

P6_TA(2008)0406

Emade tervise parandamine

Euroopa Parlamendi 4. septembri 2008. aasta resolutsioon emade suremuse teema kohta 25. septembril 2008 toimuva aastatuhande arengueesmärke käsitleva ÜRO kõrgetasemelist kohtumise eel

Euroopa Parlament,

- võttes arvesse ÜRO aastatuhande tippkohtumisel 2000. aasta septembris vastu võetud aastatuhande arengueesmärke;
- võttes arvesse Euroopa Ülemkogu 2008. aasta juuni kohtumisel vastuvõetud ELi tegevuskava aastatuhande arengueesmärkide kohta ja selle 2010. aasta teetähiseid;
- võttes arvesse aastatuhande arengueesmärke käsitlevat kõrgetasemelist kohtumist, mis toimub 25. septembril 2008. aastal ÜRO peakorteris New Yorgis;
- võttes arvesse komisjoni talituste töödokumenti „ELi aruanne aastatuhande arengueesmärkide kohta 2000–2004” (SEK(2005)0456);
- võttes arvesse Brüsselis 16. ja 17. detsembril 2004. aastal toimunud Euroopa Ülemkogu eesistujariigi järeldusi, milles kinnitati Euroopa Liidu täielikku pühendumist aastatuhande arengueesmärkidele ja poliitika sidususele;
- võttes arvesse ÜRO 20. novembri 1959. aasta lapse õiguste deklaratsiooni, mille kohaselt vajab nii laps kui ka tema ema erilist kaitset ja hoolt, kaasa arvatud vastav hool nii enne kui ka pärast sündi, ning ÜRO 20. novembri 1989. aasta lapse õiguste konventsiooni, mille kohaselt kindlustavad osalisriigid emadele vajaliku sünnituseelse ja -järgse arstliku hoolduse;
- võttes arvesse komisjoni teatist Euroopa Parlamendile ja nõukogule „Sooline võrdõiguslikkus ja naiste mõjuvõimu suurendamine arengukoostöös” (KOM(2007)0100);
- võttes arvesse ELi–Aafrika ühisstrateegiat, mis võeti vastu ELi–Aafrika Lissaboni tippkohtumisel 2007. aastal;
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi 13. märtsi 2008. aasta resolutsiooni soolise võrdõiguslikkuse ja naiste mõjuvõimu suurendamise kohta arengukoostöös¹;
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi 12. aprilli 2005. aasta resolutsiooni Euroopa Liidu rolli kohta aastatuhande arengueesmärkide saavutamisel² ja 20. juuni 2007. aasta resolutsiooni aastatuhande arengueesmärkide kohta – vahekokkuvõte³;

¹ Vastuvõetud tekstid, P6_TA(2008)0103.

² ELT C 33 E, 9.2.2006, lk 311.

³ ELT C 146 E, 12.6.2008, lk 232.

- võttes arvesse Euroopa Parlamendi 17. novembri 2005. aasta resolutsiooni Aafrika arengustrategia kohta¹ ja 25. oktoobri 2007. aasta resolutsiooni ELi ja Aafrika vaheliste suhete olukorra kohta²;
- võttes arvesse Pekingis 1995. aasta septembris toimunud neljandat naiste maailmakonverentsi, Pekingis vastuvõetud deklaratsiooni ja tegevusprogrammi ning järgnenud lõppdokumente, mis võeti vastu Pekingi deklaratsiooni ja tegevusprogrammi rakendamist käsitlevate edasiste meetmete ja algatuste teemal ÜRO erakorralistel istungjärkudel Peking +5 ja Peking +10, vastavalt 10. juunil 2000 ja 11. märtsil 2005;
- võttes arvesse nõukogu ja nõukogus kokku tulnud liikmesriikide valitsuste esindajate, Euroopa Parlamendi ja komisjoni ühisavaldusi „Euroopa Liidu arengupoliitika: Euroopa konsensus” (Euroopa arengukonsensus)³ ning „Euroopa konsensus humanitaarabi valdkonnas”⁴;
- võttes arvesse ÜRO Rahvastikufondi (UNFPA) aruandeid maailma rahvastiku olukorra kohta pealkirjaga ”Võrdõiguslikkuse lubadus – sugude võrdõiguslikkus, reproduktiivtervis ja aastatuhande arengueesmärgid” (2005. aastast) ja “ „Lootuse täitumise suunas – naised ja rahvusvaheline ränne” (2006. aastast);
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 18. detsembri 2006. aasta määrust (EÜ) nr 1905/2006, millega luuakse arengukoostöö rahastamisvahend⁵;
- võttes arvesse Aafrika inim- ja rahva õiguste harta juurde lisatud Aafrika naiste õiguste protokoll, mida tuntakse ka Maputo protokollina, mis jõustus 25. novembril 2005, ning Aafrika Liidu tervishoiuministrite konverentsi eriistungil 2006. aasta septembris vastu võetud Maputo tegevuskava kontinentaalse poliitilise raamistiku käivitamiseks seksuaal- ja reproduktiivtervise ning -õiguste kohta aastateks 2007–2010;
- võttes arvesse 1994. aasta septembris Kairos toimunud ÜRO rahvusvahelist rahvastiku ja arengu konverentsi (ICPD), Kairos vastu võetud lõplikku tegevuskava ja järgnenud lõppdokumente, mis võeti vastu 1999. aastal ÜRO Peaassamblee erakorralisel istungjärgul ICPD tegevuskava (ICDP +5) edasise rakendamise kohta;
- võttes arvesse Brüsseli tegevusraamistikku ja soovitusi jätkusuutliku tervishoiu kohta, mis võeti vastu Aafrika, Kariibi mere ja Vaikse ookeani piirkonna (AKV) tervishoiuministrite esimesel kohtumisel Brüsselis 2007. aasta oktoobris;
- võttes arvesse ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelist pakti (ICESCR), mis jõustus 3. jaanuaril 1976, ja eriti selle artiklit 12;
- võttes arvesse ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee üldist märkust nr 14 ICESCR-i artikli 12 kohta („Õigus parimale võimalikule tervislikule seisundile”);

¹ ELT C 280 E, 18.11.2006, lk 475.

² Vastuvõetud tekstid, P6_TA(2007)0483.

³ ELT C 46, 24.2.2006, lk 1.

⁴ ELT C 25, 30.1.2008, lk 1.

⁵ ELT L 378, 27.12.2006, lk 41.

- võttes arvesse ÜRO konventsiooni naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (CEDAW), mis jõustus 3. septembril 1981;
 - võttes arvesse kodukorra artikli 103 lõiget 4,
- A. arvestades, et emade tervis (viies aastatuhande arengueesmärk) on aastatuhande arengueesmärkide seas valdkond, milles on tehtud kõige vähem edusamme, ning seetõttu on see üks nendest eesmärkidest, mille saavutamise tõenäosus 2015. aastaks on kõige väiksem, eriti Sahara-taguse Aafrika ja Lõuna-Asia riikides;
 - B. arvestades, et igal aastal sureb raseduse või sünnituse ajal üle poole miljoni naise ning 99 % neist sureb arenguriikides; arvestades, et 20 aasta jooksul on emade suremus Sahara-taguses Aafrikas vähenenud vaid 0,1 % aastas ning ühel kuueteistkümnest naisest selles piirkonnas on eluaegne risk surra raseduse või sünnituse ajal; arvestades, et emade suremus on kõige dramaatilisem tervishoiualase ebavõrdsuse näitaja maailmas;
 - C. arvestades, et lisaks geograafilisele ebavõrdsusele nähtub emade suremuse alastest kogemustest ja uurimustest, et emade suremuse määr erineb oluliselt sõltuvalt jõukusest, rassist ja etnilisest kuuluvusest, elukohast linnas või maal, kirjaoskuse tasemest ning isegi keelilisest ja usulisest jaotumusest riigisiselt, sealhulgas tööstusriikides, ning seega on tegemist suurima erinevusega kogu rahvatervise statistikas;
 - D. arvestades, et G8 riigid leppisid kokku tervishoiu meetmetes, mille kohaselt aidatakse Aafrikas koolitada ja värvata 1,5 miljonit tervishoiutöötajat ning tagada, et 80 % emasid abistaks sünnituse ajal väljaõppinud tervishoiutöötaja; arvestades, et meetmed hõlmavad ka kohustust suurendada 36 Aafrika riigis, kus tervishoiutöötajate nappus on kõige teravam, nende arvu 2,3ni tuhande inimese kohta; arvestades, et sellegipoolest ei mainita 10 miljardi USA dollari kättesaadavaks tegemist, mille abil oleks kodanikuühiskonna aktivistide väitel võimalik päästa igal aastal kuue miljoni ema ja lapse elu;
 - E. arvestades, et emade suremus ja haigestumus kujutab endast üleilmset tervishoiukriisi ning et igal aastal sureb sünnitusel hinnanguliselt 536 000 naist, kusjuures ühel kahekümnest naisest on tõsised tüsistused alates kroonilistest põletikest kuni invaliidsust põhjustavate vigastusteni, näiteks sünnitusjärgne fistul, või eluaegse invaliidsuseni;
 - F. arvestades, et ei ole mingi saladus, miks naised raseduse ja sünnituse ajal surevad – emade suremuse põhjused on selged ja teada, nagu on ka selle ärahoidmise vahendid;
 - G. arvestades, et emade suremuse põhjusi oleks võimalik vältida turvalise emade tervishoiu ning juurdepääsu abil tõhusatele rasestumisvastastele vahenditele ning seaduslikele ja turvalistele abortidele;
 - H. arvestades, et emade suremust võiks vältida pereplaneerimise meetodite parema kättesaadavuse ja kasutuselevõttuga, ohutu ja kvaliteetse arstliku hoolduse kättesaadavuse ja pakkumisega emadele eeskätt raseduse ajal, sünnitusel, sh erakorraline sünnitusabi, ja pärast sünnitust ning naiste tervise ja toitumise ning seisundi parandamisega ühiskonnas;
 - I. arvestades, et kuna selline ennetav lähenemisviis hõlmab naiste ja tervishoiutöötajate

koolitamist, et nad oleksid võimelised ära tundma rasedus- ja sünnitusaegseid tüsistusi ja otsima vastavat abi, on vaja sobivat tervishoiuasutuste võrgustikku, milleni võiks olemasolevat infrastruktuuri ja transporti arvestades jõuda mõistliku aja jooksul, ning piisavate tervishoiuteenuste pakkumist koolitatud personali poolt lähedalasuvates tervishoiuasutustes, mille korraldus on tõhus ja mis on varustatud elektri, vee ja meditsiiniseadmetega, kaasa arvatud maapiirkondades;

- J. arvestades, et ennetatav emade suremus rikub naiste ja teismeliste tüdrukute õigust elule, nagu see on sätestatud paljudes rahvusvahelistes inimõigustega seotud kohustustes, näiteks ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioonis, ning et emade suremuse ja haigestumuse põhjused võivad endast kujutada ka muude inimõiguste rikkumist, kaasa arvatud naiste ja tüdrukute õigus olla kõrgeimale standardile vastava füüsilise ja vaimse tervise juures ning õigus omada juurdepääsu põhilistele tervishoiuteenustele, ilma et neid diskrimineeritaks;
- K. arvestades, et õigus seksuaalsele ja reproduktiivsele enesemääramisele hõlmab õigust abielluda, omada perekonda ja astuda vabatahtlikult seksuaalsuhetesse, aga ka õigust olla kaitstud seksuaalse vägivalda ja sunni eest;
- L. arvestades, et riikidel on kohustus osutada tervishoiuteenuseid kui õigust kas ise või teiste kaudu, ning arvestades, et isegi piiratud vahenditega riikidel on võimalik võtta koheseid meetmeid, millel oleks mõju emade tervisele;
- M. arvestades, et emade suremuse ja sünnitusega seotud vigastuste põhjused ei ole niivõrd praktilist või struktuurset laadi, kuivõrd nad seonduvad pigem ühiskonnas üldiselt ebasoodsamas olukorras olevatele naistele omistatud madalama väärtuse ja staatusega, ning arvestades, et sarnase majandusarengu tasemega riikides on naiste kõrgemal staatusel ja emade väiksemal suremusel otsene seos;
- N. arvestades, et naised on mitmete diskrimineerimise vormide tõttu, kaasa arvatud meeste ja naiste ebavõrdsus majapidamises, naistele kahjulikud traditsioonid, naistevastane vägivald, mõjuvõimu puudumine oma reproduktiivtervise ja sellega seotud õiguste üle, tüdrukutest imikute hülgamine ja naise stereotüüp, mis näeb naist peamiselt ema ja hoolitsejana, eriti ohustatud just raseduse ja sünnituse ajal; arvestades, et kõik ELi liikmesriigid on CEDAW-i ratifitseerinud;
- O. arvestades, et ÜRO peaassamblee on lisanud üldise juurdepääsu reproduktiivtervishoiule 2015. aastaks ühe rahvusvahelise üldsuse aastatuhande arengueesmärgina viienda aastatuhande arengueesmärgi alla, et vähendada emade suremust;
- P. arvestades, et ICPD-l lubas rahvusvaheline üldsus anda uusi vahendeid, nimetades reproduktiivtervishoidu (kaasa arvatud pereplaneerimine ja emadusega seotud tervishoiuteenused) rahvusvaheliste arengupüüete keskseks eesmärgiks;
- Q. arvestades, et pereplaneerimise toetamine ei ole suurenenud, vaid vähenenud, ja rahastamise kogumaht on nüüd palju väiksem kui 1994. aastal, olles langenud absoluutarvestuses 723 miljonilt USA dollarilt 1995. aastal 442 miljoni USA dollarini 2004. aastal;
- R. arvestades, et EL on võtnud viienda aastatuhande arengueesmärgi täitmiseks

regulaarseid ja järjepidevaid kohustusi – hiliseim neist oli eespool nimetatud ELi tegevuskava aastatuhande arengueesmärkide kohta;

- S. arvestades, et vaatamata kõnealuse probleemi tõsidusele ja inimõiguste rikkumisele on emadele mõeldud tervishoiuteenused jäänud rahvusvaheliste foorumite päevakorras vähetahtsale kohale ja konkreetsetele haigustele osutatud tähelepanu varju, mistõttu emade suremus on muutunud vähetahtsaks küsimuseks, ning kõrge HIV nakatumismäär on soodustanud emade suremuse ja haigestumise vähendamisel tehtavate edusammude peatumist või aeglustumist,
1. tunneb sügavat muret asjaolu pärast, et emade suremus (viienda aastatuhande arengueesmärgi raames) on ainus aastatuhande arengueesmärk, mille osas alates 2000. aastast mitte ainult puudub edasimineku, eriti Sahara-taguses Aafrikas ja Lõuna-Aasias, vaid mille näitajad olid 20 aastat tagasi samad mis praegu;
2. märgib, et lisaks haridusele aitab naistele suuremate õiguste andmine oluliselt kaasa emade tervishoiu parandamise (viies aastatuhande arengueesmärk) saavutamisele;
3. kutsub nõukogu ja komisjoni üles tähtsustama aastatuhande arengueesmärke käsitleva ÜRO kõrgetasemelise kohtumise eel esmajärjekorras viienda aastatuhande arengueesmärgi saavutamiseks võetavaid meetmeid;
4. kutsub nõukogu ja komisjoni üles vähendama erinevusi tööstusriikide ja arenguriikide emade suremuse määra vahel, suurendades investeeringuid ja meetmeid tervishoiu valdkonna inimressursi parandamiseks ning pakkudes rohkem ressursse ja võttes kohustusi tervishoiusüsteemide ja esmatasandi tervishoiu infrastruktuuri tugevdamiseks, eraldades muu hulgas vahendeid seireks, järelevalveks, peamiseks rahvatervisega seotud tegevuseks, tegevuseks kohalikul tasandil ja muudeks vajalikeks tugifunktsioonideks;
5. kutsub nõukogu ja komisjoni üles suurendama pingutusi, et kaotada ennetatav emade suremus ja haigestumus, arendades, rakendades ja korrapäraselt hinnates emade suremuse ja haigestumusega üleilmseks vähendamiseks koostatud tegevuskavasid, milles kasutatakse õigluspäraselt, süsteemset ja jätkusuutlikku inimõigustel põhinevat lähenemist, mida toetavad ja lihtsustavad tugevad institutsioonilised mehhanismid ja rahalised vahendid;
6. kutsub nõukogu ja komisjoni üles laiendama emadele mõeldud tervishoiuteenuste osutamist esmatasandi arstiabi raames, tuginedes teadliku valiku mõistele, turvalise emaduse alasele koolitusele, sihipärasele ja tõhusale sünnituseelsele hooldusele, emade toitumisprogrammidele, asjakohasele sünnitusabile, mis aitab vältida keisrilõigete ülemäära kasutamist ja näeb ette erakorralise sünnitusabi, suunamisteenuste raseduse, sünnituse ja abordiga seotud tüsistuste korral, sünnitusjärgsele hoolekandele ning pereplaneerimisele;
7. kutsub nõukogu ja komisjoni üles edendama kõikide naiste juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivtervist käsitlevale igakülgsel teabele ja teenustele;
8. kutsub nõukogu ja komisjoni üles võtma vastu ja arendama emade suremuse vähendamiseks juba hästi sissetöötatud näitajaid ja võrdlusaluseid (sealhulgas ametliku arenguabi eraldamine) ning looma järelevalve- ja aruandlusmehhanisme, mis viiksid kehtiva poliitika ja programmide pideva parandamiseni;

9. kutsub nõukogu ja komisjoni üles tagama reproduktiivtervise teenuste taskukohasust, kättesaadavust, juurdepääsetavust ja head kvaliteeti ning suunama maksimaalsed olemasolevad vahendid emade suremuse vähendamise poliitikasse ja programmidesse;
10. kutsub nõukogu ja komisjoni üles tagama usaldusväärsete ja ajakohaste andmete kogumine, et aidata rakendada emade suremuse ja haigestumise vähendamisega seotud tegevusi;
11. kutsub nõukogu ja komisjoni üles võimaldama piisava hulga oskuslike sünnitusabiliste tagamiseks koolitust, suutlikkuse suurendamist ja infrastruktuuri, et tagada kõigile rasedatele naistele ja tüdrukutele juurdepääs sellistele abilistele ning et programmid ja riiklikud tegevuskavad kajastaksid seda eesmärki;
12. nõuab, et riiklike terviseprogrammide raames suurendataks HIV testimist raseduse eel ja selle vältel, retroviiruse vastast ravi HIVi nakatunud rasedate naiste puhul ning HIV ennetusabinõusid, nagu teavituskampaaniad ja koolitus;
13. nõuab tungivalt, et EL oleks ka edaspidi seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud õiguste toetamise püüdlustes esirinnas, säilitades ICPD tegevuskava rakendamiseks vajaliku rahastamise taseme, ning väljendab kahetsust, et Sahara-taguses Aafrikas, kus on suurim emade suremuse määr, on ka maailma madalaim rasestumisvastaste vahendite kasutamise määr (19 %) ning 30 % emade suremusest selles piirkonnas on tingitud ebatavalistest abortidest;
14. usub, et reproduktiivtervishoiule üldise juurdepääsu tagamise aastatuhande arengueesmärgi saavutamiseks aastaks 2015 tuleb suurendada ELi poolset rahastamist, sest vastasel juhul jätkub naiste elude kaotus raseduse ja sellega seonduvate põhjuste tõttu;
15. kutsub nõukogu ja komisjoni üles töötama välja programme ja poliitikat, mis on suunatud emade suremuse ennetamise jaoks olulistele terviseteguritele, nagu osalemine tervist puudutavate otsuste tegemise protsessis, teave seksuaal- ja reproduktiivtervisega kohta, kirjaoskus, toitumine, mitte-diskrimineerimine ja soolise võrdõiguslikkusega seotud sotsiaalsed normid;
16. kutsub komisjoni ja nõukogu üles jätkama emade suremuse vähendamisel tehtud edusamme, osalema aktiivselt üleilmsetes foorumites, näiteks „Countdown to 2015”, jagama asjakohaste programmide ja poliitika kohta parimaid tavasid ning soodustama olukorra paranemise jätkumist;
17. nõuab tungivalt, et liikmesriigid ei taganeks aastatuhande arengueesmärkide (sh viies aastatuhande arengueesmärk) saavutamiseks võetud rahastamiskohustustest, ning kutsub nõukogu eesistujariiki üles võtma juhtrolli ja näitama eeskujuna, tagades piisava ja prognoositava rahastamise ning pingutuste suurendamise, et päästa elusid;
18. tuletab meelde liikmesriikide kohustust saavutada 2015. aastaks eesmärk, mille kohaselt ametlik arenguabi moodustab 0,7 % rahvamajanduse kogutoodangust, ning kutsub praegu eesmärgi täitmisest kaugel olevaid liikmesriike üles pingutusi suurendama;
19. kutsub üles riike, kes ei ole veel keelustanud tervist ohustavaid tavasid ja traditsioone, näiteks naiste suguelundite moonutamine, võtma sellekohaseid meetmeid ja toetama

sellekohaseid teavituskampaaniaid;

20. palub komisjonil tagada, et aastatuhande arengueesmärkidega seotud lepingutes keskendutaks peamiselt tervishoiu- ja haridusvaldkonnale;
21. mõistab hukka kirikute pooldatava rasestumisvastaste vahendite kasutamise keelu, kuna kondoomi kasutamisel on otsustav tähtsus haiguste ja soovimatute raseduste vältimisel;
22. mõistab hukka Ameerika Ühendriikide nn üldise vaikimisseaduse, mis takistab USAIDilt (United States Agency for International Development) pereplaneerimisega seotud abi andmiseks rahalist toetust saavatel välismaistel valitsusvälistel organisatsioonidel kasutamast oma rahalisi vahendeid, mis ei pärine Ameerika Ühendriikidest, seaduslike abiditeenuste pakkumiseks, meditsiinalaseks nõustamiseks või abordile suunamiseks;
23. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule, komisjonile, liikmesriikide valitsustele ja parlamentidele, ÜRO peasekretärile, Parlamentidevahelisele Liidule ning Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) arenguabikomiteele.