



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

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

REPUBLIKA E KOSOVËS-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVËS-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVLJA-MINISTRY OF HEALTH	
Njësia Org. Org. Jedinica Org. Unit	01
Nr. Prot. Broj Prot. Prot. No.	05-7255
Nr. ifaqve Br. stranice No pages	-12-
Data: Datum: Date:	18.09.2025
Prishtinë / s	

Nr:142/IX/2025
Datë:18.09.2025

Zëvendësministri i Ministrisë i Shëndetësisë, në mbështetje të nenit 145, pika 2 të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 11 dhe 16 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencive të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 Mars 2019), nenit 12 paragrafi 4 të Ligjit nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregullores (QRK) Nr.14/2023 për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive Shtojca 1 paragrafi 6 nëparagrafi 6.1, si dhe Kërkesës me nr. prot. 05-7103 datë 17.09.2025, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Plani i veprimit për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension në kujdesin dytësor shëndetësor 2025-2026.
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Plani i veprimit për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension në kujdesin dytësor shëndetësor 2025-2026.
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Zëvendësministri i Shëndetësisë.

Dr. Arsim Berisha

Zëvendësminister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit të Përgjithshëm;
- DPSSH;
- Departamentit ligjor
- Arkivit të MSh-së.





Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

PLANI I VEPRIMIT

VETË MENAXHIMI I PACIENTËVE ME DIABET DHE HIPERTENSION NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR 2025 - 2026

Prishtinë, 2025

Përmbajtja

Përmbledhje Ekzekutive	4
I. HYRJE	5
II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT	7
2.1 Objektivat	7
III. RËNDËSIA E PROGRAMIT PËR VETË MENAXHIMIN E PACIENTËVE ME DIABET DHE HIPERTENSION	8
3.1 Monitorimi në distancë	8
3.2 Kriteret për përfshirjen e pacientëve në program	8
3.2.1 Kriteret Klinike	8
3.2.2 Kriteret diagnostike	9
3.2.3 Kriteret Demografike	9
3.2.4 Kriteret Sociale	9
3.3 Hapësirat spitalore	10
3.4 Burimet njerëzore	10
3.5 Programi i trajnimit.....	10
IV. APLIKACIONI DIGJITAL DHE PAJISJET	12
V. MONITORIMI DHE VLERËSIMI	13
VI. Ndikimi buxhetor dhe zbatimi i planit të veprimit	15

Shkurtesat

ASDP	Asociacioni i të Sëmuarve me Diabet në Pejë
DM	Diabeti Melit
EKG	Elektrokardiogram
HbA1c	Hemoglobinë e glykogjenizuar
HTA	Hipertensioni Arterial
ICV	Insulti Cerebro Vaskular
IHS	Projekti Shërbime te Integruara Shëndetësore
IMT (BMI)	Indeksi i Masës Trupore (Body Mass Index)
ISh	Institucionet Shëndetësore
KDSh	Kujdesi Dytësor Shëndetësor
KPSH	Kujdesi Parësor Shëndetësor
MSh	Ministria e Shëndetësisë
OIK	Oda e Infermierëve të Kosovës
OMK	Oda e Mjekëve të Kosovës
PRAK	Patients' Rights Association in Kosovo (Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë)
PSO	Procedura Standarde Operative
QKMF	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare
SDC	Agjencioni Zviceran për Zhvillim dhe Bashkëpunim
SKV	Sëmundje Kardio Vaskulare
SP	Spitali i Përgjithshëm
Swiss TPH	Instituti Zviceran për Shëndet Publik dhe Sëmundjet Tropikale
SHSKUK	Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës

Përmbledhje Ekzekutive

Programi për Vetë-Menaxhimin e Pacientëve me Diabet dhe Hipertension synon të përmirësojë kujdesin shëndetësor për pacientët në nevojë, duke u përqendruar në edukimin dhe monitorimin e tyre në distancë. Ky program synon të sigurojë një qasje të përmirësuar për pacientët, duke përfshirë përdorimin e aplikacioneve dhe pajisjeve digjitale për monitorim në distancë.

Qëllimi kryesor i programit është të ofrojë një qasje më efektive për menaxhimin e sëmundjeve kronike si diabeti dhe hipertensioni. Kjo do të realizohet përmes identifikimit dhe përzgjedhjes së pacientëve për përfshirje në program, ofrimit të njohurive dhe aftësive për menaxhimin e sëmundjeve, përdorimit të pajisjeve dhe aplikacioneve digjitale për monitorim në distancë, si dhe përmirësimit të bashkëpunimit mes niveleve të kujdesit shëndetësor.

Kriteret për përfshirjen e pacientëve janë të përcaktuara në kategori të ndryshme duke përfshirë kriteret klinike, diagnostike, demografike dhe sociale. Programi synon të përmirësojë cilësinë e kujdesit shëndetësor për popullatën, veçanërisht për grupet e marginalizuara që kanë kufizim në qasje në shërbimet shëndetësore.

Trajnime të specializuara do të ofrohen për profesionistët shëndetësor dhe pacientët, fokusuar në menaxhimin e sëmundjes, rëndësinë e aktivitetit fizik, dietën, përdorimin e pajisjeve dhe aplikacioneve për monitorim në distancë.

Pacientët do të përdorin aplikacione dhe pajisje digjitale për të monitoruar parametrat e tyre shëndetësorë dhe për të raportuar ato tek profesionistët shëndetësorë. Ky program synon të përmirësojë bashkëpunimin mes niveleve të kujdesit shëndetësor dhe të sigurojë një përvojë kohezive për pacientët brenda sistemit shëndetësor.

Hapësirat në spitalet partner do të përdoren për aktivitete të ndryshme si edukimi i pacientëve, monitorimi në distancë dhe vizitat e tyre. Përveç kësaj, do të ketë staf të dedikuar për zbatimin e këtij programi në nivel lokal.

Financimi i programit do të realizohet nga projekti HIS, ndërsa MSh është Institucioni udhëheqës. Programi do të fillojë si një fazë pilot për testimin e efikasitetit dhe pastaj do të zgjerohet në Institucionet e tjera.

Për suksesin e programit, do të kryhet një monitorim i vazhdueshëm i rezultateve shëndetësore të pacientëve dhe vlerësime periodike të efikasitetit të programit. Ky program do të zbatohet në bashkëpunim me Institucionet KPSH dhe KDSH për të siguruar një kujdes shëndetësor sa më cilësor dhe të qëndrueshëm për pacientët me diabet dhe hipertension në Kosovë.

Në përpjekjen për të zvogëluar barrën e sistemit shëndetësor dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës së pacientëve, ky program siguron një qasje inovative dhe të përballueshme për të gjithë ata që vuajnë nga këto sëmundje kronike. Nëpërmjet përdorimit të teknologjisë dhe trajnimeve të dedikuara, synohet të sigurohet një mënyrë efikase e trajtimit dhe monitorimit, duke theksuar në edukimin e pacientëve për vetë-menaxhimin e tyre.

I. HYRJE

Mënyrat e monitorimit të pacienteve në distance u mundëson profesionistëve shëndetësorë të monitorojnë sëmundjen dhe përparimin e simptomave nga distanca dhe më pas angazhimin virtual me pacientet për të modifikuar planet e kujdesit dhe për të ofruar edukim për vetë-menaxhim, bazuar në ndryshimet e gjendjes së pacienteve”¹

Mënyrat e monitorimit nga distanca sjellin përfitimet e mëposhtme për pacientët, sistemin shëndetësor, profesionistët shëndetësor dhe shoqërinë në përgjithësi:

Mundëson shkëmbim të vazhdueshëm të informacioneve ndërmjet pacientëve dhe profesionistëve shëndetësor, që rezulton në përcjelljen më të afërt të gjendjes së pacientit, si dhe ndërhyrjet klinike dhe teknike të sakta dhe me kohë.²

Kjo është veçanërisht e rëndësishme tek sëmundjet kronike pasi që një monitorim i vazhdueshëm nga distanca mundëson parandalimin e përkeqësimeve të atyre gjendjeve apo edhe përfundimet fatale.³

Pacientët me DM dhe HTA, tek të cilët aplikohet monitorimi në distance, kanë treguar reduktim të konsiderueshëm të HbA1c, përmirësim të cilësisë së jetesës, menaxhim me te pavarur të sëmundjes, qasje me te lehte në kujdesin shëndetësor, si dhe reduktim të pabarazive.⁴

Po ashtu rezultojnë të jenë efektive dhe shpesh alternativë e përshtatshme për grupet e marginalizuara që përballen me kufizime në qasje në institucionet shëndetësore për shkak të distancës gjeografike, moshës, kushteve fizike ose kufizimeve kohore, uljen e kostove, numrit të hospitalizimeve dhe qëndrimit në spital.⁵

Gjatë vitit 2023 bazuar në analizën e statistikave të pacientëve të hospitalizuar në Spitalet e Përgjithshme në Gjakovë dhe Pejë në një periudhë gjashtë (6) mujore, është evidentuar se shumica e pacientëve që shtrihen në spital më shumë se dy (2) herë brenda kësaj periudhe, përveç DM dhe HTA, vuajnë edhe nga sëmundje të tjera si rezultat i komplikimeve të sëmundjeve bazë.

Me qëllim të evitimit të hospitalizimeve të shpeshta, përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore, parandalimin e komplikimeve të hershme të DM dhe HTA, në përputhje me kërkesat dhe rekomandimet e profesionistëve shëndetësorë të këtyre dy spitaleve, është propozuar që të zhvillohet programi i monitorimit në distancë i cili përkrah pacientët për vetë-menaxhim të

¹ HIMSS. Remote Patient Monitoring: COVID-19 Applications and Policy Challenges. Accessed November 28, 2021. <https://www.himss.org/news/remote-patient-monitoring-covid-19>

² Health Advances. The Changing Fortunes of Telemedicine in Europe – Past, Present, and Future beyond COVID-19. Published May 6, 2022. Accessed February 15, 2022. <https://healthadvancesblog.com>

³ Dinesen B, Haesum LKE, Soerensen N, et al. Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: a case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2012;18 (4). doi:10.1258/jtt.2012.110704

⁴ Bond CS, Worswick L. Self Management and Telehealth: Lessons Learnt from the Evaluation of a Dorset Telehealth Program. *Patient*. 2015;8(4):311-6. doi:10.1007/s40271-014-0091-y. PMID: 25315192

⁵ Centers for Disease Control and Prevention. Using Telehealth to Expand Access to Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic.; 2020. Accessed November 26, 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.htm>

sëmundjes së DM dhe HTA përmes edukimit shëndetësor, pajisjeve dhe aplikacioneve të dedikuara për këtë qëllim.

Gjatë periudhës së vitit 2024 është realizuar zbatimi i aktiviteti i cili po ashtu është në vazhdimësi edhe gjatë vitit 2025, si dhe një monitorimi i tillë do të vazhdojë edhe në vitin 2026.

Përmes projektit IHS është mbështetur studimi për të vlerësuar fizibilitetin, pranueshmërinë dhe përdorimin e aplikacionit mobil “MonitoriLM”, i krijuar për të përmirësuar vetë menaxhimin e diabetit.

Bazuar në gjetjet preliminare, analiza kualitative me 16 pacientë tregoi shkallë të lartë të përdorimit të aplikacionit. Pacientët raportuan ndryshime pozitive në sjellje dhe menaxhim të sëmundjes, përfshirë monitorim më të qëndrueshëm të nivelit të glukozës dhe tensionit të gjakut, komunikim më të shpejtë dhe më efektiv me ofruesit e kujdesit shëndetësor, siguri emocionale përmes përgjigjeve në kohë, njohuri të përmirësuara rreth diabetit dhe menaxhimit të stilit të jetesës, si dhe përfshirje më të madhe të pjesëtarëve të familjes në kujdes.

Përditësimi i këtij plani të veprimi për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension në KDSH është angazhim i përbashkët i MSh dhe Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) në Kosovë, përmes Projektit “Shërbimet Shëndetësore të Integruara” (IHS) dhe i zbatuar nga Instituti Zviceran për Shëndet Publik dhe Sëmundjet Tropikale (Swiss TPH).

Plani i veprimit është hartuar nga grupi punues gjithëpërfshirës (MSh-së, KPSH, KDSH, PRAK, ASDP, ekspertët e angazhuar nga IHS) të emëruar nga Sekretari i Përgjithshëm i MSh.

II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

Përditësimi i këtij plani për Programin për Vetë Menaxhim të Pacientëve me DM dhe HTA në Kosovë ka për qëllim vazhdimin e aktiviteteve në kontrollin, parandalimin e komplikimeve si dhe përmirësimin e kualitetit të jetesës, përmes edukimit dhe monitorimit në distancë.

Ky program përfshin në mënyrë aktive pacientët për të menaxhuar më mirë shëndetin e tyre nën monitorimin e vazhdueshëm në distancë nga profesionistët shëndetësor.

2.1 Objektivat

- Të identifikohen dhe përzgjidhen pacientët që i plotësojnë kriteret për përfshirjen në këtë program;
- Të ju ofrohen pacientëve njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për vetë menaxhimin e DM dhe HTA;
- Të sigurohen mjetet për vetë menaxhim dhe monitorim e DM dhe HTA në distancë;
- Të sigurohet mirëmbajtja dhe qëndrueshmëria e aplikacionit digjital për DM dhe HTA;
- Të fuqizohet bashkëpunimi i nivelit të KPSH dhe KDSH;
- Të përmirësohet cilësia e kujdesit shëndetësor për popullatën e marginalizuar.

III. RËNDËSIA E PROGRAMIT PËR VETË MENAXHIMIN E PACIENTËVE ME DIABET DHE HIPERTENSION

Programi siguron që pacientët të marrin njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të menaxhuar më mirë DM dhe HTA. Kjo do të çojë në përmirësimin e shëndetit të tyre, zvogëlimin e rrezikut të komplikimeve serioze dhe uljen e shpenzimeve shëndetësore. Duke përmirësuar menaxhimin e DM dhe HTA në nivelin komunitar, programi do të ndihmojë në zvogëlimin e hospitalizimeve të shpeshta, uljen e ngarkesës në sistemin shëndetësor, lirim të hapësirave të nevojshme për pacientët në gjendje më të rënduar shëndetësore.

Programi mundëson monitorim në distancë të pacientëve, për të siguruar përcjellje të vazhdueshme të gjendjes së tyre shëndetësore, fuqizon pacientët për të marrë kontrollin mbi shëndetin e tyre nëpërmjet edukimit shëndetësorë dhe për përdorimin e pajisjeve që do t'ju mundësojnë ndjekjen e planit individual të menaxhimit.

Ndihmon në përmirësimin e bashkëpunimit mes nivelit të KPSH dhe KDSH, ku do të sigurojë që pacientët të kenë një përvojë kohezive dhe të koordinuar në sistemin shëndetësor, si dhe siguron që edhe ata që janë në rrezik më të madh ose kanë më pak qasje në kujdesin shëndetësor të kenë mundësi të njëjta për menaxhimin e DM dhe HTA.

3.1 Monitorimi në distancë

Monitorimi në distancë realizohet përmes mjeteve digjitale dhe aplikacionit të specializuar që ju mundëson pacientëve të monitorojnë parametrat e tyre shëndetësorë dhe t'i ndajnë ato me profesionistët shëndetësorë. Monitorimi në distancë përfshinë:

- Matjen e glikemisë në gjak;
- Matjen e presionit të gjakut dhe pulsit;
- Mënyrën e të ushqyerit;
- Aktivitetin fizik.

3.2 Kriteret për përfshirjen e pacientëve në program

Për të siguruar që programi të përfshijë pacientët e duhur, janë vendosur kritere të caktuara për përfshirjen e tyre. Këto kritere janë të ndarë në katër (4) kategori:

3.2.1 Kriteret Klinike

1. Diabet i pakontrolluar;
2. Hipertension i pa kontrolluar;
3. Pacientët rezistent ndaj terapisë diabetike dhe hipertensive;

4. Pacientët me komplikime kronike të avancuara të diabetit siç janë: komplikimet mikrovaskulare (retinopatia, nefropatia dhe neuropatia diabetike) dhe komplikimet makrovaskulare (shputa diabetike, SKV, cerebrovaskulare dhe arterieve periferike)
5. Pacientët që kanë nevojë për trajtim të specializuar për shkak të komplikimeve të DM ose HTA.

3.2.2 Kriteret diagnostike

1. Pacientët me nivel të lartë të glikemisë në gjak (glikemia >16 mmol/L) me vështirësi në kontrollimin e glikemisë;
2. Pacientët që kanë vlerat e HbA1c $>10\%$;
3. Shtypja e gjakut e pa kontrolluar më e lartë se $\geq 160/100$ mmHg;
4. Vlera e IMT (BMI) >40 , ose >35 nëse është i lidhur me komorbiditete;
5. Pacientët në rrezik për hipoglikemi (krizë hipoglikemike më shumë se një herë brenda vitit);
6. Humbje në peshë (element për ketozë dhe ketoacidozë);
7. Shenjat dhe simptomat e neuropatisë (dhimbje e madhe e këmbëve, humbja e ndjeshmërisë së këmbëve);
8. Pacientët në rrezik për shfaqjen e shputës diabetike;
9. Ndryshimet në EKG (shenja të hipertrofisë së ventrikulit të majtë);
10. Dislipidemi.

3.2.3 Kriteret Demografike

1. Pacientët e hospitalizuar më shumë se dy herë brenda gjashtë (6) muajve;
2. Pacientët të cilët kanë faktorë të lartë të rrezikut, histori pozitive për SKV, obezitet dhe diabet;
3. Pacientët me sëmundje tjera të rënda kronike që kërkojnë kujdes të veçantë (si hipertensioni, sëmundjet kronike të veshkave, SKV, ICV, Dislipidemia, etj.).

3.2.4 Kriteret Sociale

1. Pacientë të cilët janë vulnerabël dhe me qasje të kufizuar në shërbimet shëndetësore;
2. Pacientë me lëvizje të kufizuar dhe probleme në të pamur;
3. Pacientë të aftë për të përdorur pajisje digjitale, apo me anëtarë të familjes që mund t'i asistojnë ata në përdorimin e pajisjeve digjitale;
4. Të posedojnë telefon të mençur dhe të jetë funksional;

5. Pacientë të cilët nuk kanë njohuri rreth sëmundjes së diabetit dhe hipertensionit dhe kanë nevojë për edukim shëndetësor.

Pacientët duhet të plotësojnë të paktën 8 nga 23 kriteret për të qenë pjesë e këtij programi:

- I. Kriteret klinike (duhet të plotësohen të paktën 2);
- II. Kriteret diagnostike (duhet të plotësohen të paktën 3);
- III. Kriteret demografike (duhet të plotësohet të paktën 1);
- IV. Kriteret sociale (duhet të plotësohen të paktën 2).

3.3 Hapësirat spitalore

Për vazhdimësinë e zbatimit të këtij program, janë siguruar hapësirat e nevojshme brenda Spitaleve të Përgjithshme në Pejë dhe Gjakovë, për aktivitetet e parapara sipas këtij plani të veprimit, përfshirë dhomat për edukimin e pacientëve, për pajisjet për monitorimin në distancë dhe për vizitat e pacientëve.

3.4 Burimet njerëzore

Gjatë vitit 2024, në të dy spitalet e përgjithshme (Gjakovë dhe Pejë), si dhe të dy QKMF-ve (Gjakovë dhe Pejë), është realizuar trajnimi për trajner dhe trajnimi i stafit shëndetësor, për zbatimin e programit për vetë menaxhimin e pacientëve me diabet dhe hipertension. Po ashtu është realizuar trajnimi i stafit, pacientëve dhe familjarëve për përdorimin e aplikacionit. Me qëllim të zbatimit të programeve të cekura, dy spitalet e përgjithshme (Gjakovë, Pejë) duhet të riorganizojnë punën e tyre përmes rritjes së kapaciteteve njerëzore, si dhe bashkëpunimin me institucionet e KPSH.

Gjatë vitit 2025 dhe 2026 do të realizohen trajnime për profesionistët shëndetësor për përdorim të këtij aplikacioni. Nga QKMF Pejë dhe QKMF Gjakovë do të marrin pjesë në trajnim rreth 40 pjesëmarrës (mjek familjar dhe infermier familjar), si dhe nga SP Pejë dhe Gjakovë do të marrin pjesë rreth 40 pjesëmarrës (mjek specialistë dhe infermierë).

Trajnimi i profesionistëve shëndetësor për zbatimin e PSO të programit për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension do të realizohet gjatë vitit 2026, ku pjesëmarrës do të jenë rreth 60 profesionistë shëndetësor (QKMF Pejë dhe Gjakovë & SP Pejë dhe Gjakovë), si dhe 10 përfaqësues nga Shoqata e Pacientëve me Diabet në Pejë.

3.5 Programi i trajnimit

Bazuar në planin e veprimit për vetë menaxhimin e pacientëve me diabet dhe hipertension 2024, janë realizuar trajnime për profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët, me fokus në tema si menaxhimi i sëmundjes, terapia – dieta ushqimore, aktiviteti fizik dhe përdorimi i pajisjeve.

Gjatë vitit 2025-2026 do të realizohen aktivitetet trajnuese specifike për profesionistët shëndetësor dhe pacientët e përzgjedhur.

Modulet trajnuese për pacientin dhe anëtarë e familjes:

- Informatat rreth sëmundjes;
- Rëndësia e vizitave të rregullta sipas rekomandimeve të mjekut;
- Rëndësia e matjes/monitorimit të parametrave;
- Evidentimi i saktë i vlerave të glikemisë dhe TA;
- Udhëzime për menaxhimin e barnave/administrimi i barnave;
- Udhëzime për mënyrën e rimbursimit për barnat;
- Rëndësia e stilit të drejtë të jetës (aktiviteti fizik, ushqyeshmëria e drejtë, menaxhimi i stresit);
- Instruksionet për përdorimin e pajisjeve për monitorim në distancë, dokumentimi dhe monitorimi i rezultateve;
- Reagimi në raste emergjente.

Trajnimi një ditë për pacientë dhe familjarët e tyre që jetojnë me pacientin (grupet ndaras në Pejë dhe Gjakovë).

IV. APLIKACIONI DIGJITAL DHE PAJISJET

Pacientët do të përdorin aplikacionin digjital dhe pajisjet për të monitoruar dhe raportuar parametrat e tyre shëndetësorë. Këto pajisje do të përfshijnë aplikacionin e instaluar në telefonin e mençur, që mundësojnë informimin dhe vendosjen e vlerave të glikemisë në gjak, tensionit arterial dhe pulsën.

Programi synon të përmirësojë bashkëpunimin në mes niveleve të KPSH dhe KDSH, i cili do të realizohet përmes trajnimeve dhe koordinimit të shërbimeve në të dy nivelet e kujdesit shëndetësor.

Pas përfundimit të pilotimit në dy qendrat shëndetësore, Pejë dhe Gjakovë, aplikacioni digjital do të bartet dhe mbikëqyret nga Ministria e Shëndetësisë.

V. MONITORIMI DHE VLERËSIMI

Monitorimi i zbatimit të planit të veprimit do të bëhet nga grupi punues i emëruar me vendim nga Sekretari i Përgjithshëm në MSh.

Realizimi i aktiviteteve për monitorimin dhe raportimin e zbatimit të planit të veprimit do të mundësojnë sigurimin e të dhënave të bazuara në dëshmi lidhur me arritjen e objektivave të përcaktuara në këtë dokument. Qëllimi i monitorimit është ofrimi i raporteve lidhur me zbatimin e planit të veprimit, sipas të dhënave zyrtare, të cilat do të shërbejnë për vendime të bazuara në dëshmi për MSh-në.

Bazuar në aktivitetet e përshkruara në plan të veprimit, monitoron këto aktivitete sipas periudhës dhe frekuencës së përcaktuar dhe raportohen në MSh duke siguruar që institucionet dhe departamentet përgjegjëse të ofrojnë llogaridhënie në rast të mos zbatimit të detyrave dhe aktiviteteve të planifikuara.

Ky proces do të ndikoj në ndryshimin dhe plotësimin vjetor të planit të veprimit. Parim udhëheqës gjatë procesit të monitorimit dhe vlerësimit është gjithë përfshirja, ku në proces të monitorimit dhe vlerësimit do të përfshihen të gjithë akterët dhe institucionet hisedare në këtë fushë përmes shfrytëzimit të kapaciteteve institucionale, procedurave të brendshme dhe mekanizmave tjerë administrativë që lidhin dhe mundësojnë komunikimin e institucioneve shëndetësore mes vete.

Në këtë proces, theksi është vënë në përdorimin e mekanizmave ekzistues për mbledhjen, agregimin, analizën dhe diseminimin e të dhënave në kuadër të Ministrisë dhe institucioneve tjera të përfshira. Ky dokument përfshin një numër të aktiviteteve në nivele të ndryshme të zbatimit për periudhën kohore të përcaktuar në dokument, duke shfrytëzuar burime të informatave, raportime në periudha të rregullta përmes strukturave të përcaktuara të procesit të monitorimit.

Raportimi i zbatimit të aktiviteteve, sfidave eventuale dhe rekomandimet për ndryshime, do të jenë periodike dhe me kohë. Kjo do të mundësojë adresimin në kohën e duhur nga gjetjet e raporteve, për qëllim orientimin e politikave për shërbimet e ofruara në SP Gjakovë dhe Pejë.

Rezultatet e pritura nga procesi i monitorimit dhe vlerësimit do të mundësojnë edhe ofrimin e informatave kthyes efektive dhe me kohë për të gjitha grupet e interesit, ofrimin e raporteve të performancës së tyre, raportet fillestare ku janë të përcaktuara vlerat bazë të treguesve krahasuar me vlerat e pritshme dhe të dëshirueshme, raportet periodike të progresit si dhe raportet vjetore të performancës.

Vlerësimi përfundimtar i dokumentit do të ofroj të dhëna të bazuara në dëshmi të cilat do të shfrytëzohen si bazë për përcaktimin e kaheve strategjike në periudhat e ardhshme si dhe hartimin e dokumenteve tjera në vazhdimësi. Raportimi i monitorimit të progresit, zbatimit dhe arritjeve të Planit të Veprimit do t'i prezantohet të gjitha institucioneve hisedarë si dhe instancave përkatëse në baza të rregullta dhe kur është e nevojshme edhe publikut.

Bazuar në rezultatet preliminare të studimit siç u tha më lartë, sugjerohet:

- Rritja e përfshirjes së punonjësve shëndetësor përmes trajnimeve të vazhdueshme, stimulimeve dhe integritit të rrjedhës së punës;
- Zgjerimi i procesit të regjistrimit dhe përcjelljes së pacientëve për të ngritur njohuritë e tyre digjitale dhe për të nxitur përdorimin rutinë të aplikacionit dhe pajisjeve;
- Rritja e shkallës së përfshirjes të kujdestarëve dhe pjesëtarëve të familjes për t'i mbështetur pacientët me aftësi të kufizuara të përdorimit të teknologjisë;
- Sigurimi i mbështetjes së vazhdueshme për të parandaluar ndërprerjen e përdorimit të aplikacionit.

VI. Ndikimi buxhetor dhe zbatimi i planit të veprimit

Plani i veprimit është me financim të përbashkët nga Ministria e Shëndetësisë dhe donatori (burimet njerëzore, infrastruktura). Ky dokument përfshinë planin e veprimit për vitin 2025 – 2026 për të siguruar që programi të jetë i qëndrueshëm dhe i financuar në të ardhmen.

Plani i veprimit do të zbatohet në dy spitalet e përgjithshme në Gjakovë dhe Pejë, në mbështetje të plotë nga Ministria e Shëndetësisë dhe në bashkëpunim me SHSKUK. Zbatimi i këtij plani të veprimit do të realizohet me mbështetjen e projektit IHS.

Megjithatë, Projekti IHS përmes MSh dhe në bashkëpunim me institucionet përgjegjëse për zbatimin e Planit të Veprimit për arritjen e objektivave, do të angazhohet dhe do të zbatojë një kombinim masash që përfshijnë përmirësimin e politikave dhe standardeve profesionale, promovimin dhe edukimin shëndetësor si mekanizëm për avancimin e shëndetit të qytetarëve në regjionin e Gjakovës, Pejës dhe më gjerë, ndërtimin e kapaciteteve të profesionistëve shëndetësor për intervenimet e bazuara në evidencë, sigurimin e kushteve infrastrukturore dhe pajisjeve në SP Gjakovë dhe Pejë.

PLANI I VEPRIMIT

Plani i veprimit për vetë menaxhim të pacientëve me Diabet dhe Hipertension në Kujdesin Dytësor Shëndetësor 2025 - 2026							
Objektiva: Zbatimi i programit për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension në Spitalin e Përgjithshëm Pejë dhe Gjakovë							
Aktiviteti 1 Pacientet	Afati i zbatimit	Kostoja totale		Burimi financimit	Inst. udhëheqës	Inst. mbështetës	Produkti
		2025	2026				
1.1 Identifikimi dhe përzgjedhja e pacientëve për përfshirjen në program	2025-2026	/	/	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë)	Lista e pacientëve e plotësuar/finale
Aktiviteti 2 Pajisjet	Afati i zbatimit	Kostoja totale		Burimi financimit	Inst. udhëheqës	Inst. mbështetës	Produkti
		2025	2026				
2.1 Sigurimi i pajisjeve (gliko metër, test trakë, lanceta, tensimetër digjital)	TM4 2025 TM1-TM3 2026	11,100.00 €	18,100.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë)	Pakot e siguruara Së paku 60 pako për pacientët e rinjë në të dy Spitalet e Përgjithshme, ndërsa materiali shpenzues sigurohet në vazhdimësi
2.2 Integrimi i aplikacionit digjital në BHIS dhe mirëmbajtja e tij (hostimi)	TM3-TM4 2025 TM1-TM4 2026	2,500.00 €	5,000.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë)	Mirëmbajtja e aplikacionit dhe procedurat e bartjes në MSH për integrim në BHIS gjatë vitit 2026
Aktiviteti 3 Burimet njerëzore	Afati i zbatimit	Kostoja totale		Burimi financimit	Inst. udhëheqës	Inst. mbështetës	Produkti
		2025	2026				
3.1 Hartimi i PSO për zbatimin e programit për vetë menaxhim të pacientëve me diabet	TM1-TM2 2026	/	2,000.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë	PSO e hartuar dhe e miratuar
3.2 Hartimi i PSO për zbatimin e programit për vetë menaxhim të pacientëve me hipertension	TM1-TM2 2026	/	2,000.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë	PSO e hartuar dhe e miratuar
3.3 Trajnimi i profesionistëve shëndetësor për zbatimin e PSO për vetë menaxhim të pacientëve me diabet dhe hipertension	TM1-TM2 2026	/	8,000.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë),	30 profesionistë shëndetësor të trajnuar nga SP Pejë dhe QKMF Pejë;

						QKMF Pejë dhe Gjakovë, ASDP, OMK, OIK	30 profesionistë shëndetësor të trajnuar nga SP Gjakovë dhe QKMF Gjakovë; 10 përfaqësues nga ASDP.
3.4 Trajnimi i profesionistëve shëndetësor për përdorim të aplikacionit për vetë menaxhimin e pacientëve me hipertension dhe diabet	TM4 2025-TM3 2026	3,000.00 €	2,000.00 €	IHS	SP Pejë dhe QKMF Pejë	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë, OMK, OIK	Stafi i trajnuar i SP Pejë (20), QKMF Pejë (20); Stafi i trajnuar i SP Gjakovë (20), QKMF Gjakovë (20).
3.5 Trajnimi i pacientëve dhe familjarëve për përdorimin e pajisjeve	TM4 2025-TM3 2026	3,000.00 €	2,000.00 €	IHS	SP Gjakove	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë	60 Pacientë dhe familjar të pacientëve të trajnuar (Gjakovë dhe Pejë)
Aktiviteti 4 Bashkëpunimi në mes KPSH dhe KDSH	Afati i zbatimit	Kostoja totale		Burimi financimit	Inst. udhëheqës	Inst. mbështetës	Produkti
		2025	2026				
4.1 Organizimi i takimeve koordinuese në mes KPSH dhe KDSH	TM4 2025-TM3 2026	2,000.00 €	2,000.00 €	IHS	MSh	IHS, SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë	Katër (4) takime koordinuese brenda vitit Raporti nga takimet e realizuara dhe rekomandimet
4.2 Organizimi i tryezës së rrumbullakët për rezultatet përfundimtare të planit të veprimit	TM3 2026	/	2,000.00 €	IHS	MSh	MSh SHSKUK (SP Pejë dhe Gjakovë), QKMF Pejë dhe Gjakovë, Shoqëria Civile	Një (1) tryezë e rrumbullakët e realizuar për prezantimin e rezultateve dhe rekomandimet për zbatimin e PV