



INSTITUCIONI I AVOKATIT TË POPULLIT

**TË DREJTAT NË SHËNDETIN
SEKSUAL DHE RIPRODHUES
NË KOSOVË:
NJË REALITET PËRTEJ LIGJIT?**

**Raport mbi Vlerësimin Nacional të të Drejtave
të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues
nga Institucioni i Avokatit të Popullit në Kosovë**

Arbërita Kryeziu
Judith Mesquita
Majlindë Sinani Lulaj
Remzije Istrefi

Dhjetor, 2016



**TË DREJTAT NË SHËNDETIN SEKSUAL DHE RIPODHUES NË KOSOVË:
NJË REALITET PËRTEJ LIGJIT?**

**Raport mbi Vlerësimin Nacional të të Drejtave të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues
nga Institucioni i Avokatit të Popullit në Kosovë**

**Arbërita Kryeziu
Judith Mesquita
Majlindë Sinani Lulaj
Remzije Istrefi**

Dhjetor, 2016

Të gjitha të drejtat janë të rezervuara: Zyra e Avokatit të Popullit, Kosovë

Realizuar nga:

Arbërita Kryeziu

Judith Mesquita

Majlindë Sinani Lulaj

Remzije Istrefi

Përkrahur nga: Zyra e Fondit për Popullsi e Kombeve të Bashkuara (UNFPA), Zyra në Prishtinë

Pikëpamjet e shprehura në këtë raport janë të autorëve, respondentëve, pjesëmarrësve të anketuar dhe në fokus grupe, dhe nuk paraqesin domosdoshmërisht pikëpamjet e UNFPA-së, të Kombeve të Bashkuara apo të ndonjë nga organizatat e tija përkatëse.

Përkthyer dhe përshtatur nga Anglishtja në Shqip: Artan Shabani

Publikuar në Dhjetor, 2016

Përmbajtja

Lista e shkurtesave	4
PARAFJALË	5
PËRMBLEDHJE E PËRGJITHSHME	7
HYRJE	18
KAPITULLI 1: OBLIGIMET LEGALE TË KOSOVËS PËR TË DREJTAT E SHËNDETIT RIPODHUES DHE SEKSUAL	25
KAPITULLI 2: SISTEMI SHËNDETËSOR I KOSOVËS	30
KAPITULLI 3: ÇËSHTJET PRIORITARE TË TË DRJETAVE TË SHËNDETIT RIPODHUES DHE SEKSUAL	39
1. Qasja në shërbime dhe informata për kontracepsion	39
2. Qasja në shërbimet e sigurta të abortit dhe kujdesin pas abortit	44
3. Shëndeti i nënës	47
4. Parandalimi dhe trajtimi i HIV/AIDS-it	50
5. Edukimi gjithëpërfshirës seksual	54
6. Dhuna ndaj gruas	57
7. Kanceri i shëndetit riprodhues dhe ai i gjirit	64
8. Grupet e marginalizuara dhe vulnerabël (cenueshme)	66
PËRFUNDIM	70

Lista e shkurtesave

ARVs Barnat antiretrovirale

CLMIS	Contraceptive logistics management system (Sistemi i Logjistikës dhe Menaxhimit të Kontraceptivëve)
DIU	Dispozitivi intrauterin
DSHRS	Të drejtat e shëndetit riprodhues dhe seksual
HIV/ AIDS	Human immunodeficiency virus/ acquired immune deficiency syndrome (Virusi i imunodeficienencës humane/sindroma e imunodeficienencës së fituar)
IST	Infeksion seksualisht transmisiv
IOM	International Organisation for Migration (Organizata Ndërkombëtare për Migrim)
IAP	Institucioni i Avokatit të Popullit
KTV	Këshillimi dhe testimi vullnetar
LGBTI	Lezbiket, gei, biseksualët, transgjiorët dhe interseksualët
MASHT	Ministria e Edukimit, Shkencës dhe Teknologjisë
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSM	Meshkujt që bëjnë seks me Meshkuj
NATO	North Atlantic Treaty Organisation
OBSH	Organizata botërore e shëndetësisë
PDI	Përdorues i drogave injektuese
PFS	Punëtoret femra të seksit
SISH	Sistemi i Informimit Shëndetësor
ShKPAMShA	Shoqata Kosovare për Promovimin, Avancimin dhe Mbrojtjen e Shëndetit të Adolehentëve
SHRS	Shëndeti riprodhues dhe seksual
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
UNFPA	United Nation's Population Fund (Fondi i Popullatës së Kombeve të Bashkuara)
UNICEF	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët
UNMIK	United Nations Interim Administration in Kosovo

PARAFJALË

Fjala e Avokatit të Popullit

Avokati i Popullit, si kategori e veçantë dhe e pavarur në Kushtetutën e Republikës së Kosovës, në thelb të mandatit dhe misionit, ka mbikëqyrjen dhe mbrojtjen e të drejtave të individëve nga veprimet ose mosveprimet e paligjshme dhe të parregullta të autoriteteve publike.

Aspirata themelore në punën e Avokatit të Popullit është rivendosja e të drejtave të cenuara të individëve, përmes rekomandimeve drejtuar palëve përgjegjëse, në funksion të gjetjes dhe përdorimit të mjeteve efektive, për të korrigjuar shkeljet e shkaktuara dhe për të përmirësuar gjendjen e të drejtave dhe lirive të njeriut në vend.

Avokati i Popullit vlerëson dhe promovon praktikat e mira, me qëllim të vendosjes së standardeve, të cilat në bazamentin e vet kanë të drejtat dhe liritë e njeriut, të garantuara me Kushtetutën e vendit, ashtu siç edhe me Marrëveshjet dhe Instrumentet Ndërkombëtare, të zbatuara drejtpërdrejtë në Republikën e Kosovës.

Në këtë kontekst është iniciuar dhe realizuar vlerësimi i përgjithshëm dhe i thelluar përkitazi me të drejtat në shëndetin riprodhues dhe seksual në Kosovë, duke i parë të arriturat e ngecjet në këtë aspekt, kundrejt garancive dhe obligimeve kushtetuese dhe ligjore.

Si rezultat i këtij vlerësimi, Raporti “TË DREJTAT NË SHENDETIN SEKSUAL DHE RIPRODHUES NË KOSOVË: NJË REALITET PËRTEJ LIGJIT?”, i pari i këtij lloji në vend, ofron bazat e monitorimit në vazhdimësi, të progresit lidhur me të drejtat seksuale dhe riprodhuese në Kosovë. Vlerësimi është bazuar në rishikimin e dokumenteve dhe publikimeve relevante, ashtu siç edhe në konsultimet me autoritetet publike, shoqërinë civile, organizatat ndërkombëtare.

Raporti është realizuar me mbështetjen teknike dhe financiare të Fondit për Popullsi të Kombeve të Bashkuara (UNFPA), si dhe me bashkëpunimin e autoriteteve publike gjegjëse, organizatave joqeveritare vendore dhe ndërkombëtare të profilit të çështjeve që trajton Raporti, si dhe profesionistëve të fushës dhe Institucioni i Avokatit të Popullit (IAP) u shpreh falënderimin dhe mirënjohjen e thellë. Në veçanti, për gatishmërinë dhe kontributin e pakursyer në gjithë procesin e realizimit të këtij Raporti, IAP falënderon Dr. Visare Mujko-Nimani, Dr. Zarife Miftari (UNFPA) dhe Dr. Merita Vuthaj (Ministria e Shëndetësisë).

Si Avokat i Popullit shpreh përkushtimin në përmbushje të mandatit dhe rolit kushtetues. Si parim udhërrëfyes dhe çështje qendrore e ndryshimeve në vendin tonë, të drejtat e njeriut dhe respektimi i tyre mbeten çështje thelbësore, për të pohuar fuqishëm se liritë dhe të drejtat nuk janë vetëm garanci abstrakte kushtetuese, por janë mënyrë e të jetuarit dhe shpresë për progres të mëtutjeshëm në të ardhmen!

PËRMBLEDHJE E PËRGJITHSHME

Të drejtat e shëndetit riprodhues dhe seksual (DSHRS) janë qenësore për dinjitetin, mbijetesën dhe shëndetin e mirë, si dhe gëzimin e një serie të të drejtave fundamentale njerëzore. Të mbrojtura nga Kushtetuta e Republikës së Kosovës, ato janë ligjërisht të obligueshme për të gjitha autoritetet në Kosovë. Që nga përfundimi i luftës, janë bërë një seri ligjesh si dhe politika relevante dhe iniciativa të tjera janë zhvilluar në vend mbi DSHRS-në..

Vlerësimi i shëndetit seksual dhe riprodhues dhe të drejtave në Kosovë

Ky vlerësim në nivel vendi i DSHRS-në është i pari i këtij lloji në Kosovë. Objektivat janë për të vlerësuar shkallën në të cilën këto drejta të SHRS të mbrojtura me Kushtetutë realizohen në praktikë, përmes ligjeve, politikave dhe implementimit në Kosovë; për të vlerësuar fushat kyçe të progresit si dhe barrierat; dhe për të bërë rekomandimet për Qeverinë e Kosovës dhe autoritetet tjera përgjegjëse.

Vlerësimi është i fokusuar në shtatë çështjet kyçe të DSHRS-së: shërbimet dhe informatat mbi kontraktivët; abortin e sigurt, shëndetin e nënës; HIV/AIDS; edukimin gjithëpërfshirës seksual; dhunën kundër gruas; dhe kancerit e shëndetit riprodhues. Fokusohet po ashtu në grupet e rrezikuara përfshirë adoleshentët; komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian; meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, punëtorët femra të seksit (PFS) dhe personat me aftësi të kufizuara.

Çështje kyçe në lidhje me të drejtat njerëzore siç janë besueshmëria dhe prania e të dhënave, jo-diskriminimi, privatësia përfshirë konfidencialitetin dhe pjesëmarrjen ishin po ashtu në fokus të vlerësimit, siç edhe ishte sistemi i gjerë shëndetësor dhe konteksti socio-ekonomik që janë shumë të rëndësishme për të kuptuar DSHRS-në, fushat e progresit dhe pengesat.

Për të vlerësuar progresin dhe pengesat, vlerësimi ka identifikuar një sërë pyetjesh dhe indikatorësh në lidhje me çështjet e DSHRS-së. Të dhënat janë analizuar me tri pyetje kryesore në mendje: cila është gjendja e DSHRS e popullatës së Kosovës, përfshirë grupet e marginalizuara? Cilat ligje kyçe, politika dhe iniciativa janë adaptuar nga Qeveria, dhe cila është gjendja e implementimit të tyre? Cilat janë përputhjet dhe mospërputhjet mes mbrojtjes kushtetuese të DSHRS-së dhe realitetit? Ky raport përfshinë rekomandimet e bazuara në gjetjet nga këto pyetje.

Fushat kryesore të progresit dhe problemet që mbesin

Kosova u bë shtet i pavarur në vitin 2008. Para kësaj ishte e qeverisur nga Misioni i Brendshëm Administrues në Kosovë (UNMIK) për një periudhë prej nëntë vitesh (1999-2008). Ligjet e Kosovës, institucionet dhe sistemi shëndetësor janë relativisht të reja dhe janë zhvilluar përkundër ambientit sfidues ekonomik me nivel të lartë të varfërisë dhe papunësisë, dhe trashëgimisë së luftës së viteve 1998-99, e cila solli dëme të mëdha në infrastrukturën e sistemit shëndetësor.

Në këtë kontekst janë bërë disa arritje të mëdha. Kosova ka një kornizë të fortë kushtetuese për mbrojtjen e DSHRS-ve si dhe një numër relevant ligjesh e politikash. Vendi po ashtu ka bërë progres/arritje në zhvillimin e një sistemi të ri shëndetësor me sistem të duhur referimi.

Veçanërisht në lidhje me çështjet e DSHRS-së, ka një shkallë të ulët të vdekshmërisë dhe prevalencë të ulët të HIV/AIDS-it.

Megjithatë, progresi nuk ka qenë i barabartë me një sërë sfidash që pengojnë realizimin adekuat të DSHRS-ve në Kosovë. Disa nga këto kanë të bëjnë me sistemin shëndetësor në përgjithësi, përfshirë: kontributet e ulëta buxhetore në shëndetësi; implementimi i dobët i ligjeve dhe politikave; koordinimit të dobët mes sektorëve si dhe autoriteteve qendrore dhe komunale; kufizime signifikante në grumbullimin e të dhënave përfshirë sistemin e informimit shëndetësor që preket nga raportimi i kufizuar dhe të dhëna të pasakta; qasje më të kufizuar në kujdes shëndetësor për personat që jetojnë në zonat rurale; dhe tendencës së popullatës për të kapërcyer qendrat e mjekësisë familjare dhe të shkojnë drejtpërdrejt tek specialisti i shëndetit seksual dhe riprodhues. Ka edhe monitorim të dobët dhe llogaridhënie, përfshirë atë në lidhje me praktikat siç është aborti klandestin, dhe implementimi i politikave. Pjesëmarrja e popullatës përfshirë grupet e marginalizuara në zhvillimin e politikave në lidhje me DSHRS-në është e kufizuar. Privatësia dhe konfidencialiteti respektohen dobët nga profesionistët me që përcillet me mosndëshkim, gjë që shkel jo vetëm të drejtat njerëzore për privatësi, por që vepron edhe si një dekurajim në kërkimin e shërbimeve nga profesionistët e licencuar. Shumica e politikave mbi shëndetin riprodhues dhe seksual kanë skaduar dhe duhet zëvendësuar: në të njëjtën kohë është e rëndësishme që proceset e formulimit të politikave nuk dominojnë sektorin deri në përjashtimin apo implementimit të DSHRS-ve.

Për më tepër, ka sfida të ndërlidhura, që secila prek të gjitha apo një sërë çështjesh të DSHRS-ve, secila çështje e DSHRS-ve e vlerësuar në këtë raport ballafaqohet më problemet përkatëse:

- Qasja në shërbime dhe informata për kontraktivët: përdorimi i metodave moderne të kontracesionit është tepër i ulët. Ka një vetëdije të ulët rreth metodave moderne të kontracesionit, posaçërisht mes disa grupeve siç janë adoleshentët dhe popullata rurale. Kontraktivët konsiderohen të shtrenjtë nga disa segmente të popullatës dhe shpërndarja e rregullt dhe falas e kontraktivëve në qendrat e mjekësisë familjare është ndërprerë që nga ndalimi i furnizimit të tyre nga Fondi i Popullatës së Kombeve të Bashkuara (UNFPA). Profesionistët shëndetësor ndonjëherë ngurrojnë të diskutojnë kontracesionin me përdoruesit të cilët po ashtu ngurrojnë të flasin nga ana e tyre.
- Qasja në abort dhe kujdesin pas abortit: ka një problem shumë serioz dhe përhapur që është aborti klandestin nga klinikat private, të cilat nuk janë të licencuara për të kryer procedurën, përkundër ofrimin të shërbimeve të sigurta dhe legale të abortit në një numër klinikash publike shëndetësore. Në rrethana të tilla klandestine edhe pa rregulluara, aborti nuk është i sigurt. Gratë dhe vajzat adoleshente raportohet të kërkojnë aborte të tilla për shkak të mungesës së privatësisë dhe konfidencialitetit në sektorin publik. Edhe raportimi i aborteve është i kufizuar, posaçërisht nga institucionet private, që e bën të pamundur për të vlerësuar shkallën e problemit. Ligji mbi Përfundimin e Shtatzënisë kërkon rishikim, përfshirë largimin e kufizimit të abortit për femrat mbi 16 vjeç.
- Shëndeti i nënës: vdekjet e nënave regjistrohen si të tilla vetëm nëse ndodhin në institucione emergjente obstetrike dhe qendra të lindjeve, që e bën të vështirë për të vlerësuar shkallën e vdekshmërisë së nënave. Nuk ka udhërrëfyes klinik dhe protokolle për shëndetin e nënës. Gratë shtatzëna shpesh kërkojnë kujdes antenatal

nga shërbimet e specializuara se sa nga qendrat e mjekësisë familjare të cilat janë të pajisura për të mbështetur shtatzënitë e pa komplikuar.

- Sindroma i imunodefincencës së fituar/Virusi i imunodefincencës humane (HIV/AIDS): Përkundër prevalencës së ulët të HIV/AIDS-it, përdorimi i ulët i kondomave, diskriminimi dhe stigma që rrethon marrëdhëniet mes gjinisë së njëjtë, mungesa e edukimit gjithëpërfshirës seksual në shkolla dhe për rininë jashtë shkollave, dhe dështimi nëqasjen ndaj punëtorëve të seksit me profilaksi vullnetare për HIV/AIDS, përbëjnë pengesa në DSHRS-ë. Terapia antiretrovirale (ARV) nuk është vazhdimisht e pranishme për trajtimin e personave që jetojnë me HIV/AIDS.
- Edukimi gjithëpërfshirës mbi seksualitetin: përkundër iniciativave të fundit për të zhvilluar edukim mbi seksualitetin, ofrimi është tepër i kufizuar. Jo të gjithë fëmijët dhe adoleshentët marrin edukim seksual të përshtatshëm për moshën në shkolla, derisa më shumë përpjekje duhet bërë për të mbështetur ofrimin e tij për të rinjtë jashtë shkollave dhe grupet e popullatës.
- Kanceri i gjirit dhe i sistemit riprodhues: nevojat e skreningut dhe trajtimit të kancerit cervical duhet të jenë prioritet i parë. Shërbimet për të detektuar dhe trajtuar kancerin e gjirit duhet zhvilluar po ashtu. Ka mungesë të grumbullimit sistematik të të dhënave mbi incidencën dhe trajtimin e kancerit cervical dhe atij të gjirit.
- Grupet e rrezikuara: në këtë kontekst të DSHRS-së, grupet e rrezikuara përfshijnë adoleshentët dhe të rinjtë, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian. Përpjekje të veçanta janë të nevojshme për të mbuluar këto grupe me intervenime të duhura të bazuara në të drejtat e njeriut dhe promovimin e DSHRS-së.

Rekomandimet

Obligimet e Kosovës mbi DSHRS-të

1. Kushtetuta duhet amenduar për të përfshirë Marrëveshjen Ndërkombëtare mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore, Konventën mbi të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara dhe Kartën Sociale të Evropës në mënyrë që të jenë direkt të aplikueshme në ligjin vendor në Kosovë.
2. Qeveria duhet monitoruar dhe bërë përpjekje për të siguruar gëzimin e të drejtave dhe DSHRS-ve nga personat me aftësi të kufizuara.

Rekomandimet kyçe të ndërlidhura mes sistemit shëndetësor dhe DSHRS-të

3. Sistemi shëndetësor: Duhet të ketë përpjekje të vazhduara të udhëhequra nga Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me drejtoritë komunale për të përmirësuar funksionimin e qendrave të mjekësisë familjare për të inkurajuar popullatën të përdor këto institucione kur është e përshtatshme. Për zonat rurale duhet përmirësuar nevojat në lidhje me qasje në sistemin shëndetësor. Ministria e Shëndetësisë duhet zhvilluar dhe implementuar masa për të bërë shërbimet shëndetësore, posaçërisht qendrat e mjekësisë familjare miqësore për adoleshentët.

4. Privatësia: Ministria e Shëndetësisë duhet bërë një rishikim të shkaqeve kryesore, manifestimeve dhe pasojave të mungesës së respektit mbi privatësinë dhe konfidencialitetin në institucionet shëndetësore riprodhuese dhe seksuale, përfshirë shërbimet kontrceptive, abortin, kujdesin pas abortit, kujdesin shëndetësor maternal dhe testimin dhe këshillimin vullnetar (KTV) për IST-të, duke marrë parasysh mbrojtjen formale të të dhënave dhe procedurat, dhe qëndrimet dhe veprimet e profesionistëve shëndetësor mbi këto çështje. Është kritike ngritja e vetëdijes dhe trajnimi i profesionistëve shëndetësor mbi këto çështje, dhe procedura të qarta kur shkelen këto detyra.
5. Implementimi i politikave: Të gjitha autoritetet përgjegjëse në Republikën e Kosovës duhet siguruar implementim të ligjeve dhe politikave në fushën e DSHRS-së.
6. Buxheti: Qeveria duhet rritur kontributet e buxhetit për sektorin shëndetësor për pesë për qind në krahasim me vitin paraprak dhe për aktivitetet tjera të lidhura me shëndetin në sektorët tjerë. Resurset e alokuara për shëndetin riprodhues nuk duhet bartur diku tjetër.
7. Sigurimi shëndetësor: Qeveria duhet vazhduar me mbledhjen e kontributeve të sigurimit shëndetësor dhe duhet implementuar Ligjin mbi Sigurimin Shëndetësor. Shëndeti seksual dhe riprodhues, përfshirë planifikimin familjar dhe kujdesin ndaj nënës duhet përfshirë në pakon themelore të shërbimeve në këtë fond. Kontraceptivet duhet mbuluar nën skemën e Sigurimit Shëndetësor, së paku për grupet vulnerabël siç janë definuar nga Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale.
8. Komunikimi dhe koordinimi: Ministria e Shëndetësisë duhet krijuar një organ koordinues ndër-institucional mbi shëndetin seksual dhe riprodhues për të përmirësuar koordinimin dhe komunikimin mes institucioneve nacionale dhe atyre nacionale dhe komunale. Të drejtat e njeriut duhet përfshirë në mënyrë eksplicite në termat e referencës.
9. Indikatorët dhe të dhënat: Duhet bërë përpjekje që SISH-i përfshinë të dhënat gjithëpërfshirëse dhe të besueshme, përfshirë çështje të caktuara të DSHRS-ve si dhe shëndetit të nënës dhe abortit. Duhet përmirësuar regjistrimin i vdekjeve maternale, përfshirë zgjerimin e kriterëve të raportimit nga institucionet emergjente obstetrike dhe qendrave të lindjeve deri në të gjitha vendet ku ato ndodhin. Ministria e Shëndetësisë duhet përpjekur për të siguruar që ofruesit e shërbimeve të abortit janë në pajtim me nenin 21 të Ligjit për Ndërprerjen e Shtatzënisë, që deklaron se secili institucion shëndetësor është i obliguar për të raportuar të dhënat statistikore mbi ndërprerjet e shtatzënieve. Grumbullimi i të dhënave mbi dhunën e bazuar në gjini duhet përmirësuar. Të dhënat duhet disagreguar sipas natyrës së diskriminimit siç është gjinia, etnia, mosha, gjendja sociale dhe ekonomike (p.sh. niveli i edukimit dhe të ardhurat) dhe aftësitë e kufizuara. Ky rishikim ka gjetur veçanërisht informata të kufizuara mbi DSHRS për personat me aftësi të kufizuara, duhet bërë përpjekje më të mëdha për të ofruar të dhëna mbi këtë fushë.
10. Inspektorati shëndetësor: Inspektorati Shëndetësor duhet forcuar. Numri i inspektorëve duhet rritur. Inspektorati duhet përdorur mbrojtjen e të drejtave njerëzore nga kushtetuta e Kosovës si kornizë reference për inspektimet e tij.

11. Komisionet parlamentare: Komisioni mbi Shëndetin, Punën dhe Mirëqenien Sociale dhe Komiteti për Edukim, Kulturë, Rini, Sporte, Administrim Publik, Qeveria Lokale dhe Media duhet mbajtur përgjegjës respektivisht Ministrinë e Shëndetësisë, Edukimit, Shkencës dhe Teknologjisë për mbarëvajtjen e DSHRS brenda politikave dhe planeve të tyre të veprimit si dhe për zhvillimin dhe implementimin e këtyre politikave dhe strategjive.
12. Qasja në mekanizmat llogaridhënës: Ministria e Shëndetësisë duhet rritur vetëdijen e popullatës, dhe të përmirësoj qasjen e vet në mekanizmat llogaridhënës mbi DSHRS-të, përfshirë gjykatat, IAP-në dhe organet administrative. Duhet kushtuar vëmendje sigurimit të qasjes për grupet e rrezikuara siç janë adoleshentët.
13. Trajnimi mbi DSHRS-të: Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me UNFPA-në duhet ofruar trajnim mbi DSHRS për politikë bërësit kryesorë në Ministrinë e Shëndetësisë.
14. Pjesëmarrja: Qeveria duhet siguruar pjesëmarrjen e bartësve të të drejtave në zhvillimin e të gjitha politikave dhe programeve të reja mbi DSHRS. Në veçanti duhet bërë përpjekje për të siguruar pjesëmarrjen e grupeve të rrezikuara dhe marginalizuara, siç janë gratë, adoleshentët, LGBTI, personat me aftësi të kufizuara, punëtorët e seksit, dhe komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian.
15. Objektivat e qëndrueshme zhvillimore: Kuvendi duhet adoptuar formalisht Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore, duke pasur parasysh fokusin e tyre të rëndësishëm mbi DSHRS-të.

Qasja në informatat dhe shërbimet kontraceptive

16. Ministria e Shëndetësisë duhet bërë të mundshëm ofrimin falas të kontraceptivëve së paku të një kontraceptivi hormonal të kombinuar me dozë të ulët, një hormonal injektabel, kondoma meshkujsh, një dispozitiv intrauterin (T) me bakër, dhe një kontraceptiv emergjent për grupet në vijim: “1) segmentit më të varfër dhe të tretë të popullatës; 2) çiftëve që janë nën nivelin e varfërisë ekstreme (i.e. 12% të popullatës); 3) komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian; 4) adoleshentëve seksualisht aktiv nga moshat 15-19 vjeç; 5) grave që vuajnë dhunë në familje dhe atyre në strehim; 6) të rinjve nga moshë 15-24 vjeç që jetojnë në vende rurale” ; dhe 7 (PFS). Këto duhet ofruar nga mjekët dhe gjinekologët në Qendrat e Mjekësisë Familjare. Kjo duhet mbështetur nga një sistem i logjistikës dhe menaxhimit të kontraceptiveve (SLMK) dhe një linjë te veçantë buxheti për kontraceptivët. Duhet bërë përpjekje për të përmirësuar shfrytëzimin e Qendrave të Mjekësisë Familjare nga popullata për planifikimin familjar.
17. Ministria e Shëndetësisë duhet prokuruar kontraceptivët, duke shfrytëzuar prokurimin nga pala e tretë nga UNFPA.
18. Për të implementuar Udhëzimin Administrativ (Shëndetësi) 07/2013 Metodat dhe Mjetet Moderne për Planifikim Familjar, Ministria e Shëndetësisë duhet siguruar se ofrohet një furnizim i rregullt me kontraceptiv në Qendrat e Mjekësisë Familjare. Harxhimi i stoqeve duhet shmangur.

19. Kondomët duhet të jenë gjerësisht të disponueshëm me kosto të ulët në aparate të instaluar në vende të përshtatshme që janë të qasshme dhe që ofrojnë privatësi për konsumatorët.
20. Kontraceptivët duhet mbajtur në Listën e Barnave Esenciale.
21. Në pajtim me Udhëzimin Administrativ (Shëndetësi) 07/2013 Metodat dhe Mjetet Moderne për Planifikim Familjar, Ministria e Shëndetësisë duhet siguruar se profesionistët shëndetësor në Qendrat e Mjekësisë Familjare në mënyrë profesionale dhe proaktive ofrojnë informata mbi planifikimin familjar kur kërkohet, dhe qasja e tyre ndaj përdoruesve është me respekt dhe dinjitet, dhe që ruhet konfidencialiteti dhe privatësia e pacientëve në të gjitha rastet. Duke pasur parasysh këtë Ministria e Shëndetësisë duhet:
 - a. Siguruar trajnim të vazhduar për mjekët, infermierët dhe mamitë në ofrimin e informatave të duhura për kontraceptivët, përfshirë eliminimin e paragjykimeve dhe ofrimin e këshillimit për planifikimin familjar për pacientët, ashtu që ata do mund të bëjnë zgjedhje të pavarur dhe informuar rreth përdorimi të kontraceptivëve.
 - b. Investigimi i çështjeve të tjera për të përmirësuar qasjen në informata në qendrat e mjekësisë familjare, siç është ofrimin i fletushkave informative mbi metodat e pranishme kontraceptive, përdorimin e tyre dhe përfitimet dhe efektet e tyre, si dhe grupeve mbështetëse të pacientëve.
 - c. Duhet siguruar se Inspektorati Shëndetësor, dhe koordinatorët e cilësisë së shërbimeve brenda institucioneve publike, monitorojnë dhe rishikojnë cilësinë dhe pranueshmërinë e shërbimeve të planifikimit familjar.
22. Në përpjekjet e saj për të përmirësuar qasjen në informata dhe shërbime kontraceptive nga masat e cekura me lartë (dhe të tjera), strategjia e Qeverisë duhet vënë vëmendje të veçantë në ato grupe që janë më pak të informuara dhe kanë më pak qasje, siç janë identifikuar nga raporti i MICS dhe të dhëna tjera të besueshme. Këtu përfshihen adoleshentët dhe të rinjtë, njerëzimi me nivel më të ulët të edukimit, popullata rurale si dhe punëtorët e seksit dhe meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (MSM) (shih Kapitulli 3, seksioni 7). Vëmendje duhet dhënë edhe qasjes në kontraceptiv për personat me aftësi të kufizuara. Prandaj këto grupe duhet ftuar të marrin pjesë në zhvillimin dhe implementimin e strategjive, jo vetëm pse është e drejtë njerëzore e tyre, por sepse shërben edhe në rritjen e efektivitetit të këtyre strategjive.

Aborti

23. Është më se e rëndësishme për të arritur standardet më të larta të shëndetit, që Qeveria të adresoj problemin e abortit që kryhet në mënyrë klandestine në kushte të pasigurta nga institucione private dhe pa autorizuar për të kryer procedurën. Të drejtat shëndetësore të gruas përfshijnë të drejtën për shërbime shëndetësore të mira dhe sigurt.
24. Qeveria duhet bërë rishikim të shërbimeve të abortit dhe një studim me fokus për të studiuar reformën në sektorët publik dhe privat për të përcaktuar opsionet më të mira për përmirësimin e qasjes, si dhe cilësisë së abortit legal. Ofruesit e sektorit publik të abortit duhet përmirësuar shërbimet e tyre përfshirë përmirësimin e respektit të të

drejtave të përdoruesve, si dhe ofrimin e kujdesit gjithëpërfshirës, përfshirë informatat e sakta, këshillimin jo dirigjues nëse kërkohet nga grua, shërbimet e abortit pa vonesë, dhe shërbimet kontraceptive pas abortit për të ndihmuar parandalimin e shtatzënive të paplanifikuara në të ardhmen. Në të njëjtën kohë, Qeveria duhet konsideruar nëse është e përshtatshme të autorizojë dhe rregullojë numrin e klinikave private që kryejnë shërbimet e abortit duke pasur parasysh që ato plotësojnë kriteret e sigurisë dhe standardet e definuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), si dhe Udhëzimi Administrativ 09/11 është i rregulluar siç duhet. Qeveria duhet konsideruar po ashtu zgjerimin e ofrimit të shërbimeve të abortit tek ofruesit e shërbimeve jo të specializuara në pajtueshmëri me udhëzuesit e OBSH-së .

25. Ligji mbi Ndërprerjen e Shtatzënisë duhet amenduar:

a. Qeveria duhet siguruar se shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues përfshirë shërbimet e abortit plotësojnë nevojat e të gjithë adoleshentëve. Duke pasur parasysh këtë, nuk duhet pasur kufizim moshe për abortin, me fjalë të tjera, të miturave nën moshën 16 vjeç duhet ofruar shërbime aborti.

b. Edhe pse adoleshentët duhet inkurajuar të flasnin me prindërit apo të rritur të tjerë rreth shtatzënisë dhe abortit në pajtim me interesin më të mirë të tyre dhe kapaciteteve të tyre, Qeveria duhet konsideruar lejimin e të miturave të kryejnë abort të sigurt pa pëlqimin e prindërve. Vendimi për abort dhe nëse prindërit duhet informuar rreth shtatzënisë dhe abortit duhet lënë adoleshentëve. Qeveria duhet punuar po ashtu për të siguruar që vajzat adoleshente të marrin vendime autonome dhe të informuara rreth shëndetit riprodhues, përfshirë abortin. Definicioni i “abortit” duhet amenduar në ligj dhe Udhëzimin Administrativ 09/11 për të larguar “me dhunë” nga definicioni ekzistues “ndërprerje e shtatzënisë me dhunë”.

26. Aspirimi me vakum dhe dilatimi dhe evakuimi duhet zëvendësuar dilatimin dhe kiretazhën e mprehtë për të gjitha abortet kirurgjike. Aspirimi me vakum duhet prezantuar për abort kirurgjik për shtatzënitë deri 12-14 javë të gestacionit. Po ashtu, Qeveria duhet konsideruar abortin medicinal me kombinimin e mifepristone-misoprostol në pajtueshmëri me udhëzuesit e OBSH-së.

27. Qeveria duhet inkurajuar regjistrimin e produkteve të paketuara të mifepristone and misoprostol dhe pastaj të vlerësoj mundësitë për adresimin e shitjes ilegale pa recetë të mifepristone and misoprostol. Të paktën, produktet e pa regjistruara në treg duhet testuar për cilësi.

Shëndeti i nënës

28. Sistemi i rishikimi të vdekjeve maternale dhe “near miss” (rasteve potenciale për vdekje, dëmtimet, lëndimet) duhet implementuar. Metodologjia duhet të jetë konsistente me “Beyond the Numbers” të OBSH-së.

29. Udhërrëfyesit dhe protokollet klinike në lidhje me shëndetin e nënës duhet zhvilluar dhe implementuar.

30. Duhet bërë përpjekjet për të inkurajuar gratë të përdorin shërbimet e lidhura me maternitetin në qendrat e mjekësisë familjare. Për shembull, duhet bërë përpjekje për të adresuar barrierat siç janë shpenzimet e transportit. Një skemë kuponësh mund të merret parasysh për të furnizuar gratë që nuk janë në gjendje të paguajnë shpenzimet.
31. Ministria e Shëndetësisë duhet promovuar përdorimin rutinë të Klasifikimit të Robson-it për të udhëzuar vendimet rreth adresimit të prerjes cezariene, dhe monitoruar nëse klinikat i përdorin këto kritere në praktikë. UNFPA duhet mbështetur ofrimin e informatave për publikun mbi përdorimin e duhur, dhe komplikimet që mund të vijnë nga prerjet cezariene.

HIV/AIDS

32. Ministria e Shëndetësisë duhet ofruar ARV-në në kohë të duhur. Prandaj, medikamentet e HIV/AIDS-it duhet klasifikuar ndryshe për të tejkaluar procedurat e zgjatura të prokurimit.
33. Ministria e Shëndetësisë duhet kompletuar kornizën legale dhe rregullatorë dhe adoptuar plane të veprimit për të reaguar ndaj HIV/AIDS-it që mundësojnë qasje efektive dhe të koordinuar në adresimin e çështjeve të drejtave të njeriut të lidhura me HIV/AIDS-in, përfshirë vënien e vëmendjes së veçantë në grupet e rrezikuara siç janë punëtorët e seksit, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, adoleshentëve dhe rinjve, përdoruesit e drogave të injektuara (PDI), si dhe për të parandaluar transmetimin nga nëna-tek-fëmija.
34. Ministria e Shëndetësisë duhet zgjeruar shërbimet specifike parandaluese, përfshirë qasjen në informata, kondoma, Këshillimin dhe Testimin Vullnetar (KTV), për grupet e rrezikuara siç janë MSM, punëtorët e seksit, PDI, adoleshentëve dhe të rinjve. Këto grupe duhet përfshirë në dizajnin dhe implementimin e këtyre shërbimeve.
35. Ministria e Shëndetësisë duhet bërë më shumë në promovimin dhe përdorimin e qendrave të KTV-së.
36. Pas tërheqjes së Fondit Global nga Kosova në vitin 2017, institucionet në Kosovë duhet përcaktuar buxhet në implementimin e strategjisë së HIV-it.
37. Përpjekje më të mëdha nevojiten për të adresuar stigmatizimin dhe diskriminimin e grupeve të popullatës siç janë MSM dhe punëtorët e seksit.

Edukimi gjithëpërfshirës mbi seksualitetin

38. Ministria e Edukimit, Shkencës dhe Teknologjisë (MASHT) duhet siguruar zhvillim dhe implementim të strategjive dhe planeve të veprimit për edukimin seksual të përshtatshëm për moshën, përfshirë shkollat dhe për adoleshentët dhe të rinjtë jashtë shkollave.
39. MASHT duhet siguruar se edukimi seksual gjithëpërfshirës i përshtatshëm për moshën ofrohet si lëndë e rregullt për të gjithë fëmijët edhe adoleshentët në shkollat e

Kosovës. Ky duhet qenë një përkushtim eksplicit në kornizat e plan programeve për nivelet e ndryshme të edukimit dhe të reflektohet në planin strategjik të radhës. Në linjë me standardet ndërkombëtare, edukimi seksual gjithëpërfshirës duhet mbuluar temat në vijim: rritja dhe zhvillimi, anatomia dhe fiziologjia seksuale; riprodhimi, kontracesioni, shtatzënia dhe lindja, HIV/AIDS; IST, jeta familjare dhe marrëdhëniet ndër njerëzorë; kultura dhe seksualiteti, rolet e gjinive; sjellja seksuale; diversiteti seksual; dhuna e bazuar në gjini; dhe praktikatat e dëmshme. Duhet zhvilluar materiale mësimore të përshtatshme për moshën e nxënësve mbi edukimin seksual gjithëpërfshirës.

40. MASHT duhet siguruar se të gjithë mësuesit të cilët do përfshihen në edukimin gjithëpërfshirës seksual do trajnohen në ofrimin e edukimit të përshtatshëm për moshën, gjithëpërfshirës dhe të bazuar në të drejtat e njeriut. Nëse kërkohet, materialet e trajnimit të bazuara në të drejtat e njeriut duhet zhvilluar.
41. Edukimi gjithëpërfshirës seksual për fëmijët, adoleshentët dhe të rinjtë jashtë shkollave duhet ndërtuar mbi infrastrukturën ekzistuese, duke përfshirë organizatat e shoqërisë civile që punojnë në atë fushë. Standardet e edukimit përmes të rinjve mbi edukimin gjithëpërfshirës seksual duhet zhvilluar me pjesëmarrjen e të rinjve.
42. Adoleshentët dhe të rinjtë duhet marrë pjesë në dizajnin e edukimit gjithëpërfshirës seksual në shkolla dhe jashtë tyre dhe në ofrimin e këtij edukimi përmes iniciativave të edukimit përmes bashkëmoshatarëve.

Dhuna ndaj gruas

43. Duhet draftuar dhe implementuar një Strategji e re Kombëtare dhe Plan Veprimi kundër Dhunës ndaj Gruas, dhe duhet mbështetur nga një buxhet real dhe i detajuar. Duhet identifikuar qartas institucionet përgjegjëse brenda qeverisë dhe autoriteteve lokale, si dhe një institucion me përgjegjësi për implementim në terren. Duhet krijuar hapësirë për partneritete dhe mbështetje nga akterë jo shtetëror, dhe specifikuar mekanizma bashkëpunimi, por duke mos u dhënë përgjegjësi formale me plan. Qeveria e Kosovës duhet ofruar fonde adekuate për implementimin e planit.
44. Ngritja e vetëdijes së mëtejme mbi dhunën në familje dhe ligj kërkohet në disa fronte:
45. Instituti Juridik i Kosovës duhet bërë trajnimet për gjykatësit mbi standardet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut dhe ligjeve mbi dhunën në familje.
46. Agjencia për Barazi Gjinore duhet udhëhequr ngritjen e vetëdijes mbi Ligjin mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje në institucione kyçe.
47. Duhet edukuar dhe ngritur vetëdijen mes popullatës mbi dunën e bazuar në gjini dhe atë në familje me të gjitha format e saj, përfshirë popullatën Rome, Ashkali dhe Egjiptiane.
48. Duhet përmirësuar llogaridhënia tek të gjitha autoriteteve respektive dhe përgjegjëse publike në nivel qendror dhe lokal, në veçanti, policisë, prokurorëve dhe juristëve për performancën e tyre në ballafaqimin me rastet e dhunës në familje dhe konformitetit të tyre me standardet ndërkombëtare dhe vendore, dhe me protokollet, përfshirë

adresimin e menjëhershëm të rasteve. Duhet implementuar sanksionimet nëse dështon konformiteti me ligjin.

49. Autoritetet përgjegjëse duhet mbështetur implementimin e nën-akteve ligjore duke ofruar fonde dhe infrastrukturë adekuate.
50. Ekziston një nevojë në rritje për të elaboruar të drejtat e të mbijetuarve në “shërbimet shëndetësore dhe sociale” në nenin 27 të Ligjit mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje. Trajtimi mjekësor, mbështetja psikologjike, strehimi, rehabilitimi dhe re-integrimi i të mbijetuarve duhet definuar qartë, dhe një ndarje e qartë e përgjegjësisve për institucionet qendrore dhe lokale duhet ofruar për të siguruar se shërbimet ofrohen në praktikë.
51. Qeveria duhet konsideruar rishikimin e Ligjit mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje për të siguruar se urdhrat mbrojtës nuk janë të kufizuar me kohë, por mund të lëshohen pa afat në rastet kur ekziston rreziku për të mbijetuarit/at. Në të njëjtën kohë, duhet modifikuar gjuha në ligj për t’u referuar si “kryerës të pretenduar” dhe jo si “kryerës” kur është e përshtatshme, për të shmangur paragjykimet e fajit para gjyqimit.
52. Qeveria duhet zhvilluar infrastrukturë, rrisë resurset njerëzore dhe zhvillojë kapacitetet profesionale në kontekstin e ofrimit të shërbimeve mbështetëse për të mbijetuarit/at. Fondet për të mbijetuarit/at kanë qenë shumë të kufizuara dhe duhet rritur që kjo të ndodhë.
53. Duhet bërë përpjekje për të përmirësuar bashkëpunimin mes institucioneve që punojnë më të mbijetuarit/at e dhunës (policisë, profesionistëve shëndetësor, strehimoreve, shërbimeve sociale, gjykatave)
54. Mekanizmat për implementimin e moshës së martesës duhet zhvilluar, dhe policia dhe prokurorët duhet zbatuar ligjin në rastet kur ato ndodhin.
55. Qeveria e Kosovës duhet alokuar resurse adekuate për të grumbulluar të dhëna mbi dhunën seksuale ndaj grave dhe vajzave të prekura nga lufta.
56. Qeveria e Kosovës duhet ndërmarrë masa efektive për të adresuar çështjen e femrave të abuzuara seksualisht gjatë luftës duke kërkuar persekutimin e krimeve të lidhura me dhunën seksuale gjatë luftës në pajtueshmëri me ligjet ndërkombëtare.
57. Qeveria e Kosovës duhet siguruar se Komisioni mbi Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Viktimave të Dhunës Seksuale është plotësisht funksional dhe implementohet korniza ligjore aktuale.
58. Qeveria e Kosovës duhet ofruar mbështetje për rehabilitimin dhe trajtimin e traumave psikologjike, qasje të lehtë në edukim, kujdes shëndetësor dhe shërbime, dhe të luftojë stigmatizimin në shoqëri për të gjitha femrat e prekura nga lufta.

Kanceri i shëndetit riprodhues dhe ai i gjirit

59. Programi i skreningut (depistimit) për kancerin cervikal në komunën e Prishtinës duhet mbështetur dhe shpërndarë në të gjithë vendin, së bashku me trajtimin siç kërkohet në linjë me standardet ndërkombëtare. Skreningu për kancerin e gjirit duhet prezantuar po ashtu. Në të dyja rastet kjo do kërkojë fonde, trajnimet dhe zhvillim të institucioneve siç është identifikuar në analizën e fundit të gjendjes së kancerit cervikal dhe atij të gjirit në Kosovë.
60. Duhet ofruar resurse Bordit Kombëtar mbi Kontrollin e Kancerit dhe për Programin Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2014-2020.
61. Duhet bërë trajnimet e profesionistëve shëndetësor që punojnë në fushën e raportimit të rasteve nën Regjistrin Kombëtar të Kancerit.

Grupet e marginalizuara dhe vulnerabël

62. Garancitë Kushtetuese dhe garanci të tjera ligjore të barazisë dhe jo diskriminimit duhet respektuar, mbrojtur dhe plotësuar nga Qeveria dhe të gjithë akterët tjerë. Rekomandimet specifike mbi barazinë, dhe jo diskriminimin janë dhënë në rekomandimet më lartë.

HYRJE

Ky vlerësim i të drejtave të shëndetit riprodhues dhe seksual (DSHRS) është i pari i këtij lloji në Kosovë. Objektivat janë:

- Për të përdorur të drejtat njerëzore dhe kushtetuese të Kosovës si një thjerrë për të vlerësuar arritjet dhe barrierat politike, ekonomike, sociale dhe kulturore mbi shëndetin seksual dhe riprodhues në Kosovë;
- Të mbajë të përgjegjshme Qeverinë dhe bartësit tjerë vis-a-vis obligimeve të tyre ligjore në raport me DSHRS sipas Kushtetutës dhe ligjeve tjera;
- Bazuar në këto më lartë, për të bërë rekomandime për veprimet që hapin potencialin për progres;
- Për të mbështetur realizimin e DSHRS-ve për popullatën e Kosovës.

Institucioni i Avokatit të Popullit të Kosovës

Ky vlerësim kombëtar është ndërmarrë nga Institucioni i Avokatit të Popullit (IAP) në Kosovës. Mandati i IOK është i definuar nga Kushtetuta e Republikës së Kosovës dhe Ligji për Avokatin e Popullit, sipas të cilit Avokati i Popullit mund të, inter alia

- Pranojë dhe hetojë ankesat nga cilido person, brenda apo jashtë territorit të Republikës së Kosovës, që pretendon se të drejtat dhe liritë e tij janë shkelur nga autoritetet publike dhe Kosovë, dhe të kryej hetime me iniciativë të tij në përgjigje ndaj pretendimeve për abuzim me të drejtat e njeriut;
- Kryej hetime mbi ankesat e pranuar nga persona natyral apo legal në lidhje me pretendimet për shkelje të të drejtave të njeriut të mbrojtura me Kushtetutë, ligje dhe akte të tjera, si dhe nga instrumente, ligje dhe akte tjera ndërkombëtare, posaçërisht nga Konventa Evropiane për Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive Themelore të Njeriut (Ang. ECHR);
- Kryejë hetime me iniciativë të vet (ex officio) nëse dëshmitë, faktet, gjetjet apo njohuritë e ofruara japin indikacion për shkeljen e të drejtave të njeriut;
- Publikojë raporte dhe bëjë rekomandime mbi politikat dhe praktikat në luftën kundër diskriminimin dhe promovimin e barazisë;
- Informojë dhe bëjë rekomandime Qeverisë, Kuvendit dhe institucioneve tjera kompetente të Republikës së Kosovës mbi çështjet e lidhura me promovimin dhe mbrojtjen e të drejtave dhe lirive themelore të njeriut, barazisë dhe jo-diskriminimit;
- Rekomandojë shpalljen e Ligjeve të reja në Kuvend, amendimin dhe suplementimin e Ligjeve në fuqi si dhe shpalljen apo amendimin dhe suplementimin e akteve nën ligjore dhe administrative nga institucionet e Republikës së Kosovës;
- Përgatis raporte periodike, vjetore dhe raporte të tjera mbi gjendjen e të drejtave dhe lirive themelore të njeriut në Republikën e Kosovës' rekomandojë harmonizimin e

legjislacionit vendor me standardet ndërkombëtare për të drejtat dhe liritë e njeriut, barazisë, diskriminimit, dhe kryerjen e studimeve mbi çështjet e të drejtave dhe lirive themelore të njeriut, barazisë dhe diskriminimit në Republikën e Kosovës; bashkëpunojë me të të gjitha institucionet vendore dhe ndërkombëtare që merren me mbrojtjen e të drejtave dhe lirive të njeriut, të ruajë konfidencialitetin e të gjitha informatave dhe të të dhënave të pranuar, duke vënë vëmendje të veçantë mbi sigurinë e atyre që ankohen, palëve të dëmtuara, dhe dëshmitarëve në pajtueshmëri me Ligjin mbi mbrojtjen e të dhënave personale (një obligim që është detyrues për Avokatin e Popullit, zëvendësit e tij dhe stafin e IAP-së, edhe pas përfundimit të mandatit apo kontratës së punës).

IOK është i pavarur në ushtrimin e detyrave të tij dhe nuk pranon udhëzime apo ndërhyrje nga autoritetet publike, të cilat janë të obliguara të reagojnë ndaj kërkesave të IOK-së dhe ofrojnë të gjithë dokumentacionin e kërkuar si dhe informatat konform ligjit.

IOK në punën e tij është i udhëzuar nga parimet e paanësisë, pavarësisë, epërsisë së të drejtave të njeriut, konfidencialitetit dhe profesionalizmit, dhe ka pavarësi organizative, administrative dhe financiare në kryerjen e obligimeve të ofruara sipas Kushtetutës dhe ligjit.

Të drejtat e shëndetit riprodhues dhe seksual

DSHRS-të derivojnë nga të drejtat njerëzore që janë të njohura me ligjet e Kosovës, dokumente ndërkombëtare mbi të drejtat e njeriut dhe dokumente të dala nga konferenca ndërkombëtare, duke nënvizuar të drejtat:

- Për standardet më të larta të shëndetit;
- Të gjitha çiftet dhe individët të jenë në gjendje të vendosin lirshëm dhe përgjegjshëm për numrin, shpeshësinë dhe kohën e lindjes së fëmijëve të tyre dhe të kenë qasje në informata, edukim dhe mjete për të bërë këto;
- Edukim;
- Barazi dhe jo-diskriminim
- Privatësi dhe konfidencialitet;
- Pëlqim për t'u martuar dhe barazi në martesë;
- Të jenë të lirë nga tortura dhe trajtimet tjera degraduese, jo njerëzore, mizore, dhe ndëshkimet;
- Qasje në mjete efektive.

DSHRS-të janë esenciale për shëndet të mirë, mbijetesë, dinjitet, ulje të varfërisë, barazi, përfshirë atë në bazë të gjinisë, dhe gëzim të një sere të të drejtave të njeriut. Këto janë njohur në mënyrë eksplicite si të drejta të njeriut në konferenca ndërkombëtare siç janë Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin (1994), dhe Konferenca e Katërt Botërore mbi Gruan (1995).

Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin qartas definon DSHRS-të për të përfshirë të drejtat për:

- Planifikim Familjar
- Kujdes antenatal, lindje të sigurt dhe kujdes pas lindjes;
- Parandalim dhe trajtim të duhur të infertilitetit;
- Abort dhe menaxhim të pasojave të abortit;
- Diagnostikim dhe trajtim të infeksioneve të traktit riprodhues, kancerit të gjirit dhe të sistemit riprodhues;
- Parandalim, kujdes dhe trajtim të infeksioneve seksualisht transmise (IST) dhe virusit të imunodefincencës humane / sindromës së imunodefincencës së fituar (HIV/AIDS);
- Informata, edukim dhe këshillim, sipas nevojës mbi seksualitetin njerëzor dhe shëndetin riprodhues.

Agjenda e vitit 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm, që përfshinë Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore që janë pikë udhëheqje e re e agjendës zhvillimore globale, po ashtu përfshinë përkushtime të rëndësishme ndaj shëndetit riprodhues dhe seksual, përfshirë:

- “Garantimin e qasjes universale në të drejtat e shëndetit riprodhues dhe seksual siç është pajtuar në linjë me Programin e Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin dhe Platformës për Veprim të Pekinit dhe dokumentet e dalta nga konferencat pasuese.” (Objektiva 5.6).
- Deri më 2030, për të garantuar qasje universale në shërbime seksuale dhe shëndetit riprodhues, përfshirë planifikimin familjar, informimin dhe edukimin, dhe integrimin e shëndetit riprodhues në strategjitë kombëtare dhe programet (objektiva 3.7)
- Eliminimi i të gjitha formave të dhunës ndaj grave dhe vajzave në sferat publike dhe private, përfshirë trafikimin dhe eksploatimin seksual dhe eksploatimet tjera (objektiva 5.2).
- Eliminimi i të gjitha praktikave të dëmshme, siç janë martesat e fëmijëve dhe e hershme apo martesat e detyruara, gjymtimi seksual femëror (objektiva 5.3).
- Deri më 2030, të reduktohet shkalla e vdekshmërisë maternale globale në më pak se 70 në 100,000 lindje të gjalla (objektiva 3.1)
- Deri më 2030 të eliminohen epidemitë e AIDS-it, tuberkulozes, malaries, dhe sëmundjeve tropikale të neglizhuara dhe të luftohet hepatitit, sëmundjet e bartura nga uji dhe sëmundjet tjera të transmetueshme (objektiva 3.3).

Është obligim i Shteteve nën ligjin ndërkombëtar për të garantuar se ligjet, rregulloret dhe politikat janë në konformitet me të drejtat njerëzore të popullatave të tyre. Por arsyeja e integritit të të drejtave të njeriut në këto ligje, rregullore dhe politika mbi shëndetin riprodhues dhe seksual janë më shumë se sa obligim ligjor. Ekziston një arsye e brendshme

për të bërë këtë për shkak të vlerave njerëzore qenësore; për më tepër, ky është një arsyetim instrumental sepse të drejtat njerëzore mund të mbështesin rezultate më të mira seksuale dhe riprodhuese.

Korniza ligjore dhe konceptuale e vlerësimit kombëtar

Mbrojtja e DSHRS-ve në Kushtetutën e Republikës së Kosovës ofron një kornizë ligjore të përgjithshme për këtë vlerësim. Kjo kornizë përbëhet jo vetëm nga të drejtat e njohura nga Kapitulli i Kushtetutës mbi të drejtat e njeriut, por edhe me të drejtat e njohura nga traktatet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut të cilat Kushtetuta i njeh për aplikim në ligjin vendor. Për më tepër, këto të drejta janë të reflektuara në shumë ligje dhe politika dhe strategji në Kosovë. Kjo kornizë diskutohet në detaje në kapitullin 1. Vlerësimi eksploron se deri ku obligimet shtetërore janë plotësuar sipas Kushtetutës. Pyetjet kyçe gjatë studimit, dhe përgjigjet në këtë raport janë:

1) Deri ku i kanë plotësuar obligimet dhe ligjet, politikat, rregulloret dhe iniciativat tjera Qeveria e Kosovës dhe autoritetet tjera në raport me DSHRS-të sipas Kushtetutës së Republikës së Kosovës?

2) Cilat veprimet të veçanta kërkohen?

Bazuar në përgjigjet në këto pyetje, ky raport nxjerr rekomandimet për bartësit e detyrave, përkatësisht, Qeveria, Kuvendi dhe gjyqësori, të cilët ofrojnë bazën për veprimet për përmirësimin e DSHRS dhe që përmirësojnë rezultatet në fushën e shëndetit riprodhues dhe seksual. Rekomandimet mund dhe duhet të përdoren si bazë për monitorim të progresit në vitet në vijim.

Si rezultat i disavantazheve sociale, kulturore, politike, ekonomike dhe ligjore, gratë dhe vajzat shpesh ballafaqohen me sfida të veçanta në gëzimin e të drejtave të SHRS-së. Ky vlerësim përfshin një fokus në disa çështje të DSHRS-së të lidhura me gruan, përkatësisht, shëndetin maternal dhe abortin, dhe dallimet në lidhje me progresin mbi çështjet tjera mes meshkujve dhe femrave (p.sh. qasjen në informata dhe këshillim për kontraktiv, dhunës) që theksohen po ashtu. Megjithatë, DSHRS-të janë të drejta themelore edhe e burrave dhe djemve, dhe analiza dhe një numër i rekomandimeve në këtë raport, përfshirë ato të planifikimit familjar, edukimit gjithëpërfshirës seksual dhe HIV-in, janë relevante në plotësimin e DSHRS-ve për të dyja gjinitë. Duke vënë vëmendje të veçantë në gjini, në lidhje me standardet ndërkombëtare dhe vendore për të drejtat e njeriut, barazia dhe jo diskriminimi janë parime të ndërlidhura, dhe prandaj ky raport jep vëmendje të veçantë edhe për grupet tjera që janë të marginalizuara dhe vulnerabël, përfshirë njerëzit që jetojnë në varfëri, popullatat rurale, adoleshentët dhe të rinjtë, gratë, popullatat Rome, Ashkali dhe Egjiptiane, punëtorët e seksit, lezbiket, homoseksualët, transgjinatorët dhe interseksualët (LGBTI). Për fat të keq, raporti nuk jep vëmendje për personat me aftësi të kufizuara (fizike, psikosociale apo intelektuale) për shkak të mungesës së informatave në studim mbi DSHRS-të për këtë grup. Kjo duhet adresuar nga Qeveria dhe akterë të tjera në studimet e ardhshme dhe agjendat e politikave.

Ky vlerësim nacional mund të jetë i pari i këtij lloji në Kosovë, megjithatë, është një nga numri në rritje që bëhen në mbarë botën nga institucionet për të drejtat e njeriut, organizata

qeveritare dhe civile që kanë objektivë identifikimin e fushave të progresit, barrierave dhe identifikimin e asaj se si shëndeti riprodhues dhe seksual mund të përmirësohet më së miri. Objektivat e vlerësimit nacional janë në pajtueshmëri me përkushtimet e bëra nga institucionet për të drejtat e njeriut në Konferencën e 11-të Ndërkombëtare të Institucioneve Kombëtare për të Drejtat e Njeriut të mbajtur në Aman në vitin 2012.

Metodologjia

Vlerësimi kombëtar i SHSRS është një “rishikim sistematik i informatave dhe të dhënave të përpiluara përmes burimeve dytësore për të identifikuar dhe kuptuar problemet kryesore të të drejtave të njeriut në vend të lidhura me shëndetin seksual dhe riprodhues dhe mirëqenien, si dhe përpjekjet (apo mungesën e tyre) e Shtetit si bartësi kryesor i detyrave, dhe akterëve të tjerë jo shtetëror për të adresuar këto probleme”.

Vlerësimi është kryer nga IOK-u me udhëzime teknike dhe mbështetje financiare nga Fondi i Popullatës së Kombeve të Bashkuara (UNFPA), zyra nacionale në Kosovë. Paragrafët në vijim përshkruajnë hapat kyç dhe metodat e vlerësimit.

1. Identifikimi i çështjeve të SHSRS për studim dhe analizë

Vlerësimi vendor është fokusuar në çështjet kyçe si vijon:

1. Qasja në informata dhe shërbime kontraceptive
2. Qasja në shërbime të sigurta të abortit dhe kujdes pas abortit
3. Kujdesi shëndetësor ndaj nënës
4. Parandalimi dhe trajtimi i HIV/AIDS
5. Edukimi gjithëpërfshirës seksual
6. Dhuna ndaj grave dhe vajzave
7. Kanceri i shëndetit riprodhues dhe ai i gjirit
8. Vendim-marrja autonome dhe integriteti truporë në lidhje me grupet e marginalizuara dhe në disavantazhe.

Vëmendje e veçantë i është vënë një serie çështjesh të ndërlidhura me të drejtat e njeriut si vijon:

1. Barazia dhe jo-diskriminimi
2. Pjesëmarrja
3. Disponueshmëria maksimale e resurseve: Ofron shteti resurset e disponueshme në maksimum për DSHRS-të?
4. Grumbullimi dhe monitorimi i të dhënave

5. Llogaridhënia, përfshirë qasjen në drejtësi dhe të drejtës për mbrojtje gjyqësore të të drejtave, si dhe format jo-juridike të llogaridhënies, siç janë mekanizmat politik, mekanizmat administrativ siç janë rishikimi i vdekshmërisë së nënave, rasteve potenciale për vdekje, dëmtim, lëndim, dhe vlerësimeve të impaktit.
6. Privatësia dhe konfidencialiteti.

Përzgjedhja e çështjeve dhe temave të ndërlidhura është bazuar në modelin e përfshirë në “Udhëzuesin për Mbështetje të Institucioneve për të Drejtat e Njeriut: Vlerësimi i Vendit dhe Kërkimet Nacionale mbi të Drejtat e Njeriut në Kontekstin e Shëndetit Seksual, Riprodhues dhe Mirëqenies” të UNFPA-së (Udhëzues i Fondit të Popullatës së Kombeve të Bashkuara), por të adaptuar në kontekstin e Kosovës sipas përshtatjes.

Studimi: Janë tri metoda kryesore të aplikuara në rishikimin e informatave të të dhënave:

1. Rishikim në tavolinë i të dhënave primare, siç janë statistika, ligjet kombëtare, rregulloret dhe politikat;
2. Rishikim në tavolinë i literaturës dytësore, siç janë raportet mbi DSHRS-të të publikuara nga organizata ndërkombëtare, shoqërisë civile dhe akademikëve;
3. Proces konsultash me palë relevante interesi. Në Maj-Korrik 2016, IOK-u ka mbajtur takime konsultuese me organizata Qeveritare, shoqëri civile, përfshirë shoqata profesionistësh shëndetësor, akademik dhe organizata ndërkombëtare. Pyetësorët janë dërguar po ashtu te një numër palësh interesi tek Qeveria, organizata ndërkombëtare dhe organizata të shoqërisë civile.
4. IOK-u është shumë falënderues për ata individ dhe organizata që kanë kontribuar me përvojat dhe njohuritë e tyre.

Për të udhëhequr studimin dhe identifikuar fushat e progresit dhe pengesat, IOK-u ka aplikuar një seri indikatorësh dhe pyetjesh rreth DSHRS-ve të bazuara nga një listë nga Udhëzuesi i UNFPA-së dhe që është adaptuar në kontekstin e Kosovës. Këto pyetje dhe indikator janë bazuar në çështjet kyçe të DSHRS-së dhe temat e përmendura më lartë. Derisa indikatorët përdoren për një kohë të gjatë për të matur progresin në fusha siç është zhvillimi dhe shëndeti publik, në vitet e fundit ato janë shndërruar në një mjet për monitorim dhe matës të të drejtave të njeriut, me fjalë të tjera, për të vlerësuar shkallën e realizimit të të drejtave të njeriut dhe nëse bartësit e detyrave janë duke i plotësuar obligimet e tyre.

DSHRS-të, fokusi i raportit dhe konteksti i gjerë

Ky vlerësim nuk është një analizë e zgjeruar e DSHRS-të në Kosovë, fokusi primarë i saj është në temat kyçe brenda kornizës së shtatë çështjeve kyçe dhe temave të ndërlidhura. Po ashtu nuk analizon në detaje të gjitha veprimet e ndërmarra nga Qeveria apo diskrepancat, por thjesht thekson fushat kryesore të progresit dhe barrierat e mbetura. Nuk ka qenë gjithmonë e mundur të rishikohet sa kanë qenë adekuate masat e ndërmarra nga Qeveria dhe ishte shpesh e vështirë të vlerësohet gjerësia e plotë e implementimit. Ky kufizim është

inherent me vlerësimet e shpejta të cilat janë kryesisht të bazuara në rishikim mbi tavolinë të dokumenteve ekzistuese.

Gjendja e tanishme e DSHRS në Kosovë nuk mund të kuptohet pa referencë në të kaluarën e vonshme të vendit dhe emergjencës së Republikës, si dhe kontekstit social dhe ekonomik të DSHRS (shih Katrorin 1.)

Katrori 1: Konteksti historik dhe i tanishëm i Kosovës mbi DSHRS

Kosova është vendi më i ri në Evropë, që ka deklaruar pavarësinë nga Serbia më 2008. Vendi nuk është anëtarë i Kombeve të Bashkuara dhe nga Shtatori 2016, 111/193 vende anëtare të KB kanë njohur pavarësinë e Kosovës.

Pavarësia e vendit erdhi pas një qeverisje nëntë vjeçare nga Administrimi i Brendshëm i Kombeve të Bashkuara në Kosovë (UNMIK) nga viti 1999-2008, në pajtueshmëri me rezolutën e Këshillit të Sigurimit 1244. Establishmenti i UNMIK-ut në qershor 1999 erdhi pas fundit të luftës mes Serbisë dhe Kosovës, përfshirë intervenimin nga NATO. Korniza qeverisëse e Kosovës, përfshirë institucionet e saj, ligjet dhe politikat të gjitha datojnë që nga koha e UNMIK-ut. DSHRS-të duhet shikuar në kontekst më të gjerë dhe kompleks, përfshirë krijimin e institucioneve dhe ligjeve të reja, si dhe pasojat e trashëgimisë së luftës, duke theksuar dëmtimin e më shumë se 90% të klinikave dhe institucioneve shëndetësore si dhe infrastrukturës përcjellëse. Janë po ashtu relevante “dekada të neglizhimit, keq menaxhimit dhe diskriminimit,” posaçërisht në vitet para luftës kur udhëheqja serbe ktheu Kosovën nga statusi paraprak autonom që kishte gëzuar nën ish-Jugosllavi nën udhëheqje direkte nga Beogradi.

Ky kontekst sfidues historik reflektohet në problematikën e kontekstit socio-ekonomik për DSHRS. Me të hyra kombëtare për kokë banori prej US\$3,950 në vitin 2015, Kosova është një nga vendet më të varfra në Evropë. Vendi ka një shkallë të lartë varfërie (29.7% në vitin 2011), dhe shkallë të lartë papunësie, e llogaritur në 40.7% për meshkuj dhe 56.4% për femra. Shkalla e papunësisë llogaritet të tejkalojë 55% për grup moshat 15-24 vjeç. Jetëgjatësia në Kosovë është 71 vjet (2015) që është 10 vite më e ulët se sa mesatarja në Evropë.

Kosova ka një popullatë prej 1.8 milion. Popullata është e re, me 38% nën moshën 19 vjeç (2012). Popullata përbëhet nga Shqiptar të Kosovës (92%), Serb të Kosovës 4%, dhe minoritete tjera siç janë Boshnjakët, Goranët, Turqit, Romët, Ashkalitë, dhe Egjiptianët (4%).

KAPITULLI 1: OBLIGIMET LIGJORE TË KOSOVËS PËR TË DREJTAT E SHËNDETIT RIPRODHUES DHE SEKSUAL

Objektivat qendrore të këtij vlerësimi kombëtar janë të vlerësohet nëse popullata e Kosovës gëzon të drejtat e DSHRS dhe shkallën deri në të cilën Qeveria e Kosovës dhe autoritetet tjera publike respektojnë, mbrojnë dhe plotësojnë obligimet e tyre kundrejt DSHRS. Burimi parësor i këtyre të drejtave dhe obligimeve është Kushtetuta e Republikës së Kosovës. Ligjet tjera vendore njohin dhe elaborojnë DSHRS-të dhe obligimet në detaje. Derisa Kosova nuk është anëtare e KB-ve apo Këshillit të Evropës, nuk mund të bëhet palë shtetërore e traktateve të KB-ve apo atyre Evropiane për të drejtat e njeriut.

Kushtetuta e Republikës së Kosovës.

Kushtetuta e Republikës së Kosovës (2008) është burimi parësor ligjor i të drejtave të popullatës së Kosovës ndaj DSHRS dhe detyrave korresponduese të shtetit. Kushtetuta vë një theks të madh në rëndësinë e të drejtave të njeriut brenda Kosovës: “Të drejtat dhe liritë e njeriut janë të pandashme, patjetërsueshme dhe pacenueshme dhe janë bazë e rendit juridik të Republikës së Kosovës.”

Ka dy dimensione të ndara të kornizës së mbrojtjes së ofruar nga Kushtetuta. Së pari, Neni 22 i Kushtetutës përcakton se të drejtat e përfshira në traktatet ndërkombëtare në vijim janë direkt të zbatueshme në ligjin vendor, dhe, në rast të konfliktit me provizionet vendore, kanë precedencë kundrejt tyre:

- Deklarata Universale për të Drejtat e Njeriut (1948);
- Konventa Evropiane për Mrbojtën e të Drejtave dhe Lirive Themelore njerëzore dhe Protokollat e saj (1952);
- Marrëveshja Ndërkombëtare mbi të Drejtat Civile dhe Politike dhe Protokollat e saj (1966);
- Korniza e Konventës për Mbrojtjen e Minoriteteve Nacionale e Këshillit të Evropës (1995);
- Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit Racorë (1969);
- Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit kundër Gruas (1979);
- Konventa mbi të Drejtat e Fëmijëve (1989);
- Konventa kundër Torturës dhe Trajtimeve tjera Mizore, Jo-njerëzore dhe Degraduese apo Ndëshkimeve (1984).

Marrëveshja Ndërkombëtare mbi të drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (1966), një traktat ndërkombëtar kyç që mbron DSHRS-të (dhe të drejtën për shëndet) nuk zbatohet me legjislacionin vendor, si dhe asnjëra nga dy traktatet shumë relevante, Konventa mbi të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara (2006) dhe Karta Evropiane Sociale (rishikuar më 1996).

Katroni 2 ilustron obligimet e Kosovës drejt DSHRS-ve specifike kyçe brenda Kushtetutës që kanë derivuar nga traktate ndërkombëtare dhe rajonale që vënë një kornizë të normave dhe obligimeve të Shteteve ndaj DSHRS-ve.

Katroni 2: Të drejtat njerëzore dhe obligimet indikative Shtetërore në raport me Shëndetin Riprodhues dhe Seksual

E drejta njerëzore Shembuj obligimesh për shëndetin riprodhues dhe seksual

Standardet më të larta të arritshme të shëndetit - Garantojnë se adoleshentët kanë qasje të plotë në shërbime shëndetësore të shëndetit seksual dhe riprodhues dhe informata

- Garantojnë se shërbimet shëndetësore janë të pranishme, pranueshme dhe cilësisë së mirë.

Të vendosin për numrin, hapësirën mes lindjeve dhe kohën e lindjeve - Garantojnë gamë të plotë të metodave moderne kontraceptive

- Garantojnë se grave u jepen informata gjithëpërfshirëse dhe sakta për të siguruar pëlqimin e informuar për metodat kontraceptive, përfshirë sterilizimin

Privatësia - Garantojnë të drejtën për autonomi të trupit të vet dhe vendim-marrje rreth çështjeve të shëndetit seksual dhe riprodhues

- Garantojnë konfidencialitet dhe privatësi në lidhje me informatat për shëndetin e pacientëve, përfshirë ndalimin e pëlqimit nga pala e tretë, siç janë bashkëshortët apo prindërit për shërbimet shëndetësore riprodhuese dhe seksuale

Barazia dhe jo-diskriminimi - Ndalojnë diskriminimin në qasje ndaj shërbimeve shëndetësore në bazë të gjinisë, moshës, aftësive të kufizuara, racës, fesë, nacionalitetit, gjendjes ekonomike, orientimit seksual, gjendjes shëndetësore përfshirë HIV/AIDS-in, etj.

- Mos refuzojnë qasje në shërbime shëndetësore të cilat u nevojiten vetëm femrave

Edukimi dhe informimi - Sigurojnë se plan programet e shkollave përfshijnë edukim seksual gjithëpërfshirës, të bazuar në dëshmi dhe jo diskriminues

- Sigurojnë fushata të duhura për edukim të publikut mbi parandalimin e HIV-it

Pëlqimi për martesë dhe barazia në martesë - Ndalojnë dhe dënojnë martesat e detyruara dhe ato të fëmijëve

- Vënë kufirin e martesës në 18, njëjtë për djem dhe vajza

Liria nga torturat dhe trajtimet tjera mizore, jonjerëzore dhe ndëshkimet - Garantojnë qasje në kontracëpsion emergjent, posaçërisht në rastet e dhunimeve

- Garantojnë qasje në ndërprerjen e shtatzënisë kur shëndeti i gruas është në rrezik, në rastet e dhunimeve dhe keq formimeve fetale

Jeta -Parandalojnë vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë e nënave përmes programeve të amësisë së sigurt

- Sigurojnë qasje në shërbimet e abortit të sigurt kur jeta dhe shëndeti i nënës është në rrezik

Të qenit të lirë nga dhuna seksuale dhe ajo e bazuar në gjini

- Sigurojnë se dhuna e bazuar në gjini, përfshirë ajo në familje dhe dhuna mes partnerëve intim ndalohet dhe ndëshkohet në mënyrë efektive me ligj dhe në praktikë

- Ndalojnë dhe ndëshkojnë të gjitha format e dhunimit, në paqe dhe luftë, dhe dhunimin në marrëdhënie martesore

- Ndalojnë dhe ndëshkojnë të gjitha format e dhunës së shkakuar për shkak të orientimit seksual

E drejta për mbrojtje gjyqësore efektive - Sigurojnë që mekanizma efektiv janë funksional për femrat që duan të ankohen ndaj shkeljeve të DSHRS-së

- Sigurojnë qasje në këshillim efektiv për gratë që nuk kanë mundësi të paguajnë për avokat

Traktatet ndërkombëtare për të drejtat e njeriut nxjerrin llojet e obligimeve që duhet kryer nga Shtetet, përfshirë këto në vijim:

- Respekti, mbro, plotëso: Respekt nënkupton se Shtetet nuk duhet ndërhyrë me gëzimin e një të drejte; Mbro nënkupton se ata duhet mbrojtur nga pala e tretë, që ka rëndësi në kontekstin e ofrimit të shërbimeve nga sektori privat si dhe në lidhje me dhunën në familje; dhe Plotëso nënkupton se ato duhet ndërmarr hapa pozitivisht siç janë ligjet, politikat dhe buxheti për gëzimin e të drejtave të lidhura me DSHRS.
- Obligimet e menjëhershme, obligimet progresive dhe përdorimi i resurseve të pranishme: Disa liri të DSHRS-ve (p.sh. nga tortura, e shprehjes, jo-diskriminimit) duhet bërë efektive menjëherë. Nivelet minimale esenciale duhet bërë po ashtu menjëherë efektive, siç janë qasja në shërbime shëndetësore në baza jo diskriminuese, barnat esenciale dhe shpërndarja e barabartë e institucioneve shëndetësore, të mirave dhe shërbimeve. Aspektet tjera të së drejtës ndaj kujdesit shëndetësor janë subjekt i realizimit progresiv, që do të thotë se ato kërkojnë ndërmarrje të hapave të ndryshëm deri në realizimin e tyre në kohë. Shteti duhet ndërmarr hapa që janë të qëllimshëm, konkret dhe drejtuar drejt realizimit të plotë të së drejtës. Shtetet duhet përdorim në maksimum resurset e disponueshme për ta, përfshirë ato vendore dhe nga komuniteti ndërkombëtar.
- Jo-diskriminimi dhe barazia: Të drejtat njerëzore duhet garantuar pa diskriminim, pavarësisht gjinisë, racës, etnisë, fesë, nacionalitetit, lindjes, politikës apo opinioneve tjera, aftësive të kufizuara, gjendjes shëndetësore, moshës, orientimit seksual, lezbikeve, gei, transgjitorëve apo interseksualëve (LGBTI). Masa të veçanta kërkojnë shpesh për të siguruar gëzimin e të drejtave njerëzore pa diskriminim në këto baza, si dhe për grupet e marginalizuara siç janë adoleshentët, punëtorët e seksit dhe përdoruesit e drogave të injektuara (PDI).
- Pjesëmarrja: Ata që gëzojnë të drejtat duhet përfshirë në mënyrë aktive dhe kuptimplotë në zhvillimin, implementimin, monitorimin dhe rishikimin e ligjeve të

DSHRS-ve, dhe politikave dhe programeve që i prekin ata. Pjesëmarrja në baza jo diskriminuuese kërkon vëmendje në përfshirjen e grupeve të marginalizuara, të cilat kërkojnë mekanizma të specializuar.

- Llogaridhënia: Shtetet duhet siguruar se ato monitorojnë, rishikojnë dhe përmirësojnë procedurat që mbështesin gëzimin e të drejtave njerëzore. Mekanizmat kombëtar të llogaridhënies përfshijnë ato juridike (gjykatat), ato kuazi-juridike (p.sh. IOK), politike (shqyrtimet parlamentare) dhe administrative (p.sh. vlerësimi i ndikimit, rishikimet e vdekjeve maternale). Këta mekanizma duhet operuar në mënyrë transparente, të jenë të qasshme për palët e interesit dhe jenë efektive. E drejta për mbrojtjen gjyqësore të të drejtave është një e drejtë njerëzore që është element integral i llogaridhënies.

Së dyti, Karta e të Drejtave e Kushtetutës në mënyrë eksplicite zgjeron mbrojtjen e drejtpërdrejtë për këto në vijim: jetës (Neni 25), edukim (Neni 47), barazisë dhe jo-diskriminimit (Neni 24), privatësi dhe konfidencialitet (Neni 36), martesës dhe të pasurit familje (Neni 37); dhe të drejtës për mbrojtje gjyqësore (Neni 54). Neni 53 i Kushtetutës kërkon që autoritetet të interpretojnë të drejtat dhe liritë e njeriut të garantuara me ligj dhe Kushtetutë në pajtueshmëri me vendimet e Gjykatës Evropiane për të Drejtat e Njeriut.

Ligjet tjera mbi DSHRS-të

Ekziston një mori ligjesh të lidhura me DSHRS-të dhe obligimet. Kryesori mes tyre është Ligji mbi Shëndetin Riprodhues, i cili përfshirën këto definicione të rëndësishme për të shëndetin riprodhues dhe të drejtat:

- “Shëndeti riprodhues: është gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale që përfshinë çdo gjendje që i përket sistemit riprodhues dhe që nuk definohet vetëm si mungesë e thjeshtë e sëmundjes, çrregullimit të funksionit apo pamjaftueshmërisë.”
- “E drejta riprodhuese: është e drejta e individëve dhe çifteve që të vendosin lirshëm dhe me përgjegjësi mbi numrin, shpeshësinë dhe kohën në të cilën ata duan të kenë fëmijë, të drejtën që të kenë qasje në informata, edukim, komunikim, dhe mjete të cilat do t’iu mundësojnë atyre që vendimet të jenë të mbështetura në dëshmi.”

Ministria e Shëndetësisë organizon dhe koordinon aktivitetet për të drejtat riprodhuese; informimin, edukimin dhe këshillimin mbi shëndetin riprodhues dhe seksual gjatë gjithë ciklit të jetës; amësisë së sigurt, planifikimit familjar, parandalimin dhe trajtimin e duhur të infertilitetit; shtatzëninë e sigurt dhe ndërprerjen e sigurt të saj; shërbimet parandaluese dhe trajtimin për infeksionet seksualisht transmiseve siç është HIV/AIDS-i, si dhe infeksionet dhe sëmundjet e traktit riprodhues, dhe parandalimin, detektimin e hershëm dhe trajtimin e sëmundjeve malinje të traktit riprodhues dhe karcinomës së gjirit.

Në Ligjin për Shëndetin Riprodhues është i rëndësishëm fokusi i veçantë në barazi dhe jo-diskriminim. Ligji, për shembull, thekson se Ministria e Shëndetësisë duhet ofruar qasje në shëndetin riprodhues dhe seksual “në nivelin më të lartë të mundshëm” për tinxherët dhe të rinjtë; femrat afër apo në menopauzë dhe të të moshuarve, personave me aftësi të kufizuar; personave të trafikuar dhe atyre të marginalizuar”. Edhe pse kishte pasur informata rreth

DSHRS-ve mes grupeve të marginalizuara, kishte pasur informata të kufizuara rreth gëzimit të të drejtave të DSHRS-ve nga personat me aftësi të kufizuara.

Ligji mbi të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor (Ligji No. 2004-38) u garanton qytetarëve të drejta në qasje ndaj “standardeve më të larta të kujdesit shëndetësor”, konfidencialitet dhe siguri të të dhënave shëndetësore, si dhe respekt dhe dinjitet, privatësi, integritet personal dhe bindjeve religjioze gjatë trajtimit mjekësor. Ky krijon mekanizma për të “mbrojtur dhe garantuar” të drejta dhe përgjegjësi të qytetarëve brenda sistemit të kujdesit shëndetësor.

Gjinia

Gratë kanë të drejta të caktuara brenda SHRS-së dhe mbrojtje ligjore të të drejtave të grave, dhe jo-diskriminim në bazë të gjinisë dhe prandaj janë esenciale për DSHRS-të e tyre. Ka një kornizë të fortë ligjore dhe politikave për të drejtat e grave në Kosovë, përfshirë në fushën e DSHRS-së. Kushtetuta mundëson që Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit kundër Gruas të zbatohen drejtpërdrejtë në ligjin vendorë. Ligjet tjera relevante përfshijnë Ligjin e Kosovës për Barazi Gjinore dhe Ligjin e Kosovës mbi Mbrojtjen nga Diskriminimi. Të drejtat e gruas dhe ato gjinore janë gjerësisht të përfshira në dokumentet e politikave në fushën e DSHRS-së.

Rekomandimet

- Kushtetuta duhet amenduar për të përfshirë Marrëveshjen Ndërkombëtare mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore, Konventën mbi të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara dhe Kartën Sociale të Evropës në mënyrë që të jenë direkt të aplikueshme në ligjin vendor në Kosovë.
- Qeveria duhet monitoruar dhe bërë përpjekje për të siguruar gëzimin e të drejtave dhe DSHRS-vs nga personat me aftësi të kufizuara.

KAPITULLI 2: SISTEMI SHËNDETËSOR I KOSOVËS

Secila nga temat kyçe që janë në zemër të këtij vlerësimi është e prekur në mënyrë signifikante nga konteksti i gjerë i sistemit shëndetësor, i cili ofron të mirat shëndetësore, shërbimet dhe informatat për popullatën. Funkcionimi i mirë i sistemit shëndetësor varet nga mekanizma efektiv financimi; të dhëna të besueshme për politikë bërje; fuqi punëtore të trajnuar dhe paguar mirë; institucione të mirëmbajtura dhe logjistike për shpërndarjen e barnave dhe teknologjive. Ky kapitull përshkruan sistemin shëndetësor të Kosovës përfshirë kornizën e përgjithshme politike dhe ligjore, pastaj fokusohet në disa çështje kritike të sistemit shëndetësor në Kosovë që prekin shumicën apo të gjitha temat e DSHRS-së të analizuara në kapitullin 3, që janë financimi, sistemi i informimit shëndetësor, pjesëmarrja, konfidencialiteti dhe llogaridhënia. Kapitulli përfundon me një sërë rekomandimesh.

Organizimi dhe institucionet kyçe të sistemit shëndetësor të Kosovës

Sistemi shëndetësor i Kosovës është zhvilluar pas luftës së vitit 1999, fillimisht nën mbikëqyrjen e UNMIK-ut. Në zemër të sistemit janë qendrat e mjekësisë familjare të cilat janë institucione të kujdesit parësor për të cilat janë përgjegjëse komunat. Këto qendra ofrojnë shumë aspekte të kujdesit shëndetësor riprodhues dhe seksual, siç është kujdesi antenatal dhe postnatal, planifikim familjar dhe trajtimin e sëmundjeve seksualisht transmiseve. Referimet bëhen sipas nevojës në shërbimet dytësore në Spitalin Universitar të Prishtinës, pesë spitalet rajonale dhe katër spitalet e qyteteve. Shërbimet tretësore ofrohen përmes institucioneve të lidhura me Universitetin e Prishtinës, kryesisht në Qendrën Klinike Universitare të Prishtinës (QKUK). Institucionet private ofrojnë po ashtu kujdes shëndetësor. Ka një tendencë të popullatës të kapërcejnë qendrat e mjekësisë familjare dhe përdorin drejtpërdrejtë shërbimet e specializuara, përfshirë ato të kujdesit ndaj nënës dhe planifikimit familjar. Fuqizimi i kapaciteteve të kujdesit parësor/Mjekësisë Familjare “si gur themel i sistemit shëndetësor” ishte një nga masat kryesore të identifikuar për të reduktuar sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga Strategjia Sektoriale Shëndetësore e Kosovës 2010-2014.

Sipas kornizës ligjore, të gjithë qytetarët e Kosovës kanë qasje në kujdes shëndetësor. Megjithatë, shërbimet dhe personeli janë të grumbulluara në zonat urbane, dhe kjo është një nga shkaqet e qasjes së pabarabartë për popullatën rurale. Kosova është në shkallën më të ulët të mjekëve dhe infermierëve për popullatë në Evropë. Kjo është problematike sepse qasja universale në kujdesin parësor shëndetësor, dhe qasjes së drejtë në shërbime shëndetësore janë e drejtë themelore brenda obligimeve shëndetësore.

Ministria e Shëndetësisë së Kosovës, e krijuar në vitin 2002, është përgjegjëse mes tjerash për zhvillimin e politikave dhe ligjeve të lidhura me sistemin shëndetësor, koordinimin e aktiviteteve në sektorin shëndetësor, menaxhimin dhe përdorimin dhe zhvillimin e infrastrukturës shëndetësore, dhe implementimin e fushatave për informim shëndetësor për të ngritur vetëdijen e publikut dhe pajtueshmërinë me standardet shëndetësore. Ministri të tjera dhe akterë kanë po ashtu përgjegjësi, për shembull, Ministria e Edukimit, Shkencës dhe

Teknologjisë (MASHT) ka përgjegjësi për vendosjen e politikave dhe kornizave të plan programeve për edukim gjithëpërfshirës seksual, derisa dhuna në familje kërkon bashkëpunim mes shumë agjencish. Shpesh projektet e DSHRS dhe programet zbehen për shkak të koordinimit dhe komunikimit të dobët mes ministrive, si dhe autoriteteve nacionale dhe komunale.

Korniza ligjore dhe politike

Në përgjithësi, ka një kornizë të përshtatshme institucionale dhe politike bërjes për DSHRS-ve në Kosovë. Dy probleme që ndërlidhën janë:

- Implementimi i kufizuar i kornizave ligjore dhe politike, si rezultat i vullnetit të kufizuar politik, fondeve të kufizuara, koordinimit të dobët, dhe ndërgjegjësimit të ulët mbi DSHRS-të dhe ligjeve/politikave brenda Qeverisë dhe mes profesionistëve shëndetësor
- Skadimi i politikave që duhet zëvendësuar.

Ligjet kryesore që vënë kornizën e qeverisjes së sistemit shëndetësor janë të vëna në Katrorin 3.

Katrori 3: Ligjet kryesore që rregullojnë sistemin shëndetësor

- 2004_4 Ligji për Shëndetësi i Kosovës
- 2004_38 Ligji mbi të Drejtat dhe Përgjegjësisë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor
- 2004_50 Ligji mbi Veprimtarinë Private në Shëndetësi
- 2006_02-L38 Ligji për Inspektoratin Shëndetësor
- 2006_02-L50 Ligji për Shërbimet Mjekësore Emergjente
- 2006_02-L76 Mbi Shëndetin Riprodhues
- 2007_02-L78 Ligji mbi Shëndetin Publik
- 2007_02-L109 Ligji për parandalimin dhe luftimin kundër sëmundjeve infektive
- 2008_03-L-110 Ligji për Ndërprerjen e Shtatzënisë
- 2008_03-L-124 Ligji mbi Amendimin e Ligjit për Shëndetësi
- 2012/04-L-150 Ligji mbi Odat e Profesionistëve Shëndetësor
- 2012/04-L-125 Ligji për Shëndetësi
- 2014/04-L-249 Ligji për Sigurim Shëndetësor

Edhe pse ka disa shpërputhje mes kornizave ligjore për çështje specifike të shëndetit seksual dhe riprodhues dhe standardeve të të drejtave të njeriut, korniza ligjore e sistemit shëndetësor tregon konsistencë me normat dhe të drejtat e njeriut dhe parimet e vëna nga Kushtetuta e Kosovës dhe traktatet ndërkombëtare për të drejtat e njeriut.

Politika gjithëpërfshirëse ishte Strategjia e Sektorit Shëndetësor (2010-2014). Edhe pse Strategjia nuk u miratua formalisht nga Qeveria, ishte qendrore për aktivitetet e Ministrisë së Shëndetësisë dhe partnerëve të saj. Një nga objektivat kyçe ishte “për të zhvilluar sistem të qëndrueshëm shëndetësor që ofron shërbime cilësore për të gjithë banorët me qëllim të arritjes së standardeve Evropiane.” Përmirësimi i cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor ishte një nga objektivat strategjike të Strategjisë, si dhe subjekti i Strategjisë mbi Përmirësimin e Cilësisë dhe Sigurisë së Shërbimeve Shëndetësore 2012-2016. Kjo është kritike sepse cilësia e shërbimeve shëndetësore, përfshirë shërbimet riprodhuese ishin të vlerësuara si të pakënaqshme. Strategjia Sektoriale Shëndetësore për 2017-2020 është shkruar, dhe gjatë kohës së shkruarjes së këtij raporti ishin duke u përpiluar plani i veprimit dhe buxheti.

Në vitin 2015, Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore, të cilat përfshijnë zotime të rëndësishme për DSHRS-të, zëvendësuan Objektivat Zhvillimore të Mileniumit si zhvillim qendror global. Kuvendi i Kosovës adaptoi Objektivat Zhvillimore të Mileniumit, por nuk ka bërë akoma të njëjtën për Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore.

Strategjia Për Nënë, Fëmijën, Adoleshentët dhe Shëndetin Riprodhues (2011-2015) ishte dokumenti kryesor për DSHRS-të në vitet e fundit. Strategjia ishte e bazuar në parimet e të drejtave të njeriut, përfshirë njohjen e shëndetit riprodhues si e drejtë njerëzore, barazisë/drejtësisë, qasjes gjatë ciklit të jetë, dhe pjesëmarrjes, si dhe bashkëpunimit ndër sektorial dhe mbështetjes në fakte shkencore. Strategjia ishte zotuar të fokusohet mes grupeve më vulnerabël, si dhe të merr parasysh gjininë në programet e shëndetit riprodhues, përfshirë trajnimin e profesionistëve shëndetësor dhe studentëve të mjekësisë mbi perspektivat dhe nevojat gjinore, avokimin dhe lobimin për barazi gjinore dhe qasje në informata mbi barazinë gjinore. Objektiva gjithëpërfshirëse ishte për të “plotësuar nevojat e secilit individ, posaçërisht grave, fëmijëve dhe adoleshentëve dhe për t’u ofruar atyre shërbime cilësore dhe kosto-efektive që përfshijnë të gjitha komponentët e shëndetit riprodhues, si dhe të ndikohet në përmirësimin dhe mirëmbajtjen e gjendjes shëndetësore dhe reduktimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë”.

Strategjia identifikoi faktorët në vijim si vital për implementim:

1. Financim të qëndrueshëm dhe veçantë
2. Zhvillimin e resurseve njerëzore
3. Ofrimin e shërbimeve cilësore, përmes vendosjes së standardeve për kujdes cilësor riprodhues, evaluim, zgjerim dhe aplikim të aktiviteteve efektive në tërë vendin, formulim, adaptim dhe monitorim të udhërrëfyesve për SHR dhe standardeve nga të gjithë.
4. Përdorim të shërbimeve, përfshirë identifikimin e barrierave për përdorimin e shërbimeve dhe identifikimin e masave për tejkalimin e tyre duke përdorur një qasje pjesëmarrëse

5. Implementimin e sistemit të informimit shëndetësor (SISH)
6. Mobilizimin e mbështetjes politike
7. Krijimin e mekanizmave mbështetës legjislativ dhe rregulator
8. Fuqizimin e vlerësimit dhe llogaridhënies, përfshirë krijimin dhe fuqizimin e mekanizmave të monitorimit dhe evaluimit, dhe krijimin e mekanizmave efektiv të përgjegjësisë dhe llogaridhënies në nivel të institucioneve shëndetësore dhe shoqërisë civile.

Në seksionet në vijim, fokusi vihet në një numër të këtyre faktorëve të cilët janë kritik për DSHRS-të.

Në vitin 2015, Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore, të cilat përfshijnë zotimet për DSHRS-të kishin zëvendësuar Objektivat Zhvillimore të Mileniumit si arkitekturë qendrore e zhvillimit global. Kuvendi i Kosovës kishte adoptuar Objektivat Zhvillimore të Mileniumit, por nuk ka bërë të njëjtën për Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore.

Financimi

Ligji për Shëndetësi vë burimet e financimit për kujdesin shëndetësor në Kosovë përfshirë, buxhetin qendror; buxhetin komunal, sigurimin shëndetësor; dhe bashkë pagesat nga përdoruesit e shërbimeve. Zhvillimi i një sistemi të qëndrueshëm financimi për sektorin shëndetësor është një nga objektivat strategjike të Strategjisë së Sektorit Shëndetësor (2010-2014).

Në praktikë, ka një financim tepër të kufizuar publik për sistemin shëndetësor, i cili pengon implementimin e ligjeve dhe politikave dhe ofrimin e kujdesit cilësor. Kosova shpenzon 2.9% të GDP-së në shëndetësi, që është më pak se gjysma që shpenzojnë vendet në Evropën Juglindore dhe më pak se gjysma e vendeve të Bashkimit Evropian. Edhe pse buxheti për shëndetësi është rritur lehtë në vitet e fundit, dhe është tani 9.5%, është jo adekuat për të mbuluar nevojat shëndetësore të popullatës dhe për të zhvilluar shërbime moderne shëndetësore në Kosovë.

Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë përfshinë një linjë buxheti për Divizionin e Kujdesit ndaj Nënës dhe Fëmijës dhe Shëndetit Riprodhues, por mund të përdoret vetëm për investime kapitale dhe raportohet të mos përdoret nga ky Divizion por nga departamentet tjera.

Ligji për Sigurimin Shëndetësor është aprovuar nga Kuvendi dhe është dekretuar nga Presidenti i Republikës së Kosovës në vitin 2014. Ligji siguron që sigurimi i obliguar është e drejtë dhe obligim për të gjithë banorët e Kosovës, me përjashtime për grupe specifike vulnerabël. Megjithatë, Fondi i Sigurimit Shëndetësor është akoma në proces të krijimit. Sipas Ministrit të Shëndetësisë, kontributet do fillojnë të mblidhen nga Janari i vitit 2017.

Në lidhje me financimin e kufizuar të sistemit, ka nivele të larta të shpenzimeve nga përdoruesit (nga xhepi i tyre) në shëndetësi, posaçërisht në barna dhe shërbime për sektorin privat, bashkë-pagesa dhe pagesa nën tavolinë që varfërojnë përdoruesit dhe përbëjnë një barrierë për qasje për të varfrit. Këto shpenzime përbëjnë rreth 40% të shpenzimeve totale në shëndetësi. Barra më e madhe bartet nga kuintili më i varfër, edhe pse kuintilët më të pasur

dhe varfër shpenzojnë përafërsisht njëjtë në kujdes shëndetësor, kjo përfaqëson 13% të shpenzimeve totale për kuintilin më të varfër, në krahasim me 4% nga më të pasurit.

Barometri i Korrupsionit Global i Transparency International 2007 sugjeron se “67% të banorëve në Kosovë kanë dhënë rryshfet për të pranuar shërbime shëndetësore.”

Sistemi i informimit shëndetësor

Grumbullimi i të dhënave mbi SHRS-në, të disagreguara sipas bazave të diskriminimit është esencial për të drejtën për shëndet sepse ndihmon në gjetjen se ku ka progres dhe ku nuk ka (përfshirë shkallën e implementimit të ligjeve dhe politikave, ku janë implementuar ato dhe ku jo) si dhe shpërputhjen në gëzimin e DSHRS-ve mes grupeve. Ligji për Shëndetësor vë obligim Ministrisë së Shëndetësisë për të garantuar zhvillimin dhe funksionimin e një SISH-i të integruar në tërë sektorin. Ai kërkon që të gjitha institucionet shëndetësore të regjistruara të grumbullojnë të dhëna dhe raportojnë tek Ministria e Shëndetësisë.

Edhe pse SISH-i ka bërë progres, akoma nuk është në funksion të plotë. Institucionet shëndetësore nuk raportojnë të dhënat në mënyrë sistematike tek Ministria e Shëndetësisë. Kjo pengon zhvillimin e politikave të bazuara në dëshmi dhe monitorimin dhe implementimin e tyre. Nevoja për të dhëna më të sakta, standardizuara në linjë me standardet e OBSH-së dhe EUROSTAT-it; grumbullimi sistematik i të dhënave, përmirësimi i bazave të të dhënave; rolet e definuara dhe përgjegjësitë për grumbullimin dhe mirëmbajtjen e të dhënave; të dhëna plotësisht të disagreguara; dhe qasje në shkëmbimin e të dhënave nga trupat e ndryshme qeveritare është theksuar në pothuaj çdo dokument apo rishikim të sistemit shëndetësor në Kosovë, përfshirë Strategjinë e Sektorit Shëndetësor, Strategjinë për Nënë, Fëmijën, Adoleshentët dhe Shëndetin Riprodhues, Strategjinë e Sistemit të Informimit Shëndetësor dhe Planit të Implementimit për vitet 2010-2020.

Privatësia dhe konfidencialiteti

Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve për Kujdesin Shëndetësor (Ligji No. 2004/38) mbron dinjitetin, privatësinë dhe konfidencialitetin e të dhënave shëndetësore. Këto të dhëna janë po ashtu të mbrojtura me Kushtetutë dhe traktate ndërkombëtare të të drejtave të njeriut siç është Marrëveshja Ndërkombëtare mbi të Drejtat Civile dhe Politike dhe Konventa Evropiane për Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive Themelore të Njeriut. Shumë raporte sugjerojnë se ka mungesë të privatësisë dhe konfidencialitetit në institucionet e shëndetit publik, dhe kjo i bën njerëzit të ngurrojnë të kërkojnë shërbime. Kjo raportohet të jetë problem signifikante në lidhje me shërbimet e abortit në institucionet publike të licencuara, dhe arsyeja përse gratë kërkojnë kujdes në institucione private të cilat nuk janë të licencuara për të kryer procedurën. Është po ashtu një pengesë në kërkimin e informatave kontraceptive dhe shërbimeve në institucione shëndetësore. Nga literatura e rishikuar, nuk është e qartë përse respektohen kaq pak privatësia dhe konfidencialiteti.

Pjesëmarrja

Përfshirja e grave, fëmijëve, të rinjve, familjeve dhe komuniteteve në planifikim, shpërndarje dhe evaluim të planeve për të përmirësuar shëndetin riprodhues të këtyre grupeve është theksuar si objektivë në Strategjinë për Nënë, Fëmijë, Adoleshentët dhe Shëndetin Riprodhues 2011-2015. Kushtetuta po ashtu kërkon që “Institucionet shtetërore mbështesin mundësinë e çdo personi për të marr pjesë në aktivitetet publike dhe të drejtën e të gjithëve për të ndikuar në vendimet e organeve publike” derisa pjesëmarrja është e njohur po ashtu si një e drejtë ndërkombëtare njerëzore. Nuk ekziston një kulturë e konsultimit në procesin e politikë-bërjes, derisa procesi i politikë-bërjes në fushën e SHRS-së nuk është transparent për popullatën, që rezulton në pjesëmarrjen shumë të kufizuar të atyre që gëzojnë të drejtat, përfshirë grupet e marginalizuara në politikë-bërje në fushën e SHRS-së.

Mekanizmat e llogaridhënies

Procedurat e rishikimit, përfshirë ato juridike, kuazi-juridike, procedurat politike dhe administrative janë qendrore për llogaridhënie, derisa e drejta për mbrojtje gjyqësore është një pjesë e rëndësishme e llogaridhënies për të drejtat njerëzore. Përgjegjësia po ashtu mbështetet në grumbullimin e të dhënave të besueshme dhe disagreguara, dhe kufizimet në grumbullimin e të dhënave nga SISH janë një brengë serioze.

Strategjia për Nënë, Fëmijën, Adoleshentët dhe Shëndetin Riprodhues 2011-2015 kishte përfshirë një objektivë për të fuqizuar vlerësimin dhe llogaridhënien. Aktivitetet e kërkuara ishin “Krijimi dhe fuqizimi i mekanizmave të monitorimit dhe evaluimit; [si dhe] krijimi i mekanizmave efekti të përgjegjësisë dhe llogaridhënie në nivel të institucioneve shëndetësore dhe shoqërisë civile.

Mekanizmat e llogaridhënies përfshijnë:

- Procedura e ankesave në institucionet e kujdesit shëndetësor: Ligji mbi të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor njeh të drejtët e qytetarëve për të bërë ankesa në institucione shëndetësore në lidhje me kujdesin e pranuar, dhe të apelojnë çdo vendim në këtë respekt.
- Inspektorati Shëndetësor: Ky është përgjegjës për monitorimin e institucioneve shëndetësore në Kosovë. Inspektorati shëndetësor duhet siguruar se implementohen “të gjitha normat etike dhe profesionale dhe standardet e aprovuara nga Ministria e Shëndetësisë”. Nuk është e qartë nëse Inspektorati në mënyrë sistematike inkorporon të drejtat e njeriut në rishikimet e veta. Ka një shpërputhje të madhe mes numrit të inspektorëve ekzistues dhe numrit të ofruesve të shërbimeve shëndetësore në Kosovë. Edhe pse Inspektorati monitoron qindra institucione gjatë vitit, “cilësia dhe efektiviteti i inspektimeve të tilla janë të diskutueshme për shkak të kufizimeve të resurseve njerëzore dhe financiare së bashku me standarde dhe mjete inspektimi jo të nën-zhvilluara.”
- Gjykatat: Një numër i rasteve mbi shëndetin e nënës dhe dhunës në familje janë dërguar në gjykata brenda Kosovës. Përderisa nuk ka bazë të të dhënave akoma, është

e vështirë të merret një pasqyrë e jurispodencës mbi SHRS-në në mbarë Kosovë. Ka njohuri të kufizuara mbi SHRS, përfshirë standardet ndërkombëtare mes atyre që merren me jurispodencë.

- IOK-u: IOK-u, inter-alia, pranon dhe heton ankesa nga cilido person, brenda apo jashtë territorit të Republikës së Kosovës, i cili pohon se të drejtat dhe liritë i janë shkelur nga autoritetet publike në Kosovë, dhe kryen hetime me iniciativë të vet kundrejt pohimeve për shkelje të të drejtave të njeriut. Që nga krijimi i tij, IOK-u ka bërë disa hetime dhe vizita inspektimi në Klinikën Gjinekologjike, por ky vlerësim është iniciativë e parë madhore nga institucioni për të adresuar SHRS.
- Komisionet Parlamentare: Komisionet relevante, përfshirë Komisionin për Edukim, Kulturë, Rini, Sporte, Administrim Publik, Qeveri Lokale dhe Media, Komisionin për Shëndetësi, Punë dhe Mirëqenie Sociale mund të monitorojnë dhe mbajnë përgjegjës ministritë për zhvillimin dhe implementimin si dhe realizimin e DSHRS-së.

Në përgjithësi, ka pasur informata të kufizuara rreth funksionimit dhe efektivitetit të këtyre mekanizmave rishikues për sa i përket SHRS-së, përfshirë nivelin e vetëdijes mes popullatës për mekanizmat e ndryshëm, sa të qasshëm janë ata mekanizma, nëse rekomandime e SHRS-së janë implementuar, dhe sipas nevojës, janë ofruar mbrojtja gjyqësore e të drejtave. Këto informata kanë tendencë të tregojnë rreth implementimit të kufizuar të vendimeve të gjykatave, dhe që Inspektorati Shëndetësor ka vështirësi me ngarkesën me punë dhe resurse të kufizuara, dhe i cili nuk ka inkorporuar të drejtat njerëzore brenda kornizës së vet të referencës. Për më tepër, duket se ka një monitorim shumë të kufizuar institucional të implementimit të ligjeve dhe politikave në fushën e DSHRS-ve. Mund të thuhet se ka shumë raportime të praktikave – shkelje të konfidencialitetit, kujdes të dobët maternal, ofrim të pasigurt të shërbimeve të abortit, apo harxhim stoqesh të barnave antiretrovirale – që duket të ndodhin pa ndonjë ndëshkim.

Rekomandimet kyçe për sistemin shëndetësor dhe ato të ndërlidhura me SHRS

- Sistemi shëndetësor: Ministria e Shëndetësisë duhet vazhduar përpjekjet në bashkëpunim me drejtoritë komunale për të përmirësuar funksionimin e qendrave të mjekësisë familjare dhe për të inkurajuar popullatën të përdorin këtë institucione siç duhet. Qasja duhet përmirësuar në sistemin shëndetësor në vendet rurale. Ministria e Shëndetësisë duhet zhvilluar dhe implementuar masa për të bërë shërbimet shëndetësore, posaçërisht qendrat e mjekësisë familjare miqësore për adoleshentët.
- Privatësia: Ministria e Shëndetësisë duhet bërë rishikim të shkaqeve kryesore të manifestimeve dhe pasojave të mungesës së respektit për privatësi dhe konfidencialitet në institucionet shëndetësore për shërbimet seksuale dhe riprodhues, përfshirë shërbimet kontraceptive, abortit dhe kujdesit pas abortit, kujdesit ndaj nënës dhe këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV (KTV) për IST-të, duke marr parasysh procedurat formale për mbrojtjen e të dhënave dhe qëndrimet dhe veprimet e stafit. Përmirësimi i ndërgjegjësimit dhe trajnimi i profesionistëve shëndetësor në këto çështje, si dhe procedurat e qarta në rast të shkeljes së këtyre detyrave do jenë po ashtu kritike.

- Implementimi i politikave: Nevojiten më shumë përpjekje për të siguruar implementimin e politikave të DSHRS-ve në Kosovë.
- Buxheti: Qeveria duhet rritur kontributet buxhetore për sektorin shëndetësor për 5 për qind në krahasim me vitin paraprak dhe për aktivitetet tjera të lidhura me shëndetin në sektorët tjerë. Resurset e alokuara për shëndetin riprodhues nuk duhet bartur tjetërkund.
- Sigurimi shëndetësor: Qeveria duhet vazhduar me grumbullimin e kontributeve të sigurimit shëndetësor dhe implementojë Ligjin për Sigurim Shëndetësor. Kujdesi shëndetësor riprodhues dhe seksual, përfshirë kujdesin ndaj nënës duhet përfshirë në pakon bazike të shërbimeve nën këtë fond. Kontraceptive duhet mbuluar nga skema e Sigurimit Shëndetësor, së paku për grupet vulnerabel të definuara nga Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale.
- Komunikimi dhe koordinimi: Duhet krijuar një organ koordinues ndër-institucional për shëndetin riprodhues dhe seksual në Ministrinë e Shëndetësisë për të përmirësuar koordinimin dhe komunikimin mes institucioneve kombëtare dhe organeve komunale. Të drejtat njerëzore duhet përfshirë në mënyrë eksplicite në termat e referencës.
- Indikatorët dhe të dhënat: Duhet bërë përpjekjet për të siguruar se SISH përfshinë të dhëna të besueshme dhe gjithëpërfshirëse, përfshirë ato për çështje specifike të SHRS-së siç është shëndeti i nënës dhe aborti. Regjistrimi i vdekjeve maternale duhet përmirësuar, përfshirë zgjerimin e kriterëve të raportimit nga institucionet emergjente obstetrike deri në qendrat e lindjeve apo kudo që ato ndodhin. Ministria e Shëndetësisë duhet përpjekur të sigurojë se ofruesit e shërbimeve të abortit janë në pajtueshmëri me nenin 21 të Ligjit për Ndërprerjen e Shtatzënisë, i cili siguron që secili institucion shëndetësor është i obliguar të raportojë të dhëna statistikore mbi ndërprerjen e shtatzënisë. Grumbullimi i të dhënave duhet përmirësuar. Të dhënat duhet disagreguara sipas gjinisë së viktimave dhe kryerësve. Duhet bërë një bazë gjithëpërfshirëse e të dhënave mbi dhunën në familje që mund të shkëmbehet dhe shihet nga institucione relevante. Të dhënat duhet disagreguara sipas arsyeve të diskriminimit, siç është gjinia, etnia, mosha, gjendja ekonomike dhe sociale (p.sh. nivelet e ulëta të edukimit dhe të hyrave) dhe aftësive të kufizuara. Ky rishikim ka gjetur në veçanti të dhëna të kufizuara të SHRS-së për personat me aftësi të kufizuara, duhet bërë përpjekje më të mëdha për të ofruar të dhëna mbi këtë fushë.
- Inspektorati shëndetësor: Inspektorati Shëndetësor duhet fuqizuar. Numri i inspektorëve duhet rritur. Inspektorati duhet përdorur të drejtat njerëzore kushtetuese si kornizë të referencës për inspektimet e tij.
- Komisionet parlamentare: Komisioni për Shëndet, Punë dhe Mirëqenie Sociale, dhe Komisioni për Edukim, Kulturë, Rini, Sporte, Administrim Publik, Qeverisje Lokale dhe Media duhet, respektivisht të mbajnë përgjegjës Ministrinë e Shëndetësisë dhe atë të Edukimit, Shkencës dhe Teknologjisë për përfshirjen e SHRS-së brenda politikave dhe planeve të veprimit të tyre, si dhe për zhvillimin dhe implementimin e këtyre politikave dhe strategjive.
- Qasja në mekanizma përgjegjës: Duhet përmirësuar vetëdija e popullatës dhe qasja e tyre në mekanizmat e DSHRS-së, përfshirë gjykatat, IOK, dhe organet administrative

rishikuese. Duhet vënë vëmendje për të siguruar qasje për grupet e rrezikuara siç janë adoleshentët.

- Trajnimi mbi DSHRS-të: Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me UNFPA-në duhet ofruar trajnime mbi DSHRS-në për politikë bërësit kyç të Ministrisë së Shëndetësisë.
- Pjesëmarrja: Qeveria duhet siguruar pjesëmarrjen e bartësve të të drejtave në zhvillimin e të gjitha politikave dhe programeve të reja mbi DSHRS-në. Në veçanti duhet bërë përpjekje për të siguruar pjesëmarrjen e grupeve të rrezikuara dhe marginalizuara, siç janë gratë, adoleshentët, LGBTI, personat me aftësi të kufizuara, punëtorët e seksit, dhe komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian.
- Objektivat e qëndrueshme zhvillimore: Kuvendi duhet adoptuar formalisht Objektivat e Qëndrueshme Zhvillimore, duke pasur parasysh fokusin e tyre të rëndësishëm mbi DSHRS-të.

KAPITULLI 3: ÇËSHTJET PRIORITARE TË TË DRJETAVE TË SHËNDETIT RIPODHUES DHE SEKSUAL

Ky kapitull, pjesa kryesore e vlerësimit, fokusohet në fushat e progresit dhe mospërputhjet për shata çështjet prioritare të DSHRS; qasja në shërbime dhe informata për kontracepsion; qasja në shërbime të sigurta të abortit dhe kujdesin pas abortit; kujdesi shëndetësor ndaj nënës; parandalimi dhe trajtimi i HIV/AIDS; edukimi gjithëpërfshirës seksual; dhuna kundër grave dhe vajzave; kanceret e shëndetit riprodhues dhe të gjirit; dhe grupet e marginalizuara dhe ato në disavantazh.

1. Qasja në shërbime dhe informata për kontracepsion

Elementet e të drejtave njerëzore dhe shëndetit

Qasja në shërbime dhe informata për kontracepsion u mundëson individëve dhe çifteve të gëzojnë të drejtat për kohën, numrin dhe shpeshësinë e lindjeve dhe promovon dhe kontribuon në të drejtën për standardet më të larta të arritshme të shëndetit. Promovon jetë të sigurt dhe lumtur seksuale, redukton numrin e shtatzënive të paqëllimshme dhe infeksioneve seksualisht transmiseve dhe HIV-in. Informatat për kontracepsion duhet përfshirë të gjitha zgjidhjet e kontraktivëve të disponueshëm, si dhe efektet anësore së bashku me shkallën e suksesit të tyre. Informatat për kontracepsionin duhet të jenë të disponueshme, qasshme, pranueshme dhe të cilësisë së mirë (shih fq.27 më lartë).

Qasja në shërbime dhe informata për kontracepsion në Kosovë

Njohuritë për metodat kontraktive në Kosovë është e lartë dhe është rritur gjatë viteve 2003-2009. Anketa Demografike, Sociale dhe e Shëndetit riprodhues në Kosovë e bërë në vitin 2009, ka gjetur se 95% e grave të moshave 15-49 vjeç kanë raportuar të dinë së paku për një metodë kontraktive, dhe 95% dinë për së paku një metodë moderne kontraktive. Mes grave të martuara shifrat ishin 98% dhe 96% derisa për gratë e pamartuara, nivelet janë në 91% dhe 84%. Edhe gratë e martuara dhe të pa martuara dinë për 6 metoda mesatarisht. Niveli i njohurive rritet me nivelin e edukimit. Një studim i mbështetur nga UNFPA-ja ka gjetur se njohuritë për kontraktivët kanë qenë më të ulëtat mes 15-18 vjeçëve, të ulëta mes atyre që jetojnë në vende rurale dhe mes atyre me nivel të ulët të edukimit.

Megjithatë, njohuritë për përdorimin e formave të ndryshme të kontraktivëve është janë më të kufizuara. Në një studim të fundit, vetëm 48% të të intervistuarve kanë ditur se kontraktivët përdoren për të parandaluar shtatzënitë e paqëllimshme; 35% kanë deklaruar se kondomët përdoren për të mbrojtur kundër HIV/AIDS-it, dhe 14% kanë deklaruar se kondomët mbrojnë kundër infeksioneve seksualisht transmiseve; vetëm 10% kanë identifikuar të tria funksionet e kondomave; dhe 7% nuk kanë mundur të identifikojnë asnjërin nga funksionet e kontraktivëve.

Përdorimi i metodave moderne kontraktive, siç kanë kondomët, ato injektabel dhe pilulat është shumë i ulët dhe në rënie në Kosovë. 'Multiple Indicator Cluster Survey 2013-2014' (MICS) ka gjetur se ato përdoren vetëm nga 14% mes grave të grup moshave 15-49 vjeç (apo partnerëve të tyre) të cilat janë të martuara apo në lidhje dhe më pak se 2% mes atyre që nuk

kanë fëmijë të gjallë, një rënie prej 15% nga viti 2009 dhe 23% nga viti 2003. Përdorimi i ulët është brengosës (6%) mes grup moshave 20-24 vjeç. Është lehtë më i lartë në zonat urbane (17%) në krahasim me ato rurale (12%). Kjo krahasohet me 51% të grave që janë të martuara apo në lidhje që përdorin tërheqjen, që tregon se ka një proporcion të madh të popullatës që nuk shërbehet me planifikim familjar. Tërheqja është shumë më e shpeshtë mes grave të martuara apo që jetojnë në bashkësi në ekonomitë familjare me kryefamiljar Shqiptar (53%) dhe grupet tjera etnike (62%), në krahasim me ekonomitë familjare me kryefamiljar Serb (15%). Ka një korrelacion pozitiv mes nivelit të edukimit dhe përdorimit të kontraktivëve. Sipas MICS, nevojat e paplotësuar për kontracëpsion mes femrave të moshave 15-49 vjeç që janë të martuara apo në bashkëjetesë është 9%, dhe më e larta mes grup moshave 20-24 dhe 25-29 vjeç (14 dhe 16 % respektivisht). Një studim tjetër llogaritë nevojat e pa plotësuar për kontracëpsion mes grave në 60%.

Furnizimi me kontraktiv në institucione shëndetësore vlerësohet të jetë i pasigurt. Në praktikë, shumica e kontraktivëve modern (rreth 75%) vijnë nga sektori privat, dhe 54% blihen nga farmacitë private. Prapë, një studim i fundit ka gjetur një gamë të kufizuar të kontraktivëve që mund të gjinden në farmaci në shumicën e qyteteve dhe fshatrave. Prania e kontraktivëve në fshatra është shumë ulët. Raportet sugjerojnë se kostot e kontraktivëve për disa segmente të popullatës janë të papërbalueshme. (shih Katrorin 4).

Katrori 4: Raporti mbi Hulumtimin e Segmentimit të Tregut të Kontraktivëve, Përgatitur nga: Dr. Godfrey Walker, Konsultant i UNFPA-së, Mars 2015, Mbështetur nga UNFPA-ja, p. v

Ka një kontraktiv relativisht të lirë, kontraktiv oral i kombinuar Rigevidon, i pranishëm në farmaci me çmim prej 1.75 Eur për një pako për një muaj ose 26,3 Eur për dy vite mbrojtje (i.e. shpenzimet për furnizime për një vit të gjithë të tjerët [kontraktivët oral të kombinuar] janë në mënyrë më të konsiderueshme më të shtrenjtë që variojnë nga 4.7 Eur deri në 12 Eur për pako. Disa lloje kondomësh janë në lirim dhe më të lirët përfshijnë Love Plus që është në marketing social nga [Kosovo Population Foundation] me kosto prej 17 Eurocent për kondom, apo 20 Euro për CYP.

Banka Botërore vlerëson se të hyrat për kokë banorin në Kosovë në vitin 2014 ishin 3471 Euro. Shpenzimet për...[mbrojtje dy vjeçare] për lloje të ndryshme të kontraktivëve janë kombinuar me të dhënat sipas distribuimit të të hyrave për të vlerësuar mundësinë për të paguar...llogaritë se kontraktivët ishin të volitshëm ose jo për të tria segmentet e popullatës (varfër, hyra të mesme dhe më të pasurit).

Sa i përket të drejtës për qasje në informata mbi kontracëpsion, një studim i fundit ka gjetur se "shumica e pjesëmarrësve thonë se ata kanë marr informatat nga transmetime të ndryshme televizive (36.5%). Pothuaj çdo i katërti pjesëmarrës ka pranuar informata nga librat dhe çdo i pesti nga gazetatat. Vetëm një numër i vogël i pjesëmarrësve (më pak se 1%) mbështesin njohuritë e tyre për kontraktivët që kanë marrë nga prindërit apo në shkollë." Interneti është në realitet burimi madhor i informatave për DSHRS për popullatën në Kosovë. Megjithatë, disa informata të dhëna online janë të pasakta. Gratë nuk kërkojnë gjithmonë informata nga profesionistët shëndetësor. Vetëm 22% raportojnë të jenë të kënaqura me informatat e pranuar nga profesionistët shëndetësor, në krahasim me 70% që nuk janë të

kënaqura; meshkujt, personat e pamartuar dhe personat që nuk ishin në gjendje të përshkruajnë funksionet e kontraktivëve ishin në veçanti të pakënaqur. Megjithatë, ata raportojnë të kenë dëshirë të bëjnë atë. Edhe pse ata raportojnë të kenë interes në informim, arsytet që ata japin se pse nuk e bëjnë atë janë se është një temë tabu dhe e lidhur me mentalitetin dhe traditat. Ka informata më të kufizuara për DSHRS në zonat rurale.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji për Shëndetin Riprodhues mundëson se kujdesi shëndetësor për shëndetin riprodhues dhe seksual përfshinë shërbimet për planifikimin familjar dhe shërbimet e informimit mbi shëndetin riprodhues dhe seksual. Ky ligj komplementohet nga Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) 07/2013, Metodatat dhe Mjetet Moderne për Planifikim Familjar që njohin të drejtën e individëve për metoda kontraktive dhe informata. Mundëson që profesionistët shëndetësor që ofrojnë kujdes shëndetësor në respekt me shëndetin riprodhues janë “të obliguar të informojnë dhe ndihmojnë konsumatorët në përzgjedhjen e metodave dhe mjeteve më të duhura për planifikimin familjar,” dhe që institucionet që ofrojnë këtë kujdes “duhet poseduar mjetet për planifikimin familjar [dhe] të jenë të pajisura me materiale edukative, informative dhe këshillim për planifikimin familjar për klientë.”

Strategjia për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetin Riprodhues me Planin e Veprimit 2011-2015 vë gjashtë objektiva për planifikimin familjar dhe katër prej tyre specifike të arrihen deri në vitin 2015. Mes këtyre objektivave që duhej plotësuar deri më 2015 janë përdorimi i kontraktivëve modern nga 30% më shumë nga nivelet e vitit 2011, dhe ofrimi i shërbimeve të planifikimit familjar nga të gjitha Qendrat e Mjekësisë Familjare, si dhe nivele të larta të trajnimit (95%) për ofrimin e këtyre metodave nga stafi.

Komisioni për Edukimin dhe Promovimin Shëndetësor në Institution Kombëtar të Shëndetit Publik, dhe komitetet lokale për edukim shëndetësor në nivele rajonale zbatojnë fushata ndërgjegjësimi që kanë fokus DSHRS-në mes temave të tjera. Shkëmbimi i informatave dhe shpërndarja duhet përmirësuar nga mjete dhe metoda të tjera, i.e. fletushka informative, TV, dhe media të tjera. Kryqi i Kuq i Kosovë ka bërë aktivitete për ngritjen e vetëdijes mbi planifikimin familjar nëpër komunitete në Kosovë. Sistemi i marketingut social i operuar nga KOPF-i raportohet të jetë duke funksionuar mirë dhe “është sistem tepër i vlefshëm për shpërndarjen e kondomave (LovePlus) në shumicën e vendit me shpenzime relativisht të ulëta.

Për më tepër për planifikimin familjar, çështja e infertilitetit është po ashtu e adresuar në Strategjinë për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetin Riprodhues 2011-2015. Sipas strategjisë, çiftet kërkojnë trajtim në Kosovë veçanërisht në sektorin privat, dhe jashtë vendit. Strategjia vë një numër objektivash në raport me infertilitetin, që janë përmirësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore për trajtimin e infertilitetit; përmirësimi i sistemit të raportimit dhe menaxhimit të të dhënave për infertilitetin parësor dhe dytësor; ngritja e ndërgjegjësimit të popullatës rreth shkaqeve të infertilitetit; dhe fuqizimi dhe implementimi i legjislacionit mbi shëndetin riprodhues.

Mospërputhjet

Përkundër objektivave të zëshme të Strategjisë për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetit Riprodhues, përdorimi i mjeteve moderne kontrceptive është shumë i ulët, dhe siç duket nuk është rritur për 30% siç është pritur. Në të kundërtën, raportohet se ka rënë. Edhe pse kontraktivët janë pjesë e listës esenciale të barnave, Ministria e Shëndetësisë nuk i blen ata. Kontraktivët janë dhuruar falas nga UNFPA-ja deri në vitin 2015, dhe UNFPA ka ofruar prokurimin e palës së tretë për kontraktivët për një çmim më të ulët nga kompanitë me të cilat kanë marrëveshje afatgjatë. Informatat e ofruara gjatë konsultimeve kanë sugjeruar se kontraktivët janë ndonjëherë jo të disponueshëm në institucionet shëndetësore publike, dhe në ato rurale pothuaj nuk ka fare, që është në kundërshtim me Ligjin për Shëndetin Riprodhues dhe Udhëzimin Administrativ 09/2013.

Studimet e mbështetura nga UNFPA-ja kanë identifikuar segmentet e popullatës në vijim se nuk kanë mundësi të blejnë kontraktiv rregullisht: “1) e treta më e varfër...e popullatës; 2) çiftet në moshën riprodhuese që janë nën vijën ekstreme të varfërisë, i.e. 12% e popullatës; 3) pjesëtarët e komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian; adoleshentët seksualisht aktiv të moshave 15-19 vjeç ; 5) gratë që përjetojnë dhunë në familje dhe në strehim; 6) të rinjtë të moshave 15-24 vjeç që jetojnë në zonat rurale.” Shpenzimet janë barrierë madhore për seksionet e popullatës vulnerabël dhe prandaj nuk gëzojnë të drejtat për shëndet në bazë të jo-diskriminimit.

Përdorimi i ulët i kontraktivëve i atribuohet edhe keqkuptimeve të popullatës për efektet anësore (p.sh. kontraktivët janë të dëmshëm për shëndetin, kontraktivet hormonal shkaktojnë kancer dhe pilulat shkaktojnë infertilitet); distanca deri në farmaci; dhe ndjenja e turpit në raport me blerjen e kontraktivëve. Kjo tregon një shpërputhje sa i përket gëzimit të të drejtave për qasje të qëndrueshme në informata mbi shëndetin riprodhues përfshirë kontrceptionin.

Përkundër kostove, ka një preferencë mes popullatës të blejnë kontraktiv në farmaci dhe lokacione tjera, dhe jo të shkojnë të marrin kontraktiv falas në institucione shëndetësore. Arsytet për këto preferenca përfshijnë: qasjen e ofruesve të shërbimeve, përfshirë mungesën e respektit për privatësi dhe konfidencialitet, mungesën e informatave të ofruara dhe qëndrimet gjyquese ndaj përdoruesve të kontraktivëve.

Arsye të tjera përfshijnë gratë që ndjehen jo komfort të kërkojnë këshilla për kontraktiv kur mjekët janë të mbingarkuar me punë, dhe furnizimi jo i rregull me kontraktiv në institucione publike, ku shpesh stoqet me kontraktiv janë të zbrazëta. Kjo tregon një shpërputhje sa i përket pranueshmërinë së shërbimeve shëndetësore, kur të drejtat si privatësia dhe konfidencialiteti nuk respektohen. Gjendja duket të mos jetë në konformitet me mbrojtjen kushtetuese të të drejtave për privatësi dhe konfidencialitet, apo me provizionet ekuivalente në Ligjin për Shëndet Riprodhues dhe Udhëzimin Administrativ 09/2013.

Edhe pse qendrat e mjekësisë familjare janë të përcaktuara të jenë përgjegjëse për ofrimin e planifikimit familjar, shumë njerëz konsiderojnë se duhet vizituar gjinekologu dhe jo qendrat e mjekësisë familjare kur kanë të bëjnë me shëndetin riprodhues dhe seksual. Megjithatë, shërbimet e planifikimit familjar nuk ofrohen formalisht në nivelin dytësor dhe tretësor të kujdesit shëndetësor.

Ofrimi i trajnimeve adekuate për profesionistët shëndetësor dhe edukimi është një komponentë esenciale për standardet më të larta të arritshme të shëndetit. Edhe pse profesionistët shëndetësor janë trajnuar, ata duket të mos kenë nivel të mjaftueshëm të “njohurive, shkathtësive dhe qëndrimeve sa i përket kontracepsionit, planifikimit familjar, këshillimit dhe promovimit të seksit të sigurt,” dhe raportohet një ngurrim mes ofruesve të shërbimeve të përfshihen në këshillimin e klientëve. Disa profesionistë shëndetësor raportohet të ngurrojnë të ofrojnë këshilla dhe të përshkruajnë kontraktiv, pjesërisht për shkak të keqkuptimeve të klientëve rreth kontraktivëve.

Rekomandimet

- Ministria e Shëndetësisë duhet bërë të mundshëm ofrimin falas të kontraktivëve së paku të një kontraktivit hormonal të kombinuar me dozë të ulët, një hormonal injektabel, kondoma meshkujsh, një dispozitiv intrauterin (T) me bakër, dhe një kontraktiv emergjent për grupet në vijim: “1) segmentit më të varfër dhe të tretë të popullatës; 2) çiftëve që anë nën nivelin e varfërisë ekstreme (i.e. 12% të popullatës); 3) komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian; 4) adoleshentëve seksualisht aktiv nga moshat 15-19 vjeç; 5) grave që vuajnë dhunë në familje dhe atyre në strehim; 6) të rinjve nga mosha 15-24 vjeç që jetojnë në vende rurale” ; dhe 7 (PFS). Këto duhet ofruar nga mjekët dhe gjinekologët në Qendrat e Mjekësisë Familjare. Kjo duhet mbështetur nga një sistem i logjistikës dhe menaxhimit të kontraktivëve (SLMK) dhe një linjë te veçantë buxheti për kontraktivët. Duhet bërë përpjekje për të përmirësuar shfrytëzimin e Qendrave të Mjekësisë Familjare nga popullata për planifikimin familjar.
- Ministria e Shëndetësisë duhet prokuruar kontraktivët, duke shfrytëzuar prokurimin nga pala e tretë nga UNFPA-ja.
- Për të implementuar Udhëzimin Administrativ (Shëndetësi) 07/2013 Metodën dhe Mjetet Moderne për Planifikim Familjar, Ministria e Shëndetësisë duhet siguruar se ofrohet një furnizim i rregullt me kontraktiv në Qendrat e Mjekësisë Familjare. Harxhimi i stoqeve duhet shmangur.
- Kondomët duhet të jenë gjerësisht të disponueshëm me kosto të ulët në aparate të instaluar në vende të përshtatshme që janë të qasshme dhe që ofrojnë privatësi për konsumatorët.
- Kontraktivët duhet mbajtur në Listën e Barnave Esenciale.
- Në pajtim me Udhëzimin Administrativ (Shëndetësi) 07/2013 Metodën dhe Mjetet Moderne për Planifikim Familjar, Ministria e Shëndetësisë duhet siguruar se profesionistët shëndetësor në Qendrat e Mjekësisë Familjare në mënyrë profesionale dhe proaktive ofrojnë informata mbi planifikimin familjar kur kërkohet, dhe qasja e tyre ndaj përdoruesve është me respekt dhe dinjitet, dhe që ruhet konfidencialiteti dhe privatësia e pacientëve në të gjitha rastet. Duke pasur parasysh këtë Ministria e Shëndetësisë duhet:
- o Siguruar trajnim të vazhduar për mjekët, infermierët dhe mamitë në ofrimin e informatave të duhura kontraktive, përfshirë eliminimin e paragjyqimeve dhe

ofrimin e këshillimit për planifikimin familjar për pacientët, ashtu që ata do mund të bëjnë zgjedhje të pavarur dhe informuar rreth përdorimi të kontraceptivëve.

- o Investigimi i çështjeve të tjera për të përmirësuar qasjen në informata në qendrat e mjekësisë familjare, siç është ofrimin i fletushkave informative mbi metodat e pranishme kontraceptive, përdorimin e tyre dhe përfitimet dhe efektet e tyre, si dhe grupeve mbështetëse të pacientëve.
- o Duhet siguruar se Inspektorati Shëndetësor, dhe koordinorët e cilësisë së shërbimeve brenda institucioneve publike, monitorojnë dhe rishikojnë cilësinë dhe pranueshmërinë e shërbimeve të planifikimit familjar.
- Në përpjekjet e saj për të përmirësuar qasjen në informata dhe shërbime kontraceptive nga masat e cekura me lartë (dhe të tjera), strategjia e Qeverisë duhet vënë vëmendje të veçantë në ato grupe që janë më pak të informuara dhe kanë më pak qasje, siç janë identifikuar nga raporti i MICS dhe të dhëna tjera të besueshme. Këtu përfshihen adoleshentët dhe të rinjtë, njerëz me nivel më të ulët të edukimit, popullata rurale si dhe punëtorët e seksit dhe meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (MSM) (shih Kapitulli 3, seksioni 7). Vëmendje duhet dhënë edhe qasjes në kontraceptiv për personat me aftësi të kufizuara. Prandaj këto grupe duhet ftuar të marrin pjesë në zhvillimin dhe implementimin e strategjive, jo vetëm pse është e drejtë njerëzore e tyre, por sepse shërben edhe në rritjen e efektivitetit të këtyre strategjive.

2. Qasja në shërbimet e sigurt të abortit dhe kujdesin pas abortit

Elementet shëndetësore dhe të të drejtave të njeriut

Një proporcion i lartë i shtatzënive të paqëllimshme në mbarë botët përfundon me abort. Rritja e përdorimit të kontraceptiveve redukon numrin e shtatzënive të paqëllimshme dhe si pasojë nevojën për abort të indukuar. 60 Në Konferencën Ndërkombëtare për Zhvillimin dhe Popullatën, komuniteti ndërkombëtar u pajtua se në vende ku aborti është legal duhet të jetë i qasshëm dhe i sigurt. 61 Rishikimi dhe vlerësimi i Asamblesë së Përgjithshme nga KB-ve mbi Konferencën Ndërkombëtare mbi Zhvillimin dhe Popullatën në vitin 1999 ka deklaruar se “në rrethanat ku aborti nuk është kundër ligjit, sistemet shëndetësore duhet trajnuar dhe pajisur ofruesit e shërbimeve shëndetësore dhe duhet marr masa për t’u siguruar se aborti është i sigurt dhe i qasshëm.” Kur ofrohet nga profesionist të aftësuar, në kushte sanitare, aborti është një procedurë e sigurt, por kur ofrohet në mënyrë ilegale, abortet kryesisht janë të pasigurt dhe çojnë në shkallë të larta të komplikimeve. Studimet tregojnë se adoleshentët mund të frenohen nga kërkimi i shërbimeve të abortit nëse ata mendojnë se duhet kërkuar lejen nga prindi apo kujdestari, që rritë gjasat që ata të kërkojnë shërbime klandestine aborti.

Prania e shërbimeve të shëndetit riprodhues, përfshirë shërbimet e abortit është kritike për gratë të gëzojnë të drejtat njerëzore në bazë të jo-diskriminimit. Organet ndërkombëtare dhe traktatet për të drejtat e njeriut, dhe Raportuesit Special të KB kanë treguar se ligjet që përgjithësisht kriminalizojnë abortin janë diskriminuese dhe përbëjnë një barrierë që gratë të gëzojnë të drejtat për shëndet, dhe Shtetet duhet braktisur masat e ndëshkimit për gratë që i nënshtrohen procedurës. Ata në mënyrë specifike kanë treguar se mohimi i qasjes në abort

për gruan në rastet kur shtatzënia rrezikon jetën, shëndetin fizik apo mendor, apo është si rezultat i dhunimit apo incestit shkel të drejtën për kujdes shëndetësor. Sikurse me fushat tjera të shëndetit seksual dhe riprodhues, Shtetet duhet ndërmarr masa për të bërë shërbimet të pranueshme për gratë, për shembull, shërbimet duhet respektojnë të drejtën e gruas për dinjitet dhe konfidencialitet, dhe duhet të jenë të ndjeshme ndaj nevojave dhe perspektivave të gruas.

Qasja në shërbimet e sigurta të abortit dhe kujdesit pas abortit në Kosovë

Shkalla e aborteve është shumë e lartë në Kosovë. Sipas MICS-it 8% e grave mes moshave 15-49 vjeç kanë pasur së paku një abort të indukuar. Kjo rritet në 17% për gratë e moshave 45-49 vjeç. Mes grave që kanë pasur abort. 25% të tyre kanë pasur 2 e më shumë aborte. Shkalla e aborteve është e ngjashme mes popullatës shqiptare dhe serbe (7 dhe 8%) por shumë më e lartë mes grupeve tjera etnike (15%).

Elementet financiare, siç janë dëshira për familje më të vogla për shkak të shpenzimeve të mëdha për rriten e fëmijëve, posaçërisht në zonat urbane është arsyeja kryesore pse gratë zgjedhin të bëjnë aborte. Gjetjet e studimeve tregojnë se edhe pse ka një numër të institucioneve publike të licencuara për të ofruar abortin, procedura kryesisht kruhet ilegalisht apo në institucione private që nuk janë të licencuara për të ofruar aborte, dhe ku siguria nuk garantohej.

Aborti i indukuar në institucione shëndetësore publike kushton 5 Eur deri në javën e 10-të të gestacionit dhe 35 Eur pas kësaj. Këto shuma janë të pa volitshme për disa gra. Në institucione private të cilat janë të pa licencuara të kryejnë aborte shpenzimet janë edhe më të mëdha prej 80-300 Eur.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji mbi Ndërprerjen e Shtatzënisë vendos bazën ligjore për abort në Kosovë. Mundëson që aborti mund të kryhet në çdo kohë gjatë shtatzënisë nëse ajo rrezikon shëndetin apo jetën e nënës, apo për arsye të anormaliteteve të fetusit; dhe deri në 22 jave kur shtatzënia rezulton nga dhunimi, për viktimat e trafikimit apo eksploatimit seksual apo nga marrëdhëniet seksuale me të mitura apo në incest. Përfundimi elektiv i shtatzënisë është i lejuar për gratë mbi moshën 18 vjeç, dhe adoleshentet 16-18 vjeç me pëlqimin e prindërve, deri në javën e 10 nga dita e parë e menstruacioneve të fundit. Abortet seks-selektive janë të ndaluara edhe nga ligji mbi abortin edhe nga Ligji mbi Shëndetin Riprodhues.

Ligji mbi Ndërprerjen e Shtatzënisë stipulon se ndërprerja e shtatzënisë duhet të kryhet vetëm në institucione shëndetësore publike nga obstetër/gjinekolog të licencuar dhe në kushte të sigurta shëndetësore. Pas abortit, mjeku apo ekipi mjekësor është i obliguar të informojë femrën rreth shërbimeve të planifikimit familjar dhe metodave kontrceptive. Udhëzimi Administrativ 09/2013 mbi Rrethanat e Veçanta dhe Indikacionet Mjekësore mbi Përfundimin e Shtatzënisë në Republikën e Kosovës ofron qartësime të detajuara për ligjin dhe udhëzimet për abortin e sigurt.

Ligji mbi të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarit në Kujdesin Shëndetësor thotë se “dinjitetin njerëzor, privatësia, integriteti personal dhe besimet fetare duhet respektuar”, dhe që “qytetari ka të drejtë për mbrojtje të konfidencialitetit dhe sekretit të të dhënave personale të lidhura me gjendjen e shëndetit të tij dhe trajtimin mjekësor.”

Strategjia për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetin Riprodhues ishte zotuar për të reduktuar abortet për 30%. Ishte përkushtuar po ashtu për ofrimin e shërbimeve cilësore për abortin e sigurt përmes “zhvillimit të protokolleve për abortin e sigurt; informimin dhe këshillimin e grave para dhe pas abortit; monitorimin dhe cilësinë e shërbimeve të abortit; monitorimin e implementimit të ligjit mbi përfundimin e shtatzënisë; zhvillimin e vazhduar profesional të profesionistëve shëndetësor mbi abortin e sigurt; raportimin e obliguar të abortit nga të gjitha institucionet shëndetësore.”

Mospërputhjet

Shumica e rasteve të aborteve kryhen ilegalisht në klinika private, të cilat nuk janë të autorizuar të kryejnë procedurën, ku standardet e abortit të sigurt nuk janë të garantuara, ku kujdesi pas abortit përfshirë ofrimin e këshillimit për planifikim familjar nuk ofrohet domosdoshmërisht. Raportohet se gratë përzgjedhin klinikat private për arsye se privatësia dhe konfidencialiteti nuk respektohen në mënyrë konsistente nga institucionet shëndetësore publike që kryejnë abortet, një gjendje e cila nuk është në përputhje me ligjet vendore dhe ndërkombëtare. Duhet bërë më shumë përpjekje për të mbrojtur kundër zbulimit të pa autorizuar të informatave mjekësore.

Shumë raste të abortit, përfshirë ato të kryera në mënyrë klandestinë në klinika private nuk regjistrohen siç kërkohet me Ligjin mbi Përfundimin e Shtatzënisë (neni 21), Udhëzimi Administrativ 09/2011, dhe siç është e vendosur në objektiven e Strategjisë për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetin Riprodhues.

Mifepristone dhe Misoprostol (ose Cytotec) nuk janë të regjistruara për përdorim në Kosovë. Megjithatë, raportohet se ato mund të blihen pa recetë nga farmaci me çmime të ulëta. Gratë blejnë misoprostol për të indikuar abortet në gestacion të hershëm. Kjo ka gjasa të ndodh pa mbikëqyrje të duhur mjekësore.

Aktualisht, vetëm të miturat e moshave 16-18 vjeç mund të kryejnë abort me pëlqimin e prindërve. Disa adoleshente raportohet të kërkojnë aborte klandestine në klinika private ku standardet e sigurisë nuk janë të garantuara.

Rekomandimet

1. Është e rëndësishme më të lartë për të arritur standardet më të larta të shëndetit që Qeveria të adresoj problemin e abortit që kryhet në mënyrë klandestine në kushte të pasigurta nga institucione private dhe pa autorizuar për të kryer procedurën. Të drejtat shëndetësore të gruas përfshijnë të drejtën për shërbime shëndetësore të mira dhe sigurta.
2. Qeveria duhet bërë rishikim të shërbimeve të abortit dhe një studim me fokus për të studiuar reformën në sektorët publik dhe privat për të përcaktuar opsionet më të mira

për përmirësimin e qasjes si dhe cilësisë së abortit legal. Ofruesit e sektorit publik të abortit duhet përmirësuar shërbimet e tyre përfshirë përmirësimin e respektit të të drejtave të përdoruesve, si dhe ofrimin e kujdesit gjithëpërfshirës, përfshirë informatat e sakta, këshillimin jo dirigjues nëse kërkohet nga gruaje, shërbimet e abortit pa vonesë, dhe shërbimet kontraceptive pas abortit për të ndihmuar parandalimin e shtatzënive të paplanifikuara në të ardhmen. Në të njëjtën kohë, Qeveria duhet konsideruar nëse është e përshtatshme të autorizojë dhe rregullojë numrin e klinikave private që kryejnë shërbimet e abortit duke pasur parasysh që ato plotësojnë kriteret e sigurisë dhe standardet e definuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), si dhe Udhëzimi Administrativ 09/11 është i rregulluar siç duhet. Qeveria duhet konsideruar po ashtu zgjerimin e ofrimit të shërbimeve të abortit tek ofruesit e shërbimeve jo të specializuara në pajtueshmëri me udhëzuesit e OBSH-së .

3. Ligji mbi Ndërprerjen e Shtatzënisë duhet amenduar:
 - a. Qeveria duhet siguruar se shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues përfshirë shërbimet e abortit plotësojnë nevojat e të gjithë adoleshentëve. Duke pasur parasysh këtë, nuk duhet pasur kufizim moshe për abortit, me fjalë të tjera, të miturave nën moshën 16 vjeç duhet ofruar shërbime aborti.
 - b. Edhe pse adoleshentët duhet inkurajuar të flasim me prindërit apo të rritur të tjerë rreth shtatzënisë dhe abortit në pajtim me interesin më të mirë të tyre dhe kapaciteteve të tyre, Qeveria duhet konsideruar lejimin e të miturave të kryejnë abort të sigurt pa pëlqimin e prindërve. Vendimi për abort, dhe nëse prindërit duhet informuar rreth shtatzënisë dhe abortit duhet lënë adoleshentëve. Qeveria duhet punuar po ashtu për të siguruar që vajzat adoleshente marrin vendime autonome dhe të informuara rreth shëndetit riprodhues, përfshirë abortin. Definicioni i “abortit” duhet amenduar në ligj dhe rregulloren administrative 09/11 për të larguar “me dhunë” nga definicioni ekzistues “ndërprerja e dhunshme e shtatzënisë”.
4. Aspirimi me vakum dhe dilatimi dhe evakuimi duhet zëvendësuar dilatimin dhe kiretazhën e mprehtë për të gjitha abortet kirurgjike. Aspirimi me vakum duhet prezantuar për abort kirurgjik për shtatzënitë deri 12-14 javë të gestacionit. Po ashtu, Qeveria duhet konsideruar abortin medicinal me kombinimin e mifepristone-misoprostol në pajtueshmëri me udhëzuesit e OBSH-së.
5. Qeveria duhet inkurajuar regjistrimin e produkteve të paketuara të mifepristone and misoprostol dhe pastaj të vlerësoj mundësitë për adresimin e shitjes ilegale pa recetë të mifepristone and misoprostol. Të paktën, produktet e pa regjistruara në treg duhet testuar për cilësi.

3. Shëndeti i nënës

Elementet shëndetësore dhe të të drejtave të njeriut

Vdekja maternale është vdekja e gruas derisa është shtatzënë apo brenda 42 ditësh pas përfundimit të shtatzënisë, pavarësisht kohëzgjatjes apo vendit të shtatzënisë, nga cilido shkak i lidhur me apo keqësuar nga shtatzënia apo menaxhimi i saj, por jo nga shkaqe aksidentale apo incidente. Reduktimi i mortalitetit maternal në 70 për 100,000 lindje të gjalla

është një objektivë e Objektivave Zhvillimore të Qëndrueshme. Tetëdhjetë për qind të vdekjeve maternale në mbarë botën rezultojnë nga gjakderdhjet e mëdha, infeksionet, presioni i lartë i gjakut në shtatzëni dhe aborti i pasigurt: këto shkaqe janë kryesisht të parandalueshme nëse identifikohen dhe menaxhohen me kohë. Edhe pse ka një mori të intervenimeve kritike për të reduktuar vdekshmërinë maternale, qasja në kujdesin emergjent obstetrik është identifikuar si veçanërisht vitale. Kujdesi antenatal është po ashtu qendror në kujdesin maternal sepse ofron një dritare furnizimi me informata për shpeshhtësinë të lindjes, menaxhimit të anemisë gjatë shtatzënisë dhe testimit për HIV dhe IST të tjera. OBSH-ja rekomandon së pak 4 vizita antenatale dhe që kujdesi të fillojë sa më herët në shtatzëni.

Qasja në kujdes cilësor maternal, përfshirë kujdesin antenatal dhe postnatal është një element i të drejtës së gruas për standard më të lartë të arritshëm të shëndetit, si dhe barazisë dhe jo diskriminimit. Shtetet duhet adresuar dhe larguar barrierat siç janë kostot e larta, dhe të marrin masa që të bëjnë shërbimet e pranueshme për gratë, siç janë garantimi se shërbimet respektojnë të drejtën e gruas për dinjitet dhe konfidencialitet, dhe që të jenë të ndjeshme ndaj nevojave dhe perspektivave të gruas.

Shtatzënia e hershme rrit rrezikun e komplikimeve. Intervenimet tjera të rëndësishme për të reduktuar shtatzënitë e hershme, si dhe shtatzënitë e paqëllimshme mes të gjitha grup moshave përshtajnë përmirësimin e qasjes në edukim dhe informim për shëndetin riprodhues dhe seksual dhe planifikim familjar, qasjen në informata mbi kontracëpsionin dhe shërbimet, dhe përpjekjet për të përmirësuar barazinë gjinore në shoqëri.

Shëndeti maternal në Kosovë

Shkaqet kryesore të vdekshmërisë së nënave në Kosovë u janë atribuuar hipertensionet të indukuar nga shtatzënia, hemorragjisë, lindjes së penguar, komplikimeve të abortit dhe shkaqeve indirekte. Sipas raportit vjetor perinatal të Ministrisë së Shëndetësisë (2014), ka një ulje të shkallës së vdekshmërisë maternale me 0 vdekje të raportuara në vitin 2013. Sidoqoftë, shkalla dhe shkaqet nuk mund të vlerësohen besueshëm.

96% të lindjeve kryhen në institucione publike shëndetësore, 3% në institucione private dhe 1% në shtëpi. 98% të nënave nga komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian kanë kryer lindjet në institucione shëndetësore. Vetëm 2% të grave nuk marrin kujdes antenatal. 98% e kujdesit antenatal ofrohet nga mjekët. 92% e nënave kanë pasur 4 vizita antenatale, duke filluar nga 82% nga ekonomitë familjare më të varfra deri në 99% tek ato më të pasura.

Shkalla kombëtare për prerjet cezariane ishte 21% në vitin 2011, në krahasim me shkallën e pranueshme klinike prej 15%. Shkalla më e lartë ishte në Pejë (32%) dhe Gjakovë (30%). Raportohet për një shkallë të lartë posaçërisht nga institucionet private.

30-60% të grave jetojnë më shumë se 3km në distancë prej institucioneve parësore shëndetësore. Shumë gra kanë vështirësi të paguajnë transportin deri në shërbime antenatale. Një studim i fundit ka gjetur se kjo varion sipas rajonit, duke u nisur nga 30% të grave në Mitrovicë deri 55% në Ferizaj. 10-18% të respondentëve kanë deklaruar se nuk mund të përballojnë shpenzimet e transportit.

Përkundër përpjekjeve për të promovuar ofrimin e kujdesit antenatal nga qendrat e mjekësisë familjare, 99% të grave marrin shërbimet antenatale nga gjinekologët. Vetëm 9% të grave raportojnë të vizitojnë infermierët në KPSH-së, dhe 3% të grave vizitojnë mjekët familjar.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji për Shëndetin Riprodhues përfshinë një fokus të veçantë për shtatzëninë. Sipas ligjit “të gjitha femrat, para apo pas shtatzënisë, gjatë lindjes apo burgosje kanë të drejtë të përfitojnë pa pagesë në institucionet e shëndetit publik për shërbimet në vijim: këshilla para konceptimit, kujdes periodik antenatal; kujdes shëndetësor gjatë lindje; kujdes periodik gjatë periudhës së burgosjes; kujdes ndaj foshnjës” (neni 8.1).

Strategjia për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adolehentëve dhe Shëndetin Riprodhues ishte zotuar për të reduktuar vdekshmërinë e nënave nën 15 për 100,000 lindje të gjalla deri më 2015. Mes objektivave në fushën e shëndetit të nënës ishin:

- Ofrimi i kujdesit cilësor për gruan para konceptimit, gjatë shtatzënisë, në lindje dhe pas lindjes përfshirë rishikimin dhe përmirësimin e legjislacionet për mbrojtjen e kujdesit ndaj nënave dhe përmirësimin e sistemit për shërbimet e shëndetit ndaj nënës “duke i bërë ato miqësore, përfshirë çështjet e barazisë gjinore;”
- Përmirësimin e menaxhimit të të dhënave dhe sistemin e monitorimit për kujdesin ndaj nënës përmes krijimit të në bazë të të dhënave të bazuar në indikatorët ndërkombëtar për kujdesin gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, si pjesë e sistemit të informimit shëndetësor, dhe krijimin e një komisioni kombëtar për auditin e vdekjeve të nënave.

Përpyekjet janë në vazhdim për të krijuar një sistem të rishikimi të vdekjeve dhe rasteve afër vdekjes.

Mospërputhjet

Nuk ka një sistem gjithëpërfshirës të regjistrimit. Vdekjet maternale raportohen vetëm nga institucionet obstetrike emergjente dhe qendrat e lindjeve. Vdekjet maternale që ndodhin në vende të tjera u atribuohen shkaqeve të tjera të vdekjeve. Kjo pamundëson grumbullimin e të dhënave të sakta për vdekjet maternale. Të dhënat për komplikimet e shëndetit maternal ose nuk grumbullohen ose nuk janë të qasshme për publikun.

Financimi i pamjaftueshëm i sektorit shëndetësor pengon këtë të fundit të plotësoj nevojat themelore për shëndetin maternal.

Ka shqetësime rreth cilësisë së shëndetit maternal. Kjo është pjesërisht e lidhur me mungesën e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike. Ka shumë raste të trajtimit të dobët të grave gjatë dhe pas lindjeve të raportuara në shtyp. Stafii mjekësor raporton problemet përfshirë mungesën e ngrohjes në dimër, ndërprerjet e rrymës elektrike, mungesën e pajisjeve themelore dhe barnave si dhe mungesën e hapësirës së mjaftueshme për këshillim.

Ka një mungesë të udhërrëfyesve dhe protokolleve për referim. Kjo pengon referimin funksional dhe shumë pacientë të shëndetit maternal menaxhohen në kujdesin dytësor apo tretësor edhe pse ato do mund të menaxhoheshin në kujdesin parësor. Kjo minon kujdesin parësor dhe shkakton presion në nivelet më të larta. Në disa vende rurale ka shërbime jo adekuate në nivelin parësor që rezulton në shumë referime në nivelin dytësor. Në raste të

tjera, gratë vijnë nga rajone të tjera pa ndonjë analizë apo informata mbi historinë e shtatzënieve të tyre. Qeveria nuk ka monitoruar në mënyrë adekuate performancën e sistemit të referimit dhe s'ka ndërmarrë veprime korigjimi kur ishte e mundur.

Rekomandimet

- Sistemi i rishikimit të vdekjeve maternale dhe “near miss” (rastevepran vdekjes, dëmtimeve, lëndimeve) duhet implementuar. Metodologjia duhet të jetë konsistente me “Beyond the Numbers” të OBSH-së.
- Udhërrëfyesit dhe protokollet klinike në lidhje me shëndetin e nënës duhet zhvilluar dhe implementuar.
- Duhet bërë përpjekjet për të inkurajuar gratë të përdorin shërbimet e lidhura me maternitetin në qendrat e mjekësisë familjare. Për shembull, duhet bërë përpjekje për të adresuar barrierat siç janë shpenzimet e transportit. Një skemë kuponësh mund të merret parasysh për të furnizuar gratë që nuk janë në gjendje të paguajnë shpenzimet.
- Ministria e Shëndetësisë duhet promovuar përdorimin rutinë të Klasifikimit të Robson-it për të udhëzuar vendimet rreth adresimit të prerjes cezariene, dhe monitoruar nëse klinikat i përdorin këto kritere në praktikë. UNFPA duhet mbështetur ofrimin e informatave për publikun mbi përdorimin e duhur, dhe komplikimet që mund të vijnë nga prerjet cezariene.

4. Parandalimi dhe trajtimi i HIV/AIDS-it

Elementet shëndetësore dhe të drejtave të njeriut

E drejta për standardet më të larta të arritshme të kujdesit shëndetësor u jep obligime shteteve të ofrojnë informata dhe edukim popullatës mbi HIV/AIDS-in, si dhe qasje në KTV-ë dhe trajtim. Njohuritë e sakta për trajtimin e HIV dhe parandalimin e transmetimit si dhe qasjen në KTV-ë janë aksiomë për reduktimin e infektimit me HIV. Shtetet duhet ndërmarr masa për të ofruar informata për HIV/AIDS-in, përfshirë informata shkencore të sakta mbi transmetimin, parandalimin dhe trajtimin. Ato duhet implementuar strategji parandalimi siç janë përdorimi i kondomave dhe qasja në kondoma, dhe fushata për rritjen e ndërgjegjësimit. Qasja në kujdes shëndetësor adekuat është esenciale për individët që jetojnë me HIV/AIDS-in. Barnat antiretrovirale duhet të jenë që qasshme, përbalueshme për të gjithë në mënyrë të barabartë. Shtetet duhet garantuar po ashtu se alokohen resurse adekuate për programet e HIV/AIDS-it, dhe efektiviteti i programeve duhet monitoruar dhe vlerësuar. Testimi dhe trajtimi duhet bërë në baza vullnetare, duke respektuar të drejtat për dinjitet, autonomi, privatësi dhe konfidencialitet.

Shtetet duhet vënë vëmendje të veçantë ndaj të drejtave të atyre me rrezik të lartë të HIV-it siç janë punëtorët e seksit, MSM-të dhe PID-ët. Kriminalizimi i njerëzve që janë në rrezik të lartë për infeksion, siç janë punëtorët e seksit dhe PID-ët i shtyn ata të jenë lart shërbimeve të HIV-it. Kjo rritë cënueshmërinë e tyre ndaj HIV-it si dhe stigmën, diskriminimin, marginalizimin dhe dhunën.

Stigma dhe diskriminimi shpesh mund të pengojnë gëzimin e të drejtave nga njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS. Fushatat e informimit publik nevojiten për të parandaluar stigmën dhe diskriminimin kundër njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS. Në rast të diskriminimit, njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS duhet të gëzojnë të drejtat për mbrojtje ligjore kur ata ballafaqohen me diskriminim.

Parandalimi dhe trajtimi i HIV/AIDS-it në Kosovë

Në Kosovë ka një prevalencë të ulët të HIV/AIDS-it, në më pak se 1% mes popullatës së përgjithshme dhe më pak se 5% mes grupeve vulnerabël. Mes viteve 1986-2013 është raportuar një total prej 90 rastesh me HIV/AIDS. Mënyrat e raportimit të transmetimit janë: heteroseksual (88%); meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (9%); njerëzit që injektohen me droga (1%); dhe transmetimi vertikal (2%). Megjithatë, gjendja aktuale është e pasigurt si rezultat i raportimit jo të plotë të rasteve dhe përdorimi të kufizuar të qendrave të KTV-së, si dhe programeve të pamjaftueshme të parandalimit për popullatën e rrezikuar.

Në Kosovë, rritja e numrit të përdoruesve të drogave, punëtorët e seksit, komuniteti i MSM ballafaqohen me stigmë dhe diskriminim, popullata e re me evolucion të normave seksuale, lëvizshmëria dhe migracioni i madh, dhe sjelljet e rrezikshme janë faktorët kyç të rrezikut me të cilat ballafaqohet Kosovë në kontekstin e HIV/AIDS-it.

Njohuritë mbi HIV/AIDS-in janë të larta. MICS-i 2013-2014 ka gjetur se 91% e grave dhe 93% e meshkujve të moshave 15-49 vjeç kanë dëgjuar për HIV/AIDS-in, edhe pse ka pasur njohuri më të ulët tek ata me nivel më të ulët të arsimimit (50% mes grave të pa arsimuara) dhe kuintili i popullatës më të varfër (81% të grave në kuintilin më të varfër). Vetëm 60% të grave dhe 81% të meshkujve njohin rolin e përdorimit të kondomit secilën herë dhe që kanë një partner besnik dhe pa infektuar në transmetimin e HIV/AIDS-it. Përqindja e femrave dhe meshkujve që kanë dëgjuar për HIV dhe që dinë të tri mënyrat e transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija është 45 dhe 38% respektivisht.

Njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS ballafaqohen me stigmë dhe diskriminim. Në një anketë, vetëm 6% të grave (dhe 4% të grave të komunitetit Rom, Ashkali dhe Egjiptian) dhe 8% të meshkujve (6% të meshkujve të komunitetet RAE) të moshave 15-49 vjeç kanë shprehur qëndrime pranuese në 4 pyetjet që kanë të bëjnë me pranueshmërinë e njerëzve që jetojnë me HIV.

Studimi i Sjelljes dhe Vëzhgimit Biologjik mbi HIV-in mes PID, MSM dhe PFS është kryer në Kosovë më 2011, i cili nuk ka gjetur raste tek grupet e rrezikuara. Shkallët e testimit për HIV janë gjetur të jenë më të lartat mes MSM-ve të ndjekur nga PID-të dhe ku punëtorët e seksit me shkallën më të ulët. Duket të jetë një shkallë e ulët e përdorimit të kondomave mes MSM-ve dhe PFS-ve, nga të cilët vetëm 33% kanë përdorur kondoma në mënyrë konsistente me të gjithë klientët dhe disa nga ato nuk kanë përdorur kondom kur iu është kërkuar në shkëmbim të pagesës më të lartë për shërbimet e tyre.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji i ri mbi Mbrojtjen Kundër Diskriminimit sanksionon diskriminim në bazë të gjerë përfshirë gjendjen shëndetësore.

Qeveria ka adoptuar Planin Strategjik për HIV/AIDS (2009-2013), i cili ishte zhvilluar përmes një procesi konsultash. Plani Strategjik për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetit Riprodhues 2011-2015 përfshinë një numër të objektivave të ndërlydhura me HIV/AIDS-in, përfshirë mbajtjen e prevalencës së HIV nën 0.1% deri më 2015; mbajtjen e prevalencës së HIV/AIDS-it mes popullatës së rrezikuar nën 1% deri më 2015; dhe krijimin e një sistemi të mbikëqyrjes dhe kontrollit të IST-ve. Ka pasur për qëllim po ashtu reduktimin e incidencës së IST-ve dhe HIV/AIDS-it; reduktuar sjelljet e rrezikshme përmes fushatave të vetëdijesimit dhe praktikave mbrojtëse për IST-ve dhe HIV/AIDS-it dhe për të reduktuar rrezikun e transmetimit përmes menaxhimit efektiv të IST-ve dhe HIV/AIDS. Plani Strategjik kishte përfshirë zotimin për të parandaluar transmetimin nga nëna tek fëmija të HIV/AIDS-it si dhe fokusin në popullatat kyçe të rrezikuara përfshirë personat që injektohen me droga, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj dhe punëtorët e seksit.

Në vitin 2011, Ministria e Shëndetësisë kishte adoptuar Udhëzimin Administrativ për HIV/AIDS. Ky ofron udhëzime për reagimin ndaj HIV/AIDS-it dhe shërbimet shëndetësore. Protokollin dhe Udhërrëfyesit në Parandalimin e Transmetimit të HIV/AIDS-it nga Nëna tek Fëmija ishte adoptuar po ashtu në vitin 2011. Në vitin 2012, Qeveria ka zhvilluar Udhërrëfyesit dhe Protokollin për Testimin Vullnetar dhe Këshillimin Konfidencial.

Qeveria ka krijuar Komitetin Kombëtar për AIDS, të përbërë nga disa ministri për të koordinuar reagimin ndaj HIV-it në Kosovë.

Një mori iniciativash kanë tentuar të rrisin ndërgjegjësimin rreth HIV/AIDS-it, përfshirë edukimin në shkolla dhe për personat jashtë shkollave. Ka veprime të caktuara për grupet e rrezikuara. Elementet e Pakos Gjithëpërfshirëse të Shërbimeve për MSM dhe personave që injektohen me droga raportohet të jenë duke operuar mirë në Kosovë, por duhet ofruar në gjithë vendin.

Mospërputhjet

Përkundër ekzistencës së sistemit të raportimit të rasteve të HIV/AIDS-it, ka mungesë përpjekjesh për të adresuar nën raportimin, posaçërisht nga klinikat private që bëjnë testimin.

Disa nga strategjitë apo intervenimet e përshkruara në Planin Strategjik 2009-2013 janë implementuar. Strategjia e re kombëtare për shëndetin do përfshijë strategjinë për HIV/AIDS-in.

Në vitin 2011, Ministria e Shëndetësisë ka lëshuar një udhëzim administrativ mbi aktivitetin, strukturën dhe funksionet e shërbimeve shëndetësore për HIV/AIDS-in. Megjithatë, mungojnë ligjet përcjellëse, protokollin dhe udhërrëfyesit. Këto dokumente janë të rëndësishme për akterët e përfshirë për të pasur udhëzime të qartë për të reaguar siç duhet dhe efektivisht ndaj HIV/AIDS-it.

Përkundër faktit se personat që jetojnë me HIV/AIDS kanë të drejtat ligjore për trajtim me ARV, kjo nuk ndodh gjithmonë në praktikë, apo në kohë të duhur. Vonesat janë raportuar për shkak se ARV-të janë në procedura të rregullta të prokurimit të cilat janë shumë të gjata.

Intervenimet e planifikuara, përfshirë parandalimin, KTV-në, dhe “trajtimi i përballeshëm, qasshëm dhe miqësor, kujdesi dhe opsionet mbështetëse përfshirë [ARV] sipas nevojës [dhe] mbështetja për adherencën...” duhet të arrihen për grupet e marginalizuara që janë vulnerabël ndaj HIV/AIDS-it. Nevojiten më shumë përpjekje për të promovuar përdorimin e qendrave të KTV-së.

Vetëm 2% të grave të moshave 15-49 vjeç që kanë pasur lindje të gjallë në dy vitet e fundit që kanë përdorur kujdes antenatal gjatë shtatzënisë kanë raportuar t’u ketë ofruar dhe pranuar test për HIV-in gjatë kujdesit të shtatzënisë dhe i kanë pranuar rezultatet e tyre. Prandaj, nuk është e qartë se Protokollat dhe Udhërrëfyesit për Parandalimin e Transmetimit nga Nëna tek Fëmija janë duke u implementuar në mënyrë adekuate dhe nëse trajnimet mbahen.

Mbase si rezultat i ambientit sfidues politik dhe ligjor, PFS nuk marrin shërbime adekuate: “Sfidat kryesore në punën me PFS është numri i zvogëluar i personave të mbuluar dhe shërbimet nuk janë në linjë me Pakon Gjithpërfshirëse të Shërbimeve për popullatën specifike. Sa u përket akterëve të tjerë, edhe pse KOPF-i më herët kishte ofruar shërbime për HIV-in për punëtorët e seksit në pesë qytete, vetëm një lokacion ka vazhduar të bëjë këtë në vitin 2015, kryesisht si rezultat i problemeve me personelin e zbatimit të ligjit dhe qasjes së kufizuar tek punëtorët femra të seksit.

Rekomandimet

- Ministria e Shëndetësisë duhet ofruar ARV-në në kohë të duhur. Prandaj, medikamentet e HIV/AIDS-in duhet klasifikuar ndryshe për të tejkaluar procedurat e zgjata të prokurimit.
- Ministria e Shëndetësisë duhet kompletuar kornizën legale dhe rregullatorë dhe adoptuar plane të veprimit për të reaguar ndaj HIV/AIDS-it që mundësojnë qasje efektive dhe të koordinuar në adresimin e çështjeve të të drejtave të njeriut të lidhura me HIV/AIDS-in, përfshirë vënien e vëmendjes së veçantë në grupet e rrezikuara siç janë punëtorët e seksit, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, adoleshentëve dhe rinjve, përdoruesit e drogave të injektuara (PDI), si dhe për të parandaluar transmetimin nga nëna-tek-fëmija.
- Ministria e Shëndetësisë duhet zgjeruar shërbimet specifike parandaluese, përfshirë qasjen në informata, kondoma, Këshillimin dhe Testimin Vullnetar (KTV), për grupet e rrezikuara siç janë MSM-të punëtorët e seksit, PDI, adoleshentëve dhe të rinjve. Këto grupe duhet përfshirë në dizajnin dhe implementimin e këtyre shërbimeve.
- Ministria e Shëndetësisë duhet bërë më shumë në promovimin dhe përdorimin e qendrave të KTV-së.
- Pas tërheqjes së Fondit Global nga Kosova në vitin 2017, institucionet në Kosovë duhet përcaktuar buxhet në implementimin e strategjisë së HIV-it.

- Përpjekje më të mëdha nevojiten për të adresuar stigmatizimin dhe diskriminimin e grupeve të popullatës siç janë MSM dhe punëtorët e seksit.

5. Edukimi gjithëpërfshirës seksual

Elementet e shëndetit dhe të drejtave njerëzore

Edukimi gjithëpërfshirës seksual u ofron njerëzve njohur dhe shkathtësi për të qenë seksualisht të shëndetshëm. Kufizon çënueshmërinë ndaj sëmundjeve seksuale përmes reduktimit të shtatzënieve të padëshiruara, abortit të pasigurt, IST-ve dhe HIV-it. Shkollat janë ambienti më i mirë për edukimin seksual, prapë, adoleshentët që nuk janë në shkolla si dhe të rinjtë dhe të rriturit tjerë duhet mbuluar përmes programeve të bazuara në komunitet, përfshirë skemat e edukimit nga bashkëmoshatarët.

Programet e edukimit gjithëpërfshirës seksual përfshijnë informata mbi: rritjen dhe zhvillimin, anatominë dhe fiziologjinë seksuale; riprodhimin; kontracëpsionin; shtatzëninë dhe lindjen; HIV/AIDS-in; IST-të; jetën familjare dhe marrëdhëniet ndër personale; kulturën dhe seksualitetin; fuqizimin e të drejtave të njeriut; jo diskriminimin; barazinë dhe rolet e gjinive; diversitetin seksual; abuzimin seksual; dhunën e bazuar në gjini dhe praktikën e dëmshme.

Konventa për të Drejtat e Fëmijëve deklaron se të gjithë fëmijët dhe adoleshentët kanë të drejtë qasjeje në informata me qëllim të promovimit të shëndetit të tyre fizik dhe mendor (neni 17). Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas kërkon eliminimin e koncepteve të stereotipave të roleve të meshkujve dhe femrave në edukim (neni 10(c)). Programi i Veprimit nga Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullatën dhe Zhvillimin thekson se edukimi i ndjeshëm për gjini rreth çështjeve të popullatës, përfshirë zgjedhjet riprodhuese dhe përgjegjësitë si dhe infeksionet seksualisht transmissive duhet filluar që nga shkolla fillore.

Edukimi gjithëpërfshirës seksual në Kosovë

Edukimi gjithëpërfshirës seksual nuk është pjesë e plan programeve në Kosovë. Ky është posaçërisht i rëndësishëm për shkak të përdorimit të ulët të kontracëpsionit modern si dhe vetëdijes së kufizuar rreth parandalimit të HIV/AIDS-it, dhe stigmës që i rrethon personat e komuniteteve LGBTI.

Sipas të dhënave nga vitet 2008-2009 dhe 2010-2011, vetëm 50% të shkollave kanë ofruar “edukim gjithëpërfshirës seksual”, përmes “Shkathtësive të jetës”, që është pjesë e plan programit. Kjo pjesë edukimi zgjatë vetëm një orë mësimi gjatë tërë vitit mësimor. Është një modul zgjedhor për nxënësit nga klasa e 6-të e tutje. Materialet mësimore dhe trajnimi i mësimdhënësve janë të përfshira në edukimin e Shkathtësive të Jetës.

Ka dëshmi anekdotale të qëndrimeve negative të publikut, politikanëve, udhëheqësve fetar dhe prindërve rreth edukimit seksual. Ka ngurrim për të diskutuar temat tabu siç është seksi.

Mohimi i qasjes për vajzat në institucione edukative ekziston për vajza akoma, posaçërisht në zonat rurale. Kjo ndalon qasjen në informata për shëndetin seksual dhe riprodhues, duke bërë vajzat më të cenueshme ndaj dhunës. Kjo mund të ketë efekt afatgjatë në shëndetin e tyre seksual, riprodhues dhe mendor.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji për Shëndetin Riprodhues garanton informata, edukim dhe këshillim mbi shëndetin riprodhues dhe seksual gjatë gjithë fazave të ciklit të jetës. Ligji për Edukimin Para universitar në Republikën e Kosovës që rregullon edukimin para universitar dhe trajnimin nga klasifikimi i shkollave ndërkombëtare për nivelin e edukimit nga 0-4, nuk përmend në mënyrë specifike edukimin gjithëpërfshirës seksual. Megjithatë, ofrimi i edukimit gjithëpërfshirës seksual mund të interpretohet nën nenin 2, i cili vë qëllimin e edukimit para universitar.

Ligji për Edukim të Lartë në Republikën e Kosovës ngjashëm nuk përfshin ndonjë provizion që rregullon edukimin gjithëpërfshirës seksual.

Plani Strategjik për Edukim i Kosovës 2011-2016 (PSEK) nuk përkushton ndonjë aktivitet specifik në raport me edukimin gjithëpërfshirës seksual, megjithatë sipas MASHT-it, integron konceptin e shkollave dhe promovon shëndetin, i cili “do ofroj edukim riprodhues dhe seksual.” Strategjia e dytë Kombëtare për HIV/AIDS 2009-2013 ka përfshirë aktivitete në rritjes së vetëdijes me cak mësimdhënësit e biologjisë së klasës së nëntë, duke u ofruar atyre trajnim mbi Edukimin e bazuar në Shkathësi të Jetës për HIV/AIDS.

Edukimi për shëndetin riprodhues dhe seksual është pjesë e Plan programit Kornizë të Kosovës. Është i shfletuar dhe përpunuar në dokumentet të tjera, përfshirë plan programin bazë për nivelet I, II dhe III që derivojnë nga Korniza e plan programit të Kosovës dhe i cili nënkupton se në praktikë edukimi seksual është brenda kornizës që nga edukimi parashkollor deri në klasën e 12-të.

OBSH-ja, në bashkëpunim me UNICEF, Organizatën Ndërkombëtare për Migracion, MASHT, Ministrinë e Shëndetësisë (Institutin Kombëtar për Shëndet Publik) dhe Ministrinë e Ambientit dhe Planifikimit Hapësinor, kanë iniciuar programin “Promovimi Shëndetësor në Shkolla”. Brenda këtij programi, MASHT mbështetë prindërit, nxënësit dhe komunitetet në zhvillimin e plan programit për promovimin shëndetësor përfshirë shëndetin riprodhues dhe seksual. Ky koncept është iniciuar në shkolla përmes modulit zgjedhor të edukimit shëndetësor.

Strategjia Kombëtare e HIV/AIDS-it 2009-2013 ka pasur cak të rinjtë përmes programeve të parandalimit të HIV/AIDS-it në edukim formal dhe jo formal, dhe aktivitete në rritjen e vetëdijes për mësimdhënësit e biologjisë së klasës së nëntë duke u ofruar atyre trajnim përmes edukimit përmes shkathësive të jetës për HIV/AIDS.

Për më tepër në raport me edukimin seksual në institucione shkollore, disa përpjekje janë bërë për të zhvilluar edukimin seksual në institucione tjera, që është posaçërisht e rëndësishme për mbulimin e adoleshentëve që nuk janë në shkolla, si dhe të rinjtë tjerë. Edukimi jo formal është një nga objektivat strategjike të Planit të Veprimit të Strategjisë së Kosovës për të Rinjtë 2013-2017. Promovimi i programeve përmes bashkëmoshatarëve në

shkolla dhe komunitete ishte një nga aktivitetet e parapara për të promovuar shëndetin dhe mirëqenien e adoleshentëve dhe parandalimin dhe menaxhimin e HIV/AIDS-it. E njëjta është paraparë në strategjinë për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetin Riprodhues, si dhe ishte pjesë e programeve të parandalimit të HIV/AIDS-it mes të rinjve në Kosovë në Planin Strategjik për HIV/AIDS 2009-2013 në Kosovë. Shumë nga këto programe janë financuar nga donator të UNFPA-së dhe janë implementuar nga OJQ. UNFPA ka mbështetur Rrjetin Y-PEER, një ombrellë për 600 edukator bashkëmohatar në Kosovë. Ka shtypur dhe shpërndarë mijëra broshura që kanë mbuluar popullatën dhe në përgjithësi të rinjtë.

Mospërputhjet

Përkundër iniciativave të theksuara më lartë, deri më tani nuk ka program gjithëpërfshirës dhe detyruar për edukimin seksual të përshtatshëm për moshën në Kosovë.

Studimet e fundit mbi njohuritë dhe përdorimin e kontraktivëve kanë gjetur njohuri dhe përdorim të paktë, duke pasur këtë parasysh, 98% e pjesëmarrësve të studimit kanë konsideruar se “prezantimi i një lënde/klase në shkollë që i informon të rinjtë mbi temat e shëndetit riprodhues dhe seksual...është një shtesë e domosdoshme për plan programin formal të edukimit në Kosovë.

Një audit i fundit i sistemit edukativ në Kosovë mbi gjininë ka treguar se përmbajtja e librave dhe materialeve mësimore në shkolla, si dhe një audit i pozitës së gruas në sistemin e edukimit është anuar nga gjinia.

Mënyra më e mirë për të arritur adoleshentët që nuk janë në shkollë është përmes aktiviteteve në Qendrat e të Rinjve, por këto vuajnë nga mungesa e fondeve.

Edukimi përmes bashkëmohatarëve vuan nga mungesa e një mekanizmi koordinues dhe një plan program apo udhërrëfyes i akredituar për përmbajtjen e edukimit.

Rekomandimet

1. Ministria e Edukimit, Shkencës dhe Teknologjisë (MASHT) duhet siguruar zhvillim dhe implementim të strategjive dhe planeve të veprimit për edukimin seksual të përshtatshëm për moshën, përfshirë shkollat dhe për adoleshentët dhe të rinjtë jashtë shkollave.
2. MASHT-i duhet siguruar se edukimi seksual gjithëpërfshirës i përshtatshëm për moshën ofrohet si lëndë e rregullt për të gjithë fëmijët edhe adoleshentët në shkollat e Kosovës. Ky duhet qenë një përkushtim eksplicit në kornizat e plan programeve për nivelet e ndryshme të edukimit dhe të reflektohet në planin strategjik të radhës. Në linjë me standardet ndërkombëtare, edukimi seksual gjithëpërfshirës duhet mbuluar temat në vijim: rritja dhe zhvillimi, anatomia dhe fiziologjia seksuale; riprodhimi, kontracesioni, shtatzënia dhe lindja, HIV/AIDS; IST, jeta familjare dhe marrëdhëniet ndër njerëzore; kultura dhe seksualiteti, rolet e gjinive; sjellja seksuale; diversiteti seksual; dhuna e bazuar në gjini; dhe praktikatat e dëmshme. Duhet zhvilluar materiale

mësimore të përshtatshme për moshën e nxënësve mbi edukimin seksual gjithëpërfshirës.

3. MASHT duhet siguruar se të gjithë mësuesit të cilët do përfshihen në edukimin gjithëpërfshirës seksual do trajnohen në ofrimin e edukimit të përshtatshëm për moshën, gjithëpërfshirës dhe të bazuar në të drejtat e njeriut. Nëse kërkohet, materialet e trajnimit të bazuara në të drejtat e njeriut duhet zhvilluar.
4. Edukimi gjithëpërfshirës seksual për fëmijët, adoleshentët dhe të rinjtë jashtë shkollave duhet ndërtuar mbi infrastrukturën ekzistuese, duke përfshirë organizatat e shoqërisë civile që punojnë në atë fushë. Standardet e edukimit përmes të rinjve mbi edukimin gjithëpërfshirës seksual duhet zhvilluar me pjesëmarrjen e të rinjve.
5. Adoleshentët dhe të rinjtë duhet marrë pjesë në dizajnin e edukimit gjithëpërfshirës seksual në shkolla dhe jashtë tyre dhe në ofrimin e këtij edukimi përmes iniciativave të edukimit përmes bashkëmoshatarëve.

6. Dhuna ndaj gruas

Elementet shëndetësore dhe të të drejtave të njeriut

Dhuna ndaj gruas është “çdo veprim i dhunës së bazuar në gjini i cili rezulton në, apo ka gjasa të rezultojnë në dëmtim fizik, seksual apo mendor, apo vuajtje të femrës, përfshirë kërcënimet për akte të tilla, detyrim, apo deprivim arbitrar i lirisë, pavarësisht nëse bëhet në jetën publike apo private.”

Dhuna seksuale mund të rezultojë në HIV, IST-ë të tjera, dhe shtatzëni të padëshiruara, si dhe çrregullime funksionale siç është çrregullimi iritabil i zorrëve, çrregullimet gastrointestinale, dhe sindroma të ndryshme të dhimbjeve kronike të pelvikut. Ka po ashtu edhe pasoja në shëndetin mendor.

Dhuna ndaj gruas është një formë e diskriminimit sepse nuk lejon femrat të gëzojnë të drejtat e tyre barabartë me meshkujt. Të drejtat kyçe që preken përfshinë: të drejtën për të jetuar; kujdes shëndetësor; të mos jenë subjekt i trajtimit mizorë, torturës, degradimit apo ndëshkimit; lirisë dhe sigurisë për personin; mbrojtje të barabartë me ligj; barazi në familje; kushte të drejta dhe favorshme në punë si dhe barazi dhe jo-diskriminim.

Martesa e hershme është një formë e dhunës seksuale dhe të bazuar në gjini. Rrit gjasat e shtatzënieve të hershme, që kanë rrezik më të madh komplikimesh. Studimet kanë lidhur po ashtu martesën e hershme me rrezikun e dhunës mes partnerëve intim. Konventa mbi Eliminimin e të Gjitha formave të Diskriminimit ndaj Gruas deklaroi se “fejesa dhe martesa e fëmijëve nuk duhet pasur efekt ligjorë” (neni 16.2) dhe Komiteti mbi Eliminimin e Diskriminimit ndaj Gruas konsideron se mosha minimale për martesë duhet të jetë së paku 18 vjeç edhe për femra edhe për meshkuj. 95

Dhuna seksuale gjatë luftës në Kosovë

Një aspekt i rëndësishëm në raport me dhunën me bazë gjinore është edhe dhuna seksuale e cila ka ndodhur gjatë luftës së viteve 1998-1999 në Kosovë, gjatë së cilës vlerësohet të jenë dhunuar dhe të kenë përjetuar forma tjera të dhunës seksuale rreth 20,000 femra në Kosovë, një metodë e luftës e cila është në kundërshtim me të drejtën ndërkombëtare humanitare dhe të drejtën ndërkombëtare për të drejtat e njeriut.

Dhunimi dhe krimet tjera të dhunës seksuale mund të përndiqen si krime lufte, torturë, krime kundër njerëzimit, shkelje të rënda të Konventave të Gjenevës dhe, në disa raste akte përbëjnë akte të gjenocidit. Secili nga dhunimet në Kosovë është krim lufte. Dhunimet janë përdorur si armë në fushatën sistematike të “spastrimit etnik” në mbarë Kosovën. Megjithatë, deri më sot këto krime nuk janë ndjekur apo nuk janë ngre padi. Asnjë person nuk është dënuar për dëmet e shkaktuara mijëra grave, të cilat vuajnë akoma nga traumat si pasojë.

Pasojat e dhunës seksuale gjatë luftës

Edhe pse ka kaluar mjaft kohë që nga luftë, të mbijetuarit/at e dhunës seksuale vazhdojnë të përjetojnë pasoja të mëdha fizike, psikologjike, sociale dhe ekonomike si pasojë e dhunës. Ato vuajnë edhe nga mungesa e masave për t'i mbrojtur nga stigma e lidhur me dhunën seksuale në Kosovë. Këto pasoja janë si vijon:

- Pasojat e shëndetit riprodhues dhe seksual që përfshijnë infeksionet seksualisht transmissive, përfshirë HIV-in, shtatzënitë e padëshiruara, abortet e pasigurta, problemet gjinekologjike dhe dëmtimet fizike.
- Pasojat psikologjike/mendore që përfshijnë distresin jo patologjik (siç është frika, pikëllimi, hidhërimi, vet-fajësimi, turpi, apo faji), çrregullimet e ankthit (përfshirë çrregullimet e stresit post traumatik, PTSD), depresionin, ankesat e pashpjegueshme somatike mjekësore, çrregullimet e lidhura me abuzimin e alkoolit dhe substancave tjera, si dhe idetë suicidale dhe vet-lëndimi.
- Pasojat sociale që përfshijnë stigmën dhe pasojat e saj – përfshirë përjashtimin social, diskriminimin, refuzimin nga familja dhe shoqëria dhe varfërinë e mëtejme.

Kur kemi të bëjmë me pasojat sociale, ato janë edhe më të rënda në Kosovë. Pasoja më themelore e stigmës është turpi i të mbijetuarës, dhe duke ditur këtë, pasojat sociale të stigmatizimit, pak të mbijetuara janë, apo kanë vullnet të pranojnë të jenë dhunuar apo abuzuar seksualisht gjatë konfliktit të armatosur sepse ato frikohen nga kriticizmi nga familja e tyre. Stigma është aq e thellë sa shpesh deklarohet se “një grua e mirë” më parë do duhej vuarë veten se sa të vazhdojë të jetojë pasi të jetë dhunuar.

Prandaj, nevojiten përpjekje të mëdha për të luftuar stigmën dhe për të siguruar mbrojtje më të mirë për të mbijetuarit/at e dhunës seksuale të luftës në Kosovë, në mënyrë që ato të ndjehen të sigurta dhe pranuar në shoqëri në aspektin social.

Masat e restitimit

Gratë e dhunuara seksualisht gjatë luftës vazhdojnë të ballafaqohen me sfida në sigurimin e restitimit në formë të drejtësisë, vëmendjes mjekësore dhe psikologjike, dhe mbështetjes ekonomike. Kjo sfidë është shumë më e vështirë duke ditur pikëpamjet tradicionale për gratë në Kosovë.

Në vitin 2011, Ligji për Statusin e të Drejtave të Dëshmorëve, Invalidëve dhe Veteranëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, Viktimat Civile të Luftës dhe familjet e tyre është adoptuar nga Kuvendi i Republikës së Kosovës, por nuk ka përfshirë viktimat e dhunës seksuale si kategori, prandaj është ballafaquar me shumë kritika nga shumë institucionet të të drejtave të njeriut, si dhe organizata vendore dhe ndërkombëtare.

Si rezultat, në Raportin Vjetor të vitit 2012, Institucioni i Avokatit të Popullit të Kosovës i ka rekomanduar Kuvendit se: “vajzat dhe gratë e dhunuara seksualisht gjatë luftës duhet përfshirë si kategori brenda ligjit”. Kjo iniciative dhe debati i nisur mbi këtë çështje nga shumë organizata vendore dhe ndërkombëtare rezultoi në amendimin e ligjit dhe përfshirjen e këtyre viktimave brenda ligjit. Janë duke u bërë hapa për të implementuar kornizën ligjore dhe për të krijuar Komisionin Qeveritar për Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Viktimave të Dhunës Seksuale gjatë Luftës çlirimtare të Kosovës.

Megjithatë, vetëm një pension mujor dhe mbështetje ekonomike nuk janë të mjaftueshme. Këto gra kanë nevojë për mbështetje të shtetit për rehabilitimin dhe trajtimin e traumave psikologjike, qasjes më të lehtë në edukim, kujdes dhe shërbime shëndetësore, dhe për të luftuar stigmatizimin në shoqëri.

Rekomandimet

- Qeveria e Kosovës duhet alokuar resurse adekuate për të grumbulluar të dhëna mbi dhunën seksuale ndaj grave dhe vajzave të prekura nga lufta.
- Qeveria e Kosovës duhet ndërmarrë masa efektive për të adresuar çështjen e femrave të abuzuara seksualisht gjatë luftës duke kërkuar persekutimin e krimeve të lidhura me dhunën seksuale gjatë luftës në pajtueshmëri me ligjet ndërkombëtare.
- Qeveria e Kosovës duhet siguruar se Komisioni mbi Njohjen dhe Verifikimin e Statusit të Viktimave të Dhunës Seksuale është plotësisht funksional dhe implementohet korniza ligjore aktuale.
- Qeveria e Kosovës duhet ofruar mbështetje për rehabilitimin dhe trajtimin e traumave psikologjike, qasje të lehtë në edukim, kujdes shëndetësor dhe shërbime, dhe të luftojë stigmatizimin në shoqëri për të gjitha femrat e prekura nga lufta.

Dhuna ndaj gruas në Kosovë

Dhuna në familje është formë prevalente e dhunës ndaj gruas në Kosovë, por rastet shpesh nuk raportohen. Gratë përbëjnë 90% të viktimave. Fokusi i këtij raporti është mbi dhunën në

familje, edhe pse forma të tjera të dhunës prekin gruan në Kosovë, siç janë dhuna seksuale gjatë luftës dhe trafikimi i vajzave dhe grave.

Ka një pranueshmëri të gjerë të disa formave të dhunës në familje në Kosovë. 22% të meshkujve dhe 42% të femrave të moshës 15-49 vjeç besojnë se burri justifikohet kur godet gruan e tij nëse ajo del jashtë shtëpisë pa i treguar atij, neglizhon fëmijët, polemizon me të, refuzon seksin me të, djeg ushqimin, neglizhon punët e shtëpisë dhe higjienës, e bën atë xheloz me sjelljen e saj ndaj burrave të tjerët, apo merr vendime për familjen pa u konsultuar me të.

Në Kosovë, martesë është e lejuar mbi moshën 18 vjeç. Martesa e fëmijëve është e ndëshkueshme me burg nën ligjin kriminal. Megjithatë, martesë e fëmijëve vazhdon të ndodh, kryesisht por jo ekskluzivisht mes komuniteteve Rom, Ashkali, Egjiptian dhe Goran. Martesa e fëmijëve shpesh rezulton me ndalimin e edukimit. Ka të dhëna të kufizuar për shkallën e këtij problemi.

Qeveria dhe veprimet e tjera

Ligji për mbrojtjen kundër Dhunës në Familje është mbrojtja kyçe legislative kundër dhunës në familje, i cili përfshinë dhunën seksuale, përfshirë aktet jo koncensuale seksuale dhe keqtrajtimin seksual. Ligji kërkon që Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe ministri të tjera, të mbështesë dhe plotësoj nevojat e personave ndaj të cilët ushtrohet dhuna në familje, përfshirë ndihmën sociale dhe shërbimet mjekësore.

Në vitin 2013, Qeveria adoptoi Udhëzimin Administrativ (shëndetësi) No. 02/2013 mbi Metodën e Trajtit të Kryerësve të Dhunës në Familje kundër të cilëve ka masa të imponuara të Trajtit të Obliguar Mjekësor nga Alkoolizmi dhe Varësia ndaj Substancave Psikotike, dhe Udhëzimi Administrativ No. 12/2012 për përcaktimin e vendit dhe mënyrës së trajtimit psikologjik të kryerësve të dhunës në familje.

Programi dhe Plani i Veprimit i Kosovës kundër Dhunës në Familje 2011-2014 ishte ndërtuar mbi tri shtyllat e parandalimit; mbrojtjes dhe sigurisë, mbështetjen e trajtimit dhe re-integrimit. Nën shtyllën e tretë objektiva ishte për të mbështetur të mbijetuarit/at dhe kryerësit, përmes ndërtimit të kapaciteteve për shërbime shëndetësore, edukimi dhe sociale, si dhe re-integrimin, ndërtimin dhe fuqizimin e shërbimeve për të mbijetuarit/at dhe kryerësit.

Ka njohuri të pakta mes të mbijetuarave si dhe sistemit juridik në Kosovë për standardet ndërkombëtare të të drejtave mbi dhunën ndaj gruas, të cilat janë direkt të aplikueshme në gjykatat e Kosovës. Megjithatë në rastin e Diana Kastratit, e cila ishte vrarë brutalisht nga bashkëshorti i saj, Gjykata Kushtetuese e Kosovës gjeti se vonesa në lëshimin e urdhrave mbrojtës i mohoj asaj të drejtën për të jetuar dhe për t'u mbrojtur nga ligji sipas konventave ndërkombëtare, dhe mbi këtë bazë është shkelje e të drejtave të njeriut. Ky rast bëri që Këshilli Gjyqësor i Kosovës të kërkojë që urdhrat mbrojtës të lëshuar nga gjykatat të përputhen me kornizat kohore sipas Ligjit për Dhunën në Familje.

Në pajtueshmëri me afatet e parapara nga Ligji i Kosovës kundër Dhunës në Familje, Instituti Gjyqësor i Kosovës urdhëroi prioritizimin e rasteve të dhunës në familje nëpër gjykata.

Raportohet se gjykatat janë duke prioritzuar këto raste dhe i shqyrtojnë këto më herët se sa në të kaluarën.

Në vitin 2014, Agjencia për Barazi Gjinore kishte draftuar një Komentim për Ligjin për Mbrojtje Kundër Dhunës në Familje për të mbështetur të kuptuarit dhe implementimin e kornizës ligjore në Kosovë, posaçërisht nga gjyqësori.

Qeveria e Kosovës ka ndërmarrë një sërë iniciativash për të mbështetur implementimin e Ligjit dhe Programit dhe Planit Kundër Dhunës në Familje përmes ngritjes së ndërgjegjësimit për ligjin dhe përgjegjësitë e organeve të ndryshme shtetërore. Për shembull, qeveria ka adoptuar një mori Procedurash Standarde të Veprimit (PSV) për Mbrojtje ndaj Dhunës në Familje në Kosovë në vitin 2013. Dokumenti cakton rolet dhe përgjegjësitë e policisë, punëtorëve social, avokatëve të viktimave, gjykatësve, mësuesve, ofruesve të shërbimeve shëndetësore, stafit të strehimoreve dhe prokurorëve në identifikimin, referimin dhe asistimin e viktimave të dhunës në familje. Trajnimet ishin ofruar dhe kopje të PSV-ve u ishin ofruar komunave. Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale kishte adoptuar po ashtu “Standardet Minimale për Punëtorët Social në Asistimin e Viktimave të Dhunës në familje, dhe shumica e punëtorëve social ishin trajnuar mbi këto standarde dhe kornizën ligjore vendore.

Ka pasur një numër përmirësimesh nga ana institucionale për të mbështetur të mbijetuarit/at e dhunës. Për shembull, ka procedura të reja licencimi për OJQ-të që duan të mbështesin të mbijetuarit/at e dhunës në familje. Avokatët e viktimave përfaqësojnë viktimat nëpër gjykata dhe të mbijetuarit/at mund të aplikojnë për ndihmë ligjore sipas Ligjit për Ndhimën Ligjore Falas të Kosovës (2012)

Ligji për Kompensimin e Viktimave të Krimin, i adoptuar nga Kuvendi i Kosovës në vitin 2015 mundëson programe kompensimi në rrethana ta caktuara, përfshirë për të mbijetuarit/at e dhunës në familje kur i/e mbijetuarit/a nuk ka mundur të marrë restitucion nga personi i pandehur.

Ka shumë fushata vetëdijesimi mbi dhunën kundër gruas që bëhen gjatë vitit.

Mospërputhjet

Të dhënat nuk janë të disagreguara sipas gjinisë së të mbijetuarve dhe kryerësve të dhunës së bazuar në gjini.

Nuk ka bazë të të dhënash të centralizuar për dhunën në familje e cila mund të shkëmbehet/shihet nga të gjitha institucionet. Aktualisht disa institucione mirëmbajnë bazat e tyre të të dhënave për rastet e dhunës në familje me të cilët ata kanë rënë në kontakt, dhe këto të dhëna nuk shpërndahen në mënyrë rutine me institucionet tjera.

Ka një mori mangësish sa i përket mbrojtjes, mbështetjes dhe re-integrimit të të mbijetuarve.

- E drejta e të mbijetuarave për asistencë mjekësore, psikologjike dhe rehabilitim nuk është qartas e elaboruar nën Ligjin për Mbrojtje Kundër Dhunës në Familje. Definicionet dhe ndarja e përgjegjësive të Qeverisa sa i përket trajtimeve mjekësore,

mbështetjes psikologjike, strehimit, rehabilitimit dhe re-integrimit të viktimave nuk ofrohen, duke kontribuar në implementim të dobët në këtë fushë.

- Re-integrimi i të mbijetuarve të dhunës në familje dhe mbështetja për rehabilitim afatgjatë nuk janë mirë të financuara. Si rezultat, shumë të mbijetuar kthehen tek partnerët abuziv.
- Aktualisht ka strehimore për të mbijetuar të dhunës në familje në Gjakovë, Gjiilan, Mitrovicë, Pejë, Prishtinë dhe Prizren. Megjithatë, ato janë dobët të financuara nga Qeveria, dhe kjo shpesh nënkupton se janë të mbështetura nga donatorët.
- Sipas studimit nga Rrjeti i Gruas së Kosovës, nuk ofrohet kompensimi për të mbijetuarat e dhunës në familje.
- Edhe pse ligji ofron urdhrat mbrojtës, ata janë të kufizuar në kohë deri në 12 muaj, dhe mund të përtërihen vetëm një herë. Kjo nënkupton se urdhrat mbrojtës mund të vihen vetëm deri në 24 muaj. Kjo është në kontrast me Rregulloren e UNMIK-ut për Mbrojtje Kundër Dhunës në Familje e cila nuk kufizonte mundësinë e zgjatjes së urdhrave mbrojtës, përderisa rrethanat për të cilat është lëshuar vazhdojnë të ekzistojnë. Prandaj, tani nuk ka mundësi për mbrojtjen e të drejtave të të mbijetuarave, përfshirë të drejtën e tyre për mbrojtje ligjore pasi të kenë kaluar 24 muaj.
- Siç ilustron me rastin e Diana Kastratit, ka koordinim të dobët mes institucioneve që punojnë më të mbijetuarat e dhunës në familje (p.sh. gjykatave, policisë, shërbimeve sociale).

Përkundër disa përmirësimeve pas rastit të Diana Kastratit, njohuritë dhe zbatimi i konventave ndërkombëtare nga gjykatësit, prokurorët dhe avokatët është akoma i kufizuar.

Implementimi i akteve të fundit nën-ligjore mbetet i kufizuar në praktikë edhe në nivelet lokale edhe ato qendrore. Trajtimi i kryerësve të dhunës në familje me probleme alkooli/drogash apo me nevoja psikologjike nuk ofrohet në praktikë. Raportohet se është problematike mungesa e infrastrukturës.

Programi dhe Plani i Veprimit i Kosovës kundër Dhunës në Familje nuk është implementuar plotësisht. Ka pasur buxhet të kufizuar për implementim. Kritikë tjetër e planit të veprimit ishte se nuk kishte identifikuar qartas institucionet përgjegjëse për implementimin e objektivave të caktuara apo veprimeve, dhe që ka pasur mungesë të ndërgjegjësimit të institucioneve të ndryshme për planin e veprimit dhe përgjegjësitë nën të. Ka pasur një “ambient në të cilin disa institucione i kanë shmangur përgjegjësitë” Për më shumë, Programi dhe Plani i Veprimit i Kosovës kundër Dhunës në Familje ka përfunduar në vitin 2014, tani nuk ka më program as plan veprimi.

Rekomandimet

- Duhet draftuar dhe implementuar një Strategji e re Kombëtare dhe Plan Veprimi kundër Dhunës ndaj Gruas, dhe duhet mbështetur nga një buxhet real dhe i detajuar. Duhet identifikuar qartas institucionet përgjegjëse brenda qeverive dhe autoriteteve lokale, si dhe një institucion me përgjegjësi për implementim në terren. Duhet krijuar

hapësirë për partneritete dhe mbështetje nga akterë jo shtetëror, dhe specifikuar mekanizma bashkëpunimi, por duke mos u dhënë përgjegjësi formale me plan. Qeveria e Kosovës duhet ofruar fonde adekuate për implementimin e planit.

- Nevojitet rritje e mëtejme e vetëdijes mbi dhunën në familje dhe për ligjin në disa fronte:
 - o Instituti Gjyqësor i Kosovës duhet bërë trajnimet për gjykatësit mbi standardet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut dhe ligjeve mbi dhunën në familje.
 - o Agjencia për Barazi Gjinore duhet udhëhequr ngritjen e vetëdijes mbi Ligjin mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje në institucione kyçe.
 - o Duhet edukuar dhe ngritur vetëdijen mes popullatës mbi dhunën e bazuar në gjini dhe atë në familje me të gjitha format e saj, përfshirë popullatën Rome, Ashkali dhe Egjiptiane.
 - o Duhet përmirësuar llogaridhënia të të gjitha autoriteteve respektive dhe përgjegjëse publike në nivel qendror dhe lokal, në veçanti, policisë, prokurorëve dhe juristëve për performancën e tyre në ballafaqimin me rastet e dhunës në familje dhe konformitetit të tyre me standardet ndërkombëtare dhe vendore, dhe me protokollet, përfshirë adresimin e menjëhershëm të rasteve. Duhet implementuar sanksionimet nëse dështon konformiteti me ligjin.
 - o Ministria e drejtësisë duhet mbështetur implementimin e akteve nën-ligjore duke u ofruar atyre financim dhe infrastrukturë adekuate.
 - o Ekziston një nevojë në rritje për të elaboruar të drejtat e të mbijetuarve në “shërbimet shëndetësore dhe sociale” në nenin 27 të Ligjit mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje. Trajtimi mjekësor, mbështetja psikologjike, strehimi, rehabilitimi dhe re-integrimi i të mbijetuarve duhet definuar qartë, dhe një ndarje e qartë e përgjegjësive për institucionet qendrore dhe lokale duhet ofruar për të siguruar se shërbimet ofrohen në praktikë.
 - o Qeveria duhet konsideruar rishikimin e Ligjit mbi Mbrojtjen Kundër Dhunës në Familje për të siguruar se urdhrat mbrojtës nuk janë të kufizuar me kohë, por mund të lëshohen pa afat në rastet kur ekziston rreziku për të mbijetuarit/at. Në të njëjtën kohë, duhet modifikuar gjuha në ligj për t’u referuar si “kryerës të pretenduar” dhe jo si “kryerës” kur është e përshtatshme, për të shmangur paragjykimet e fajit para gjyqimit.
 - o Qeveria duhet zhvilluar infrastrukturë, rritë resurset njerëzore dhe zhvillojë kapacitetet profesionale në kontekstin e ofrimit të shërbimeve mbështetëse për të mbijetuarit/at. Fondet për të mbijetuarit/at kanë qenë shumë të kufizuara dhe duhet rritur që kjo të ndodhë.
- Duhet bërë përpjekje për të përmirësuar bashkëpunimin mes institucioneve që punojnë më të mbijetuarit/at e dhunës (policisë, profesionistëve shëndetësor, strehimoreve, shërbimeve sociale, gjykatave)
- Mekanizmat për implementimin e moshës së martesës duhet zhvilluar, dhe policia dhe prokurorët duhet zbatuar ligjin në rastet kur ato ndodhin.

7. Kanceri i shëndetit riprodhues dhe ai i gjirit

Elementet shëndetësore dhe të të drejtave të njeriut

Një program depistimi (skreningu) universal me cak grup moshat (30-49 vjeç) dhe gratë më të reja të rrezikuara dhe trajtimi i lezioneve prekanceroze, mund të parandalojë shumicën e rasteve të kancerit cervical. Depistimi universal për kancerin e gjirit mund të ndikojë në detektimin e kancerit në stadet e hershme. Trajtimi për të dyja, kancerin cervical dhe atë të gjirit mund të mbështesë të drejtë për shëndet, posaçërisht për gratë më të moshuara.

Kanceret e sistemit riprodhues dhe i gjirit në Kosovë

Nuk ka të dhëna të besueshme për kancerin cervical dhe atë të gjirit derisa regjistri kombëtar është duke u ri-krijuar. Ka pasur 224 raste të raportuara të kancerit të gjirit dhe 27 raste të kancerit cervical në vitin 2013, edhe pse këto shifra kanë gjasa të jenë një nën-reprezentim i realitetit. Kjo “barrë e fshehur e sëmundjeve” nënkupton se ka më shumë gra që jetojnë dhe vdesin pa mbështetje të duhur mjekësore dhe sociale. Për më tepër, rastet kanë tendencë të rriten me rritjen e moshës së popullatës.

Qeveria dhe veprimet tjera

Ligji për Shëndetin Riprodhues mundëson që “personave që vuajnë nga sëmundjet malinje të shëndetit riprodhues dhe kancerit të gjirit do u ofrohet qasje në shërbime të nivelit më të lartë për parandalim, detektim të hershëm, trajtim dhe mbikëqyrje të sëmundjeve malinje në pajtueshmëri me aktet nën-ligjore.”

Kanceri i traktit riprodhues është një nga nëntë fushat prioritare të Strategjisë së Kosovës për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetit Riprodhues 2011-2015. Strategjia siguron se shërbimet e shëndetit riprodhues duhet ofruar përgjatë gjithë ciklit të jetës dhe përfshinë “shërbime për parandalim dhe detektim të hershëm të kancerit të traktit riprodhues; si dhe shërbime për menaxhimin e problemeve shëndetësore para dhe pas menopauzës.” Plani i Veprimtimit 2011-2014 për Strategjinë e Sektorit Shëndetësor 2010-2014 zotohet për të reduktuar sëmundjet që kërcënojnë jetën përmes detektimit të hershëm dhe parandalimit të sëmundjeve malinje si dhe përmirësimin e kapaciteteve diagnostike dhe të trajtimit.

Janë krijuar një mori politikash dhe institucione, përfshirë Regjistrin Kombëtar të Kancerit, Bordin Kombëtar mbi Kontrollin e Kancerit, dhe Programi Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2014-2020 të cilat janë pranuar nga Ministri i Shëndetësisë në vitin 2013. Programi i depistimit të kancerit është duke u pilotuar në komunën e Prishtinës me plan për t’u replikuar edhe në komunat tjera.

Mospërputhjet

Parandalimi dhe trajtimi i kancerit cervikal dhe i atij të gjirit janë tepër të kufizuar në Kosovë. Në këtë seksion, theksohet vetëm një mostër e problemeve kyçe, megjithatë, kjo çështje është analizuar në një raport të shkëlqyer mbi këtë temë.

Edhe pse Regjistri Kombëtar i Kancerit është duke u rikrijuar në Kosovë dhe ka pasur një “progres të vazhdueshëm”, proceset nuk janë implementuar plotësisht dhe raportimi mbetet akoma “sub-optimal”. Nuk ka financim të alokuar për të mbështetur as Bordin Kombëtar për Kontrollin e Kancerit dhe as Programin Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2014-2020.

Nuk ka depistim sistematik as për kancerin e gjirit dhe as për atë cervikal në nivelin parësor shëndetësor, dhe vetëm një depistim të kufizuar oportunist në nivelin dytësor. Në nivelin dytësor shëndetësor, ka mungesë të algoritmeve të definuara për rastet e dyshuara me kancer të gjirit apo cervikal të cilat do akomodonin të gjitha aspektet e investigimit, diagnostikimit dhe trajtimit, dhe kjo nënkupton se pacientët nuk mund të përcillen. Ka pasur një histerektomi të gjerë apo kon-biopsi të zgjeruar për anormalitetet e shkallës së lartë mbi një strisho të vetme cervikale pa dëshmi mbështetëse koloskopike apo biopsi. Në mungesë të udhërrëfyesve të pranuar standard për investigim, diagnostikim dhe trajtim të displazisë cervikale apo karcinomës (stade të hershme apo vonshme) duket se gratë Kosovare ose nën-trajtohen apo trajtohen tepër.” Një raport i vitit 2008 kishte gjetur se “njësitë e QKUK-së që menaxhojnë kancerin cervikal dhe atë të gjirit nuk janë në gjendje të ofrojnë shërbime gjithëpërfshirëse tretësore klinike për gratë Kosovare. QKUK-ja nuk është po ashtu në gjendje të ofrojë mbikëqyrje të algoritmeve (rrugëtim klinik), trajtim dhe zhvillim të vazhduar profesional për stafin që punon në klinika për kancerin e gjirit dhe atë cervikal në Kosovë.

Ka një nevojë të identifikuar për trajnimin e profesionistëve shëndetësor në fusha të ndryshme, përfshirë marrjen e mostrave dhe kolposkopinë. Investime të mëtejme nevojiten për teknikat diagnostike siç janë ultratingulli, mamografia, citologjia dhe histopatologjia.

Rekomandimet

1. Programi i skreningut (depistimit) për kancerin cervikal në komunën e Prishtinës duhet mbështetur dhe shpërndarë në të gjithë vendin, së bashku me trajtimin siç kërkohet në linjë me standardet ndërkombëtare. Skreningu për kancerin e gjirit duhet prezantuar po ashtu. Në të dyja rastet kjo do kërkojë fonde, trajnimet dhe zhvillim të institucioneve siç është identifikuar në analizën e fundit të gjendjes së kancerit cervikal dhe atij të gjirit në Kosovë.
2. Duhet ofruar resurse Bordit Kombëtar mbi Kontrollin e Kancerit dhe për Programin Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2014-2020.
3. Duhet bërë trajnimet e profesionistëve shëndetësor që punojnë në fushën e raportimit të rasteve nën Regjistrin Kombëtar të Kancerit.

8. Grupet e marginalizuara dhe vulnerabël (cenueshme)

Barazia dhe jo-diskriminimi janë parime themelore të të drejtave të njeriut, dhe prioriteti dhe vëmendja duhet vënë tek të drejtat e njeriut për grupet më të marginalizuara dhe vulnerabël. Për më tepër, një kornizë e fortë legjislative sa i përket jo-diskriminimit dhe barazisë, parimit të përmirësimit të shëndetit për grupet më vulnerabël të komuniteteve është i theksuar në Planin e Veprimit për Strategjinë e Sektorit Shëndetësor 2010-2014.

Janë ofruar shumë referenca për grupet vulnerabël, përfshirë të varfrit, adoleshentët, komunitetet rurale dhe ato me nivel më të ulët të arsimimit si dhe për gratë janë ofruar përgjatë këtij kapitulli. Ky seksion nxjerr së bashku të gjeturat për katër grupe të cilat ballafaqohen veçanërisht me pengesa në kontekstin e DSHRS-së.

Adoleshentët dhe të rinjtë

Llogaritet se 70% e popullatës shqiptare të Kosovës është nën moshën 30 vjeç dhe 50% janë nën moshën 25 vjeç. Jo vetëm që adoleshentët dhe të rinjtë janë grup kritik për t'u mbuluar me intervenimet e DSHRS-së për shkak se marrëdhëniet seksuale shpesh fillohet nga moshat 15-19 vjeç, apo në vitet pasuese, por sepse ky grup përbën një proporcion shumë të madh të popullatës së Kosovës.

Shkalla e fertilitetit për adoleshentët ishte e ulët, por më e lartë në zonat rurale (18 në 1000) dhe (9 në 1000) në ato urbane në tri vitet para MICS 2013-2014. Brenda popullatës, njohuritë për kontracëpsionin janë më të ulëta mes moshave 15-18 vjeç. Aktiviteti seksual ka tendencë të fillojë herët me marrëdhënien e parë në moshën 14 vjeç për meshkujt (33%); katër për qind kanë pasur marrëdhënien e parë në moshën 11 vjeç. Metoda e preferuar për parandalimin e shtatzënisë është kondomi për meshkuj (33%) me 5% që preferojnë pilulat. Megjithatë, një numër i konsiderueshëm (27%) nuk përdor kontracëptiv modern dhe vetëm 5% kanë përdorur kondomët në marrëdhëniet e tyre të fundit. Ka prevalencë të ulët të IST-ve dhe HIV-it mes adoleshentëve, megjithatë, 8% të rasteve të raportuara të infeksioneve me HIV-in nga viti 1986-2012 ishin adoleshent dhe të rinj nga moshat 15-24 vjeç.

Në Kosovë, martesë është e lejuar mbi moshën 18 vjeç. Martesa e fëmijëve është e ndëshkueshme me burg nën ligjin kriminal. Megjithatë, martesë e fëmijëve vazhdon të ndodh, kryesisht por jo ekskluzivisht mes komuniteteve Rom, Ashkali, Egjiptian dhe Goran. Martesa e fëmijëve shpesh rezulton me ndalimin e edukimit. Ka të dhëna të kufizuara për shkallën e këtij problemi.

Ka kornizë të fortë legjislative dhe të politikave për adoleshentët në raport me DSHRS-në. Kushtetuta njeh të drejtat e fëmijëve, që përfshihen edhe adoleshentët. Ligji për Shëndetin Riprodhues siguron se kujdesi për shëndetin riprodhues dhe seksual përfshinë shërbimet për adoleshentët dhe të rinjtë. Ligji për Fuqizimin dhe Pjesëmarrjen e të Rinjve promovon pjesëmarrjen e të rinjve në proceset e vendim-marrjes, përfshirë në politikat e shëndetit publik dhe edukimit.

Shëndeti i adoleshentëve ishte një nga nëntë prioritetet e Strategjisë për Kujdesin ndaj Nënës, Fëmijës, Adoleshentëve dhe Shëndetit Riprodhues 2011-2015. Strategjia kishte vënë objektiva dhe aktivitete duke përfshirë: promovimin e shëndetit dhe mirëqenies së adoleshentëve; parandalimin e shtatzënieve të padëshiruara të adoleshentëve dhe ofrimin e

mbështetjes për nënat e reja adoleshente; parandalimin dhe menaxhimin e HIV/AIDS-it për adoleshentët; dhe inkurajimi i familjeve dhe komunitetit për të mbrojtur nevojat shëndetësore të adoleshentëve.

Ka implementim të dobët të politikave dhe strategjive që kanë të bëjnë me adoleshentët dhe të rinjtë më gjerësisht (të moshave 10-24 vjeç) Aktualisht nuk ka mjaft shërbime miqësore për adoleshentët. Shumica e qendrave të mjekësisë familjare nuk kanë procedura të veçanta për inkurajimin e të rinjve për t'i përdorur ato. Megjithatë, janë bërë disa trajnime për ofruesit e shërbimeve shëndetësore sa i përket ofrimit të informatave për adoleshentët përmes Programit Orientues Për Adolehent.

Ka pjesëmarrje të ulët të të rinjve në politikë-bërje, ka pak OJQ të të rinjve që implementojnë programe shëndetësore, dhe ka bashkëpunim të kufizuar mes OJQ-ve dhe shërbimeve shëndetësore.

Mekanizmat për zbatimin e moshës së martesës nuk janë zhvilluar, dhe policia dhe prokurorët nuk zbatojnë ligjin në rastet e martesave të fëmijëve.

Siç është diskutuar më lartë, adoleshentët kanë qasje të kufizuar në shërbimet e abortit sepse ato ofrohen vetëm për të rejtat 16-18 vjeç me pëlqim të prindërve, dhe ka ofrim shumë të kufizuar të edukimit gjithëpërfshirës seksual në shkolla (shih rekomandimet në seksionet 3.2 dhe 3.5 më lartë).

Lezbiket, personat gei, biseksual, transgjinator dhe interseksual (LGBTI)

Diskriminimi me bazë orientimin seksual është i ndaluar me Kushtetutën e Kosovës. Ligji për Mbrojtjen Kundër Diskriminimit siguron se të gjitha të drejtat duhet implementuar pa ndonjë diskriminim përfshirë atë me bazë orientimin seksual apo identitetin gjinorë. Ligji për Barazi Gjinore po ashtu ndalon diskriminimin me bazë "identitetin gjinor".

Strategjia Kombëtare për HIV/AIDS-in konsideron edukimin përmes bashkëmoshatarëve dhe edukimin në terren si strategji kryesore për mbulimin efikas të popullatave në rrezik që vështirë mbulohen. Terreni dhe elementet e Pakos Gjithëpërfshirëse të Shërbimeve për MSM dhe njerëzit që injektohen me droga raportohet të operojë mirë në Kosovë, por duhet ofruar në tërë vendin.

Qeveria ka krijuar Grupin Këshillues Koordinues për të Drejtat e personave LGBTI.

Në realitet, ka një boshllëk signifikante mes mbrojtjes ligjore në letër dhe implementimit në terren. Ka një stigmatizim të marrëdhënieve të të njëjtës gjini. Raportet e diskriminimit kundër personave LGBTI rrallë merren seriozisht nga policia. Deri më tani asnjë rast i diskriminimit me bazë LGBTI nuk është sjellë para gjyqit.

OJQ-ja LGBTI Qesh ka raportuar se gjatë vitit janë dhënë 136 raporte nga media për LGBTI, të shtypura dhe online. 57% të artikujve kanë qenë pozitiv, 33% neutral dhe 10% kanë prezantuar orientimin seksual apo identitetin gjinor negativisht apo me urrejtje. Megjithatë, OJQ-ja thekson se komentet online kanë qenë kryesisht negativ apo urryes.

Punëtorët e seksit

Puna e seksit komercial është e ndaluar me ligj në Kosovë. Në raport me trafikimin, ku shumica e viktimave janë femra dhe subjekt i eksploatimit seksual, Qeveria ka krijuar një kornizë ligjore për të luftuar trafikimin dhe mbrojtur viktimat.

Një studim i Fondit Global ka gjetur se në Kosovë janë aktive 6000 punëtores të seksit. Një studim vlerëson se vetëm 33% të PFS kanë përdorur kondom në mënyrë konsistente me të gjithë klientët dhe disa nga ato ishin në gjendje të mos i përdorin ata në shkëmbim të çmimit më të lartë për shërbime. PFS nuk marrin shërbime adekuate: “Sfida kryesore në punën me PFS-të në Kosovë është numri i zvogëluar i personave të mbuluar dhe shërbimet nuk janë në vijë me Pakon Gjithëpërfshirëse të Shërbimeve për këtë popullatë specifike.” Sa u përket akterëve të tjerë, edhe pse KOPF-i më herët kishte ofruar shërbime për HIV-in për punëtores e seksit në pesë qytete, vetëm një lokacion vazhdonte të bënte atë në vitin 2015, kryesisht për shkak të problemeve me personelin e zbatimit të ligjit dhe qasjes së kufizuar tek punëtores femra të seksit.

Komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian

19% të grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane të moshave 15-49 vjeç që janë të martuara apo në lidhje përdorin metoda moderne kontraceptive (në krahasim me 14% të popullatës së përgjithshme), dhe 33% përdorin metoda tradicionale. Për 18% të tyre ka nevoja të paplotësuara për kontracëpsion, me 24% nevoja të paplotësuara mes grup moshave 15-19 vjeç. Sipas një studimi në komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian, 37% grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane kanë raportuar të kenë pasur një abort, që është shumë shifër e lartë. Sipas MICS 2013-2014, 74% të grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane kanë pasur 4 kontrolle antenatale (në krahasim me 92% të popullatës së përgjithshme). 98% e lindjeve nga gratë Rome, Ashkali dhe Egjiptiane ndodhin në institucione shëndetësore. Ka një shkallë të lartë të martesave dhe shtatzënive të hershme mes komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian, që prekin posaçërisht vajzat. 17% të grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane kanë pasur një lindje të gjallë para moshës 18 vjeç, dhe 18% të grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane dhe 4% të meshkujve të moshave 15-19 vjeç janë të martuar apo në union. Njohuritë mbi HIV/AIDS-n janë shumë të vogla mes komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian se sa në popullatën e përgjithshme, me 58% të grave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane dhe 78% të meshkujve Rom, Ashkali dhe Egjiptian të moshave 15-49 vjeç të ketë dëgjuar për HIV/AIDS-in (në krahasim me 91% të grave dhe 93% të burrave në popullatën e përgjithshme). Ka një pranueshmëri më të madhe të dhunës në familje mes komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian se sa në popullatën e përgjithshme, me 45% të meshkujve dhe 74% të femrave Rome, Ashkali dhe Egjiptiane të moshave 15-49 vjeç që konsiderojnë se është në rregull që burri të godet gruan në rrethana të caktuara (në krahasim me 22% të meshkujve dhe 42% të femrave në popullatën e përgjithshme).

Disa persona Rom, Ashkali dhe Egjiptian deklarojnë se ata kanë pasur trajtim diskriminues nga profesionistët shëndetësor.

Rekomandimet

- Garancitë Kushtetuese dhe garanci të tjera ligjore të barazisë dhe jo-diskriminimit duhet të respektohen, mbrohen dhe plotësohen nga Qeveria dhe të gjithë akterët tjerët. Rekomandimet specifike mbi barazinë dhe jo-diskriminimin janë dhënë në rekomandimet e mësipërme.

PËRFUNDIM

Ky vlerësim fokusohet në çështjet kyçe të DSHRS-ve si dhe në sistemin shëndetësor më gjerë. Fokusohet po ashtu në tri temat kyçe të ndërlidhura dhe të drejtat në kontekstin e DSHRS-së, përfshirë pjesëmarrjen, monitorimin, llogaridhënien, privatësinë dhe konfidencialitetin, dhe jo-diskriminimin. Qeveria ka bërë progres domethënës në shumë fusha, përfshirë zhvillimin e një kornize përgjithësisht të fortë legjislative dhe politikave, duke ndërtuar sistem të ri shëndetësor dhe institucione, dhe progres specifik në fushat siç është shëndeti maternal dhe ngritja e vetëdijes për HIV/AIDS-in. Mes të tjerash ka nevojë për: aktualizim, implementim dhe monitorim të implementimit të politikave, zhvilloj SISH-in ashtu që të dhënat e duhura dhe disa grumbullohen në mënyrë rutinë; zgjeroj ofrimin e edukimit gjithëpërfshirës të detyrueshëm seksual në të gjitha shkollat; përmirësoj privatësinë dhe konfidencialitetin në institucionet shëndetësore; përmirësojë njohuritë dhe qasjen në metodat e kontracepsionit modern; mbështes implementimin e kornizave ligjore dhe politikave mbi dhunën ndaj gruas përmes ngritjes së vetëdijes rreth DSHRS-ve, në këtë kontekst mes popullatës, gjyqësorit dhe institucioneve kyçe; adresojë shërbimet ilegale të abortit; dhe adresojë DSHRS-të tek grupet e rrezikuara, përfshirë adoleshentët, MSM-të, PFS-të, personat me aftësi të kufizuara dhe komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptian.