SHOQATA E TË DREJTAVE TË
PACIENTËVE NË KOSOVË – PRAK

DOKUMENTI I POLITIKAVE NR. 2

PARANDALIMI I MANIPULIMIT TË LISTAVE TË PRITJES NË KUJDESIN SHËNDETËSOR TË SPECIALIZUAR PËRMES MENAXHIMIT TRANSPARENT DHE DIGJITAL TË RADHËS

Forcimi i qasjes së barabartë, transparencës institucionale dhe llogaridhënies

Përgatitur në kuadër të projektit:
Society Against Corruption in Montenegro and the Western Balkans Region

Kosovë, shtator 2026

Përgatitur nga
Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë – PRAK

Mbështetur nga
Balkan Investigative Reporting Network – BIRN Kosovo

Financuar nga
Departamenti i Shtetit i SHBA-së (Byroja për Demokraci, të Drejta të Njeriut dhe Punë)

KONTRIBUESIT

Agron Bytyqi, PRAK;
Besim Kodra, Konsulent.

FALËNDERIM

PRAK falënderon të gjithë pjesëmarrësit në anketë, profesionistët shëndetësorë, përfaqësuesit institucionalë dhe organizatat e shoqërisë civile që kontribuuan në përgatitjen e këtij dokumenti.

Ky publikim është përgatitur në kuadër të projektit Society Against Corruption in Montenegro and the Western Balkans Region, të zbatuar nga PRAK me mbështetjen e BIRN Kosovo dhe të financuar nga Departamenti i Shtetit i SHBA-së, Byroja për Demokraci, të Drejta të Njeriut dhe Punë (DRL).

Përmbajtja është përgjegjësi vetëm e PRAK-ut dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e BIRN-it ose të Departamentit të Shtetit të SHBA-së.

TË DREJTAT E AUTORIT

© 2026 Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë (PRAK). Të gjitha të drejtat e rezervuara.

Ky publikim mund të riprodhohet për qëllime jokomerciale me kusht që të citohet burimi.

KONTAKTI

Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë – PRAK
Prizren, Republika e Kosovës
E-mail: info@prak-kosova.org, Uebfaqja: https://prak-kosova.org

Ky Dokument i Politikave shqyrton menaxhimin e listave të pritjes për shërbimet e specializuara në sistemin publik shëndetësor të Kosovës, me fokus në transparencën, drejtësinë, llogaridhënien dhe monitorimin e procesit.

Dokumenti kombinon evidencën nga anketa kombëtare me shqyrtimin e kornizës ligjore dhe institucionale, raporteve publike, përfshirë auditimin e performancës të Zyrës Kombëtare të Auditimit për listat e pritjes, dhe burimeve të përcaktuara ndërkombëtare. Qëllimi nuk është të paraqitet vetë ekzistenca e listave të pritjes si problem, por të vlerësohet nëse regjistrimi, prioritizimi, informimi i pacientit, monitorimi dhe raportimi krijojnë një proces të drejtë dhe të verifikueshëm.

Publikimi synon të mbështesë politikëbërjen e bazuar në evidencë përmes rekomandimeve praktike që ndërtohen mbi të drejtat tashmë të njohura me ligj dhe adresojnë boshllëqet e identifikuara në zbatim, standardizim, kapacitete, monitorim dhe digjitalizim.

Listat e pritjes janë një mekanizëm i zakonshëm për organizimin e qasjes kur kërkesa për shërbime të specializuara tejkalon kapacitetin e menjëhershëm. OECD, në raportin Waiting Times for Health Services: Next in Line (2020), i trajton kohët e pritjes si çështje të rëndësishme të politikave shëndetësore dhe thekson nevojën për matje të krahasueshme, monitorim dhe masa që adresojnë njëkohësisht kapacitetin dhe organizimin e shërbimeve. OBSH, përmes Kornizës për Shërbime Shëndetësore të Integruara dhe të Orientuara drejt Njerëzve (2016), e vendos qasjen në shërbime cilësore dhe në kohë, bashkë me qeverisjen dhe llogaridhënien, në qendër të sistemit të orientuar drejt pacientit[1].

Në Kosovë, Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor përmban rregulla konkrete për rastet kur shërbimi nuk mund të ofrohet menjëherë: pacienti duhet të informohet për mundësinë e marrjes së shërbimit diku tjetër; lista e pritjes përdoret kur shërbimi nuk mund të sigurohet në një institucion tjetër ose pacienti nuk e pranon atë mundësi; pritja duhet të jetë brenda një periudhe të arsyeshme; pacienti duhet të informohet për arsyen, kohën e pritjes dhe pasojat; ndërsa përparësia duhet të bazohet në gjendjen shëndetësore dhe kriteret profesionale, pa diskriminim. Prandaj, boshllëku kryesor nuk është mungesa e parimeve ligjore, por operacionalizimi i tyre në procedura të njëtrajtshme, të dokumentuara dhe të monitorueshme.[2]

Auditimi i performancës i Zyrës Kombëtare të Auditimit, Listat e pritjes së pacientëve në institucionet shëndetësore publike (2024), identifikoi mungesë të një sistemi të centralizuar dhe formal për regjistrimin, praktika të ndryshme ndërmjet klinikave dhe spitaleve, të dhëna jo të plota, mungesë të procedurave standarde për prioritizim dhe raportim jo konsistent. Auditimi lidhi kohët e gjata të pritjes edhe me shpërndarjen e burimeve njerëzore e materiale, pajisjet, furnizimet dhe kapacitetet operative. Kjo e bën të qartë se digjitalizimi është i nevojshëm për monitorim, por nuk është zëvendësim për menaxhimin e kapaciteteve dhe kriteret klinike.[3]

1 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies. https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en; World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services.

2 Republika e Kosovës. Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, i ndryshuar dhe plotësuar me Ligjin nr. 08/L-051.

3 Zyra Kombëtare e Auditimit. (2024). Raport i auditimit të performancës: Listat e pritjes së pacientëve në institucionet shëndetësore publike.

Anketa kombëtare e PRAK-ut me 427 respondentë tregon se 164 (38.4%) kishin përvojë me listë pritjeje gjatë 12 muajve paraprakë. Vetëm 28.7% e respondentëve me këtë përvojë raportuan se kishin marrë informacion të qartë për kohën e pritjes, 22.6% për pozitën e tyre në listë dhe 18.9% për kriteret e prioritizimit. Ndër ta, 47.6% raportuan se kishin marrë shërbim në sektorin privat për shkak të pritjes, ndërsa 34.1% vazhduan të prisnin sepse kujdesi privat ishte financiarisht i papërballueshëm.[4]

Dokumenti rekomandon që Ministria e Shëndetësisë dhe SHSKUK të zbatojnë në mënyrë të plotë të drejtat ekzistuese përmes një standardi kombëtar operativ për regjistrimin, prioritizimin, njoftimin, ndryshimin dhe largimin nga lista; të zhvillojnë regjistër digjital të gjurmueshëm; të standardizojnë raportimin publik; të monitorojnë listat dhe shkaqet e tyre; dhe t'i përdorin të dhënat për planifikimin e stafit, pajisjeve, materialeve dhe kapaciteteve. Këto masa duhet të ndërtojnë mbi rekomandimet e Zyrës Kombëtare të Auditimit dhe të mundësojnë që çdo ndryshim në radhë të jetë i arsyetuar, i dokumentuar dhe i audituesshëm.

4 Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë - PRAK. (2026). Anketa kombëtare mbi përvojat e pacientëve: moduli për listat e pritjes. Të dhëna të analizës për këtë Dokument të Politikave.

LISTA E SHKURTESAVE 7

1. HYRJE 8

2. METODOLOGJIA 9

3. KONTEKSTI I POLITIKAVE 11
   - 3.1 Perspektiva ndërkombëtare 11
   - 3.2 Korniza ligjore dhe institucionale kombëtare 11
   - 3.3 Raportimi institucional dhe qeverisja 12

4. GJETJET NGA ANKETA KOMBËTARE E PRAK 15
   - 4.1 Përvojat me listat e pritjes 15
   - 4.2 Transparenca e menaxhimit të listave të pritjes 15
   - 4.3 Pasojat e pritjes së zgjatur 16
   - 4.4 Gjetjet kryesore 16

5. DISKUTIMI DHE INTERPRETIMI I GJETJEVE 17

6. BOSHLËQET E QEVERISJES DHE ZBATIMIT 19

7. REKOMANDIMET E POLITIKAVE 20

8. UDHËRRËFYESI I ZBATIMIT 22

9. PËRFUNDIMI 23

REFERENCAT 24
   - A. Dokumente dhe burime ndërkombëtare 24
   - B. Legjislacion, dokumente dhe raporte kombëtare 24
   - C. Literaturë shkencore 25

Shkurtesa	Kuptimi
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OECD	Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik
SHSKUK	Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
ZKA	Zyra Kombëtare e Auditimit

Qasja në kohë në shërbimet e specializuara është pjesë e një sistemi shëndetësor të barabartë dhe të orientuar drejt pacientit. Kur kërkesa tejkalon kapacitetin e disponueshëm, lista e pritjes mund të jetë mënyrë legjitime për organizimin e shërbimeve. Problemi lind kur pacienti nuk e di kur është regjistruar, mbi çfarë kriteri është prioritizuar, sa duhet të presë, pse radha ndryshon ose kush e monitoron procesin.

Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik (OECD, 2020), në raportin *Koha e pritjes pëer shërbimet shëndetësore: Tjetri në rend*, i identifikon pritjet e gjata për shërbime shëndetësore si çështje të rëndësishme të politikave në shumicën e vendeve të OECD-së. Raporti tregon se reduktimi i kohëve të pritjes kërkon një kombinim masash dhe analizon politika që ndikojnë në ofertën e shërbimeve, kërkesën për to ose në të dyja njëkohësisht.[5]

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH, 2016), përmes *Kornizës për Shërbimet e Integruara Shëndetësore të Orientuara Drejt Njerëzve*, përcakton një vizion në të cilin njerëzit kanë qasje të barabartë në shërbime cilësore, të koordinuara rreth nevojave të tyre dhe që janë të sigurta, efektive dhe në kohë. Korniza përcakton gjithashtu forcimin e qeverisjes dhe llogaridhënies si një nga pesë strategjitë kryesore për zhvillimin e shërbimeve të integruara dhe të orientuara drejt njerëzve.[6]

Në Kosovë, Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, me ndryshimet dhe plotësimet përkatëse, përcakton të drejta konkrete për pacientët kur shërbimi nuk mund të ofrohet menjëherë, përfshirë informimin, pritjen brenda një periudhe të arsyeshme dhe përcaktimin e përparësisë sipas gjendjes shëndetësore dhe kritereve profesionale. Në anën tjetër, Zyra Kombëtare e Auditimit (ZKA, 2024), në auditimin e performancës për menaxhimin e listave të pritjes, identifikoi dobësi në regjistrimin dhe menaxhimin e listave, prioritizimin e pacientëve, monitorimin dhe raportimin, si dhe kufizime të kapaciteteve që ndikojnë në ofrimin me kohë të shërbimeve.

Ky Dokument i Politikave e trajton listën e pritjes si çështje të qeverisjes dhe jo vetëm si numër pacientësh ose ditësh. Qëllimi është të vlerësohet nëse rruga nga indikacioni klinik dhe regjistrimi deri te prioritizimi, njoftimi dhe marrja e shërbimit është e kuptueshme për pacientin, e dokumentuar për institucionin dhe e auditueshme nga menaxhmenti dhe organet mbikëqyrëse.

Dokumenti nuk pretendon se çdo devijim nga rendi kronologjik përbën manipulim. Prioriteti klinik mund dhe duhet të ndryshojë radhën kur gjendja e pacientit e kërkon. Çështja e qeverisjes është nëse ky ndryshim bazohet në kritere profesionale, arsyetohet, dokumentohet dhe mund të verifikohet.

5 OECD. (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies. https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en

6 World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO.

Ky Dokument i Politikave kombinon shqyrtimin e kornizës ligjore dhe rregullative të Kosovës, dokumenteve dhe raporteve institucionale, burimeve të përcaktuara ndërkombëtare dhe të dhënave nga anketa kombëtare e PRAK-ut. Analiza u fokusua në regjistrimin e pacientëve në listë, prioritizimin klinik, informimin e pacientit, monitorimin, raportimin, digjitalizimin dhe faktorët e kapacitetit që ndikojnë në kohën e pritjes.

Në nivel kombëtar u shqyrtuan, ndër të tjera, Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, Ligji nr. 04/L-125 për Shëndetësi, Ligji Nr.10 L-028 për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Ligji nr. 06/L-081 për Qasje në Dokumente Publike, Udhëzimi Administrativ (MSH) nr. 03/2023 për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike, Strategjia e Sektorit të Shëndetësisë 2025-2030, raportet e SHSKUK-së dhe institucioneve të tjera, si dhe auditimi i performancës i ZKA-së për listat e pritjes. Udhëzimi nr. 03/2023 u përdor vetëm për pjesën që lidhet me vazhdimësinë e trajtimit kur një shërbim nuk ofrohet në institucionet publike; ai nuk u trajtua si rregullore e përgjithshme e listave të pritjes.

Për krahasimin ndërkombëtar u përdorën në mënyrë të drejtpërdrejtë OECD, Koha e Pritjes për Shërbimet Shëndetësore: Tjetri në Rend (2020), Korniza e OBSH-së për Shërbime Shëndetësore të Integruara dhe të Orientuara drejt Njerëzve (2016), si dhe studimet e Bachelet et al. (2019), Gutacker, Siciliani dhe Cookson (2016), Nikolova, Harrison dhe Sutton (2016), Rathnayake, Clarke dhe Jayasinghe (2021), Siciliani dhe Hurst (2005) dhe Viberg et al. (2013). Secili burim përdoret vetëm për pretendimet që mbështet konkretisht.

Evidenca primare u gjenerua nga PRAK përmes një ankete kombëtare ndërsektoriale me 427 përdorues të rritur të shërbimeve publike shëndetësore dhe familjarë kujdestarë nga të shtatë rajonet e Kosovës. Të dhënat u mblodhën në maj dhe fillim të qershorit 2026 përmes CAWI; pjesëmarrja ishte vullnetare dhe anonime. Analiza u krye në SPSS me statistika përshkruese dhe analiza të tjera sipas përshtatshmërisë. Për pyetjet specifike për listat e pritjes, emëruesi kryesor është grupi prej 164 respondentësh që raportuan përvojë të drejtpërdrejtë me listë pritjeje, jo të gjithë 427 respondentët.

Gjetjet e anketës, legjislacionit, auditimit dhe raporteve institucionale u analizuan së bashku. Perceptimet e respondentëve nuk trajtohen si prova të manipulimit; ato përdoren për të identifikuar çështje të transparencës, besimit dhe përvojës së pacientit që kërkojnë krahasim me evidencën institucionale.

Më 9 shtator 2026, gjetjet preliminare dhe rekomandimet e Dokumentit të Politikave u prezantuan dhe u diskutuan në një takim konsultativ me përfaqësues të institucioneve shëndetësore, institucioneve publike dhe akterëve të tjerë relevantë. Konsultimi shërbeu për validimin e interpretimit të gjetjeve, identifikimin e informacionit plotësues dhe vlerësimin e zbatueshmërisë së rekomandimeve. Diskutimi nuk identifikoi evidencë që ndryshonte përfundimet kryesore të analizës; inputet relevante nga konsultimi u përdorën për saktësimin e versionit final të dokumentit.

3.1 Perspektiva ndërkombëtare

Raporti i OECD në Kohën e Pritjes për Shërbimet Shëndetësore: Tjetri në Rend (2020), e përshkruan pritjen e gjatë si çështje të rëndësishme të politikave shëndetësore dhe analizon dallimet ndërmjet vendeve, mënyrat e matjes dhe politikat për uljen e pritjes. Raporti tregon se masat mund të veprojnë në ofertë, në kërkesë ose në të dyja dhe se rritja e burimeve pa ndryshime në organizimin dhe menaxhimin e shërbimeve nuk garanton vetvetiu ulje të qëndrueshme të pritjes.

OBSH, përmes Kornizës për Shërbime Shëndetësore të Integruara dhe të Orientuara drejt Njerëzve (2016), e përkufizon qasjen e orientuar drejt njerëzve si kujdes të sigurt, efektiv, në kohë dhe të koordinuar sipas nevojave, ndërsa një nga pesë strategjitë e saj është forcimi i qeverisjes dhe llogaridhënies. Ky kuadër e mbështet rëndësinë e informimit dhe pjesëmarrjes së pacientit, por nuk përshkruan një model të vetëm teknik për listat e pritjes.

Studimi i Gutacker, Siciliani dhe Cookson (2016) analizon prioritizimin sipas kohës së pritjes dhe nevojës klinike në Angli, ndërsa Rathnayake, Clarke dhe Jayasinghe (2021) shqyrtojnë metodat e prioritizimit të pacientëve për kirurgjinë elektive. Bachelet, Goyenechea dhe Carrasco (2019) sintetizojnë strategjitë e politikave për reduktimin e pritjes në kirurgjinë elektive. Nikolova, Harrison dhe Sutton (2016) gjetën se pritja mund të ndikojë në përfitimet shëndetësore pas kirurgjisë. Këto burime mbështesin nevojën për prioritizim klinik të qartë, matje dhe menaxhim aktiv të pritjes, jo një rend mekanik vetëm sipas datës së regjistrimit.

Për këtë arsye, qasja e rekomanduar në këtë dokument është që teknologjia të përdoret për gjurmueshmëri dhe monitorim, ndërsa vendimet klinike të mbeten të bazuara në kritere profesionale. Regjistri digjital duhet të dokumentojë arsyen e çdo ndryshimi të prioritetit, jo ta zëvendësojë gjykimin klinik.

3.2 Korniza ligjore dhe institucionale kombëtare

Korniza e Kosovës përmban rregulla më konkrete për listat e pritjes sesa mund të kuptohet nga një lexim vetëm i raporteve institucionale. Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor parashikon që, kur shërbimi i nevojshëm nuk mund të ofrohet menjëherë, pacienti të informohet ku mund ta marrë atë; lista e pritjes përdoret kur shërbimi nuk mund të sigurohet në institucion tjetër ose pacienti nuk e pranon alternativën. Ligji kërkon që pritja të jetë brenda një periudhe të arsyeshme dhe që pacienti të informohet për

arsyen e pritjes, kohën e parashikuar dhe pasojat e mundshme. Përparësia duhet të përcaktohet sipas gjendjes shëndetësore dhe kritereve profesionale, pa diskriminim.[7]

Ligji për Shëndetësi vendos parimet e qasjes, vazhdimësisë dhe sistemit të referimit dhe kërkon që, kur institucioni nuk mund të ofrojë kujdesin e duhur, qytetari të drejtohet te institucioni që mund ta ofrojë atë, me dokumentacionin përkatës. Udhëzimi Administrativ (MSH) nr. 03/2023 rregullon një mekanizëm të veçantë për trajtimin jashtë institucioneve publike kur shërbimi nuk ofrohet në sistemin publik; ai kërkon arsyetim profesional, raport konziliar dhe konfirmim se procedura e njëjtë nuk kryhet në institucionet publike. Ky mekanizëm nuk duhet ngatërruar me menaxhimin rutinë të listës së pritjes, por është relevant për vazhdimësinë e trajtimit kur shërbimi nuk është i disponueshëm.[8]

Përgjegjësia kryesore për organizimin e shërbimeve sekondare dhe terciare dhe për menaxhimin e klinikave e spitaleve rajonale qëndron te SHSKUK dhe njësitë e saj, ndërsa Ministria e Shëndetësisë ka rol politikëbërës, rregullator dhe mbikëqyrës. Ligji për Qasje në Dokumente Publike krijon bazë për transparencë të informacionit publik, ndërsa mekanizmat e ankesave dhe mbikëqyrjes mund të përdoren kur pacienti konsideron se të drejtat e tij në procesin e pritjes nuk janë respektuar.

Sfida kryesore, pra, nuk është mungesa e çdo norme juridike për listat e pritjes. Nevoja është që të drejtat dhe parimet ekzistuese të përkthehen në standarde operative të njëtrajtshme: çfarë regjistrohet, kush regjistron, si dokumentohet prioriteti, si evidentohet ndryshimi i radhës, si njoftohet pacienti, si largohet një pacient nga lista dhe cilët tregues raportohen e monitorohen.

3.3 Raportimi institucional dhe qeverisja

Auditimi i performancës i Zyrës Kombëtare të Auditimit (ZKA), i publikuar në korrik 2024, ofron evidencën më të drejtpërdrejtë institucionale për mënyrën e menaxhimit të listave të pritjes në periudhën e audituar 2019–2023 dhe fillimin e vitit 2024. ZKA konstatoi se Ministria e Shëndetësisë dhe SHSKUK nuk kishin ndërmarrë masa të mjaftueshme për trajtim efikas të

7 Republika e Kosovës. Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, i ndryshuar dhe plotësuar me Ligjin nr. 08/L-051.

8 Republika e Kosovës. (2012). Ligji nr. 04/L-125 për Shëndetësi; Ministria e Shëndetësisë. (2023). Udhëzimi Administrativ (MSH) nr. 03/2023 për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike.

pacientëve në pritje dhe se shpërndarja jo e harmonizuar e burimeve njerëzore dhe materiale, infrastruktura, pajisjet dhe furnizimet kishin ndikuar në kapacitetin e shërbimeve.[9]

Për vetë administrimin e listave, ZKA konstatoi se nuk kishte procedurë të shkruar për regjistrimin e pacientëve dhe as sistem digjital të centralizuar. Praktikat ndryshonin ndërmjet njësive: në disa klinika përdoreshin fletore dhe Excel, në të tjera vetëm regjistra fizikë, ndërsa në disa raste të dhënat nuk mundësonin gjurmueshmëri të mjaftueshme. Auditimi vlerësoi se mangësitë në regjistrim dhe saktësinë e të dhënave krijonin hapësirë për keqpërdorim ose manipulim të listave dhe për ofrim jo të drejtë të shërbimeve. Po ashtu, ZKA konstatoi mungesë të procedurave standarde operative për prioritizimin dhe raportim jo të njëtrajtshëm ndërmjet klinikave dhe spitaleve.

Auditimi ofron edhe shembuj konkretë që tregojnë se listat e pritjes nuk mund të analizohen të ndara nga shpërndarja e kapaciteteve. Në shërbimet e rezonancës magnetike, ZKA raporton se QKUK kishte tri pajisje dhe punonte në dy ndërrime, megjithatë pritja për një ekzaminim me rezonancë magnetike ishte mbi pesë muaj. Në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit, pritja për të njëjtin shërbim ishte rreth 100 ditë. Këto dallime tregojnë se koha e pritjes nuk përcaktohet vetëm nga ekzistenca e pajisjes, por edhe nga fluksi i pacientëve, organizimi i punës dhe shpërndarja e kërkesës ndërmjet institucioneve.

Kardiologjia invazive paraqet një shembull tjetër të përqendrimit të kapaciteteve. Sipas ZKA-së, në QKUK ishin 17 mjekë që kryenin intervenime invazive, ndërsa shërbimi i kardiologjisë invazive në Spitalin e Përgjithshëm të Prizrenit kishte filluar vetëm në qershor 2024, me mbështetjen e mjekëve nga QKUK-ja. Në gjashtëmujorin e parë të vitit 2024, në listën e pritjes të Kardiologjisë në QKUK ishin regjistruar mbi 1,000 pacientë, ndërsa gjatë vitit 2023 rreth 2,000. Auditimi evidenton gjithashtu rritje të numrit të koronografive, pa rritje përkatëse të kapaciteteve fizike.

Një situatë e ngjashme vërehet në kirurgjinë vaskulare. ZKA raporton se në vitin 2023 në Spitalin e Pejës ishin kryer 12 dhe në Spitalin e Prizrenit 13 operime të venave varikoze, ndërsa ky shërbim kryhej kryesisht në QKUK. Peja dhe Prizreni ishin dy spitalet rajonale që kishin nga një kirurg vaskular, ndërsa pesë spitalet e tjera nuk kishin kirurg vaskular. Sipas auditimit, kjo situatë bënte që pacientët nga rajonet, përfshirë edhe Pejën dhe Prizrenin, të kërkonin trajtim në QKUK, duke rritur më tej numrin e pacientëve në listën e pritjes.

Këta shembuj tregojnë se menaxhimi i listave të pritjes lidhet drejtpërdrejt me planifikimin dhe shpërndarjen e kapaciteteve. Digjitalizimi dhe regjistrimi i standardizuar janë të nevojshëm për transparencë dhe gjurmueshmëri, por nuk mund ta shkurtojnë vetvetiu pritjen nëse kapacitetet njerëzore, pajisjet, materialet dhe shpërndarja e shërbimeve nuk i përgjigjen kërkesës.

9 Zyra Kombëtare e Auditimit. (2024). Raport i auditimit të performancës: Listat e pritjes së pacientëve në institucionet shëndetësore publike.

Raporti i SHSKUK-së për vitin 2024 tregon se listat e pritjes vazhdojnë të jenë të pranishme në shërbime me kërkesë të lartë. Për shembull, për Klinikën e Oftalmologjisë raportohet një listë pritjeje mesatare prej rreth 1,000 pacientësh në muaj. Ky tregues është i dobishëm për të ilustruar ngarkesën, por nuk mjafton për të vlerësuar qeverisjen e listës pa të dhëna të standardizuara për datën e regjistrimit, kohën e pritjes, prioritetin klinik, daljet nga lista dhe arsyet e ndryshimeve.[10]

ZKA rekomandoi, ndër të tjera, hartimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike për prioritizim, monitorimin e listave nga SHSKUK së paku çdo tre muaj, përcaktimin e objektivave të matshme për klinikat dhe repartet, përshtatjen e burimeve me nevojat dhe përdorimin e regjistrave të njësuar, me kalim drejt një sistemi digjital të kompjuterizuar. Këto rekomandime ofrojnë pikënisje konkrete për reformat e propozuara në këtë Dokument i Politikave dhe, për shkak se auditimi pasqyron periudhën deri në fillim të vitit 2024, kërkojnë edhe monitorim të shkallës së zbatimit të tyre pas auditimit.

Gjetja e ZKA-së (2024)	Implikimi për qeverisjen
Nuk kishte procedurë të shkruar për regjistrimin e pacientëve në listë	Nevojitet standard kombëtar që përcakton regjistrimin, të dhënat minimale dhe përgjegjësinë.
Nuk kishte sistem digjital të centralizuar; praktikat ndryshonin ndërmjet njësive	Gjurmueshmëria dhe krahasueshmëria kufizohen; kërkohet regjistër i njësuar dhe audituesshëm.
Nuk kishte procedurë standarde operative për prioritizimin në njësitë e audituara	Prioriteti klinik duhet të bazohet në kritere të dokumentuara dhe të verifikueshme.
Raportimi i klinikave dhe spitaleve nuk ishte i njëtrajtshëm dhe të dhënat në lista ishin të mangëta	Nevojiten tregues kombëtarë të harmonizuar për volum, kohë pritjeje, prioritet dhe rezultat.
Kufizimet e stafit, pajisjeve, materialeve dhe kapaciteteve ndikonin në pritje	Të dhënat e listave duhet të përdoren për planifikim të burimeve, jo vetëm për administrimin e radhës.

10 Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës. (2024). Raporti vjetor i punës 2024.

Anketa kombëtare e realizuar nga PRAK ka përfshirë 427 respondentë. Prej tyre, 164 (38.4%) raportuan se ata ose një anëtar i familjes kishin qenë në listë pritjeje për një shërbim të specializuar gjatë 12 muajve paraprakë. Përqindjet e paraqitura në nënkapitujt vijues për pyetjet e listave të pritjes i referohen këtij grupi, përveç rasteve kur shënohet ndryshe.

4.1 Përvojat me listat e pritjes

Konsultat specialistike ishin shërbimi më i shpeshtë për të cilin respondentët raportuan pritje (31.7%), të pasuara nga imazheria diagnostike (24.4%), ndërhyrjet kirurgjikale elektive (19.5%) dhe diagnostika laboratorike (13.4%). Pothuajse gjysma (46.3%) raportuan se e kishin marrë shërbimin brenda katër javësh, ndërsa 40.2% pritën një muaj ose më gjatë. 15.2% raportuan pritje mbi tre muaj ose vazhdonin të prisnin në kohën e anketës.

Treguesi	Rezultati
Respondentë me përvojë me listë pritjeje	**164 (38.4%)**
Konsulta specialistike	**31.7%**
Imazheri diagnostike	**24.4%**
Ndërhyrje kirurgjikale elektive	**19.5%**
Diagnostikë laboratorike	**13.4%**
Shërbimi i marrë brenda katër javësh	**46.3%**
Pritje një muaj ose më gjatë	**40.2%**
Pritje mbi tre muaj / ende në pritje	**15.2%**

4.2 Transparenca e menaxhimit të listave të pritjes

Transparenca e procesit rezultoi më e dobët se vetë ekzistenca e listës. Vetëm 28.7% raportuan se kishin marrë informacion të qartë për kohën e pritjes, 22.6% se ishin informuar për pozitën e tyre në listë dhe 18.9% për kriteret e prioritizimit. Këto të dhëna nuk tregojnë nëse institucionet kishin apo jo rregulla të brendshme në çdo rast; ato tregojnë se informacioni nuk ishte bërë i kuptueshëm dhe i dukshëm për një pjesë të madhe të pacientëve.

Treguesi	Rezultati
Informacion i qartë për kohën e pritjes	28.7%
Informim për pozitën në listë	22.6%
Informim për kriteret e prioritizimit	18.9%

4.3 Pasojat e pritjes së zgjatur

Pritja ka edhe dimension financiar dhe të barazisë. 47.6% e respondentëve me përvojë në listë raportuan se e kishin marrë shërbimin nga një ofrues privat sepse pritja në sektorin publik ishte tepër e gjatë, ndërsa 34.1% vazhduan të prisnin sepse kujdesi privat ishte i papërballueshëm. Këto rezultate nuk provojnë se çdo kalim në privat është pasojë e një dështimi institucional, por tregojnë se koha e pritjes mund të ndikojë ndryshe te pacientët varësisht nga mundësia e tyre për të paguar.

Treguesi	Rezultati
Mori shërbim në privat për shkak të pritjes	47.6%
Vazhdoi të priste sepse privati ishte i papërballueshëm	34.1%

4.4 Gjetjet kryesore

Gjetja kryesore nuk është vetëm se disa pacientë presin gjatë, por se një pjesë e madhe nuk marrin informacion të mjaftueshëm për kohën, pozitën dhe kriteret që përcaktojnë radhën. Kjo përputhet me shqetësimet e ZKA-së për regjistrimin, të dhënat e mangëta dhe mungesën e procedurave standarde të prioritizimit në periudhën e audituar.

Anketa përfshiu edhe pyetje mbi perceptimin e ndikimit të lidhjeve personale, ndërhyrjes politike ose pagesave joformale në qasje. Këto rezultate janë të rëndësishme si tregues të besimit, por nuk paraqiten si raste të verifikuara të manipulimit. Pikërisht për këtë arsye, një sistem ku regjistrimi dhe çdo ndryshim i prioritetit lënë gjurmë të verifikueshme është i rëndësishëm edhe për mbrojtjen e pacientit, edhe për mbrojtjen e profesionistëve nga pretendimet e pabazuara.

Në takimin konsultativ të 9 shtatorit 2026, gjetjet dhe rekomandimet u diskutuan në mënyrë të strukturuar me përfaqësues të institucioneve shëndetësore, institucioneve publike dhe akterëve të tjerë relevantë. Diskutimi nuk solli evidencë që të ndryshonte përfundimet kryesore të analizës. Përkundrazi, u theksua nevoja për standardizim më të madh të regjistrimit dhe prioritizimit, monitorim më sistematik të listave, informim më të qartë të pacientëve dhe përdorim të të dhënave për planifikimin e kapaciteteve. Këto rezultate nga konsultimi janë reflektuar në interpretimin e gjetjeve dhe në rekomandimet përfundimtare të këtij dokumenti.

Gjetjet nga anketa, ligji dhe auditimi krijojnë një pamje të qëndrueshme: Kosova i njeh në ligj parimet bazë për pritjen dhe prioritizimin, por zbatimi i tyre nuk është i standardizuar mjaftueshëm në të gjithë sistemin. Për këtë arsye, formulimi se "mungon korniza ligjore për listat e pritjes" do të ishte tepër i gjerë. Më saktë, ekziston bazë ligjore e rëndësishme, ndërsa mungojnë ose zbatohen në mënyrë jo të plotë instrumentet operative që e bëjnë atë të matshme dhe të audituesshme.

Auditimi i ZKA-së është veçanërisht i rëndësishëm sepse tregon se problemi i listave të pritjes nuk lidhet vetëm me mënyrën e regjistrimit dhe menaxhimit të radhës. Shembujt e analizuar në rezonancën magnetike, kardiologjinë invazive dhe kirurgjinë vaskulare tregojnë se koha e pritjes ndikohet edhe nga shpërndarja e stafit, pajisjeve dhe kapaciteteve ndërmjet QKUK-së dhe spitaleve rajonale. Kjo nënkupton se digjitalizimi mund ta bëjë listën më transparente, të gjurmueshme dhe të audituesshme, por nuk mund ta shkurtojë vetvetiu pritjen kur kapacitetet dhe shpërndarja e shërbimeve nuk i përgjigjen kërkesës. Për këtë arsye, të dhënat nga listat e pritjes duhet të përdoren jo vetëm për administrimin e radhës, por edhe për planifikimin e kapaciteteve dhe shpërndarjen më të mirë të shërbimeve.

Në anën tjetër, mungesa e gjurmueshmërisë e bën të vështirë të dallohet ndërmjet një ndryshimi të ligjshëm të radhës për arsye klinike dhe një devijimi të pajustifikuar. Ligji kërkon prioritizim sipas gjendjes shëndetësore dhe kritereve profesionale. Prandaj sistemi duhet të regjistrojë jo vetëm datën e hyrjes, por edhe kategorinë e prioritetit, arsyen klinike, ndryshimet, datën e kontaktimit, ofrimin ose refuzimin e shërbimit dhe arsyen e largimit nga lista.

Rezultatet e PRAK-ut për informimin e pacientëve tregojnë një boshllëk praktik. Nëse pacienti nuk e di kohën e pritjes, pozitën ose kriteret, edhe një listë e administruar në mënyrë korrekte mund të perceptohet si e padrejtë. Informimi nuk duhet të kuptohet si publikim i të dhënave personale ose si premtim për një datë që klinikisht nuk mund të garantohet; ai duhet të japë një pritshmëri të arsyeshme, kriteret e prioritetit, mënyrën e përditësimit dhe kanalin për pyetje ose ankesë.

Kalimi i 47.6% të respondentëve me përvojë në listë drejt sektorit privat për shkak të pritjes, krahas 34.1% që vazhduan të prisnin sepse nuk mund ta përballonin privatin, e lidh qeverisjen e listave me barazinë financiare. OECD (2020) thekson se pritjet ndikojnë në përvojën e pacientit

dhe mund të lidhen me përkeqësim të gjendjes, ndërsa Nikolova, Harrison dhe Sutton (2016) ofrojnë evidencë se pritja mund të zvogëlojë përfitimin shëndetësor nga kirurgjia. Kjo e bën monitorimin e pritjes çështje të cilësisë dhe jo vetëm të administratës.[11]

Udhëzimi Administrativ nr. 03/2023 ofron një rrugë të veçantë kur një shërbim nuk ofrohet në institucionet publike dhe kërkon dokumentim profesional të këtij fakti. Ai nuk zgjidh situatat kur shërbimi ekziston por kapaciteti krijon pritje të gjatë. Për këto raste nevojitet lidhje më e qartë ndërmjet listës së pritjes, vlerësimit të kapacitetit, alternativave brenda rrjetit publik dhe, kur plotësohen kushtet ligjore, mekanizmave të tjerë të vazhdimësisë së trajtimit.

11 OECD. (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line; Nikolova, S., Harrison, M., & Sutton, M. (2016). The impact of waiting time on health gains from surgery: Evidence from a national patient-reported outcome dataset. Health Economics, 25(8), 955-968.

Analiza identifikoi disa boshllëqe të ndërlidhura që duhet të adresohen pa krijuar një sistem paralel me strukturat ekzistuese.

Së pari, ekziston një hendek ndërmjet të drejtave që ligji ia njeh pacientit dhe mënyrës se si ato operacionalizohen. Rregullat për periudhën e arsyeshme, informimin dhe prioritizimin duhet të përkthehen në procedura të njëtrajtshme dhe të matshme për regjistrimin, klasifikimin, ndryshimin e prioritetit, njoftimin dhe largimin nga lista.

Së dyti, gjetjet e ZKA-së tregojnë se regjistrimi dhe monitorimi nuk kanë qenë të standardizuara dhe se mungesa e një sistemi të centralizuar ka cenuar saktësinë dhe gjurmueshmërinë. Pa një identifikues unik të regjistrimit, datë hyrjeje, kategori prioriteti, historik ndryshimesh dhe rezultat përfundimtar, është e vështirë të monitorohet drejtësia e procesit.

Së treti, prioritizimi klinik duhet të jetë i dokumentuar. Rendi kronologjik nuk mund të jetë kriteri i vetëm, sepse gjendja shëndetësore mund të kërkojë përparësi; megjithatë, çdo devijim duhet të ketë arsyetim profesional dhe gjurmë të auditueshme. Kjo është njëkohësisht masë kundër manipulimit dhe mbrojtje e autonomisë klinike.

Së katërti, raportimi institucional nuk është mjaftueshëm i harmonizuar për të krahasuar shërbimet dhe institucionet. Nevojiten tregues të përbashkët për numrin e pacientëve në pritje, medianën dhe shpërndarjen e kohës së pritjes, pacientët mbi pragjet e përcaktuara, kategoritë e prioritetit, daljet nga lista, anulimet dhe kapacitetin e realizuar.

Së pesti, pritja nuk mund të menaxhohet vetëm përmes regjistrit. ZKA ka dokumentuar kufizime të stafit, infrastrukturës, pajisjeve dhe materialeve. Të dhënat e listës duhet të lidhen me planifikimin e kapaciteteve dhe me mundësinë e ridrejtimit të pacientit brenda rrjetit publik kur shërbimi mund të ofrohet më shpejt diku tjetër.

Së fundi, informimi i pacientit mbetet i pamjaftueshëm. Transparenca duhet të krijojë mundësi që pacienti të kuptojë statusin e vet dhe kriteret, pa cenuar të dhënat personale të pacientëve të tjerë. Kjo kërkon komunikim të standardizuar, kanale për përditësim dhe mekanizëm të qartë për ankesë kur pacienti dyshon se procedura nuk është respektuar.

Rekomandimet e mëposhtme ndërtojnë mbi kornizën ekzistuese ligjore dhe rekomandimet e ZKA-së. Qëllimi është që lista e pritjes të bëhet e standardizuar, e gjurmueshme, e monitorueshme dhe e kuptueshme për pacientin, duke ruajtur prioritetin klinik.

REKOMANDIMI 1.

Të operacionalizohen rregullat ligjore për listat e pritjes në një standard kombëtar

Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me SHSKUK-në dhe profesionistët klinikë, duhet të miratojë standard minimal të njëtrajtshëm për regjistrimin, kategoritë e prioritetit, dokumentimin e arsyes klinike, afatet e rishikimit, njoftimin e pacientit, ndryshimin e prioritetit dhe largimin nga lista. Standardi duhet të zbatojë në praktikë të drejtat e përcaktuara në Ligjin nr. 2004/38 dhe të adresojë gjetjet e ZKA-së për mungesën e procedurave të shkruara dhe protokolleve të prioritizimit.

REKOMANDIMI 2.

Të krijohet regjistër digjital i njësuar dhe i audituesshëm i listave të pritjes

SHSKUK, me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë, duhet të kalojë gradualisht në një sistem digjital të integruar që regjistron datën e hyrjes, shërbimin, kategorinë e prioritetit, arsyetimin klinik, çdo ndryshim, kontaktet me pacientin dhe rezultatin përfundimtar. Sistemi duhet të ruajë historikun e ndryshimeve dhe të përcaktojë nivele të qarta autorizimi, në mënyrë që ndërhyrjet në radhë të jenë të gjurmueshme dhe të audituesshme.

REKOMANDIMI 3.

Të standardizohet monitorimi dhe raportimi publik i performancës së listave

Ministria e Shëndetësisë dhe SHSKUK duhet të përcaktojnë një grup të përbashkët treguesish dhe një format raportimi për klinikat dhe spitalet. Raportimi periodik duhet të përfshijë numrin e pacientëve në pritje, kohën e pritjes sipas shërbimit dhe prioritetit, rastet mbi pragjet e përcaktuara, daljet nga lista dhe kapacitetin e realizuar. Të dhënat publike duhet të jenë të agreguara dhe të mbrojnë privatësinë.

REKOMANDIMI 4.

Të garantohet informim i standardizuar dhe i vazhdueshëm për pacientin

Në momentin e regjistrimit pacienti duhet të marrë konfirmim të regjistrimit, informacion për kohën e pritjes ose intervalin e pritshëm kur kjo mund të vlerësohet, kategorinë ose bazën e prioritizimit, mënyrën e njoftimit për ndryshime dhe kanalin për pyetje ose ankesë. Pacienti duhet të njoftohet kur pritja ndryshon ndjeshëm ose kur ekziston alternativë e përshtatshme brenda sistemit publik.

REKOMANDIMI 5.

Të lidhen listat e pritjes me planifikimin e kapaciteteve dhe shpërndarjen e burimeve

Të dhënat e listave duhet të përdoren në mënyrë aktive për planifikimin e stafit, sallave, pajisjeve, materialeve dhe organizimit të punës. Në përputhje me rekomandimet e ZKA-së, SHSKUK duhet t'i monitorojë listat periodikisht, të përcaktojë objektiva të arritshme sipas kapacitetit dhe të vlerësojë ridrejtimin e pacientëve ndërmjet njësive publike kur kjo mund të shkurtojë pritjen pa cenuar cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit.

REKOMANDIMI 6.

Të forcohet mbikëqyrja, auditimi dhe mekanizmi i reagimit ndaj devijimeve

Menaxhmenti i SHSKUK-së dhe institucioneve përbërëse duhet të kryejë kontrolle periodike të listave dhe të analizojë ndryshimet e prioritetit, rastet me pritje jashtëzakonisht të gjatë dhe dallimet e pashpjeguara ndërmjet njësive. Inspektimi dhe auditimi duhet të mund të verifikojnë historikun e listës. Pacienti duhet të ketë kanal të qartë për ankesë, ndërsa dyshimet për manipulim, diskriminim ose shkelje të tjera duhet të orientohen te mekanizmi kompetent sipas natyrës së rastit.

Zbatimi duhet të bëhet në faza dhe të lidhet me masat që institucionet tashmë janë zotuar t'i adresojnë pas auditimit të ZKA-së. Digjitalizimi duhet të ecë paralelisht me standardizimin e procedurave dhe planifikimin e kapaciteteve; përndryshe rrezikohet vetëm digjitalizimi i praktikave të paunifikuara.

Veprimi i rekomanduar	Institucioni udhëheqës	Institucionet mbështetëse	Afati i propozuar (0 6 12 18 24)
Standard kombëtar operativ për regjistrim, prioritizim, njoftim dhe largim nga lista	Ministria e Shëndetësisë	SHSKUK, profesionistë klinikë, Inspektorati Shëndetësor, organizata të pacientëve	**6–12 muaj**
Regjistër i njësuar digjital me historik të audituesheëm	SHSKUK / Ministria e Shëndetësisë	Njësitë e SHSKUK-së dhe ekipet e sistemit informativ shëndetësor	**12–24 muaj**
Tregues dhe format i harmonizuar për monitorim e raportim publik	Ministria e Shëndetësisë	SHSKUK, klinikat dhe spitalet rajonale	**6–12 muaj**
Informim standard për pacientin dhe kanal për përditësim/ankesë	Institucionet shëndetësore	SHSKUK, Ministria e Shëndetësisë, organizata të pacientëve	**6–12 muaj dhe në vazhdimësi**
Analizë periodike e listave dhe lidhje me staf, pajisje, materiale dhe kapacitete	SHSKUK	Ministria e Shëndetësisë, klinikat dhe spitalet	**Çdo tre muaj**
Auditim i gjurmës së ndryshimeve dhe vlerësim i zbatimit të rekomandimeve	SHSKUK / organet mbikëqyrëse sipas mandatit	Ministria e Shëndetësisë, Inspektorati Shëndetësor	**Në vazhdimësi**

Në fazën e parë duhet të përcaktohen standardet dhe të pastrohen e verifikohen listat ekzistuese; në fazën e dytë të zbatohet regjistri digjital dhe raportimi i harmonizuar; ndërsa në vazhdimësi të monitorohen rezultatet, kapacitetet dhe përvoja e pacientëve. Suksesi duhet të matet jo vetëm me numrin e pacientëve në listë, por edhe me cilësinë e të dhënave, kohën e pritjes sipas prioritetit, informimin e pacientit dhe përqindjen e rasteve që kalojnë pragjet e përcaktuara.

Listat e pritjes nuk janë vetvetiu tregues i keqqeverisjes. Ato bëhen problem i transparencës dhe drejtësisë kur pacienti nuk mund ta kuptojë procesin dhe institucioni nuk mund ta dokumentojë e verifikojë atë. Korniza ligjore e Kosovës tashmë njeh të drejtën për informim, pritje të arsyeshme dhe prioritizim sipas gjendjes shëndetësore dhe kritereve profesionale.

Evidenca e ZKA-së tregon se, në periudhën e audituar, zbatimi i këtyre parimeve është penguar nga mungesa e procedurave të njëtrajtshme, regjistrimit të centralizuar, protokolleve standarde të prioritizimit, raportimit të krahasueshëm dhe nga kufizimet e kapaciteteve. Anketa e PRAK-ut e plotëson këtë pamje nga perspektiva e pacientit: informacioni për kohën, pozitën dhe kriteret e prioritetit është i kufizuar dhe pritja i shtyn disa pacientë drejt shërbimeve private, ndërsa të tjerë vazhdojnë të presin për arsye financiare.

Prandaj reforma duhet të kombinojë tri elemente: procedurë të qartë, gjurmë digjitale dhe kapacitet real për shërbim. Një regjistër digjital pa kritere dhe pa kapacitete nuk e zgjidh problemin; po ashtu, rritja e kapacitetit pa regjistrim dhe monitorim transparent nuk garanton drejtësi. Të dyja duhet të ecin së bashku.

Zbatimi i rekomandimeve të ZKA-së, operacionalizimi i të drejtave ligjore dhe raportimi i harmonizuar do t'i mundësonin Kosovës të kalojë nga lista që vetëm evidenton pritjen te një sistem që e menaxhon, e shpjegon dhe e monitoron atë. Për pacientin, kjo do të thotë të dijë pse pret dhe çfarë ndodh më tej; për institucionin, të ketë të dhëna për vendimmarrje; dhe për sistemin, të ketë mekanizma për të dalluar prioritetin e ligjshëm klinik nga devijimi i pajustifikuar.

A. Dokumente dhe burime ndërkombëtare

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en

World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO.

B. Legjislacion, dokumente dhe raporte kombëtare

Republika e Kosovës. (2004). Ligji nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, i ndryshuar dhe plotësuar me Ligjin nr. 08/L-051.

Republika e Kosovës. (2012). Ligji nr. 04/L-125 për Shëndetësi.

Republika e Kosovës. (2014). Ligji nr. 04/L-249 për Sigurimin Shëndetësor.

Republika e Kosovës. (2019). Ligji nr. 06/L-081 për Qasje në Dokumente Publike.

Ministria e Shëndetësisë. (2023). Udhëzimi Administrativ (MSH) nr. 03/2023 për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike.

Ministria e Shëndetësisë. (2025). Strategjia e Sektorit të Shëndetësisë 2025-2030.

Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës. (2024). Raporti vjetor i punës 2024.

Zyra Kombëtare e Auditimit. (2024). Raport i auditimit të performancës: Listat e pritjes së pacientëve në institucionet shëndetësore publike. Prishtinë: ZKA.

Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë - PRAK. (2026). Anketa kombëtare mbi përvojat e pacientëve: moduli për listat e pritjes. Të dhëna të analizës për këtë Dokument i Politikave.

C. Literaturë shkencore

Bachelet, V. C., Goyenechea, M., & Carrasco, V. A. (2019). Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. The International Journal of Health Planning and Management, 34(2), e995-e1015. https://doi.org/10.1002/hpm.2751

Gutacker, N., Siciliani, L., & Cookson, R. (2016). Waiting time prioritisation: Evidence from England. Social Science & Medicine, 159, 140-151. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.034

Nikolova, S., Harrison, M., & Sutton, M. (2016). The impact of waiting time on health gains from surgery: Evidence from a national patient-reported outcome dataset. Health Economics, 25(8), 955-968. https://doi.org/10.1002/hec.3195

Rathnayake, D., Clarke, M., & Jayasinghe, V. (2021). Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. PLOS ONE, 16(8), e0256578. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578

Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (Eds.). (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? Paris: OECD Publishing.

Siciliani, L., & Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. Health Policy, 72(2), 201-215. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.11.002

Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care: Limitations and prospects. Health Policy, 112(1-2), 53-61. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013