

Доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья (РЗ)

На Всемирном саммите в сентябре 2005 года еще раз была подчеркнута важная роль услуг по охране репродуктивного здоровья населения для достижения большинства ЦРТ. На этой встрече высшего уровня правительства многих стран, включая Республику Таджикистан, вновь взяли на себя обязательства по обеспечению к 2015 году всеобщего доступа населения к услугам по охране репродуктивного здоровья¹.

Достижение улучшений в области охраны репродуктивного здоровья населения и, в частности достижение ЦРТ 5 (улучшение охраны материнства и снижение на три четверти к 2015 году коэффициента материнской смертности), во многом зависит от доступной и эффективно функционирующей системы здравоохранения. Однако в Таджикистане существуют значительные ограничения в отношении адекватного охвата населения медицинскими услугами.

Для достижения ЦРТ Правительство Республики Таджикистан утвердило ряд стратегических документов по охране репродуктивного здоровья и безопасному материнству, однако, без оценки стоимости этих программ и выделения соответствующих финансовых средств на их реализацию.

За последнее десятилетие в республике в силу экономических факторов произошло значительное снижение, как качества, так и доступности медицинской помощи, что, в первую очередь, связывалось с гражданской войной².

Сектор здравоохранения в основном финансируется правительством РТ наряду с национальными, отраслевыми и совместными программами, частично поддерживаемыми международными организациями. За последние 15 лет доля расходов на здравоохранение в ВВП постоянно сокращалась с 4,5% (1991 год) до 1,3% (2006 год), но в 2009 году наметилась положительная тенденция, когда расходы на здравоохранение составили 1,9% от ВВП. Однако объем ресурсов, выделяемый для поддержки сектора здравоохранения, остается на довольно низком уровне. Все чаще неофициальные «из кармана граждан» выплаты медицинскому персоналу становятся дополнительным источником финансирования сектора здравоохранения³. Даже с учетом личных платежей населения за предоставленные медицинские услуги, расходы на здравоохранение на душу населения составляют около 12 долл. США, что является крайне низким показателем, недостаточным для обеспечения базовых медицинских услуг^{4, 5}.

Существуют серьезные проблемы, связанные с низким качеством медицинских услуг из-за отсутствия соответствующих основанных на доказательствах навыков медицинских работников, адекватной инфраструктуры и поставок необходимого оборудования и медикаментов. Снижение доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья особенно

¹См. Генеральная Ассамблея ООН. Всемирный саммит. Проект Итогового Документа от 13 сентября 2005 года. Нью-Йорк: ООН, 2005 год.

²ООН и Правительство Республики Таджикистан. Инвестирование в устойчивое развитие: Оценка потребностей для достижения Целей развития тысячелетия. Полный отчет. Душанбе: 2005 год.

³Энсор Т. Неофициальные платежи за услуги здравоохранения в странах с переходной экономикой. Общественные науки медицина 2004 год; 58: 237-246.

⁴Всемирный банк. Заметки по сектору здравоохранения, Таджикистан. Вашингтон: Июнь 2004 года.

⁵Всемирный банк. Обследование уровня жизни в Таджикистане, 2003 год. Душанбе: 2004 год.

сильно сказалось на женщинах и на их доступе ко всем компонентам медицинской помощи по РЗ⁶.

Страна известна своим высоким уровнем прироста населения, который составляет 23,5 на 1,000 населения (2008 год). Общий уровень рождаемости составляет 27,9 на 1,000 населения. Коэффициент фертильности (отношение числа детей определенного возраста к численности женщин репродуктивного возраста) по-прежнему остается достаточно высоким на уровне 3,2 и является фактором, способствующим росту бедности. При сохранении такой тенденции, если текущие параметры рождаемости и фертильности останутся прежними, население республики каждые 20 лет будет увеличиваться вдвое.

Большинство таджикских женщин все еще подвержены определенным рискам во время беременности, родов и в течение послеродового периода. Истинные масштабы материнской смертности не отражены в официальной статистике из-за её недостаточного охвата и ненадежности. По данным Республиканского центра медицинской статистики, в 2006 году коэффициент материнской смертности составил 43,4 на 100,000 живорожденных, а по оценкам Министерства здравоохранения, в 2007 году этот показатель равнялся 33,9. Хотя другие имеющиеся данные указывают на гораздо более высокие уровни материнской смертности (от 123 до более 1000 случаев материнской смертности на 100,000 живорожденных)⁷.

Группа экспертов по Оценке потребностей для достижения ЦРТ и правительственная Рабочая группа по вопросам здравоохранения пришли к выводу, что, скорее всего, уровень материнской смертности составляет 120 на 100,000 живорожденных, хотя этот показатель согласно ЦРТ к 2015 году должен равняться 30 на 100,000 живорожденных⁸. Правительство РТ признает, что официальные показатели материнской смертности не отражают реальной действительности из-за устаревших определений и методов сбора данных, занижения и неполной регистрации данных по естественному движению населения (рождаемости, смертности, браков).

Для решения этой проблемы Министерство здравоохранения РТ создало систему для рассмотрения факторов, приводящих к материнской смертности, о которых уведомляется МЗ РТ, но вопросы соблюдения конфиденциальности и практика нахождения виновных серьезно ограничивают полезность этого процесса.

В республике уже на протяжении чуть более десятилетия имеется доступ к целому ряду современных методов контрацепции, но их доступность и уровень использования все еще остаются низкими. Республиканский центр медицинской статистики МЗ РТ занимается сбором данных об использовании противозачаточных средств, которые указывают, что только около четверти женщин используют современные контрацептивы.

⁶См.: Дж.Фолкингер Неравенство и изменения в использовании услуг по охране здоровья матери в Таджикистане. Исследования в области планирования семьи. 2003 год; 34: 32-43; Фолкингер Дж. Бедность, частные выплаты и доступность медицинской помощи: доказательства из Таджикистана. Общественные науки медицина 2004 год; 58: 247-258.

⁷См.: ООН и Правительство Республики Таджикистан. Инвестиции в устойчивое развитие: Оценка потребностей для достижения Целей развития тысячелетия. Полный отчет. Душанбе: 2005 год; и Министерство здравоохранения РТ. Национальный стратегический план по охране репродуктивного здоровья Республики Таджикистан на 2005-2014 гг. Таджикистан: апрель, 2005 год.

⁸См.: ООН и Правительство Республики Таджикистан. Инвестиции в устойчивое развитие: Оценка потребностей для достижения Целей развития тысячелетия. Полный отчет. Душанбе: 2005 год; и Министерство здравоохранения РТ. Национальный стратегический план по охране репродуктивного здоровья Республики Таджикистан на 2005-2014 гг. Таджикистан: апрель, 2005 год; стр. 89.

В Таджикистане аборт узаконен с 1955 года. В 1997 году в соответствующее законодательство были внесены поправки и изменения. В течение последних 10 с лишним лет количество абортоспособных женщин значительно снизилось с 223⁹ до 94 на 1,000 живорожденных (2006 год). Это отчасти является отражением повышения уровня доступности современных противозачаточных средств, но все же доступность современных контрацептивов является ограниченной. Более половины (56%) абортоспособных женщин приходится на женщин в возрасте от 30 до 39 лет, и большинство абортоспособных (56%) делается по "экономическим и социальным" причинам. За последние несколько лет доля абортоспособных среди подростков увеличилась с 4% в 1998 году до 20% в 2002 году¹⁰. Услуги по аборту предоставляются практически только государственными медицинскими учреждениями. Из-за недостаточных поставок вакуум-аспираторов, большинство абортоспособных, в том числе аборты даже на самой ранней стадии беременности, проводятся ВМК. Учитывая такую ситуацию, Министерство здравоохранения утвердило Стратегический план РТ по услугам безопасного аборта (2008 год), однако стоимость его реализации не была определена и средства на его выполнение не были выделены.

Подростки и молодые люди составляют почти треть (29,9%) населения Таджикистана. Они представляют чрезвычайно важную группу населения, так как именно они будут во многом определять характер развития страны в ближайшие десятилетия, и это в равной степени относится к сфере репродуктивного здоровья. Многие (15%) молодые люди в возрасте 18 лет уже состоят в браке, причем, ранние браки в большей степени распространены среди бедных и менее образованных групп населения.

Как уже отмечалось в предыдущих разделах, сексуально активные подростки имеют гораздо меньше шансов использовать современные контрацептивы, чем старшие по возрасту женщины, и в последние годы количество подростковых абортоспособных возросло.

Данные обследования, проведенного в 2006 году на основе выборки 9714 школьников 7-9 классов в школах по всей республике, показали, что некоторые подростки школьного возраста (3%) уже имели первый сексуальный опыт в возрасте 13 лет¹¹. Как показывают данные этого исследования, мальчики значительно чаще, чем их сверстницы, и намного раньше вступали в первые сексуальные отношения и имели больше партнеров. Чуть более половины (56%) респондентов сообщили об использовании презерватива во время последнего полового акта. Знания по вопросам репродуктивного здоровья остаются низкими с очень ограниченным правильным пониманием того, как распространяются и могут быть предотвращены инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).

Проведенные в республике оценки сексуального и репродуктивного здоровья подростков определили необходимость развития в республике эффективно функционирующей системы медицинских услуг дружественных молодежи¹².

⁹ Комендант Р. Отчет миссии ситуационной оценке текущей практики, связанной с ведением случаев осложнений послеаборта в Таджикистане. Душанбе: ЮНФПА, август 2006 года.

¹⁰ Комендант Р. Отчет миссии ситуационной оценке текущей практики, связанной с ведением случаев осложнений послеаборта в Таджикистане. Душанбе: ЮНФПА, август 2006 года.

¹¹ См.: Правительство Республики Таджикистан. Глобальное исследование здоровья учащихся школ (ГИЗУШ), Таджикистан. Душанбе: ПРТ, Центр контроля заболеваний, ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2006 год, и Таблица данных по Таджикистану ГИЗУШ, доступная с 25 мая 2008 года <http://www.who.int/chp/gshs/2006%20Tajikistan%20Fact%20Sheet.pdf>

¹² ВОЗ. Развитие медицинских услуг дружественных молодежи (МУДМ) в Республике Таджикистан: Часть III Правовые аспекты, часть II. Оценка существующих услуг. Душанбе: 2007 год.

