e ditëve të qëndrimit në spitale

Spitali	2006	2012
Mitrovicë	n.sh	3,86
Gjakovë	5,91	4,73
Gjilan	6,08	5,33
Ferizaj	n sh	3,28
Prizren	5,2	4,56
Pejë	6,77	5,29
Vushtrri	4,09	3,74
Totali i spitaleve publike	5,83	4,73
QKUK	6,15	6,03
Të gjitha spitalet	6,0	5,37

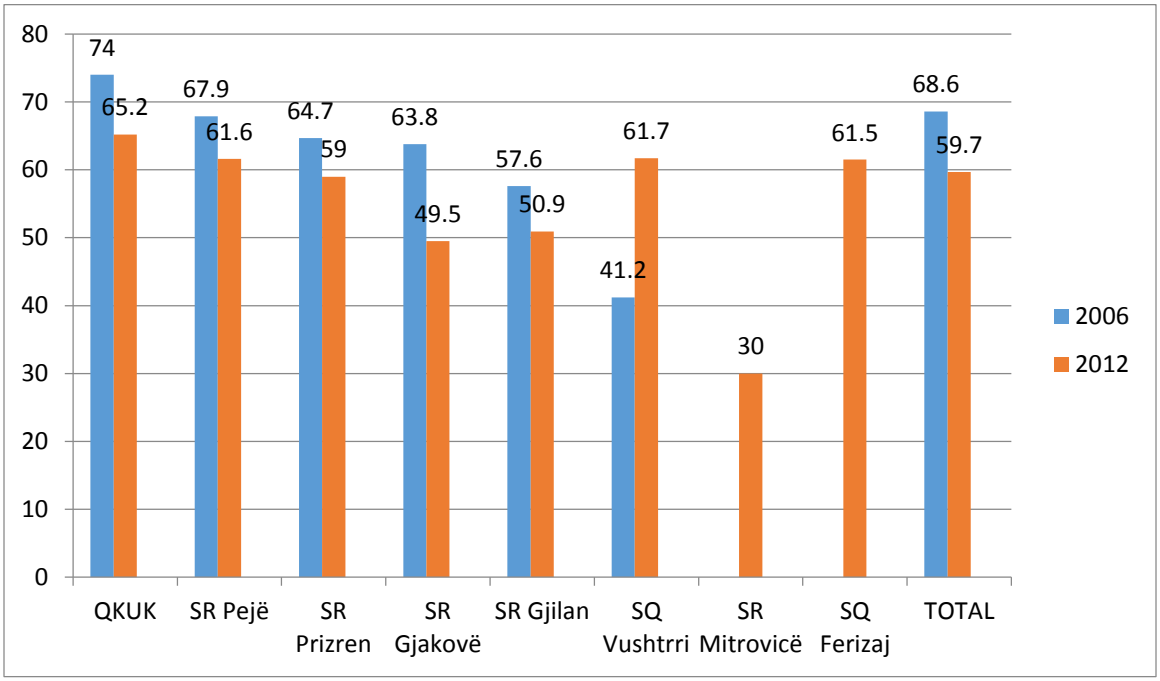
Burimi: IKSHP 2013

Mesatarja e ditëve të shfrytëzueshmërisë (MDSh) së shtretërve tregon sa janë spitalet në gjendje t'i shfrytëzojnë shtretërit në dispozicion. Meqë spitalet duhet të kenë shtretër bosh për trajtim të rasteve emergjente, MDSh nuk duhet të jetë 100%. Rekomandohet që për KTSh kjo mesatare të jetë rreth 70%, për KDSh akut rreth 80% dhe për kujdesin jo akut në nivel të KDSh 90%. MDSh për vitin 2006 dhe 2012 është ilustruar në grafikun nr. 8. Në përgjithësi, MDSh ka rënë nga 68,6% në vitin 2006 në 59,7% në vitin 2012 dhe është më e ultë se mesatarja në BE (76.3%), dhe Rajoni evropian (79.1%)[42].
Në spitalet publike të Kosovës mesatarisht çdo ditë janë 1,649 shtretër bosh, krahasuar me 1,232 që ishin në vitin 2006.Lidhur me këtë, ekzistojnë disa arsye të cilat duhet të analizohen, si dërgimi i pacientëve për procedura të mëtutjeshme jashtë vendit, kërkimi i shërbimeve në sektorin privat, menaxhimi joadekuat, shpërndarja joadekuate e shtretërve, mënyra tradicionale e financimit të kapaciteteve institucionale apo arsye të tjera të cilat duhet të analizohen.

Sidoqoftë, në të gjitha institucionet shëndetësore të KDSh dhe KTSh në Kosovë, shkalla e shfrytëzueshmërisë së shtretërve është nën shkallën e rekomanduar në kuptim të ofrimit të kujdesit shëndetësor efektiv dhe efikas. Ky fakt duhet të konsiderohet si shumë i rëndësishëm pasi që të gjithë ofruesit e shërbimeve shëndetësore paguhen në bazë të shërbimeve historike /shtretërve dhe jo në bazë të performancës.

[42]HS 2012

Graf 8: Mesatarja e ditëve të shfrytëzueshmërisë së shtretërve në QKUK dhe të gjitha spitalet në Kosovë, 2006 – 2012



Burimi: Raportet nga Spitalet publike 2006-2012

Në vitin 2012 janë regjistruar 48,651 operacione në Kosovë, nga këto 16,599 apo 34,2% në spitalet publikedhe 31,962 ose 65,8% në QKUK. Në vitin 2006 janë kryer 22,601 operacione në Kosovë, nga të cilat 9,508 ose 42.1% në SP dhe 13,093 ose 67.9% në QKUK. Mesatarja e operacioneve të kryera për pacientë të hospitalizuar në SP ishte 17.3 në QKUK 10.8 dhe 13.8 në të gjitha spitalet. Ka pasur një rritje të rëndësishme deri në vitin 2012, posaçërisht në QKUK. Me mungesën e setit të standardizuar të të dhënave dhe treguesve të cilësisë janë përdorur edhe lindjet dhe prerje cezariane si një shembull krahasimi midis spitaleve publike në Kosovë dhe shteteve të ndryshme. Treguesi është zgjedhur për shkak të qartësisë së përkufizimit dhe të dhënave ekzistuese për Kosovën. Në vitin 2012 kishte 26,029 lindje në spitalet e Kosovës, 10,622 apo 40.8% në QKUK dhe 15,407 në SP. Ka pasur 6,175 lindje të kryera me prerje cezariane apo 23.7%.

4.4.6. Shërbimet emergjente

Sistemi shendetësor i shërbimeve emergjente nuk ka nje rrjet të konsoliduar dhe të integruar. Në terma ekonomik, investimet në shërbimet emergjente përfaqësojnë investime që nuk gjenerojnë të ardhura por që shpëtojnë jetë. Megjithatë, konsiderohen si shumë të rëndësishme dhe ndikojnë në cilësinë e jetës dhe shpenzimet e mëtutjeshme të shoqërisë për të rehabilituar një pacient që ka pasur jetën në rrezik.

Mungesa e shërbimeve të diagnostikës, laboratorike dhe rentgenologjike në shërbimet e emergjencës paraqet vështirësi specifike në diagnostikim dhe trajtim. Vendi ynë është i vetmi në Evropë, i cili nuk jep ndihmë mjekësore të specializuar në vendin ku ndodh aksidenti apo traumat tjera shëndetësore. Strategjia për reformimin e emergjencave mjekësore në Kosovë është e mbështetur në standardet e OBSh-së për personat që kanë nevojë për ndihmë emergjente. Ky fakt tregon se sistemi i referimit të shërbimeve emergjente ngec dhe kontribuon në joefikasitetin e shfrytëzimit të resurseve në dispozicion. Në disa raste, poashtu kontribuon në anashkalimin e këtij insitucioni dhe kërkesën e ndihmës emergjente në institucione tjera. Kjo ndodh kryesisht për shkak të mungesës së paisjeve, furnizimit të rregullt me barna, materialit shpenzues si dhe kuadrit shëndetësor. Problem në vete paraqet edhe mungesa e protokoleve që do të mundësonte vendim marrje korrekte emergjente, si në diagnostikim ashtu edhe në trajtim bazuar në teknikat e përzgjedhjes sipas standardeve ndërkombëtare.Aktualisht, shërbimet emergjente në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës ofrohen në një hapësirë prej 507 m², me 22 shtretër për qëndrim ditor (1.23 shtrat për 100.000 banorë). Kjo situatë kushtëzon vështirësitë e përditshme në ofrimin e shërbimeve të domosdoshme shëndetësore për qytetarënënevojë për këto shërbime.

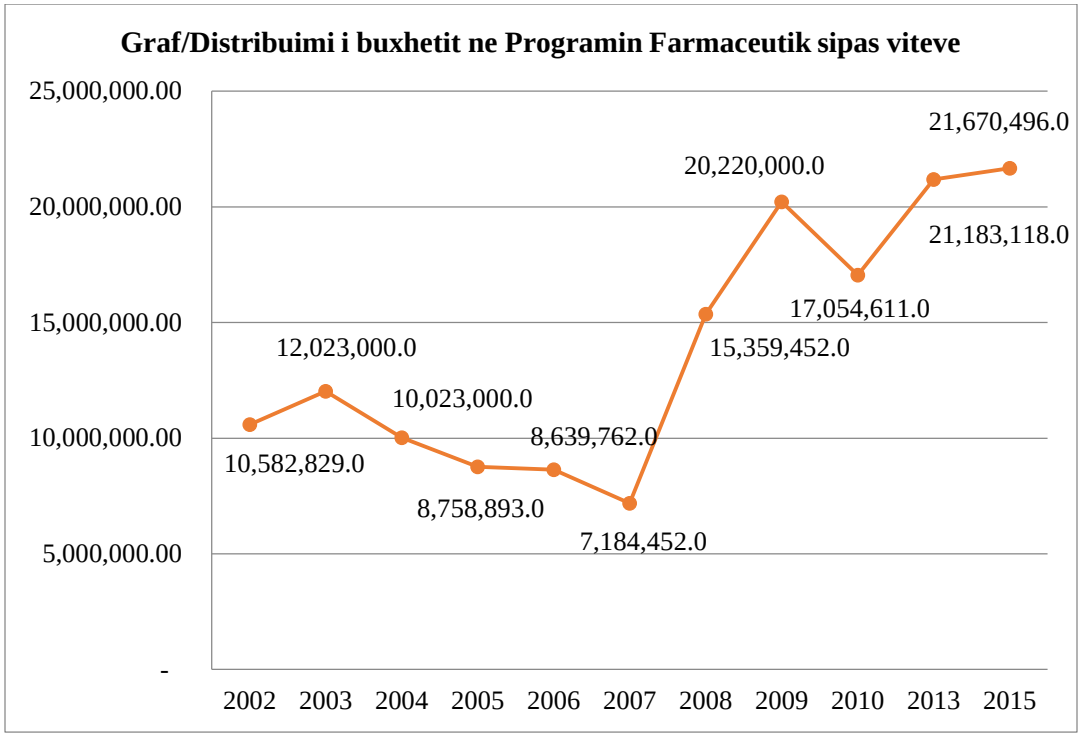
Ministria e Shëndetësisë në vitin 2016 ka filluar ndërtimin e Klinikës Emergjente dhe funksionalizimi i saj pritet të përfundoj në vitin 2019.

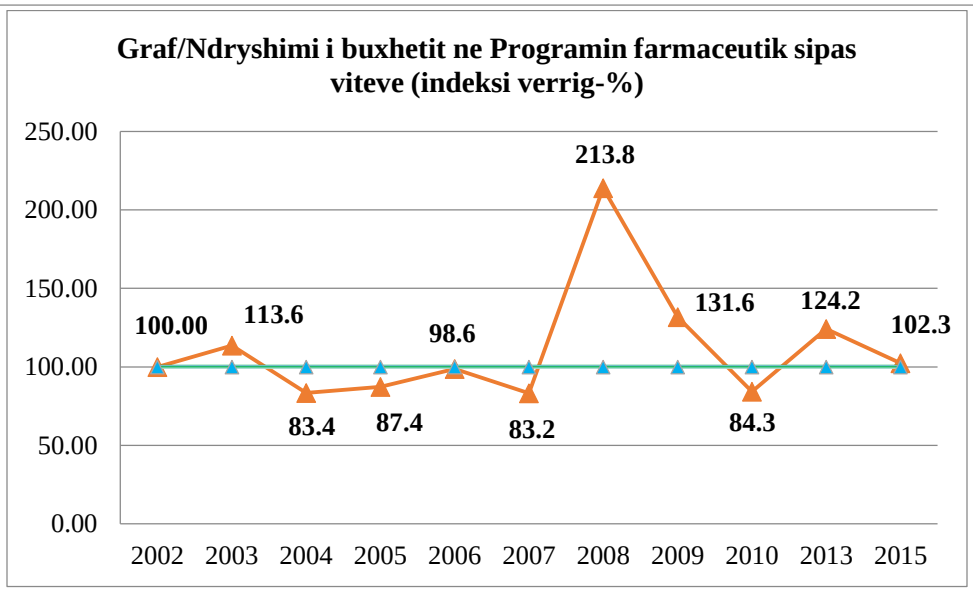
4.4.7. Furnizimi me produkte medicinale

Përkundër rritjes së vazhdueshme të buxhetit të planifikuar për barna dhe material shpenzues nga 16,100,000€ në vitin 2009 në 21,183,118 € në vitin 2013, ndërsa në vitin 2015 ka qenë 21,670,496,€ në institucionet shëndetësore publike në vazhdimësi konstatohet mungesa e barnave dhe materialit shpenzues dhe ky fakt paraqet shkak të pakënaqësisë së madhe nga ana e pacientëve.

Në këtë drejtim Ministria e Shëndetësisë do të fokusohet në përcaktimin e kritereve të qarta të hartimit dhe përditësimit të Listës esenciale të barnave. Përcaktimi i këtyre kritereve ka për qëllim një listë të bazuar në të dhëna dhe që reflekton mundësitë reale buxhetore, me pacientin në qendër të vëmendjes.

Por, përveç arritjes së disponueshmërisë së barnave në institucionet shëndetësore e rëndësishme është që ato të jenë cilësore, efikase dhe të sigurta por edhe të jenë kosto efiçiente. Një aspekt tjetër ndërlidhet edhe me kontrollin e cilësisë së barnave të cilat ndodhen në institucionet shëndetësore (barnatore, depo farmaceutike, spitale etj). Kontrolli i plotë i produkteve të paktën një herë në pesë vite(aq sa vlen autorizimi për marketing) është synim të cilin AKPM-ja duhet ta përmbushë në mënyrë që të siguroj që produktet medicinale janë të sigurta efikase dhe cilësore. Sa i përket rregullimit të sektorit farmaceutik Ministria do të zbatoj objektivat, synimi kryesor i të cilave është që të bëhet harmonizimi i komponentëve të ndryshëm të sektorit farmaceutik në mënyrë që të ngrisim nivelin e shërbimeve shëndetësore-farmaceutike.





4.4.8. Performanca – produktiviteti, efikasiteti, dhe qasja

Bazuar në analizën e performancës, numri i pacientëve të lëshuar/mjek, infermier apo shtrat, tregon rritje të produktivitetit në spitalet publike (+1,5% për infermier, +0,6% për mjek) dhe rënie në QKUK (-1,3% për infermier dhe -1,6% për mjek[43]).

[43]Analizae performances sësektoritshëndetësor 2012

Tabela 11: Numri i lëshimeve për infermier dhe mjek në 2006 dhe 2012

	2006		2012	
	Nr i lëshimeve për infermiere	Nr i lëshimeve për mjek	Nr i lëshimeve për infermiere	Nr i lëshimeve për mjek
SR Mitrovicë	Na	na	50,2	130,5
SR Gjakovë	73,7	257,2	76,1	334,8
SR Gjilan	62,3	197,3	71,9	158,6
SQFerizaj			66,3	182,4
SR Prizren	94,8	193,1	147,0	230,6
SR Pejë	92,6	205,2	135,6	252,3
SQVushtrri	63	166,6	105,8	279,7
Nr i përgjithshëm i SP	80,3	206,0	95,7	222,7
QKUK	86,9	167,9	72,9	134,1

Burimi: IKSHP 2013

Në përgjithësi, personeli shëndetësor në Kosovë realizon më pak vizita për kokë banori (2.36) dhe më pak pranime për 10.000 banorë (9.8) në krahasim me BE, të cilët mesatarisht realizojnë6,3 vizita për kokë banori dhe 17,6 pranime për 10.000 banorë, andaj mund të konkludohet se produktiviteti i profesionistëve shëndetësor është 2,6 herë më i ulët se në BE.

4.4.9. Cilësia e kujdesit shëndetësor

Cilësia e shërbimeve shëndetësore përfshin dy elemente kryesore, atë klinike dhe kënaqshmërinë e pacientëve.

Sa i përket pjesës klinike, hulumtimet tregojnë se shkalla e infeksioneve spitalore në Kosovë është e lartë[44]. Hulumtimi i prevalencës së përgjithshme të infeksioneve spitalore në QKUK tregoi shifrën prej 17.4%[45]. Prevalenca e infeksioneve në njësinë e kujdesit intenziv qëndror të QKUK-së ishte 68.7%, prej të

[44]JournalofInfectionControlandhospitalepidemiology, April 2006, vol. 27, no-4: 'PrevalenceofNosocomialInfections in High-Risk Units in the UniversityClinicalCenterof Kosova, L.Raka, MD, MS at all

[45]L. Raka, D. Zoutman, G. Mulliqi, S. Krasniqi, I. Dedushaj, N. Raka,S. Ahmeti, M. Shala, A. Vishaj, Y. Elezi. Prevalence of Nosocomial Infections in High-Risk Units in the University Clinical Center of Kosova. Infection control and hospital epidemiology 2006, 27(4):421-23.

cilave 80% ishin me pneumoni ventilatore[46]. Incidenca e infeksioneve të plagëve kirurgjike në kirurgjinë abdominale ishte 12%[47].

Shkalla e lartë e infeksioneve në njësitë neonatale është rezultat i masave të pamjaftueshme të kontrollit dhe parandalimit të infeksioneve spitalore në këto pika: bashkëpunimit të pamjaftueshëm ndërdisciplinar dhe koordinimit ndërinstitucional si dhe dobësive në menaxhimin e brendshëm, mirëmbajtjen e pajisjeve dhe aparaturave mjekësore dhe higjienën e duarve të stafit shëndetësor.Aktivitetet e ndërmarra në fushën e kontrollit të infeksioneve nga Ministria janë: sigurimi i infrastruktures ligjore, hartimi i udhërrëfyesit dhe protokoleve për kontrollin e infeksioneve spitalore, fuqizimi i kapaciteteve laboratorike, institucionalizmi i Këshillave për Infeksione Spitalore në ShSKUK, mbikëqyrja aktive e infeksioneve në njësitë e kujdesit intenziv adult e neonatal, bashkëpunimi ndërkombëtar dhe kërkimet shkencore aplikative për adresimin e çështjeve parësore nëpër njësitë me rrezikshmëri të lartë për prekjen nga infeksionet spitalore.

4.5. Kënaqshmëria e pacientëve

Kënaqshmëria e pacientëve është parametër shumë i rëndësishëm për vlerësimin e mënyrës së shërbimeve të ofruara, ambientit dhe mënyrës se si profesionistët shëndetësorë e trajtojnë pacientin. Në hulumtimin e realizuar për opinionet e qytetarëve, del se 84% e pacientëve i kanë konsideruar shërbimet e pranuara si të mira deri në të shkëlqyera, 81% për sektorin shëndetësor publik dhe 94% për sektorin privat.Kënaqshmëria e pacientëve konsiderohet të jetë e njëjtë në të gjitha nivelet e kujdesit. Për 19% të pacientëve shërbimet e marra konsiderohen si jo të kënaqshme, për mënyrën e sjelljes së stafit dhe për atë që duhet të paguajnë për barna dhe materiale mjekësore, të cilat duhet të jenë në dispozicion sipas listës esenciale të barnave.

Në Dokumentin e Veprimit mbi Shëndetësinë në Kosovë, 'Kënaqshmëria me shërbimet shëndetësore dhe përceptimet mbi praninë e korrupsionit', në përgjithësi, tregohet që kënaqshmëria me kujdesin shëndetësor në Kosovë është e lartë. Vetëm rreth ¼ e pacientëve ishin të pakënaqur me performancën e institucioneve shëndetësore, shërbimeve që kanë marrë dhe performancën e stafit. Derisa performanca e ofruesve të kujdesit në QKUK ishte pozitive, mangësitë ishin kryesisht në fusha të tjera, si në infrastrukturë dhe kushte higjienike. Arsye tjera të identifikuarajanë medikamentet që pacientët duhet të sigurojnë si dhe problemet tjera teknike me të cilat përballen gjatë trajtimit, siç është edhe vet udhëtimi deri tek institucioni shëndetësor. Edhe pse përqindja e rasteve të korrupsionit që kanë deklaruar pacientët në këtë studim është mjaft e vogël, korrupsioni mbetet problem për sektorin e shëndetësisë. Bazuar në përvojat reale të deklaruara nga pacientët, 3.9% kanë qenë të kushtëzuar nga profesionistë shëndetësor, por përqindja e pacientëve që janë të gatshëm për të dhënë ryshfet nëse profesionistët

[46] G. Spahija, Gj. Mulliqi, L. Raka, N. Spahija, Z. Bukoshi, F. Hoxha, A. Krasniqi. Prevalence of nosocomial infections in adult intensive care units at Kosova teaching hospital.Infection control and hospital epidemiology, May 2008;29:475.

[47]Raka L, Krasniqi A, Hoxha F, Musa R, Mulliqi G, Krasniqi S, Kurti A, Dervishaj A, Nuhiu B, Kelmendi B, Limani D, Tolaj I. Surgical site infections in an abdominal surgical Ward at Kosovo Teaching Hospital. World Hosp Health Serv. 2008;44(2):32-6.

shëndetësor ua kërkojnë këtë është më e lartë.Përkundër kësaj, gjendja është optimiste sa i përket institucioneve shëndetësore në Kosovë dhe së paku nga këndvështrimi i pacientëve, performanca e përgjithshme e këtyre institucioneve është e lartë dhe niveli i pranisë së rasteve korruptive është i ultë.[48]

IKShPK përmes metodës me pjesëmarrje aktive (PAR / ParticipatoryActionResearch) ka gjetur se gjatë diskutimeve me popullatë, niveli i kënaqshmërisëme shërbimet shëndetësore ka rezultuar 65%.

Ministria me mbështetje të UNDP-së ka përgatitur dokumentin 'Plani i integritetit institucional 2015-2017' që ka për qëllim vlerësimin e rrezikut të integritetit, rritjen e transparencës në Ministri dhe elemininimine parandalimin e mundshëm të korrupsionit. Plani është mjet plotësues i politikave dhe kornizës ligjore që i dyfshon masat që kanë për qëllim ruajtjen e integritetit institucional të Ministrisë.

4.6. Bashkëpunimi ndërkombëtar

Ministria e Shëndetësisë në procesin e reformave të gjithëmbarshme të sektorit të shëndetësisë synon të zbatoj obligimet që dalin nga Marrëveshja e Stabilizim Asocimit që paraqet prioritetin me të rëndësishëm të Republikës së Kosovë në procesin e integrimeve evropiane.

Në këtë drejtim Strategjia Sektoriale Shëndetësore 2017-2021 në kuadër të aktiviteteve të parapara prioritet i jap masave zbatuese dhe masave legjislative që janë pjesë e Planit Kombëtar për Zbatimin e Marrëveshjes së Stabilizim Asocimit me qëllim tëarritjes sëstandardeve të domosdoshme në shëndetësi siç është përcaktuar me marrëveshjen e MSA.

Ministria është e përkushtuar në avancimin e mëtutjeshëm të rolit të saj edhe në nivel ndërkombëtar. Prioritet i lartë brenda kësaj periudhe kohore do të jetë anëtarësimi në Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSh) si dhe anëtarësimi me drejta të plota në Rrjetin Shëndetësor të Evropës Juglindore (SEEHN).

Gjithashtu, Ministria e Shëndetësisë do të vazhdoj bashkëpunimin me komunitetin e donatorëve dhe do ta avancoj më tutje këtë bashkëpunim të rëndësishëm në mbështetje të sektorit të shëndetësisë. Brendaperiudhës kohore 2017-2021 pritet mbështetje e vazhdueshme nga komuniteti i donatorëve, qoftë përmes projekteve në fusha të ndryshme të sektorit të shëndetësisë apo edhe mbështetjeve tjera, si furnizime me barna e të ngjashme.

Ministria ka të nënshkruar edhe Marrëveshje të Bashkëpunimit me disa shtete si dhe institucione të mirënjohura shëndetësore jashtë vendit me të cilat parashihen modalitete të ndryshme të bashkëpunimit nga ofrimi i shërbimeve shëndetësore deri te trajnimi i profesionistëve shëndetësorë. Duke çmuar lartë

[48]Raporti për percepcionin e qytetarëve mbi shërbimet shëndetësore dhe korrupsionit në shëndetësi, UNDP 2013

rolin e shoqërisë civile,Ministria synon vazhdimin e bashkëpunimit me Organizata joqeveritare që në kuadër të fushëveprimit të tyre kanë të vendosur edhe sektorin e shëndetësisë.

4.7. Përfundimet mbi gjendjen aktuale

Në bazë të të dhënave të analizuara, mund të konkludohet se përkundër financimit të ulët të shëndetësisë kosovare nga burimet publike financiare, si rezultat i përpjekjeve të mëdha institucionale dhe të vet profesionistëve shëndetësorë, si dhe si rrjedhojë e popullatës së re në Kosovë, gjendja e përgjithshme shëndetësore e popullatës cilësohet e mirë. Mënyrat e shëndetshme të jetesës, si konsumimi i kënaqshëm i frutave, aktiviteti i mirë fizik si dhe faktorët eultë të rrezikut që kanë të bëjnë me përdorimin e alkoolit,faktorët e rrezikut për HIV/AIDS dhe tuberkulozë si dhe shkalla e lartë e imunizimit, rezultojnë me gjendjen e mirë shëndetësore të popullatës në përgjithësi.

Përkundër sfidave ekzistuese në sektorin e shëndetësisë, popullata mbetet e kënaqur me shërbimet të cilat i'u ofrohen nga rrjeti ekzistues i institucioneve publike dhe private shëndetësore.

Shëndetësia kosovare disponon, me kapacitete relativisht të mjaftueshme infrastrukturore për ofrim të shërbimeve për popullatën me përjashtim të kapaciteteve për shërbime emergjente në QKUK të cilat janë nën minimumin e duhur. Ministria e Shëndetësisë në vitin 2016 ka filluar ndërtimin e Klinikës Emergjente dhe funksionalizimi i saj pritet të përfundoj në vitin 2019.

Me qëllim të përimirësimit të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore dhe ngritjes së kapaciteteve institucionale, Ministria në periudhën afat mesme kaprioritizuar fuqizimin e shërbimeve emergjente, pediatrike, onkologjike/radiologjike, ortopedike dhe traumatologjike, kardiologjike, kardiologjike invazive si dhe kardiokirurgjike për të rritur dhe fëmijë, kapaciteteve në mikrobiologji klnike, shërbimeve fiziatrike dhe atyre të mjekësisë sportive si dhe inicimin e zhvillimit të kapaciteteve biomjekësore.

Ministria e Shëndetësisë me qëllim të adresimit të nevojave të grupeve të cenueshme planifikon zhvillimin e shërbimeve specifike për fëmijë me nevoja të veçanta (autizëm, sindromDown), projekte infrastrukturore për hospice (ofrimi i shërbimeve për pacientët në fazat terminale të jetës), korrigjimi i qasjesve fizike për persona me aftësi të kufizuar në institucionet publike shëndetësore, ndërtimi i kanaleve 'të ngrohta'/ QKUK si dhe tëazilit për tetraplegjikë, adresimi i çështjeve të dhunës gjinore dhe trafikimit të qenieve njerëzore, si dhe fuqizimin e integrimit tëshërbimeve shëndetësore në burgje.

Faktorët jo të favorshëm socioekonomik (varfëria dhe papunësia),faktorët ambiental (prevalenca e lartë e sëmundjeve të frymëmarrjes) si dhe shkalla e lartë efatkeqësive dhe aksidenteve në komunikacion, kushtëzojnë vështirësi specifike në aspektin e jetëgjatësisë. Shkalla ende e lartë e sëmundjeve që kanë të bëjnë me gjendjet perinatale është shqetësuese, duke pasë parasysh faktin se shumica e femrave janë të moshës riprodhuese.

Resurset financiare në dispozicion për shërbimet shëndetësore publike, janë më të ulëtat në Evropë[49]. Produktiviteti është i ultë, efikasiteti duhet të përmirësohet, sidomos sa i përket futjes së metodave moderne të trajtimit siç është kujdesi ditorjashtë-spitalor dhe shtëpiak. Shfrytëzimi i kapaciteteve është i ultë si edhe cilësia e shërbimeve shëndetësore ka nevojë për përmirësim të vazhdueshëm, sidomos sa u përket infeksioneve spitalore, hartimit dhe zbatimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike si dhe mënyrës së trajtimit me pacientin në qendër të vëmendjes duke siguruar marrëdhënie më të ngrohtë terapeutike dhe kohë të mjaftueshme për ekzaminimet klinike.

[49]OECD – Raportipërshëndetësi 2011

5. OBJEKTIVAT STRATEGJIKE

Bazuar në strukturën demografike të vendit dhe kur merret parasysh numri domethënës dhe në rritje i popullatës së re dhe familjeve të reja,aktivitetet e parandalimit janë veçanërisht të rëndësishme për të ndihmuar ruajtjen dhe përparimin e shëndetit.

Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore për qytetarët do të jetë synim tjetër i cili do të arrihet pëveç tjerash edhe përmes përmirësimit të qasjes univerzale që ndikon në sigurimin e barazisë dhe gjithëpëfshierjes.

Fuqizimi i sektorit të shëndetësisë në aspekt administrativ dhe funksional do të jenë prioritet në kuadër të reformimit të sektorit shëndetësor.

Strategjia Sektoriale e Shëndetësisë 2017-2021, përcakton këto objektiva strategjike:

OBJEKTIVA I:

RUAJTJA DHE PËRPARIMI I SHËNDETIT

OBJEKTIVA II:

SIGURIMI I FINANCIMIT TË QËNDRUESHËM SHËNDETËSOR

OBJEKTIVA III:

RIORGANIZIMI I SEKTORIT TË SHËNDETËSISË

5.1. OBJEKTIVA STRATEGJIKE I: RUAJTJA DHE PËRPARIMI I SHËNDETIT

Objektiva specifike 1: Promovimi i jetesës së shëndetshme

R 1.1. Plani i veprimit për edukim dhe promovim shëndetësor i zbatuar

R 1.2. Projekti "Shkollat për promovimin e shëndetit" i zbatuar

Objektiva specifike 2: Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës

R 2.1. Plani i veprimit për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës i zbatuar

Objektiva specifike 3: Zvogëlimi i incidencës së sëmundjeve ngjitëse

R 3.1. Plani i veprimit për HIV/AIDS i zbatuar

R 3.2. Plani i veprimit për TB i zbatuar

R 3.3. Plani i veprimit për rezistencën antimikrobike i zbatuar

R 3.4. Masat për parandalimin e infeksioneve spitalore të zbatuara

Objektiva specifike 4: Parandalimi dhe kontrolli i gjendjeve kronike

R 4.1. Hartimi i Strategjisë për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve kronike jo-ngjitëse

Objektiva specifike 5: Politikat e shëndetit për të gjithë

R 5.1. Strategjia për shëndetin mendor e zbatuar

R 5.2. Komiteti shtetëror për shëndetin mjedisor i funksionalizuar

R 5.3. Shëndeti i grupeve të cenueshme i përmirësuar

5.2. OBJEKTIVA STRATEGJIKE II: SIGURIMI I FINANCIMIT TË QËNDRUESHËM SHËNDETËSOR

Objektiva specifike 1: Riorganizimi i financimit shëndetësor

R 1.1. Agjencioni i Financimit Shëndetësor i funksionalizuar

R 1.2. Fondi i Sigurimeve Shëndetësore i funksionalizuar

R 1.3. Burimet financiare nga FSSh të shfrytëzuara në mënyrë efektive

Objektiva specifike 2: Përfshierja e popullatës në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor

R 2.1. Pakoja themelore e shërbimeve shëndetësore e realizuar

Objektiva specifike 3: Ofrimi i shërbimeve shëndetësore të arritshme dhe të barabarta

R 3.1. Kontratat me tre nivelet e institucioneve shëndetësore të nënshkruara

5.3. OBJEKTIVA STRATEGJIKE III: RIORGANIZIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR

Objektiva specifike 1: Riorganizimi i MSh-së

R 1.1. Komiteti Këshillues për Reformën (KKR) e sektorit shëndetësor i themeluar

R 1.2. Plani i burimeve njerëzore dhe zhvillimor i MSh-së i aprovuar

R 1.3. Kapacitetet e stafit të fuqizuara

R 1.4. Partneriteti në sektorin shëndetësor i koordinuar

R 1.5. Mekanizmat monitorues funksional

Objektiva specifike 2: Funksionalizimi i Odave të Profesionistëve Shëndetësorë

R 2.1. Infrastruktura fizike për të gjitha OPSh-të e siguruar

R 2.2. Administrata e OPSh-ve funksionale

R 2.3. Funksionet publike të bartura nga MSh te OPSh-të

R 2.4. OPSh-të përmbushin kompetencat bazuar në planin e tyre vjetor

Objektiva specifike 3: Fuqizimi i Shërbimit Spitalor dhe Klinik Universitar të Kosovës

R 3.1. Struktura Menaxheriale e ShSKUK-së e Fuqizuara

R 3.2. Kapacitetet e inspektoratit shëndetësor të avansuara

R 3.3. Kapacitetet profesionale të ngritura bazuar në nevojat e identifikuara

R 3.4. Shërbimet për kontraktim të definuara nga secila njësi organizative e ShSKUK-së

Objektiva specifike 4: Zbatimi i konceptit të mjekësisë familjare

R 4.1. Kapacitetet e ekipit të mjekësisë familjare të fuqizuara

R 4.2. Kapacitetet menaxheriale në nivel të KPSh-së të përmirësuara

R 4.3. Vetëdijësimi i popullatës i ngritur për shërbime të MF-së

R 4.4. Sigurimi i pajisjeve mjekësore për përmbushjen e kushteve për qasje të barabartë në shërbime shëndetësore

R 4.5. Standardet e reviduara të cilësisë dhe sigurisë në KPSh të zbatuara

R 4.6. Ekipet e MF ofrojnë shërbime bazuar në UPK

Objektiva specifike 5: SISh-i i integruar dhe funksional në të gjitha institucionet

R 5.1. Infrastruktura e TI-së në të gjitha institucionet shëndetësore e integruar

R 5.2. Softueri i SISh-it në të gjitha institucionet shëndetësore i integruar

R 5.3. Korniza ligjore për SISh e kompletuar

R 5.4. Kapacitetet për operimin dhe mirëmbajtjen e SISh-it të siguruara

R 5.5. Trajnimet për administruesit dhe menaxhuesit e sistemit të realizuara

R 5.6. Bashkëpunimi ndër-sektorial, rajonal dhe ndërkombëtar për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave i përparuar

Objektiva specifike 6: Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë dhe sigurisë, standardeve dhe akreditimit

R 6.1. Standardet e kujdesit shëndetësor të zbatuara

R 6.2. Plani kombëtar për akreditim i hartuar

Objektiva specifike 7: Përmirësimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore

R 7.1. Shërbimet shëndetësore të integruara në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor

R 7.2. Programet e skriningut të hartuara

R 7.3. Ndërtimi i infrastrukturës funksionale shëndetësore

R 7.4. Kapacitetet për vlerësimin e teknologjisë mjekësore të avansuara

R 7.5. Menaxhimi i produkteve mjekësore i përmirësuar në KPSH

6. ALTERNATIVAT E KONSIDERUARA

Bazuar në raportet e analizës së sektorit të shëndetësisë të vitit 2013, vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet ruajtjes dhe përparimit të shëndetit të popullatës.

Mungesa e ndërmarrjes së veprimeve adekuate dhe mbajtja e gjendjes ekzistuese për mos fuqizimin e promovimit shëndetësor, mungesa e programeve parandaluese për parandalimin e sëmundjeve malinje, mos avancimi i mëtutjeshëm i shëndetit të nënës, fëmijës, adoleshentit dhe shëndetit riprodhues, mungesa e veprimeve në parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore, mos adresimi i problemeve të shëndetit mendor të popullatës, mos fuqizimi i kujdesit parësor shëndetësor, mungesa e mekanizmave për kontrollin e sëmundjeve ngjitëse (HIV/AIDS, TB), si dhe mos adresimi i problemeve për grupet e cenueshme do të ndikonte negativisht në gjendjen e përgjithshme shëndetësore të popullatës si dhe vazhdimin e thellimit të problemeve ekzistuese.

Struktura demografike e popullatës si dhe gjendja aktuale shëndetësore është përparësi dhe si rrjedhojë,alternativë e vetme është hartimi i politikave për promovimdhe edukim shëndetësor si dhe rialokimi i mjeteve financiare dhe burimeve njerëzore për këto qëllime, zhvillimi i programeve për parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve malinje, avancimin e mëtutjeshëm të shëndetit të nënës, fëmijës, adoleshentit dhe shëndetit riprodhues, parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore, ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit mendor të popullatës, zbatimin e planit për fuqizimin e kujdesit parësor shëndetësor, kontrollin e sëmundjeve ngjitëse (HIV/AIDS, TB), si dhe adresimin e problemeve për grupet e cenueshme.

Analiza e performancës së institucioneve shëndetësore ka treguar shfrytëzim joracional të resurseve në dispozicion si dhe nivel të ulët të produktivitetit të institucioneve shëndetësore. Mungesa e ndërmarrjes së veprimeve konkrete dhe mbajtja e gjendjes ekzistuese do të ndikonte në vazhdimin e shfrytëzimit jo racional të buxhetit aktual, ulje të vazhdueshme të efikasitetit të institucioneve shëndetësore që si pasojë do të kishte pakënaqësinë e vazhdueshme të pacientëve me shërbimet të cilat i'u ofrohen.

Mungesa e të dhënave si pasojë e SISh-it të paintegruar pamundëson që të adresohen nevojat e qytetarëve për shërbime shëndetësore.

Prandaj, bazuar në analizën e përformancës, si alternativë e vetme mbetet shfrytëzimi racional i buxhetit aktual, ngritja e produktivitetit dhe efikasitetit të institucioneve shëndetësore më qëllim të ngritjes së vazhdueshme të cilësisë dhe sigurisë që do të ndikojnë nëkënaqshmëri të pacientëve me shërbimet të cilat i'u ofrohen.

Zhvillimi i mëtutjeshëm i SISh-it do t'i ofroj Ministrisë të dhëna tësakta, relevante, me kohëtë cilat do të ndihmojnë në hartimin e politikave shëndetësore të qëndrueshme si dhe përcaktimit të prioriteteve në sektorin e shëndetësisë.

Planifikimi dhe ngritja e kapaciteteve të burimeve njerëzore duhet të bëhet bazuar në nevoja. Ky proces do të ndihmohet përmes fuqizimit të strukturave të reja organizative si Odat e profesionistëve shëndetësor, organizimit dhe funksionalizimit të ShSKUK, riorganzimit të shërbimeve shëndetësore profesionale si dhe themelimit të agjencioneve të tjera.

Analizat e sektorit të shëndetësisë kanë treguar se 30% e popullatës nuk ka mundësi për marrjen e shërbimeve shëndetësore pasi që jetojnë në varfëri ekstreme. Me mënyrën aktuale të financimit të shëndetësisë nuk mund të adresohet problemi i qasjes për këto kategori të popullatës. Zbatimi i pjesësrishëm i Ligjit për sigurime shëndetësore dhe mos alokimi i drejtë i resurseve aktuale do të vazhdojnë me mos përmirësimin e mbrojtjes financiare, si dhe do të thellohen barrierat në qasjen e grupeve vulnerabile.

Andaj, analiza e sektorit nxjerrë si alternativë të vetme nevojën e ndryshimit në financimin e sektorit të shëndetësisë. Ky ndryshim duhet të filloj përmes zbatimit të kornizës ligjore që ofron mundësinë e financimit të qëndrueshëm për sektorin shëndetësor dhe themelimin e Fondit të sigurimeve shëndetësore.

Në këtë drejtim, zbatimii Ligjit për sigurime shëndetësore dhe alokimi i drejtë i resurseve aktuale do të përmirësoj mbrojtjen financiare dhe mundësinë e qasjes dhe përfshirjes së grupeve të cenueshmepërmes mbulimit të shërbimeve shëndetësore nga pakoja bazike. Pakoja bazike përfshin shërbimet shëndetësore që mbulojnë nevojat kyçe të cilat do t'iu ofrohen të gjithë qytetarëve pavarësisht nga gjendja e tyre financiare.

Themelimi dhe fuqizimi i Fondit të sigurimeve shëndetësore, janë elementi kyç në procesin e riorganizimit të financimit të shëndetësisë, përkatësisht për sigurimin e burimeve të qëndrueshme dhe të mjaftueshme financiare për sektorin shëndetësor.

Është më rëndësi që politikat reformuese në shëndetësi të mbështeten në vendime qeveritare për t'i dhënë reformave kuptimin e duhur në aspektin financiar, ligjor si dhe përcaktimin e duhur kohor.

Gjithashtu, duke marrë parasysh që procesi i integrimeve evropiane është prioriteti i parë strategjik për vendin tonë, plotësimi i kritereve në shëndetësi publike është alternativë e vetme për adresimin e këtyre çështjeve në kuadër të dokumentit strategjik.

Objektivat strategjike të Strategjisë 2017-2021 parashohin mbulimin e plotë të popullatës me pakon e shërbimeve themelore për pacientë nën ombrellën e sigurimeve shëndetësore që do të sigurojnë kujdes të vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës për të gjithë qytetarët.

Ky dokument do të shërbej si udhërrëfyes politik dhe profesional në zhvillimin e sektorit të shëndetësisë që ka për qëllim të ruaj dhe përparoj shëndetin e popullatës, përmes ofrimit të shërbimeve shëndetësore cilësore të arritshme dhe të përballueshme për të gjithë qytetarët e Republikës së Kosovës.

7. QASJA E REKOMANDUAR

Qasja e rekomanduar është zbatimi i reformës gjithëpërfshirëse të sistemit shëndetësor duke ofruar kujdes shëndetësor cilësor dhe shërbimet shëndetësore të integruara, sa më afër familjeve dhe qytetarëve.Reforma e sektorit shëndetësor në Kosovëështë një proces kompleks i institucionalizimit dhe riorganizimit të roleve të reja të akterëve të sektorit shëndetësor, për një sistem të drejtë, efikas dhe të qëndrueshëm të kujdesit shëndetësor, për sigurimin e një sistemi modern shëndetësor në Kosovë me synime evropiane.

7.1. Monitorimi dhe vlerësimi i zbatimit të Strategjisë

Krijimi i mekanizmave për monitorimin dhe vlerësimin e dokumenteve strategjike do të ndikoj në hartimin e politikave shëndetësore dhe vendimmarrjes së bazuar në të dhënat në dëshmi.

PasiSSSh me kornizën e vet logjike dhe planin e veprimit janë dokumente që për herë të parë ndjekin një metodologji të definuar, Ministria duhet të zbatoj procesin e inicuar për monitorim, vlerësim dhe implementim të SSSh-së, matjes dhe arritjes së indikatorëve të vet, si dhe planit të veprimit të SSSh-së. Përgjegjësi për realizimin dhe monitorimin e rezultateve dhe aktiviteteve, të definuara qartë në plan të veprimit do të kenë secili institucion dhe departament relevant.

Duke u bazuar në indikatorët kyç të definuar në Strategji dhe në plan të veprimit, Ministria do të bëj monitorimin e vazhdueshëm të arritjes së rezultateve dhe aktiviteteve që ndërlidhen me objektivat strategjike dhe ato specifike, duke siguruar që institucionet dhe departamentet përgjegjëse të ofrojnë llogaridhënie në rast të moszbatimit të detyrave dhe aktiviteteve të planifikuara. Për këtë arsye do të bëhet përditësimi vjetor i planit të veprimit dhe të raportohet rregullisht lidhur me ecurinë e zbatimit.

Ky aktivitet do të ketë për qëllim vlerësimin e rezultateve të arritura, sfidat eventuale në zbatim dhe adoptimin me procesin e planifikimit buxhetor. Ministria do të bëj monitorimin e vazhdueshëm të indikatorëve të SSSh-së, duke përdorur instrumente të qarta si: matriksi, manuali dhe plani i punës për monitorim dhe vlerësim dhe bazuar në të gjeturat do të përgatis raportet periodike dhe rekomandime. Ky proces do të ndikoj në ndryshimin dhe plotësimin eventual të Planit të Veprimit të Strategjisë Sektoriale Shëndetësore 2017-2021.

Monitorimi i KL-sëdhe PV-së duhen bërë sipas sistemit monitorues për të cilin MSh-ja është përcaktuar dhe i cili ndjek modelin e kornizës logjike apo të menaxhimit të bazuar në rezultate (shtojca 1). Dy parakushte bazike të cilat duhen plotësuar para fillimit të procesit të monitorimit përfshijnë:

Përgjegjësinë e secilit institucion të raportoj mbi progresin dhe sfidat në implementimin e aktivitetit për të cilin PV i parasheh si institucion implementues apo mbikëqyrës.

Përgjegjësinë e secilit institucion që të bashkërendoj veprimet e veta me institucionet tjera që janë të përfshira në implementimin e aktivitetiteve të përcaktuar në PV.

Përveç këtyre parakushteve, Ministria, në Kornizën logjike ka përcaktuar indikatorët e matshëm, specifik, të arritshëm, e relevantë (SMART), të cilët kanë të përcaktuar elementet sasiore, cilësore dhe afatet kohore të realizimit. Për këta indikatorë janë mbledhur të dhëna për gjendjen aktuale të indikatorit, për të matur saktësisht nivelin e progresit pas intervenimit sipas logjikës së përcaktuar në KL.

Përveç kësaj, secili indikator do të ketë formularin identifikues, në të cilin definohen saktësisht detajet e indikatorit, shkalla e përfshirjes, spektri, mënyra e matjes, institucionet përgjegjëse për implementim, për mbledhje, agregim, dhe analizim të dhënash, si dhe afatet kohore të implementimit.

8. HAPAT E ARDHSHËM

Ministria e Shëndetësisë është bartëse e aktiviteteve të reformës së sistemit shëndetësor dhe është përgjegjëse për zbatimin e reformave në shëndetësi, duke përfshirë dhe siguruar pjesëmarrjen e të gjithë vendimmarrësve dhe grupeve të interesit që në veçanti kanë të bëjnë me siguri dhe cilësi të shërbimeve shëndetësore.

Dokument plotësues i Strategjisë është Plani i veprimit, i cili do të përfshij periudhën kohore trevjeçare, 2017-2019, me mundësi të rishikimit vjetor varësisht nga përmbushja e aktiviteteve të planifikuara për periudha të ndryshme kohore. Plani paraqet një dokument përmbledhës të të gjitha Planeve ekzistuese të strategjive të hartuara për adresimin e problemeve të ndryshme të sektorit të shëndetësisë si dhe planeve të veprimit për zhvillimin e iniciativave të reja.

Plani i veprimit të SSSh ofron detale rreth aktiviteteve për arritjen e Objektivave të përcaktuara specifike dhe strategjike, afatin kohor për arritjen e këtyre objektivave, Institucionet përgjegjëse për zbatim, indikatorët për monitorim dhe vlerësim të tyre, koston dhe bartësit e kostos për realizimin e aktiviteteve të cilat janë të planifikuara në Kornizën afatmesme të shpenzimeve 2017-2019.

Për zbatimin e aktiviteteve të përcaktuara do të përfshihen të gjitha grupet e interesit në kuadër të sektorit shëndetësor, të cilët edhe janë konsultuar në faza të ndryshme gjatë hartimit të dokumentit.

Çështje me rëndësi është informimi i vazhdueshëm dhe adekuat i popullatës dhe ofruesve të shërbimeve shëndetësore lidhur me reformat e sistemit shëndetësor.

Bashkëpunimi me organizatat vendore dhe ndërkombëtare, qeveritare dhe joqeveritare do të kontribuojnë në mënyrë të suksesshme në procesin e zbatimit të reformave të parapara në Strategji.

Rëndësi e veçantë do t'i kushtohet edukimit shëndetësor të pacientëve i cili do të bëhet përmes informimit të vazhdueshëm përmes kampanjave të ndryshme informuese si dhe përmes ofrimit të informatave të besueshme dhe lehtë të qasshme lidhur me sistemin dhe kujdesin shëndetësor në përgjithësi. Popullata do të njoftohet në veçanti për elementet të cilat kanë ndikim të drejtpërdrejtë tek ata, si zgjedhja e mjekut të tyre familjar, të drejtat dhe përgjegjësitë e pacientëve dhe ofruesve të shërbimeve shëndetësore, sigurimet shëndetësore, siguria e pacientëve si dhe informatat e ndryshme lidhur me furnizim me barna si dhe efektet e tyre në shëndet.

Do të bëhet përcjellja e vazhdueshme e kënaqshmërisë së pacientëve me shërbimet shëndetësore të cilat i marrin, që njëherit paraqesin edhe indikatorin e progresit të reformës dhe të arriturave drejt përmirësimit të cilësisë dhe sigurisë, gjithëpërfshirjes dhe qasjes në shërbime shëndetësore për të gjithë qytetarët e vendit.

Republika e Kosovës
Republika Kosovo - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

MINISTRIA E SHËNDETËSISË /
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA / MINISTRY OF HEALTH

Shtojca 1: KORNIZA LOGJIKE – SSSh 2017 – 2021

Logjika e intervenimit	Indikatorët	Burimi i verifikimit	Supozime
OBJEKTIVA STRATEGJIKE I: RUAJTJA DHE PËRPARIMI I SHËNDETIT	Jetëgjatësia e pritshme e rritur në 72 vjet	Raporti vjetor, IKShPK	
Objektiva specifike 1: Promovimi i jetesës së shëndetshme	Pirja e duhanit bie për 3.5% në popullatën e përgjithshme	Raporti i STEPS-it, IKShPK	
R 1.1. Plani i veprimit për edukim dhe promovim shëndetësor i zbatuar	Raporti vjetor i KESh-it i dorëzuar në MSh duke filluar nga fundi i vitit 2017	Raporti vjetor, KESh	
R 1.2. Projekti "Shkollat për promovimin e shëndetit" i zbatuar	200 trajnime për konceptin e shkollave promovuese të mbajtura	Raporti vjetor, IKShPK	
Objektiva specifike 2: Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës	Mortaliteti perinatal i zbritur nën 10‰	Raporti perinatal, IKShPK	Raportimi i rregullt nga Institucionet shëndetësore
R 2.1.Plani i Veprimit për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës i zbatuar	Mortaliteti infantil i zbritur nën 10‰	Analiza e gjendjes shëndetësore, IKShPK	Ngritja e kapaciteteve të punëtorëve shëndetësor për edukim të nënave
Objektiva specifike 3: Zvogëlimi i incidencës së sëmundjeve ngjitëse	Shkalla e përfshirjes në vaksinim të rregullt e rritur në 95% (0-12 muaj)	Raporti vjetor, IKShPK	
R 3.1. Plani i veprimit për HIV/AIDS i zbatuar	Njësia referente diagnostikuese për HIV/ AIDS në IKShPK, për matjen e VL-së dhe gjenotipizimin e HIV-it, e themeluar	Raporti vjetor, IKShPK	Fuqizimi i resurseve humane
R 3.2. Plani i veprimit për TB i zbatuar	Incidenca e rasteve me TB ulet në 36/100,000 me trend epidemiologjik prej 3.5% në vit	Raporti nga Zyra për TB, MSh	
R 3.3. Plani i veprimit për rezistencën antimikrobike i zbatuar	100% shitje e antibiotikëve me recetë të mjekut	Raporti nga KNPKIS	
R 3.4. Masat për parandalimin e infeksioneve spitalore të implementuara	Niveli i zbatimit të higjienës së duarve rritet në 65%	Raporti nga KNPKIS	Divizioni i cilësisë i funksionalizuar

Objektiva specifike 4: Parandalimi dhe kontrolli i gjendjeve kronike	Përfshirja e 80% të nxënësve të shkollave të mesme të ulëta dhe të larta në edukim dhe promovim shëndetësor rreth sjelljeve të rrezikshme dhe faktorëve të rrezikut	Raporti vjetor, IKShPK	Koordinimi ndër-institucional
R 4.1. Hartimi i Strategjisë për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve kronike jo-ngjitëse	Strategjia për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve kronike jo-ngjitëse e aprovuar nga MSh	Dokumenti i aprovuar i strategjisë	
Objektiva specifike 5: Politikat e shëndetit për të gjithë	Vlerësimi i ndikimit të faktorëve mjedisor në shëndet i realizuar deri në fund të vitit 2017	Dokumenti i vlerësimit	
R 5.1. Strategjia për shëndetin mendor e zbatuar	Strategjia dhe plani i veprimit për shëndet mendor i reviduar deri në fund të vitit 2017 nga MSh	Strategjia e shëndetit mendor	
R 5.2. Komiteti shtetëror për shëndetin mjedisor i funksionalizuar	Komiteti shtetëror për shëndetin mjedisor funksional deri në fund të vitit 2017	Vendimi i Ministrit	
R 5.3. Shëndeti i grupeve te cenueshme i përmirësuar	Eliminimi i rasteve të helmimit me plumb	Raporti vjetor, IKShPK	
OBJEKTIVA STRATEGJIKE II: SIGURIMI I FINANCIMIT TË QËNDRUESHËM SHËNDETËSOR	Përqindja e qytetarëve që nuk kanë qasje në shërbime shëndetësore themelore për shkaqe ekonomike ulet për 5%	Raporti vjetor, IKShPK	
Objektiva specifike 1: Riorganizimi i financimit shëndetësor	Shërbimet nga lista themelore e kujdesit shëndetësor ofrohen nga Institucionet shëndetësore bazuar në kontratat e nënshkruara	Raporti vjetor, AFSh	
R 1.1. Agjencioni i Financimit Shëndetësor i funksionaizuar	Premiumete mbledhura nga të gjithë punonjësit në institucionet publike deri në fund të vitit 2017	Raporti vjetor, MeF	
R 1.2. Fondi i Sigurimeve Shëndetësore i funksionalizuar	Premiumet e mbledhura nga 50% e punonjësve në sektorin privat (me TVSh) duke filluar nga viti 2018, përqindje kjo që rritet për 15% çdo vit	Raporti vjetor, MeF	

R 1.3. Burimet financiare nga FSSh të shfrytëzuara në mënyrë efektive	Furnizim i plotë me ilaçe dhe materiale shpenzuese nga lista esenciale në të gjitha institucionet publike shëndetësore	Raport nga Divizioni Farmaceutik	
Objektiva specifike 2: Përfshierja e popullatës në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor	Premiumet e mbledhura nga 50% epopullatës për sigurimin shëndetësor të detyrueshëm	Raporti nga ATK	3.5% e pagesës së premiumeve sigurohet nga Qeveria
R 2.1. Pakoja themelore e shërbimeve shëndetësore e realizuar	Lista e kujdesit themelor shëndetësor e aprovuar në baza vjetore duke filluar nga viti 2016 nga Qeveria	Lista e aprovuar e kujdesit themelor shëndetësor	Ndarja e buxhetit për mbulimin e shërbimeve të pakos bazike, varet nga buxheti për shëndetësi si pjesë e GDP-së
Objektiva specifike 3: Ofrimi i shërbimeve shëndetësore të arritshme dhe të barabarta	Përqindja e qytetarëve që nuk kanë qasje në shërbime shëndetësore themelore për shkaqe ekonomike ulet për 5%	Raporti nga ASK	
R 3.1. Kontratat me tre nivelet e institucioneve shëndetësore të nënshkruara	Kontratat e shërbimit ndërmjet AFSh-së dhe ofruesve të shërbimeve shëndetësore nga pakoja bazike nënshkruhen me të gjitha institucionet publike në baza vjetore	Raporti vjetor, AFSh	Fondet për rekrutimin e stafit shtesë duhet të sigurohen
OBJEKTIVA STRATEGJIKE III: RIORGANIZIMI I SEKTORIT SHËNDETËSOR	Shkalla e shfrytëzueshmërisë së shtretërve rritet për 5% në vit	Raporti i analizës së gjendjes shëndetësore, IKShPK	
Objektiva specifike 1: Riorganizimi i MSh-së	Të gjitha pozitat e plotësuara bazuar në rregulloren e brendshme të MSh-së deri në fund të vitit 2017	Raportet e takimeve mujore të koordinimit të departamenteve	Lista e të punësuarve sipas organogramit e aprovuar nga MAP
R 1.1. Komiteti Këshillues për Reformën e sektorit shëndetësor i themeluar	Komiteti i themeluar deri në fund të vitit 2016	Vendimi i Ministrit	
R 1.2. Plani i burimeve njerëzore dhe zhvillimor i MSh-së i aprovuar	Plani i burimeve njerëzore dhe zhvillimor i MSh-së i hartuar	Plani i burimeve njerëzore, MSh	
R 1.3. Kapacitetet e stafit të fuqizuara	Plani i trajnimeve të stafit të MSh-së bazuar në përshkrimin e vendeve të punës, i përpiluar deri në fund të vitit 2016 dhe i përditësuar në baza vjetore	Plani i trajnimeve i MSh-së i përditësuar	

R 1.4. Partneriteti në sektorin shëndetësor i koordinuar	Harmonizimi i indikatorëve të projekteve nga donatorët me indikatorët e Strategjisë Sektoriale të Shëndetësisë	Raporti vjetor, DIEKP	GNPS i themeluar Të dhënat nga PMN- MIE të kompletuara nga donatorët
R 1.5. Mekanizmat monitorues funksional	Matrica e MV-së së SSSh-së e përpiluar dhe e përditësuar çdo 6 muaj duke filluar nga viti 2016	Matrica e MV-së	Aprovimi i plotësimit të pozitave për Divizionin e MV-së
Objektiva specifike 2: Funksionalizimi i Odave të Profesionistëve Shëndetësorë	Të gjitha detyrat e OPSh-ve përmbushen sipas 14 kompetencave të përcaktuara me Ligj deri në fillim të vitit 2019	Raportet vjetore, OPSh-të	Ministria e Financave ndan buxhet të pamjaftueshëm
R 2.1. Infrastruktura fizike për të gjitha OPSh-të e siguruar	5 OPSh kanë zyrat dhe hapësirat permanente për funksionim deri në fillim të vitit 2017	Observimi i objektit	Ministria e Administratës Publike ka identifikuar objektet për zyrat e të 5 OShP-ve
R 2.2. Administrata e OPSh-ve funksionale	100% e stafit të administratës së OPSh-ve të punësuar në bazë të Ligjit për OPSh-të deri në fillim të vitit 2017	Lista e të punësuarve në OPSh-të	MAP kufizon numrin e stafit administrativ të nevojshme për funksionimin e duhur të OShP-ve
R 2.3. Funksionet publike të bartura nga MSh te OPSh-të	Infrastruktura e zgjedhur ligjore për funksionalizimin e OPSh-ve e kompletuar deri në fillim të vitit 2017	UA të aprovuara Rregulloret e aprovuara	Vonesa të konsiderueshme në zhvillimin e legjislacionit adekuat për shkak të fondeve të pamjaftueshme të akorduara nga MF për bartjen e përgjegjësive nga MSh
R 2.4. OPSh-të përmbushin kompetencat bazuar në planin e tyre vjetor	70% e aktiviteteve të zgjedhura sipas planit të realizuara çdo vit duke filluar nga viti 2017	Raportet vjetore të Odave	Vonesa të konsiderueshme në zhvillimin e planeve vjetore për shkak të fondeve me vonesë dhe / ose të pamjaftueshme nga MSh
Objektiva specifike 3: Fuqizimi i Shërbimit Spitalor dhe Klinik Universitar të Kosovës	Procedurat e zgjedhura nga doracaku i veprimit të zbatuara në të gjitha njësitë spitalore të ShSKUK-së	Raporti vjetor i Divizionit të cilësisë, ShSKUK	

R 3.1. Struktura menaxheriale e ShSKUK-së e fuqizuara.	Statutet e 8 njësive spitalore të ShSKUK-së të aprovuara deri në fund të vitit 2016 nga MSh	Statutet e aprovuara	
R 3.2. Kapacitetet e inspektoratit shëndetësor të avansuara	36 inspektorë të rinj të punësuar nëInspektoratin shëndetësor	Regjistri i punëtorëve të Inspektoratit	0
R 3.3. Kapacitetet profesionale të ngritura bazuar në nevojat e identifikuara	8 njësitë spitalore hartojnë planin vjetor të zhvillimit të vazhdueshëm profesional	Plani i ZhVP-së	
R 3.4. Shërbimet për kontraktim të definuara nga secila njësi organizative e ShSKUK-së	Shërbimet e pakos bazike të kontraktuara me secilën njësi të ShSKUK-së	Lista e definuar e shërbimeve	
Objektiva specifike 4: Zbatimi i konceptit të mjekësisë familjare	80% e ekipeve të mjekësisë familjare kanë listat e tyre të pacientëve	Raportet nga ISh	Përzgjedhja e mjekut familjar nga qytetarët
R 4.1. Kapacitetet e ekipit të mjekësisë familjare të fuqizuara	250 mjekë familjarë të përfshirë në Shkollimin specialistik post-diplomik në mjekësi familjare (të plotësohet standardi 1 MF për 2000 banorë)	Raporti vjetor, QZhMF	
R 4.2. Kapacitetet menaxheriale në nivel të KPSh-së të përmirësuara	100% të menaxherëve të QKMF-ve të trajnuar për shkathtësi bazike menaxheriale	Raportet e trajnimeve, QZhMF	Përkrahja për ngritjen e kapaciteteve menaxheriale
R 4.3. Vetëdijësimi i popullatës i ngritur për shërbime të MF-së	Plani operativ për promovim të konceptit të mjekësisë familjare i përpiluar çdo vit duke filluar nga 2016	Raporti vjetor, QZhMF	
R 4.4. Sigurimi i pajisjeve mjekësore për përmbushjen e kushteve për qasje të barabartë në shërbime shëndetësore	90% e institucioneve në KPSh janë të furnizuara me pajisjet bazike për shërbimet e MF	Raporti vjetor, QZhMF	Përkrahja e donatorëve e siguruar
R 4.5. Standardet e reviduara të cilësisë dhe sigurisë në KPSh të zbatuara	90% e Institucioneve në KPSh zbatojnë standardet e zgjedhura	Raport nga Divizioni i cilësisë, MSh	
R 4.6. Ekipet e MF ofrojnë shërbime bazuar në UPK	20 UPK të aprovuara dhe shpërndara në të gjitha institucionet e KPSh deri në fund të vitit 2016	Raportet e auditit klinik, QZhMF	

Objektiva specifike 5: SISh-i i integruar dhe funksional në të gjitha institucionet	Të gjitha stacionet e SISh-it janë të arritshme për sistemin deri në fund të vitit 2016	Raporti i Departamentit të SISh-it	Standardet e operimit të TI për SISh të përcaktuara sipas MSh aplikohen nga të gjitha ISh-të
R 5.1. Infrastruktura e TI-së në të gjitha institucionet shëndetësore e integruar	Të gjitha institucionet shëndetësore publike në të gjitha nivelet e kujdesit të pajisura me TI nga fundi i vitit 2017	Raportet mujore të institucioneve shëndetësore publike	
R 5.2. Softueri i SISh-it në të gjitha institucionet shëndetësore i integruar	Të gjitha IPSh-të raportojnë në të gjitha nivelet e kujdesit të pajisura me softuer të SISh-it nga fundi i vitit 2017	Raporti i Qendrës Operative Kombëtare	Mirëmbajtja e Data qendrës në MAP
R 5.3. Korniza ligjore për SISh e kompletuar	5 akte nënligjore për SISh të aprovuara nga MSh	Gazeta zyrtare	
R 5.4. Kapacitetet për operimin dhe mirëmbajtjen e SISh-it të siguruara	Kontrata trevjeçare me operatorët ekonomik për mirëmbajtje të SISh e përtrirë nga MSh	Kontrata e nënshkruar	Modalitetet dhe qëndrueshmëria finansiare e funksionalizimit të SISh e siguruar nga MF
R 5.5. Trajnimet për administruesit dhe menaxhuesit e sistemit të realizuara	100% e operatorëve të trajnuar për SISh	Raporti i Deparatmentit të SISh-it	Modalitetet dhe qëndrueshmëria finansiare e funksionalizimit të SISh e siguruar nga MF
R 5.6. Bashkëpunimi ndër-sektorial, rajonal dhe ndërkombëtar për mbledhjen dhe raportimin e të dhënave i përparuar	50 tregues shëndetësorë raportohen në EUROSTAT	Databaza e EUROSTAT-it	Kosova ka nënshkruar MSA me BE-në
Objektiva specifike 6: Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë dhe sigurisë, standardeve dhe akreditimit	100% e institucioneve të KDSh dhe KTSh ofrojnë shërbime bazuar në UPK-të e aprovuara	Raporti i auditeve klinike UPK-të e miratuara	
R 6.1. Standardet e kujdesit shëndetësor të zbatuara	80% e institucioneve të nivelit dytësor dhe tretësor zbatojnë standardet e zgjedhura deri në fund të vitit 2017	Raport nga Divizioni i cilësisë	

R 6.3. Plani kombëtar për akreditim i hartuar	Plani kombëtar për akreditim i aprovuar deri në fund të 2019	Vendimi për aprovim të planit	
Objektiva specifike 7: Përmirësimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore	Standardi i OBSh-së për shkallën e infeksioneve spitalore në ShSKUK i arritur	Raporti vjetor i Bordit për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve brenda-spitalore	
R 7.1. Shërbimet shëndetësore të integruara në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor	Udhëzimi Administrativ për sistemin e referimit i aprovuar deri në fund të vitit 2016	Udhëzimi Administrativ i nënshkruar	
R 7.2. Programet e skriningut të hartuara	Programet e skriningut për kancerin e gjirit, kancerin cervikal dhe kancerin kolorektal të aprovuara nga MSh deri në fund të vitit 2017	Programet e skriningut të aprovuara	Mospërgjigja e popullatës në programet e skriningut
R 7.3. Ndërtimi i infrastrukturës funksionale shëndetësore	Kirurgjia pediatrike dhe Klinika e re e Emeregjencës në ShSKUK të themeluara deri në fund të vitit 2018	Pranimi teknik i Kirurgjisë pediatrike dhe i Klinikës së re të Emergjencës	
R 7.4. Kapacitetet për vlerësimin e teknologjisë mjekësore të avansuara	Softueri për inventarizimin e pajisjeve në ISh përditësohet duke shtuar pajisjet mjekësore deri në fund të vitit 2016	Raporti vjetor i aseteve (pajisjeve) të institucioneve shëndetësore	
R 7.5. Menaxhimi i produkteve mjekësore i përmirësuar në kujdesin parësor shëndetësor.	Ngritja e nivelit të furnizimit me produkte mjekësore të institucioneve shëndetësore në 95% nga lista esenciale	Raporti vjetor i DPh, AFSh	