

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД

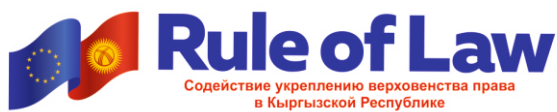
Акыйкатчы (Омбудсмена)
Кыргызской Республики

Соблюдение
репродуктивных
прав женщин





Проект финансируется
Европейским Союзом



Специальный доклад Омбудсмана Кыргызской Республики напечатан при поддержке Проекта «Содействие укреплению верховенства права в Кыргызской Республике», финансируемого Европейским Союзом и никоим образом не отражает мнение Европейского Союза.



**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД
АКЫЙКАТЧЫ (ОМБУДСМЕНА)
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**«СОБЛЮДЕНИЕ
РЕПРОДУКТИВНЫХ
ПРАВ ЖЕНЩИН»**

Бишкек 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
§1. Обзор действующих законодательных документов и национальных программ Кыргызской Республики по охране репродуктивного здоровья.	9
§2. Общая ситуация.	11
§3. Результаты инспектирования, проведенного Институтом Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики.	19
Выводы	27
Рекомендации	28

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНЫ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГСВ – Группы семейных врачей

ЖФВ – Женщины фертильного возраста

ЖРВ – Женщины репродуктивного возраста

МДИ – медико-демографическое исследование

КРМС – конфиденциальное расследование материнской смертности

КС – Контрацептивные средства

МЗ КР – Министерство – здравоохранения Кыргызской Республики

МКБ – Международная классификация болезней

ТБ – Территориальная больница

ТУ – Территориальное управление ФОМС

УЗИ – Ультразвуковое исследование

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт

ЦСМ – Центр семейной медицины

ЮНФПА – Фонд ООН в области народонаселения

ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования

ГЛОССАРИЙ

Аборт – прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом веса 500 граммов.

КРМС – конфиденциальное расследование материнской смертности, проводится на республиканском уровне в рамках инициативы ВОЗ «Что кроется за цифрами», данные собираются из организаций здравоохранения анонимно (обезличенные).

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического, психического здоровья и социального благополучия человека, определяющее его способность к воспроизводству потомства.

Планирование семьи – система социальных, медицинских и правовых мер, направленных на осознанный выбор гражданами рождения и воспитания определенного количества детей, соблюдение интервалов между их рождением, а также сохранение репродуктивного здоровья граждан.

Контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности.

Материнская смерть – это смерть женщины во время беременности или в пределах 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью, тягостенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Это означает, что существует связь между беременностью и смертью, как во время наступления смерти, так и с причиной смерти.

Фертильный возраст - способность половозрелого организма производить жизнеспособное потомство.



ВВЕДЕНИЕ

Специальный доклад Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики «Соблюдение репродуктивных прав женщин в контексте на безопасные и бесплатные роды» подготовлен в соответствии с п. 7 статьи 11 Закона Кыргызской Республики «Об Омбудсмене (Акыйкатчы) Кыргызской Республики».

Основная цель доклада – привлечение внимания государственных органов и общественности к состоянию соблюдения репродуктивных прав женщин в рамках обеспечения прав женщин на бесплатные и безопасные роды

При подготовке доклада были использованы материалы инспектирования родильных домов по республике, проведенного сотрудниками Центрального аппарата и представительств Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики, а также сведения, предоставленные государственными органами и учреждениями, данные независимых исследований, проводимых НПО «Альянс по репродуктивному здоровью» и международными организациями ВОЗ и ЮНФПА.



Основанием для подготовки специального доклада Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики явились обязательства, взятые на себя Кыргызской Республикой, касающиеся защиты здоровья женщин и обеспечения их доступа к высококачественным услугам здравоохранения, основанным на приверженности правам человека и принципам гендерного равенства, согласно «Конвенции ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», и подписанной страной «Декларацией Тысячелетия», целями которых являются «Улучшение охраны материнства и сокращение материнской смертности».

Как известно, Кыргызстан на 53-й Ассамблее ООН в числе 191 государств мира принял «Декларацию тысячелетия», которая отразила точку зрения мирового сообщества на проблемы мира, безопасности, развития окружающей среды, прав человека, управления. В ней установлены конкретные, количественно определенные ориентиры развития, которые должны были быть достигнуты человечеством к 2015 году. В соответствии с целями развития тысячелетия (ЦРТ), Кыргызстан одним из приоритетов определил охрану здоровья матери и ребенка. Согласно обязательствам по выполне-

нию ЦРТ к 2015 году, Кыргызстан планировал снизить показатели материнской смертности на три четверти.

В 1994 году Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР) утвердила Программу действий, в которой была изложена масштабная стратегия по вопросам народонаселения и развития, и наше государство выразило приверженность данной Программе действий. Согласно параграфу 7.3 Программы действий «Права человека признаются самыми важными в контексте охраны сексуального и репродуктивного здоровья», потому что: права женщин, в особенности их репродуктивные права, включают в себя право отдельных лиц и супружеских пар принимать решения относительно своего здоровья и репродуктивной функции, не подвергаясь дискриминации, принуждению и насилию, о чём говорится в документах по правам человека.

Права закрепляют требование доступа к необходимой информации, просвещению и услугам, а также механизмы возмещения ущерба, причиненного в результате злоупотреблений и нарушения соответствующих прав. В них признается, что все люди имеют равные права и возможности доступа к просвещению в области сексуального и репродуктивного здоровья, к информации и соответствующим услугам, независимо от того кем эти люди являются и где они проживают. Права человека требуют комплексного ответа на разнообразные и меняющиеся потребности каждого отдельного человека.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в период с 1990 по 2015 годы материнская смертность в Кыргызстане снизилась всего 5%, ее уровень самый высокий среди стран Центральной Азии.¹



В данном специальном докладе Акыйкатчы (Омбудсмен) Кыргызской Республики отразил соблюдение гарантированных законодательством репродуктивных прав женщин.

Необходимость завершить работу по снижению материнской смертности Организация Объединенных Наций приняла амбициозную повестку дня в области устойчивого

¹ ВОЗ доклад «Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015» («Тенденции материнской смертности с 1990 по 2015 годы»), подготовленном в сотрудничестве с Всемирным банком и Фондом ООН по народонаселению.

развития на период до 2030 года под названием «Будущее, которого мы хотим», которая отражена в Цели №3.

Забота о людях занимает центральное место в деятельности по обеспечению устойчивого развития. Нашим государством принято обязательство совместно работать над содействием устойчивому и экономическому росту, социальному развитию для людей и будущему поколению и право на развитие, что является всеобщим и неотъемлемым правом и составной частью основных прав человека. Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах.

Правовой подход к улучшению материнского здоровья, в том числе на доступ к услугам здравоохранения, основан на международных соглашениях, регламентирующих права человека. Движущие силы уязвимости и неравенства, показывают также важность всестороннего подхода к решению проблемы правового подхода. Такой подход означает защиту, признание прав и их реализацию у всех людей репродуктивного возраста во всех аспектах их жизни. Государства, в которых равенство внутри страны сильнее, достигают более значительных успехов практически по всем измеримым параметрам здоровья и социальным показателям, нежели страны, где сильнее неравенство. Большое равенство в обществе наиболее важно для бедных слоев населения, однако оно оказывает положительное воздействие и на тех, кто относится к его средним и высшим слоям. Устранение неравенства – один из основополагающих принципов Цели устойчивого развития, остающийся жизненно важным направлением деятельности для всех обществ.

§1. ОБЗОР ДЕЙСТВУЮЩЕГО НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Репродуктивные права, часть законных прав и свобод, связанных с воспроизводством и сексуальным здоровьем.¹ Репродуктивные и другие права граждан, способствующие репродуктивному здоровью, гарантированы Конституцией Кыргызской Республики в статье 47, а также закреплены в Законах Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»², «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации»³, «О статусе медицинских работников»⁴, а также в Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы⁵ и Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года⁶.

1 <https://ru.wikipedia.org/>

2 от 9 января 2005 года №6

3 от 4 июля 2015 года №148

4 от 28 мая 2013 года № 81

5 Постановление Правительства КР от 24 мая 2012 года № 309

6 Указ Президента КР от 15 июля 2006 года № 387

Кроме того, Национальной Стратегией Устойчивого Развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годы также затронуты вопросы реформирования системы здравоохранения. Одними из ключевых проблем указываются неэффективность и нерациональность в использовании ресурсов. Доля расходов на выплату заработной платы и финансирование инфраструктуры составляет более 80% государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение. Непосредственные расходы на пациента (медикаменты, питание) составляют лишь 20-25%. При этом продолжают расти неофициальные выплаты медицинскому персоналу.¹



Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» регулирует вопросы охраны здоровья граждан, в том числе права беременных женщин.

Основным нормативным правовым актом, регламентирующим охрану репродуктивного здоровья граждан республики, является Закон «О репродуктивных правах граждан», который признает репродуктивные права граждан, как составную часть прав человека, раскрывает их содержание и закрепляет гарантии их осуществления, и создает правовую основу для получения услуг в области охраны репродуктивного здоровья граждан.

В соответствии с Законом Кыргызской Республики «О статусе медицинских работников», пациенты вправе выбирать лечащего врача по своему усмотрению, врач не имеет права препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача.

В национальных программах реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» (2006 – 2011 гг.) и «Ден-соолук» (2012 – 2016 годы) одним из приоритетных направлений была определена охрана здоровья матери и ребенка.

¹ Национальная стратегия устойчивого развития КР на период 2013-2017 годы. стр.43

Приоритетными мероприятиями, в соответствии с вышеуказанными программами на уровне населения, определены улучшение информированности женщин по вопросам безопасного материнства и планирования семьи, где ключевым вопросом предусматриваются также доступ к контрацептивным средствам (КС).¹

В соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызстана медико-санитарной помощью², к категории граждан, имеющих право на бесплатное получение этой помощи, отнесены:

1. Женщины, вставшие на учет по причине беременности.
2. Женщины с патологией беременности при стационарном лечении (по основному диагнозу).
3. Женщины, поступающие на прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям.
4. Женщины, поступающие на роды.
5. Женщины с послеродовыми осложнениями в течение 10 недель после родов.

Также необходимо отметить, что Фонд Обязательного Медицинского Страхования с мая 2015 г. начал реализацию Полисов ОМС бесплатно среди женщин, вставших на учёт по беременности и родам. Таким образом, внедряется механизм доступа незастрахованных женщин в период беременности и в послеродовом периоде к программам обязательного медицинского страхования путем бесплатной выдачи полисов ОМС, что позволяет обеспечить их лекарственными средствами на льготных условиях по дополнительной программе ОМС лекарственного обеспечения застрахованных граждан на амбулаторном уровне.

§2. ОБЩАЯ СИТУАЦИЯ

Численность постоянного населения в Кыргызской Республике на 2016 года составляла 6019,5 тыс. человек, в том числе женщин – 3038,6 (50,5%) Количество мужчин составило 2980,9 тыс. чел. (49,5%). Из общей численности женщин, женщины фертильного возраста (19-49 лет), 1 569,3 тыс. человек.

Основными показателями репродуктивного здоровья принято считать: рождаемость, младенческую и материнскую смертность, уровень абортотв и частоту использования населением репродуктивного возраста различных видов контрацептивных средств.

¹ Как известно, на данный момент Министерством здравоохранения и Правительством КР рассматривается вопрос продления финансирования международными организациями единственного компонента охраны материнства и детства с целью поддержки достижения Национальной программы реформирования здравоохранения КР «Ден-соолук» на 2017-2018 годы, в частности улучшения материнского и детского здоровья.

² Утвержден постановлением Правительства от 20 ноября 2015 г. №790.

Распространенность современных противозачаточных средств низка, вследствие чего в Кыргызской Республике отсутствует надежная система обеспечения КС по репродуктивному здоровью. Значительная часть противозачаточных средств для уязвимых слоев населения страны поставляется ЮНФПА¹, Глобальным Фондом и международными донорами.

Рис. №1.² Показатель рождаемости Кыргызской Республике (на 1000 населения)

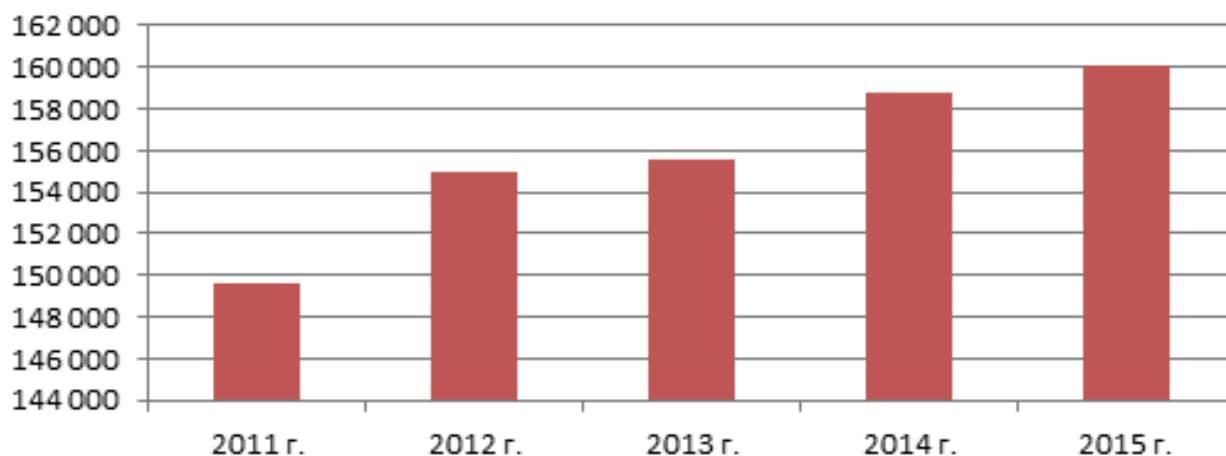


Рис. №2 Доля рожениц среди девочек – подростков 15-19 лет (в %)



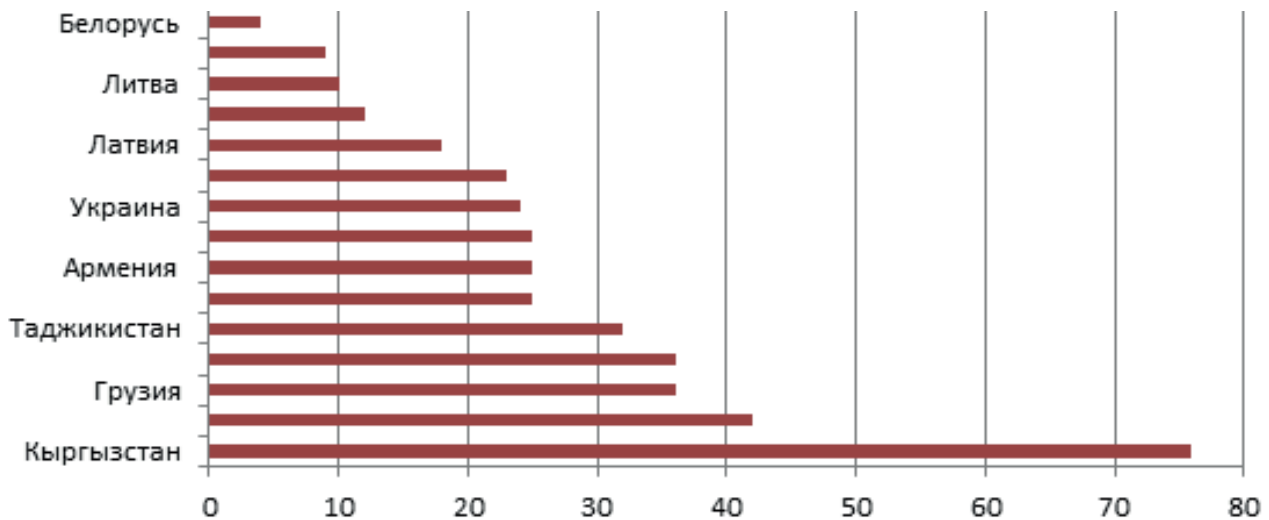
Несмотря на сохраняющуюся в последние 5 лет тенденцию к снижению материнской смертности, ее уровень остается высоким и занимает одно из первых мест в СНГ (Рис. 3, 4).

¹ ЮНФПА прекратил поставки контрацептивных средств с 2016 года

² Национальный статистический комитет КР «Женщины и Мужчины КР», стр. -20

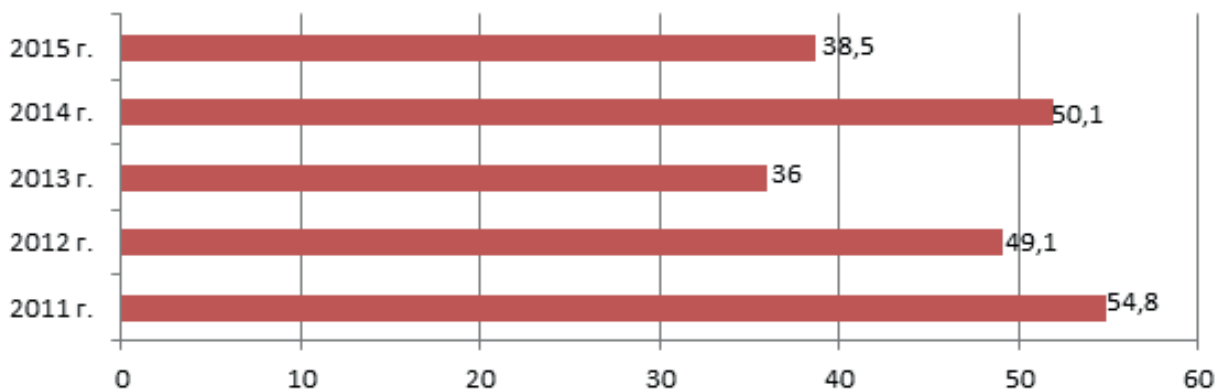
Кыргызстан имеет один из высоких показателей материнской смертности среди пост-советских стран – 76 умерших женщин на каждые 100 000 благополучно родивших. Об этом говорится в рейтинге, составленном экспертами Всемирной организации здравоохранения на основании полученных в 2015 году данных.¹

Рис.№3



Как следует из рис. №3, за Кыргызской Республикой следуют Туркмения – 42 умерших рожениц на 100 000 родивших, Грузия и Узбекистан – 36, Таджикистан – 32, Азербайджан, Армения и Россия – 25, Украина – 24, Молдавия – 23. Более позитивные показатели имеют Латвия – 18, Казахстан – 12, Литва – 10 и Эстония – 9, а наилучшие результаты продемонстрировала Беларусь – 4.

Рис.№4² Показатель материнской смертности в Кыргызской Республике (на 100 тыс. живорожденных)



¹ <http://oromo.kg/>, http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html

² Национальный статистический комитет КР «Женщины и Мужчины КР». Стр. - 26

Рис.№5¹

Всего умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Кыргызская Республика	56	81	63
Баткенская область	6	16	4
Джалал-Абадская область	10	17	17
Иссык-Кульская область	4	6	3
Нарынская область	2	9	2
Ошская область	15	16	17
Таласская область	1	3	1
Чуйская область	11	10	9
г. Бишкек	6	4	7
г. Ош	1	-	3

Как видно из рис. №4, данный показатель изменяется волнообразно и в целом остается высоким. Несмотря на принятые меры, Кыргызстан не смог снизить уровень данного показателя, входящего в ЦРТ-5.

В структуре причин материнской смертности в 2014-2015 годах первое место занимали кровотечения (30,2%), на втором месте сепсис (23,8%) и экстра-генитальные заболевания (22,0%), преэклампсия и эклампсия (12,7%), ТЭЛА – 4,8%².

С целью снижения случаев гибели женщин во время родов, в Кыргызской Республике с 2010 г. проводится разбор материнской смертности методологией конфиденциального аудита. Из 149 случаев материнской смертности, официально зарегистрированных в Кыргызстане за период 2011-2012 гг., было проанализировано 95 историй родов.

Конфиденциальный аудит выделил следующие трудности в оказании медицинской помощи, когда наряду с причинами, зависящими от сектора здравоохранения, имели место социально-экономическая незащищенность матери; внешняя и внутренняя миграция населения; гендерное насилие; раннее материнство; не информированность об опасных признаках во время беременности и после родов, как самой женщины, так и членов ее семьи; позднее обращение за медицинской помощью.

Материнская смертность является, не только, одним из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных организаций, но и отражает уровень развития системы здравоохранения страны в целом. Большое влияние оказывают экономические, социальные и культурные факторы³.

¹ <http://www.stat.kg/ru/statistics/gendernaya-statistika/>

² Ответ на наш запрос из Министерства здравоохранения КР за их исх №04-1/1-9564 от 05.08.2016 г.

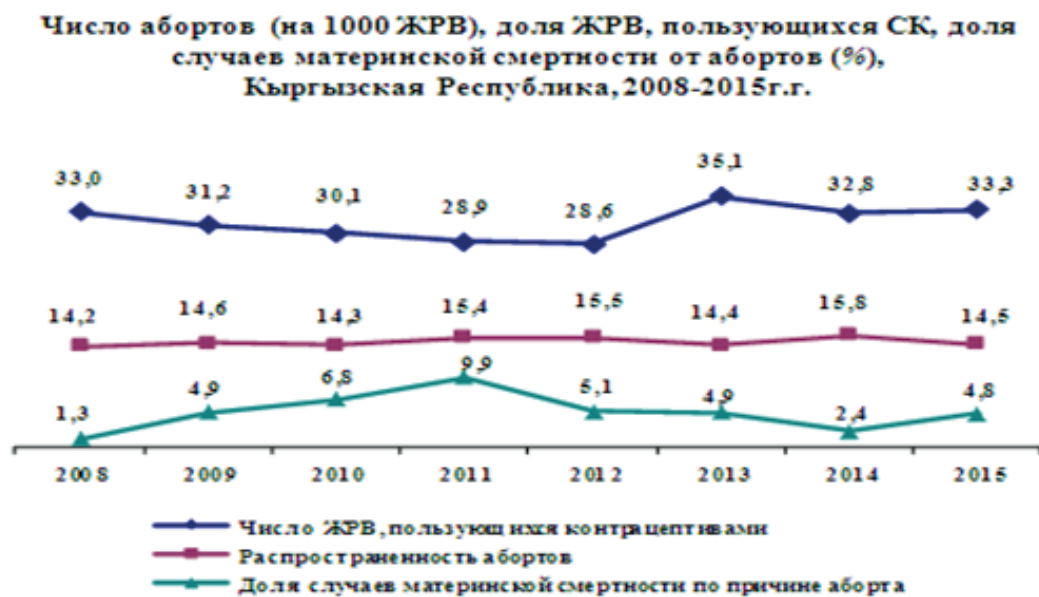
³ Низкая зарплата побуждает медицинских работников на принятие подарков при родах, ведет к оттоку кадров вследствие загруженности медицинских работников и выгодного устройства на другую немедицинскую работу, что приводит к потерям государством профессионалов, за последнее десятилетие не построен ни один родильный дом, а рождаемость растет и нагрузка на тот же персонал прежняя, заниженная престижность «белого халата» в государственных учреждениях из-за плохой инфраструктуры и менеджмента.

Согласно первому отчету Конфиденциального расследования материнской смертности на 2011-12 годы, 16 из 95 женщин были за чертой крайней бедности¹. 22 из 95 женщин и их семьи сталкивались с проблемами транспорта², 12 из 95 были мигрантами.

В 2015 году показатель охвата женщин фертильного возраста, использующих современные методы планирования семьи, составил 33% (2012 г. – 28,6%; 2013 г. – 35,1%; 2014 г. – 32,8%).

В Кыргызстане в среднем, по официальной статистике, производится 24-25 тысяч аборт. По данным статистической отчетности, уровень аборт в 2014 году (включая мини аборт) составил 15,8 на 1 000 женщин репродуктивного возраста.

Рис.№6³



1 КРМС (конфиденциальное расследование материнской смертности), 2012 «отсутствие средств, необходимых для приобретения продуктов».

2 КРМС, 2012 нет транспорта или нет денег на оплату транспорта.

3 Национальный статистический комитет КР «Женщины и Мужчины КР». стр.38

Как следует из рис. №6, на снижение показателей распространенности аборт в 2013 году, по-видимому, повлияло достаточно хорошее обеспечение контрацептивными средствами организаций ПСМП за счет ЮНФПА. В последние годы структура абортов меняется, растет доля самопроизвольных абортов, а также доля абортов менее агрессивных (вакуум-аспирацией, медикаментозные).

В структуре абортов (включая вакуум-аспирацию) в 2014 году первое место занимали самопроизвольные (40,7%), второе – искусственные аборты (20,6%). Хотя и снизилась, но остается еще достаточно высокой доля абортов по медицинским показаниям (4,3%). В возрастной структуре, по стране в целом, отмечается незначительное снижение доли абортов среди женщин в возрасте до 20 лет (2014 г. – 8%). Наибольшая доля, как и в предыдущие годы, приходится на возраст сексуально-активного населения – 20-29 лет (2014 г. – 50,6%).

Следует отметить, что официальные статистические данные не могут отразить полную картину по уровню абортов в стране, это связано с тем, что клиники частного сектора преднамеренно и осознанно занижают или вообще не показывают количество проведенных процедур с целью занижения показателей прибыли от услуг абортов. Поставщики услуг в государственных организациях не регистрируют аборты, проведенные на фоне отсутствия всех требуемых от клиентов анализов по клиническому протоколу. О чем свидетельствуют результаты исследований, проведенных в стране за последние шесть лет ВОЗ и Министерством здравоохранения Кыргызской Республики (2011 г.), Альянсом по репродуктивному здоровью (2008, 2010 гг.), а также данные МДИ 2012 года, согласно которым каждая пятая женщина репродуктивного возраста в Кыргызстане (18%) когда-либо делала аборт. При этом качество информирования клиентов, обратившихся по поводу прерывания нежелательной беременности, по вопросам планирования семьи, остается очень низким.

Также стоит обратить внимание на то, что если на уровне первичного звена у женщин после аборта есть возможность получить не только консультацию, но и сами контрацептивы из различных источников, то пациенткам организаций здравоохранения вторичного звена провайдеры (родильные дома и больницы) практически не могут предложить контрацептивные средства после аборта (по причине их отсутствия) и вынуждены перенаправлять их за контрацептивами (включая рецепты и рекомендации) к семейному врачу для получения КС, либо для выписки рецепта по ФОМС (включая рецепты и рекомендации).

Дополнительная программа ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне является действенным инструментом для повышения эффективности первичного здравоохранения на уровне ГСВ, продвижения в клиническую практику принципов доказательной медицины, обеспечению доступности застрахованным гражданам к безопасным и качественным лекарственным средствам на амбулаторном уровне.

Финансирование дополнительной программы ОМС осуществляется из средств обязательного медицинского страхования на подушевой основе. Программа была внедрена в августе 2000 года, в настоящее время распространена на территории всей республики.

Застрахованные граждане, приписавшиеся к ГСВ, имеют возможность приобретать лекарственные средства в аптеках, заключивших договоры с территориальное управления ФОМС, оплатив за них только часть стоимости (около 50%), остальная часть стоимости возмещается аптечным учреждениям за счет средств ОМС.

Система возмещения затрат на лекарства по дополнительной программе ОМС не предусматривает полного бесплатного обеспечения, одним из ключевых элементов

является вклад из кармана пациента. С целью повышения доступности качественной медицинской помощи, улучшения репродуктивного здоровья населения и планирования семьи в Справочник лекарственных средств были включены механические (внутриматочные спирали) контрацептивы, гормональные и инъекционные контрацептивы.

Однако дополнительная программа ОМС не может покрыть полную потребность населения в контрацептивных средствах. Это связано с ограниченными финансовыми возможностями программы и необходимостью обеспечения лекарственными средствами только застрахованных граждан, что не позволяет дать право выбора для бедных и неработающих слоев населения, за исключением возможности уязвимого слоя населения купить дополнительно полис медицинского страхования в размере 600 сом, что также обременительно для данной категории.



Значение рекламы и создание позитивного мнения по отношению к использованию контрацепции очень велико, однако фармацевтический бизнес, государство, гражданский сектор и партнеры по развитию также мало используют СМИ для продвижения на телевидении, радио и в печатных изданиях продуктов по сохранению репродуктивного здоровья. Таким образом, существует необходимость в разумном планировании семьи, в первую очередь, среди женщин групп высокого риска, в том числе и перинатального.

Каждая семья должна абсолютно четко представлять возрастные границы деторождения, интервалы между родами и планируемое количество детей. В настоящее время в Кыргызской Республике действует трехуровневая система оказания услуг по репродуктивному здоровью и планированию семьи.

Первичный уровень – оказание медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи: кабинеты планирования семьи при районных и городских центрах семейной медицины; Центр общеврачебной практики; Группа семейных врачей, входящих в состав центров семейной медицины; самостоятельные юридические группы семейных врачей и фельдшерско-акушерские пункты.

Вторичный уровень – оказание медицинской помощи на уровне городских и районных территориальных больниц.

Третичный уровень: Национальный центр охраны материнства и детства; Кыргызский научный центр репродуктивного здоровья, который оказывает консультативно-методическую и практическую помощь областным и районным структурам по вопросам репродуктивного здоровья и планированию семьи; областные центры репродуктивного здоровья в Жалал-Абадской и Иссык-Кульской областях; областной центр медико-социальной помощи семье в Ошской области; отделения «Брак и семья» при областных центрах семейной медицины (Чуйская, Таласская, Нарынская и Баткенская области), а также 7 областных объединенных больниц (послеродовая, послеабортная контрацепция).

В настоящее время в республике действует государственных родильных организаций: самостоятельные родильные дома – 3, родильные отделения третичного уровня – 2, хозрасчетные отделения – 2, частные родильные дома – 4. Кроме этого, имеются 71 родильных отделения при организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь.

Основным кадровым потенциалом службы охраны репродуктивного здоровья, по данным официальной статистики, являются 1 729 групп семейных врачей (31,5 на 10 000 населения) и 1 002 акушер-гинекологов (1,8 на 10 000 населения).

Услуги по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи оказываются, в основном, организациями первичной медико-санитарной помощи. Отмечается диспропорция между различными регионами в обеспеченности специалистами, которые сконцентрированы в основном в городах Бишкек и Ош, и областных центрах. При этом на уровне районных территориальных больниц очень низкая обеспеченность специалистами (до 0,1 на 10 тыс. населения), а в отдельных районах специалисты отсутствуют совсем.

Ограниченное количество акушерок в родильных отделениях и особенно в родильных залах, штатные нагрузки и койки по отделениям интенсивной терапии новорожденных и отделениям патологии новорожденных, особенно на вторичном уровне. Отмечается нерациональная структура штатов – соотношение врачей и средних медицинских работников 1:2.

Острый дефицит врачей неонатологов и анестезиологов-реаниматологов, акушер-гинекологов, в особенности в регионах. Например, во всей Таласской области всего 3 неонатолога. По данным республиканского медицинского информационного центра всего по республике имеется 11 подростковых акушер-гинекологов (г. Бишкек – 7, г. Ош – 1, республиканские лечебно-профилактические организации – 3), при этом подростковых урологов по республике нет.

§3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСПЕКТИРОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО ИНСТИТУТОМ АКЫЙКАТЧЫ (ОМБУДСМЕНА) КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

На основании приказа Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики¹ было проведено инспектирование родильных домов на предмет соблюдения репродуктивных прав женщин в контексте бесплатных и безопасных родов, а также мониторинг исполнения Постановления Жогорку Кенеша Кыргызской Республики в части, касающейся репродуктивных прав женщин.

Инспектирование проводилось с мая по июнь 2016 г. сотрудниками Центрального аппарата и представительств Акыйкатчы (Омбудсмена) в соответствии с планом аппарата Акыйкатчы на 2016 г.

В ходе инспектирования были использованы методы: анонимного анкетирования, анонимного интервью с пациентами, находившимися в родильных домах (женщины, которые готовились к родовспоможению, некоторые из них уже родили, некоторые после аборт и некоторые находились на лечении по гинекологическим заболеваниям). Интервью с руководящим составом, а также сотрудниками родильных домов. Также использовались такие методы, как визуальное наблюдение и фотосъемка.



¹ Приказ Омбудсмена за №01-3 №92 от 23 мая 2016 г.

Таким образом, было проведено анонимное анкетирование с 253 женщинами, анонимное интервью с 150 женщинами, интервью с 65 медицинскими сотрудниками. Интервью показало следующие результаты:

Неформальные платежи¹ «Фонды родильных домов»

Результаты анонимного анкетирования показали, что при поступлении в родильный дом с беременных женщин, под различными благовидными предлогами, «добровольно-принудительно» взимается сумма в пределах от 100 до 250 сомов в фонд родильного дома.

Кроме этого, женщины отметили, что вынуждены дважды вносить денежные средства в фонд родильного дома. Первый взнос – при поступлении в родильный дом (200-250 сомов), далее при переводе беременных женщин в другое отделение повторно взимается 200 сомов в фонд родильного дома. Таким образом, беременные женщины платят за принадлежности (салфетка, жидкое мыло и т. д.) по 400-450 сомов.

При беседе с медицинскими сотрудниками, свои действия они разъяснили тем, что денежные средства, поступающие от беременных женщин, тратятся на самих же женщин, то есть покупаются бумажные салфетки и жидкое мыло.

Многие роженицы при беседе отметили, что в родильный дом они поступают с наличием у себя бумажных салфеток, жидкого мыла и всех необходимых гигиенических средств для себя и ребенка.

На практике роженицам не выдают на руки гигиенические средства из средств родильного фонда.

Денежные поборы от рожениц – это из года в год повторяющееся явление, в связи с чем данный вопрос отражался в Докладе Омбудсмена (Акыйкатчы) Кыргызской Республики «О соблюдении прав и свобод человека за 2015 г»².

Также было отмечено, что лекарственные средства беременные женщины покупают, в основном, из семейного бюджета.

По данным Министерства здравоохранения, количество средств в 2015 г., выделяемых государством на одну роженицу в день на питание, составило 54,70 сомов, а на медикаменты – 181,79 сомов³.

На основании вышеизложенного, актуален вопрос о выделении из государственного бюджета дополнительных средств на предметы гигиены роженицам.

¹ «Можно ли обеспечить устойчивость снижения неформальных платежей? Результаты из Кыргызстана 2001-2013 гг». Исследование проведенное ВОЗ, отмечается, что неформальные платежи являются важной частью систем здравоохранения в странах с переходной экономикой. В период с 2001 по 2006 год отмечался некоторый прогресс в снижении неформальных платежей медицинским работникам. Однако неформальные платежи медицинским работникам снова начали расти после 2006 года, причем как с точки зрения частоты, так и с точки зрения среднего размера платежа. В период с 2006 по 2013 годы доля госпитализированных пациентов, платящих персоналу, выросла с 52% до 66%. Беременность и связанные с ней состояния здоровья входят в число наиболее частых категорий платежей (68% родов в 2006 году и 76% в 2013 году).

² Доклад Омбудсмена (Акыйкатчы) КР «О соблюдении прав и свобод человека и гражданина в КР» 2015 г., стр. 278.

³ Данные МЗ КР за их исх. № 04-1/1-9564 от 05.08.2016 г.

«Договорные роды»

Анонимное анкетирование и анонимное интервью показали, что имеются случаи принятия родов за определенную сумму «в добровольном порядке».

Согласно Закону Кыргызской Республики «О статусе медицинских работников», пациенты вправе выбирать лечащего врача по своему усмотрению, врач не имеет права препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача.

63% опрошенных пациенток отметили, что заранее договаривались с врачами о принятии у них родов за отдельную сумму из средств семейного бюджета.

По словам главных врачей родильных домов, обычно, при выборе пациентками врача для принятия у них родов, договор происходит между ними и врачом. Сумма оплаты за оказанные услуги остается тайной, по взаимному соглашению.

Таким образом, на практике, за свое право выбора роженицам приходится оплачивать нефиксированную и неурегулированную законодательством сумму, в личный карман врача. Врач получает незаконные денежные вознаграждения за свои услуги, оказанные им в государственном родильном доме, используя государственное имущество в своих личных целях, без оплаты налогов или же каких-либо выплат для улучшения инфраструктуры родильного дома.

В стационарах существуют формы «согласия» пациентов на проведение различных процедур и манипуляций (согласие на вакцинацию, согласие на проведение диагностических процедур), но данные формы пока не утверждены официально и не прошли юридическую оценку. Большинство форм на русском языке, необходимо иметь обязательные формы на 2-х языках (на государственном, и на официальном).

Кроме того, исходя из данных интервью с персоналом и пациентами, медицинский персонал не владеет навыками консультирования и общения с пациентами в критической ситуации, что приводит к неудовлетворенности пациентов даже при качественном оказании помощи и увеличению количества жалоб в различные инстанции.

Вопросы консультирования женщин в послеродовом периоде заслуживают особого внимания. К сожалению, сотрудники всех учреждений не имеют навыков информирования пациентов. Со слов медицинских работников, это связано с нехваткой времени и слабыми знаниями в вопросах качественного консультирования по опасным признакам послеродового периода, вопросам контрацепции и планирования семьи.



«Аборты, как контрацептив»

78% опрошенных женщин отметили, что ранее уже совершали аборт. Среди основных причин назывались: социальное положение семьи, а также медицинские показания.

Во время беседы с одной из пациенток стало известно, что в связи с отсутствием собственного дома, супруг попросил не спешить с третьим ребенком. За аборт она заплатила денежные средства из средств семейного бюджета.

Женщинами во время интервью было отмечено, что процедура аборта очень долгая, их заставляют сдавать многочисленные и, по их мнению, бессмысленные анализы. Поэтому легче договорится с врачом и ускорить эту процедуру. В свою очередь, можно предположить, что не все аборт регистрируются и это влечет за собой еще один вид неформальных платежей. Таким образом, необходимо на практике отрегулировать финансовые взаимоотношения врача и пациента.

«Обязательные анализы»

По Программе государственных гарантий, беременным женщинам бесплатно предоставляются следующие медицинские услуги:

- взятие на учет по беременности к ГСВ по месту прописки и проживания (без оплаты стоимости индивидуальной карты беременной);
- визит, консультация и осмотр у врача;
- лабораторные и диагностические исследования, проводимые на уровне ЦСМ/ГСВ;
- профилактический осмотр и санация полости рта стоматологом;
- выдача обменной карты;
- роды путем операции кесарева сечения.

Исключение составляют частные клиники, где медицинские услуги предоставляются на платной основе.

Также на первичном уровне предоставляются следующие бесплатные базовые лабораторные и диагностические исследования, при наличии направления от специалиста:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи и микроскопия мочевого осадка;
- микроскопия уретрального мазка;
- микроскопия вагинального мазка;
- анализ мокроты (микроскопия мазка);
- определение сахара в крови;
- определение сахара в моче;

- определение холестерина в крови.

Однако как было отмечено большинством женщин, по направлению врача они были вынуждены проходить дорогостоящие анализы в частных лабораториях.

Также было отмечено, что врачи нередко назначают дорогостоящие медикаменты, финансово-поощряемые фармацевтическими компаниями.

При этом имеется уязвимая группа женщин, которые не в силах сдавать дорогостоящие анализы из-за социального положения (мигрантки, безработные, и т. д.).

Показатель заболеваемости беременных женщин за 2015 г. в абсолютных числах составил 72 115, из них впервые у 47 974 беременных¹.

Таким образом, практически каждая женщина вынуждена при беременности не раз пользоваться услугами частных лабораторий, которые не оплачиваются из средств государственных гарантий. В свою очередь, услуги частных лабораторий являются дорогостоящими. Необходимо выработать механизм предоставления возможности социально уязвимым категориям рожениц бесплатной сдачи всех видов анализов.

Женщинами было также отмечено, что им все время приходится пересказывать историю их здоровья каждому лечащему врачу, вспоминать когда они делали последний раз аборт, сколько раз они это делали и т. д. В свою очередь, это вызывает ряд неудобств как у пациентов, так и у лечащих врачей.

Во время инспектирования с женщинами, с которыми были проведены анонимные интервью, практически все ставили вопрос о материальной поддержке со стороны государства женщин, которые родили (вне зависимости работают они или нет).

Правовая информированность женщин о своих репродуктивных правах

Результаты анкетирования и интервьюирования беременных женщин и рожениц, указали на низкий уровень правовой информированности рожениц о Программе государственных гарантий, информации по планированию семьи, правильному питанию и образу жизни при беременности и после родов.

По словам врачей, интервью с беременными женщинами и роженицами выявили, что женщины не придают большого значения планированию беременности, правильному питанию, образу жизни при беременности и после родов. Состояние здоровья женщин слабое, не соблюдается интервал между родами, почти у каждой второй беременной наблюдается анемия (различные соматические заболевания).

Планирование семьи способствует уменьшению потребностей в аборте, укрепляет права людей на определение числа своих детей и интервалов времени между их рождением, тем самым предохраняя от нежелательной беременности и предотвращая случаи смерти матерей и детей. Дети, матери которых умерли в результате родов, также подвергаются повышенному риску ущемлению их прав, и плохого состояния здоровья.

Неудовлетворенная потребность² в планировании семьи растет в геометрической прогрессии с 11% в 1997-2006 до 18%-19% в 2012-2014 годах, ежегодно проводится

¹ Данные МЗ КР за их исх. № 04-1/1-9564 от 05.08.2016 г.

² Женщины в группе риска забеременеть, не пользуются противозачаточными средствами, и не хотят забеременеть в течение ближайших двух лет или хотят прекратить рожать

свыше 1 000 аборт по медицинским показаниям (1 069 в 2014, 1 009 в 2015). Число умерших от абортов в 2011 – 7 (9,9%); 2012 – 4 (5,1%); 2013 – 3 (4,9%); 2014 – 2 (2,4%); 2015 – 3 (4,8%).

Обычно женщины очень редко обращаются к врачу по планированию семьи, в основном приходят, будучи беременной, и не придают значения необходимости планирования беременности, провериться на анемию, сдать анализы и вылечить хронические воспалительные заболевания и правильно питаться. Практика показывает, что многие мамы узнают о своей беременности только через 3-4 недели и встают на учет через 2-3 месяца.

Оптимальный интергенетический интервал составляет 2-3 года. Сокращение интервала между родами сопровождается появлением у женщины анемии и другой экстрагенитальной патологии, что может привести к неблагоприятным исходам последующих беременностей и рождению больного ребенка.

Необходимость послеродового консультирования об оптимальном перерыве между родами не менее двух лет на уровне стационара должна проводиться врачами послеродового отделения.

В свою очередь, внутренняя и внешняя миграция, беспечное отношение беременных женщин к своему здоровью также оказывает немаловажное влияние на их репродуктивное здоровье.

Увеличились случаи поступления беременных женщин с тяжелыми патологиями, многие из них не следят за своим здоровьем. Железодефицитная анемия по республике наблюдается у 50% беременных женщин¹, а основными последствиями анемии для здоровья является неблагоприятный исход беременности.

Также в ходе инспектирования врачи родильных домов ссылались на слабую консультативную работу и контроль беременных женщин со стороны центров семейной медицины, групп семейных врачей, фельдшерско-акушерских пунктов и школ будущих матерей.

Доступ к качественным медицинским услугам.

Взаимодействие органов здравоохранения и органов местного самоуправления

Из отчета уполномоченного представителя Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики по Чуйской области следует, что одной из причин слабой работы ЦСМ, ГСВ является то, что в новостройках, находящихся поблизости к городу Бишкек, отсутствуют медицинские учреждения первичного уровня.

Например, в ГСВ Ново-Павловского айыл-окмоту в настоящее время приписного населения составляет 22 000 человек. Из них стоят на учете 600 беременных женщин и 2 000 детей в возрасте до 1 года. В ГСВ 10 семейных врачей, 12 медсестер, 2 врача стоматолога и 1 врач-хирург. На территории Ново-Павловского айыл-окмоту расположены 5 новостроек: Кудайберген, Алтын-Ордо, Ата-Журт, Тынчтык, Ак-Ордо.

В вышеперечисленных новостройках отсутствуют медицинские учреждения первичного уровня, в связи с чем Ново-Павловское ГСВ с большой нагрузкой обслуживает около 70 000 граждан. Вместимость здания не соответствует санитарным нормам.

¹ <http://zdorovie.akipress.org/news:21869>

Дети и беременные женщины занимают очередь к врачу и на анализы с 6 утра. Многие из-за больших очередей в коридоре не встанут на учет, а взрослое население вообще остается без медицинского осмотра и обследования. При такой перегруженности не может быть и речи о качестве медицинского обслуживания, о посещении и наблюдении беременных женщин.

Также одной из проблем является то, что в новостройках отсутствует нумерация домов, нет названий улиц, попасть к обследуемому пациенту по адресу, практически, невозможно. Из-за плохого транспортного сообщения между населенными пунктами и четкой системы переправления, а иногда и ГСМ отмечается поздняя госпитализация беременных, особенно из отдаленных населенных пунктов, несвоевременно оказывается медицинская помощь, что является одной из существенных причин материнской смертности. Кроме этого, центры семейной медицины, в силу внутренней миграции, не в состоянии контролировать здоровье беременных женщин из-за частоты их смены места жительства.

Таким образом, стоит вопрос об организации системы взаимодействия органов здравоохранения и органов местного самоуправления в предоставлении беременной женщине доступной, удобной услуги здравоохранения.

Инфраструктура в родильных домах

В течение последних 25 лет в стране не построен ни один современный стационар по родовспоможению, соответствующий всем стандартам, а ныне функционирующие – здания и оборудование прошлого века, которые были рассчитаны на небольшое количество родов.

Кроме этого, в ходе беседы с сотрудниками родильных домов г. Бишкек и Чуйской области, во время инспектирования было отмечено, что в столицу идет приток населения из регионов, в связи с чем ежегодно растет число рожениц в г. Бишкек и Чуйской области.

На момент инспектирования в родильном отделении Кеминской территориальной больницы Чуйской области отсутствовала горячая и холодная вода, роженицы в туалет ходят с ведрами. Однако, по информации Министерства здравоохранения, вышеуказанные нарушения в настоящее время устранены, министр Т. Батыралиев сам посещал больницу.

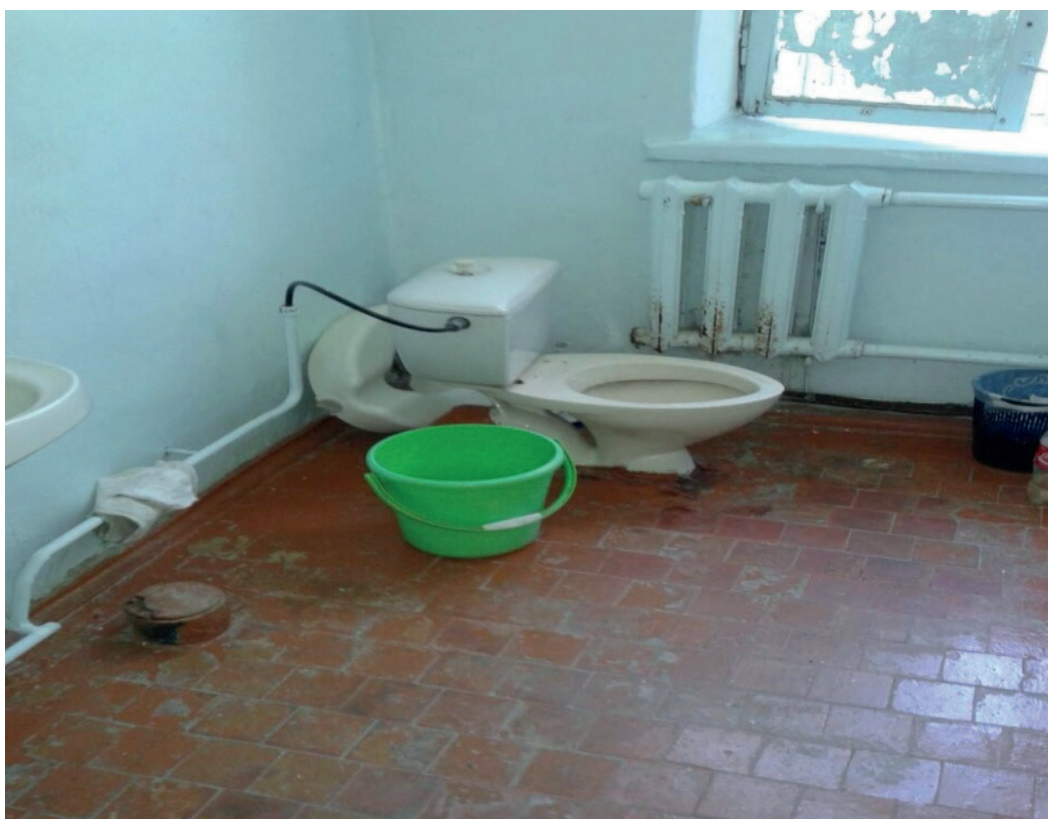
Такая же ситуация и в родильном отделении Сокулукской территориальной больницы Чуйской области (отсутствует горячая вода).

Ни в одной палате не было пеленальных столиков для новорожденных. В родильном отделении Куршабской территориальной больницы Узгенского района, Ошской области в палатах отсутствует чистая вода. Также в Баткенской области в родильном отделении остро стоит вопрос отсутствия горячей воды и не работают канализационные системы.

Кроме этого, в ходе инспектирования выявлено, что есть необходимость преобразования родильного отделения в родильный дом, так как растет рождаемость населения Баткенской области.

Также, в родильных отделениях Чат-Базар Талаской области во время проведения инспектирования отсутствовала вода внутри учреждения.

Рис. №5 Состояние сан. узлов родильного дома.



Инфраструктура органов здравоохранения нуждается в кардинальном улучшении. Одним из самых слабых мест является количество и санитарное состояние сан. узлов.

Оснащение родильных домов медицинским оборудованием

Кроме вышеуказанного, на доступность и на качество медицинских услуг негативно влияют нехватка современного медицинского оборудования (наркозно-дыхательной аппаратуры, дыхательной аппаратуры для новорожденных, прикроватных мониторов, КГТ, доплеров), недостаточное количество машин скорой помощи, нехватка ГСМ для первичной медико санитарной помощи, что было отражено в отчетах по инспектированию родильных домов уполномоченными представителями Омбудсмана в регионах.

Также хотелось бы отметить то, что в соответствии с оценкой прогресса в улучшении качества ухода за матерями и новорожденными в организациях здравоохранения Кыргызской Республики, проведенного благодаря технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения, Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) и ЮНИСЕФ в 2014 году, материально-техническая база ПМСП не позволяет улучшить качество оказываемой помощи. В большинстве случаев, стандарты оснащения не соблюдаются (дефицит составляет около 30%).

ВЫВОДЫ:

Проблема материнской смертности носит комплексный характер, на которую, кроме медицинских, влияют социальные и экономические причины. Решение данной проблемы также должно носить межсекторальный характер, всех задействованных ведомств и организаций. Для полной реализации женщинами фертильного возраста своих гарантированных законодательством репродуктивных прав предстоит долгая, кропотливая и совместная работа не только органов здравоохранения, но и органов местного самоуправления, мэрий городов, местной государственной администраций и т. д.

Стоит вопрос дальнейшего совершенствования законодательства. Так, к примеру, на практике государственная система не отвечает на запросы пациента в осуществлении такого права, как право выбора врача. Не отработаны и механизмы его реализации.

В свою очередь, предстоит мониторинг реализации «Стратегии репродуктивного здоровья до 2015 года» и принятия новой стратегии в этой области.

Предстоит работа по проведению переговоров о продлении финансирования международными организация единственного компонента охраны материнства и детства с целью поддержки достижения Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден-соолук» на 2017-2018 годы. Необходимо совершенствование инфраструктуры медицинских организаций (питьевая вода, канализация, отопление).

Предстоит работа по информированию населения (включая подростков) по вопросам планирования семьи, инфекциям, передающиеся половым путем, современным методам контрацепции и безопасному материнству.

Аборт продолжается использоваться женщинами как метод планирования семьи. В некоторых случаях многодетность является незапланированной, случайной (рождение ребенка в результате неэффективности контрацепции или невозможности в силу состояния здоровья женщины прибегнуть к прерыванию беременности и т. д.), не всегда в должной степени готовы к ней и чаще всего им не удается придерживаться здорового образа жизни. При этом неудовлетворенная потребность в планировании семьи растет в геометрической прогрессии. Отсутствие в республике системы гарантированного поступления КС, нет устойчивых механизмов финансирования. Отсут-

ствии государственных закупок КС для обеспечения потребности населения, в КС в том числе, медико-социальных групп риска. Стоит необходимость упрощения процедуры аборта.

Недостаточное обеспечения равного доступа к медицинским услугам уязвимых слоев населения (бедные, мигранты, одинокие, безработные). Отсутствие финансовых возможностей для большинства беременных женщин в прохождении дорогостоящих, жизненно-важных анализов из-за лимитированного бюджета. Диспропорция в обеспеченности медицинскими кадрами, а также рост неофициальных выплат медицинскому персоналу.

Рекомендации Правительству Кыргызской Республики:

- Рассмотреть вопрос государственных закупок контрацептивных средств для медико-социальной группы риска. Создать и обеспечить механизм закупки контрацептивных средств из средств госбюджета, а также средств ФОМС в организациях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (для уязвимого населения).
- Улучшить инфраструктуру родильных домов и ЦСМ объединив совместные усилия межсекторального сотрудничества и координации с другими министерствами (МСУ, МГА и т д.).

Министерству здравоохранения Кыргызской Республики:

- Обеспечить сбор информации об уязвимых категориях беременных женщин с целью повышения их доступа к социальным услугам (внутренние и внешние мигранты; женщины, проживающие в сельской местности; беременные без документов; одинокие; многодетные женщины; представительницы бедных семей).
- Провести мониторинг реализации «Национальной стратегии по репродуктивному здоровью до 2015 года», рассмотреть разработку новой стратегии/программы по вопросам детей, подростков и женщин, включая репродуктивное здоровье.
- Активно информировать (на системном уровне) местные сообщества с упором на женщин фертильного возраста, в том числе трудовых мигрантов о том, что медицинские услуги в период беременности, родов и послеродовом периоде полностью покрываются из системы медицинского страхования по полису беременных.
- В целях предотвращения неформальных платежей в родильных домах, необходимо вести разъяснительную работу среди медицинских сотрудников о незаконности всякого рода сборов денежных средств от рожениц, и пресекать такие действия.
- Отработать систему реализации женщинами фертильного возраста гарантированного законодательством права выбора врача в синхронизации с Программой государственных гарантий.
- Рассмотреть вопрос о бесплатном прохождении таких анализов, как бактериологический посев мочи, включая определения на чувствительность антибиотиков,

и других дорогостоящих анализов отдельным категориям (социально уязвимым группам).

- Усилить информационно-просветительскую работу в ЦСМ, ГСВ, ФАП, а также в школах среди будущих матерей о половом воспитании (по соответствующим возрастам), безопасному планированию семьи, о правильном питании и образе жизни беременных женщин и рожениц.
- Следует рассмотреть и создать возможности для организаций вторичного уровня участвовать в закупке и распределении контрацептивных средств для клиентов категории медико-социальной группы риска.
- Создать единую электронную базу данных историй болезней женщин фертильного возраста.
- Рассмотреть возможность продления финансирования международными организациями единственного компонента охраны материнства и детства с целью поддержки достижения Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден-соолук» на 2017-2018 годы.
- Устранить диспропорцию обеспеченности медицинскими сотрудниками в отдаленных регионах.



Специальные доклады Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики, подготовленные в 2016 году



Фото: Влад Ушаков

Подписано в печать 11.04.2017
Формат издания 60x84 $\frac{1}{8}$. Печать лазерная.
2,25 печ.л. Тираж 400 экз. Заказ № 1011.

Отпечатано в полиграфии "Q-print"
г. Бишкек, пер. Чернышевского 10а.

