

ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



ГОБ
проект

Гендерне
бюджетування
в Україні



МІНІСТЕРСТВО
ФІНАНСІВ
УКРАЇНИ



Швеція
Sverige

Київ
2018

Цю публікацію підготовлено в рамках реалізації **Проекту «Гендерне бюджетування в Україні»**. Проект впроваджується за фінансової підтримки Швеції. Публікація базується на результатах гендерного бюджетного аналізу програм, що фінансуються з державного та місцевого бюджетів в галузі охорони здоров'я, який був здійснений Робочими групами з гендерного бюджетування Житомирська, Івано-Франківська, Черкаська, Вінницька, Сумська, Полтавська, Запорізька, Закарпатська, Херсонська, Чернівецька, Миколаївська, Київська області та місто Київ.

Г'ОБ – це комплексний гендерний підхід в бюджетній політиці та бюджетному процесі на державному й місцевому рівнях, що включає розподіл бюджетних коштів за гендерним принципом.

Публікація підготована:

Оксана Кисельова, національна експертка проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Елізабет Клатцер, міжнародна експертка проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Редакційна група:

Мая Босніч, керівниця проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Юлія Красноголов, експертка з комунікацій та моніторингу проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Ольга Чернюк, заступниця керівниці проекту, національна експертка проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Марина Шаповал, національна експертка проекту «Гендерне бюджетування в Україні»

Зміст

1. Вступ.....	4
2. Огляд ґендерних проблем і викликів у галузі.....	5
3. Огляд проблем ґендерної рівності у бюджетних програмах.....	10
4. Рекомендації.....	12
5. Перспективи подальшої роботи.....	14
6. Джерела.....	16
7. Додаток	19

1. Вступ

У цій публікації наведено огляд та критичний аналіз питань ґендерної рівності у галузі охорони здоров'я, які були оприлюднені в ґендерному бюджетному аналізі програм, які фінансувалися з державного та місцевих бюджетів в Україні в період 2015-2017 років. Публікація спирається на дані, представлені у звітах Робочих груп, які складаються з посадових осіб обласних державних адміністрацій, закладів охорони здоров'я, обласних управлінь статистики і Державної служби статистики України. У публікації також використані дані досліджень, державних документів та інших джерел. Ґендерний бюджетний аналіз був проведений під керівництвом Міністерства фінансів України в рамках комплексної реформи, яка включає впровадження ґендерного бюджетування в Україні. Ґендерний бюджетний аналіз здійснювався державними службовцями під керівництвом фінансових департаментів обласних державних адміністрацій за підтримки експертів проекту "Ґендерне бюджетування в Україні", який фінансується урядом Швеції.

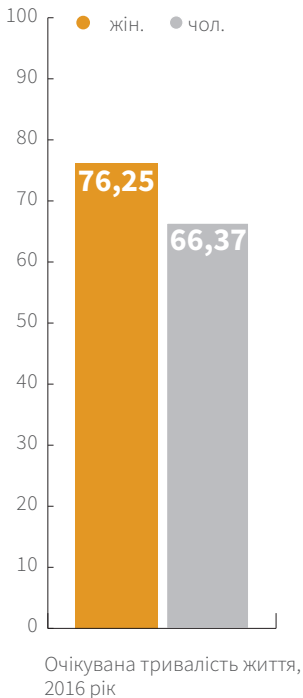
У звіті розглядається роль державної політики та бюджетних програм у ліквідації ґендерних проблем та викликів. Висвітлено досягнутий прогрес і заходи, які вже здійснені урядом для розв'язання цих проблем. Крім того, у звіті містяться рекомендації, як уряд може забезпечувати ефективність своєї політики та державних послуг у подальшій роботі з усунення виявлених ґендерних розривів і досягнення рівності.

Звіт призначений для надання стислої інформації про наявність фактичних ґендерних прогалин, виявлених у бюджетних програмах, особам, які приймають рішення в Україні (Кабінет Міністрів, Верховна Рада, інші органи влади), а також державним посадовцям, які працюють в галузі охорони здоров'я. Це допоможе реформуванню галузі в напрямку підвищення ефективності та дієвості надання державних медичних послуг.

2. Огляд ґендерних проблем і викликів у галузі

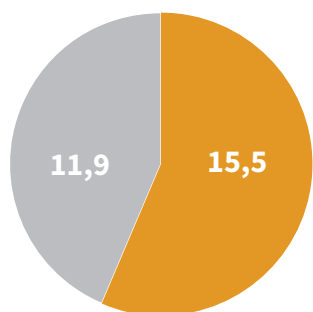
Галузь охорони здоров'я характеризується наявністю ґендерних проблем у багатьох аспектах. Що стосується стану здоров'я населення України, то існують серйозні виклики з точки зору ґендерної рівності. Урахування цих аспектів стосовно становища і проблем жінок та чоловіків у їхній різноманітності, а також стосовно послуг охорони здоров'я допоможе вирішити проблеми в галузі та підвищити ефективність реалізації політики охорони здоров'я. У цьому розділі висвітлено ключові проблеми ґендерної рівності у галузі охорони здоров'я.

Середня очікувана тривалість життя в Україні є однією з найнижчих у Європі. При цьому спостерігаються дуже різні тенденції в динаміці цього показника залежно від ґендеру. Значний ґендерний розрив в очікуваній тривалості життя за останні 15 років скоротився лише незначно: жінки живуть приблизно на 10 років довше за чоловіків. У 2016 році очікувана тривалість життя жінок в Україні становила 76,25 років, а чоловіків – 66,37 років (Міністерство охорони здоров'я України, 2017). Крім того, спостерігаються відмінності в очікуваній тривалості життя жінок і чоловіків, що проживають в містах і сільській місцевості, а також на заході і сході України, причому серед чоловіків ці відмінності є більш вираженими. Більш сприятлива ситуація, з більш високим показником середньої тривалості життя, переважає у західних регіонах України, де спостерігаються менші відмінності в цьому аспекті між чоловіками та жінками, міським та сільським населенням.



У більшості областей півдня і сходу України ситуація з очікуваною тривалістю життя населення залишається вкрай несприятливою. Очікувана тривалість життя тут нижча, ніж у середньому по Україні; відмінності в цьому показнику за статтю більш значні, а частка тих, хто досягає літнього віку, залишається найменшою (Міністерство охорони здоров'я України, 2017). Зокрема, у Житомирській області очікувана тривалість життя чоловіків становить 64 роки, а жінок – 75,4 роки.

Гендерний розрив у рівні смертності є дуже значним і не на користь чоловіків, причому найбільшим він є у працездатному віці. Розбіжності у факторах, що визначають стан здоров'я та поширеність захворювань серед чоловіків і жінок, впливають не лише з біологічних, а й з гендерних відмінностей. Причини більш високого рівня смертності серед чоловіків пов'язані з чинниками, які можна попередити, серед них: травматизм, алкоголізм та суїцид. Важливими факторами, що обумовлюють коротшу очікувану тривалість життя чоловіків, є не тільки соціальні норми та ризикована поведінка, а й слабша тенденція щодо звернення чоловіків за медичною допомогою та небезпечне виробниче середовище. Соціальні норми можуть спричиняти тиск на чоловіків як на головних годувальників своїх сімей та спонукати їх до нездорової поведінки щодо харчування та зловживання алкоголем, тютюном або наркотиками. Відомо, що такий тип поведінки значно більше поширений серед чоловіків.

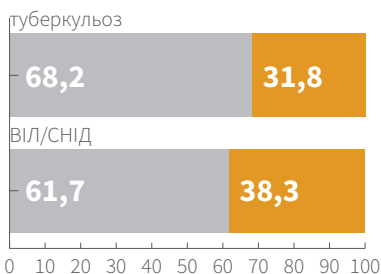


● жін. ● чол.

Зареєстровано захворювань, млн,
2016 рік

● жін. ● чол.

Співвідношення чоловіків і жінок
із уперше в житті встановленим
діагнозом, %, 2016 рік:



Гендерні відмінності спостерігаються і у поширеності захворювань в Україні: рівень захворюваності серед жінок вищий, ніж серед чоловіків. У 2016 році було зареєстровано 15,5 млн жінок та 11,9 млн чоловіків із захворюваннями, отже, офіційний рівень захворюваності серед чоловіків на 23,5% нижче (Державна служба статистики України, 2017). Великою мірою ця гендерна відмінність може бути пояснена як більшою очікуваною тривалістю життя жінок (у літніх людей більше проблем із здоров'ям), так і частішим проведенням медичних оглядів жінок.

Водночас є окремі захворювання, котрі більшою мірою переважають серед чоловіків, ніж серед жінок, як, приміром, гепатит, туберкульоз і ВІЛ-інфекція/СНІД. У 2016 р. в Україні співвідношення чоловіків і жінок із уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу складало: 68,2% до 31,8% відповідно; ВІЛ/СНІД - 61,7% до 38,3% відповідно. (Державна служба статистики України, 2017).

Серед чоловіків спостерігається не тільки більш висока захворюваність на туберкульоз як такий, а й значніша частка рецидивів і високий рівень захворюваності на мультирезистентний туберкульоз через гендерно-обумовлені відмінності у поведінці, наприклад, перерви в прийомі препаратів (Проект ГОБ, 2016, 37-38).

Крім того, поширеність ко-інфекції (туберкульозу в поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом), яка є серйозною проблемою зі здоров'ям в Україні, є особливо високою серед чоловіків. У 2015 році в Івано-Франківській області кількість вперше виявлених випадків ко-інфекції серед сільського

населення зросла вдвічі – з 21,7% до 45,6%. Це зростання відбулося за рахунок збільшення у 2,5 рази кількості хворих чоловіків із сільської місцевості (Проект ГОБ, 2016, 37).

ВІЛ-інфекція/СНІД уражає і жінок, і чоловіків, але чоловіки потерпають від неї дещо більшою мірою. Групою особливо високого ризику є люди, які вживають ін'єкційні наркотики. Серед них більш високі рівні поширеності ВІЛ-інфекції спостерігаються серед жінок (USAID 2017, 83). Крім того, значного ризику зазнають жінки, залучені до секс-роботи. Як і у багатьох сферах, дуже важливо вивчити точки перетину між ґендерною нерівністю, ґендерним насильством і вразливістю жінок до інфікування ВІЛ та відобразити їх у політиці охорони здоров'я.

Причини захворювання на вірусні гепатити, як правило, пов'язані з ґендерно-обумовленими моделями поведінки, ґендерними стереотипами краси, особливо характерними для жінок (манікюр, педикюр, пірсінг тощо), а також стандартами маскуліності, характерними для чоловіків (ризикована поведінка, вживання наркотиків, часта зміна статевих партнерів та ін.).

Що стосується онкологічних захворювань, то вони поширені як серед чоловіків, так і серед жінок, але з різною локалізацією: серед чоловіків спостерігається значно більше випадків злякисних новоутворень на губах, у ротовій порожнині, горлі

та органах дихання, тоді як серед жінок значно переважають новоутворення у молочних залозах, статевих органах та щитоподібній залозі. Поширеність онкологічних захворювань значно зростає у обох статей після 40 років і прогресує з віком. Онкологічні захворювання є другою серед основних причин смертності населення України. Хоча рівень захворюваності на злякисні новоутворення серед чоловіків і жінок майже однаковий, у чоловіків спостерігається більш високий рівень смертності від них, що пов'язано з діагностуванням хвороби на пізніх стадіях (Державна служба статистики України, 2017, 15).

Що стосується репродуктивного здоров'я, то потреби жінок в охороні репродуктивного здоров'я, ймовірно, більш очевидні, проте необхідно багато зробити для того, щоб різні потреби як жінок, так і до чоловіків, задовольнялися.

Ґендерна медицина – нова, але дуже важлива галузь досліджень і практики, яка сприяє набуттю знань про взаємодію біологічних та соціально-економічних факторів, що впливають на стан здоров'я та моделі захворювань серед жінок і чоловіків.

Оскільки частка жінок, які стають жертвами домашнього і сексуального насильства, є дуже високою, зокрема 27% жінок зазнавали насильства у дитинстві, а 33% - у дорослому віці (Wave, 2012), у галузі охорони

здоров'я необхідно приділяти особливу увагу жінкам, які перенесли насильство, на предмет захисту і лікування, забезпечення їх від нових провокацій та конфліктів під час лікування (Міністерство соціальної політики України, 2014), а також створення належних місць і притулків для всіх постраждалих дівчат і жінок.

Крім того, важливо враховувати ґендерні аспекти у таких питаннях, як можливості отримання медичної допомоги, доступність недорогих послуг охорони здоров'я і наявність перешкод у доступі до них. Чоловіки з більшою неохотою користуються профілактичними послугами охорони здоров'я та рідше звертаються до лікаря на ранніх етапах хвороби. Однією із причин є панування ґендерних стереотипів щодо сили, мужності та витримки чоловіків. В той же час у жінок і дівчат, особливо у сільській місцевості, можливості можуть бути обмежені через брак ресурсів, догляд за дітьми та ведення домашнього господарства або необхідність отримати дозвіл чоловіка. Певні групи, особливо літні люди, часто страждають від неможливості оплатити ліки, медичне приладдя, лікування в стаціонарі або проведення життєво необхідних операцій. Саме митарства у сфері охорони здоров'я є чи не найпоширенішим видом дискримінації, від якого страждають літні люди, особливо жінки. При цьому в найбільш

уразливого становищі перебувають літні жінки, які проживають самотньо (Міністерство соціальної політики України, 2014).

Робота з догляду, як оплачувана робота в галузі охорони здоров'я – у державному, приватному секторах і секторі НУО, так і неоплачувана робота з догляду вдома та у громаді, є ґендерно-диференційованою: її виконують переважно жінки. Необхідно ще дуже багато зробити для того, щоб забезпечити рівність у сфері зайнятості та умовах праці й управлінні, а також більш рівний розподіл роботи з догляду хворих вдома. У політиці охорони здоров'я слід враховувати роль осіб, які здійснюють догляд – переважно жінок – і розробити механізми надання підтримки.

3. Огляд проблем щодо ґендерної рівності у бюджетних програмах

З метою виявлення ґендерних проблем у послугах охорони здоров'я, підвищення ефективності та дієвості бюджетування і впровадження програм у 2015-2017 роках у 12 областях і місті Києві було проведено аналіз 11 бюджетних програм із ґендерної точки зору. Ці програми охоплюють такі напрямки, як протидія захворюванню на туберкульоз, ВІЛ-інфекції/СНІДу, онкологічним захворюванням, вірусним гепатитам, медико-соціальний захист дітей-сиріт, лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим тощо. Географія ґендерного бюджетного аналізу: Житомирська, Івано-Франківська, Черкаська, Вінницька, Сумська, Полтавська, Запорізька, Закарпатська, Херсонська, Чернівецька, Миколаївська, Київська області та місто Київ.

Мета ґендерного бюджетного аналізу – оцінити ступінь, у якому заплановані у програмі заходи задовольняють потреби різних груп жінок та чоловіків, як галузева і (або) бюджетна політика впливає на ґендерну рівність, а також з'ясувати, посилюють чи послаблюють ґендерну рівність заходи програм та видатки бюджету, спрямовані на їх здійснення.

Загальні результати ґендерного бюджетного аналізу є такими:

- ґендерні розриви виявлено в кожній програмі в галузі охорони здоров'я;
- ґендерні ролі та стереотипи й ґендерні відмінності у поведінці впливають на захворюваність і перебіг хвороби;
- тривалість і вартість лікування залежать

| від гендерних відмінностей у поведінці;

| програми в галузі охорони здоров'я характеризуються відсутністю уваги до гендерно-специфічних потреб;

| усунення гендерних відмінностей у профілактиці та лікуванні хвороб підвищить ефективність бюджетування в галузі охорони здоров'я;

| доступ до послуг охорони здоров'я залежить від місця проживання (місто/село) та соціально-економічного становища хворих;

| жінки становлять понад 80% персоналу закладів охорони здоров'я й дуже часто працюють у важких умовах;

| заробітна плата в галузі охорони здоров'я – одна з найнижчих серед усіх галузей (у 2017 році: 3327 грн. на місяць у жінок та 3727 грн. на місяць у чоловіків);

| гендерний розрив у оплаті праці також був одним із найменших і у 2017 році становив близько 10% (тоді як в установах мистецтва, спорту, розваг та відпочинку він досягає 39%);

| жінки є основними неоплачуваними доглядачками за хворими та особами з інвалідністю – дітьми, батьками та родичами – у домогосподарствах, причому з боку державних закладів охорони здоров'я їм надається вкрай незначна підтримка.

Детальні результати аналізу та ключові проблеми, які слід вирішити для підвищення ефективності бюджетних програм, висвітлені у Додатку.

4. Рекомендації

Результатом ґендерного бюджетного аналізу стали рекомендації щодо усунення ґендерних розривів у програмах (щодо заходів/послуг), а також щодо вдосконалення планування і бюджетування з точки зору ґендерної рівності.

Рекомендовано:

- оцінити поточну реформу галузі охорони здоров'я з ґендерної точки зору;

- повністю інтегрувати ґендерні аспекти у планування і реалізацію всіх програм та заходів у галузі охорони здоров'я, зокрема у процес визначення цілей щодо ґендерної рівності;

- продовжити охоплення ґендерним бюджетним аналізом – з урахуванням різних перетинів проявів нерівності – всіх програм у цій галузі;

- проаналізувати вплив соціально-економічної нерівності на відмінності між жінками та чоловіками у стані здоров'я як основу подальшого планування;

- проаналізувати стан доступу різних груп жінок і чоловіків до послуг охорони здоров'я і медичного обслуговування, та перешкоди цьому доступові;

- продовжити збір статистичних даних із розбивкою за статтю та ґендерної статистики, і розробити відповідні показники результативності;

- заохочувати ґендерну медицину та інтегрувати ґендерні виміри у програми медичних навчальних закладів і обов'язки медичних працівників;

зосередити увагу на підтриманні неоплачуваної роботи з догляду, виконуваної переважно жінками, з належним урахуванням їхніх потреб і, у можливих випадках, зменшення їхнього робочого навантаження;

підвищити рівень оплати праці у галузі охорони здоров'я та поліпшити умови праці медичного персоналу;

ураховувати ґендерні моделі у всіх інформаційно-роз'яснювальних та просвітницьких заходах стосовно здорового способу життя, запобігання ризикованій поведінці, проходження профілактичних медичних оглядів і доступу до послуг із догляду;

акцентувати увагу на забезпеченні спеціального догляду особам, які пережили сексуальне насильство, наданні їм належних послуг і задоволенні їхніх потреб.

5. Перспективи подальшої роботи

За результатами ґендерного бюджетного аналізу програм у галузі охорони здоров'я були визначені ґендерні розриви й розроблені рекомендації Міністерству охорони здоров'я України щодо зменшення цих розривів. Ці зміни слід внести до програм і бюджетних документів відповідно з наданими рекомендаціями. Проект ҐОБ планує відстежувати зміни у програмах і бюджетних документах та оцінювати їхній вплив на життя жінок і чоловіків.

Великий обсяг змін уже можна внести на основі наявних знань і висновків, проте деякі питання необхідно дослідити глибше, як-от:

- потреби різних груп хворих жінок і чоловіків;
- подальше вивчення доступності медичних послуг і перешкод доступові різних груп жінок і чоловіків до цих послуг, а також рівня задоволеності цими послугами;
- становище дівчат і хлопців, хворих на туберкульоз, вірусний гепатит і ВІЛ-інфекцію/СНІД;
- причини тенденції до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок та пацієнток, хворих на СНІД, і способи зміни наряду цієї тенденції на протилежний;
- ґендерні аспекти у шляхах передачі захворювань;
- причини більшого відсотка удочерінь порівняно з відсотком усиновлень;

попит на проведення партнерських пологів у пологових будинках і перинатальних центрах;

причини ґендерного розриву в оплаті праці медичного персоналу;

способи надання соціальної та медичної підтримки хворим, особливо особам із хронічними захворюваннями, вдома з метою зменшення робочого навантаження на жінок;

продовження ґендерного аналізу бюджетних асигнувань і використання бюджетних коштів у масштабах усієї галузі охорони здоров'я.

У цілому ґендерний бюджетний аналіз, його результати та рекомендації надають широкий масив інформації та орієнтирів для підвищення ефективності й дієвості галузі охорони здоров'я. Вони вказують на перспективні шляхи оптимізації державних видатків і надання послуг у цій галузі.

Джерела

АМР США/Україна (2017): Звіт за результатами гендерного аналізу.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00mq3k.pdf

Державна служба статистики України (2012): Діти, жінки та сім'я в Україні. Київ, 2012

Державна служба статистики України (2016): Населення в Україні 2015. Щорічний демографічний збірник. Київ, 2016.

Державна служба статистики України (2017): Середньомісячна заробітна плата жінок та чоловіків за видами економічної діяльності у 2017 році.

http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/gdn/Szp_ed/Szp_ed_u/Szp_ed_2017_u.htm

Державна служба статистики України (2017): Жінки і чоловіки в Україні. Статистичний збірник. Київ, 2017.

Міністерство охорони здоров'я України (2016): Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, 2016.

Міністерство охорони здоров'я України (2017): Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, 2017.

Міністерство соціальної політики України (2014): Доповідь про виконання Україною Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Восьма періодична доповідь. Київ, 2004.

Організація «Жінки проти насильства у Європі» (2012): Інформаційний бюлетень «Насильство щодо жінок». У публікації «Насильство щодо жінок, зокрема з груп мігрантів та меншин. Звіт по країні», 2012.

Проект ҐОБ (2015): Ґендерний бюджетний аналіз програм пілотних областей та галузевих міністерств (стислий виклад). Київ, 2015.

Проект ҐОБ (2016): Ґендерний бюджетний аналіз програм, які фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Стислий виклад. Київ, 2016.

Рада Європи / Швеція (2016): Запобігання та боротьба з насильством щодо жінок та домашнім насильством в Україні. Рекомендації щодо переліку мінімальних спільних категорій даних, необхідних для збирання комплексної інформації про випадки насильства щодо жінок та домашнього насильства в Україні: висновки Міжвідомчої робочої групи з питань збирання даних.

Україна (2014): Національний огляд виконання Україною Пекінської декларації та Платформи дій (1995) і заключних документів Двадцять третьої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН (2000) у контексті двадцятої річниці четвертої Всесвітньої конференції зі становища жінок та ухвалення Пекінської декларації та Платформи дій. Київ, 2014.

Додаток

Огляд проблем щодо ґендерної рівності, виявлених у ході ґендерного бюджетного аналізу бюджетних програм у галузі охорони здоров'я

Протидія захворюванню на туберкульоз – Житомирська, Івано-Франківська, Черкаська області

Більш висока захворюваність на туберкульоз серед чоловіків (66-69%).

Більшість хворих чоловіків – працездатного віку.

Серед жінок захворювання більш поширене у віковій групі 65 років і старше.

Зростає захворюваність серед дітей, причому частка хворих дівчат більше.

Високі темпи зростання захворюваності на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, особливо серед чоловіків.

Серед чоловіків, хворих на туберкульоз, більший відсоток рецидивів (11% від загальної кількості хворих чоловіків; серед жінок цей показник становить 7%).

Гендерно-обумовлені відмінності у поведінці, наприклад, переривання прийому препаратів чоловіками; як наслідок, дуже велика частка чоловіків з ускладненнями хіміорезистентного характеру.

Вартість лікування чоловіків дорожче, ніж жінок (у Івано-Франківській області – на 32%), тому що чоловіки становлять більшість серед хворих на мультирезистентний туберкульоз, лікування котрого коштує дуже дорого.

Конкретні просвітницькі та інформаційно-роз'яснювальні заходи для цільових груп хворих (чоловіків і жінок) та різних груп населення підвищеного ризику.

Збільшення ресурсів на вакцинацію дітей для охоплення всіх дітей.

Заходи зі зменшення переривань лікування (особливо серед чоловіків).

Послуги з догляду з урахуванням гендерних аспектів і віку.

Підтримка осіб, які доглядають хворих удома.

Надання хворим чоловікам і жінкам медико-соціальної підтримки після лікування.

Гендерні проблеми

Основні питання, що слід вирішити у плануванні, наданні послуг і бюджетуванні

Протидія онкологічним захворюванням – Житомирська і Київська області

Більша частка випадків злоякісних новоутворень серед жінок (52,6%), ніж серед чоловіків (47,4%).

Темпи зростання захворюваності на злоякісні новоутворення серед чоловіків більш ніж учетверо вищі, ніж серед жінок.

Різна локалізація злоякісних новоутворень, що залежить як від біологічних факторів (гормональних змін тощо), так і від соціальних факторів та способу життя (чоловіки – паління, зловживання алкоголем, ризикована поведінка; жінки – неконтрольований вплив сонця під час роботи на сільськогосподарських ділянках, засмага, косметика, засоби побутової хімії тощо).

Рівень смертності серед онкохворих чоловіків вище, ніж серед жінок.

Більш високий рівень смертності серед онкохворих чоловіків, як правило, пов'язаний з діагностуванням хвороби на пізніх стадіях, що прямо пов'язано з гендерно-обумовленими моделями поведінки (нехтування щорічних медоглядів та звернень до лікарів за перших ознак хвороби тощо).

У жінок вищий відсоток злоякісних новоутворень, виявлених на ранніх стадіях, ніж у чоловіків, тому що жінки частіше відвідають лікаря і звертаються при перших ознаках хвороби.

Створення обласного реєстру онкохворих осіб з урахуванням гендерно-дезагрегованих даних.

Підвищення рівня обізнаності населення з питань онкології та профілактики злоякісних новоутворень з урахуванням гендерних особливостей у поширеності захворювань.

Поліпшення своєчасної та ранньої діагностики раку з урахуванням гендерних особливостей у поширеності захворювань, підвищення з цією метою кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення захворювання у жінок і чоловіків, забезпечення лікування хворих на рак осіб у спеціалізованих онкологічних закладах.

Організація онкологічної допомоги, діагностики, лікування та реабілітації онкологічних хворих з урахуванням гендерних особливостей у поширеності захворювань.

Залучення засобів масової інформації, навчальних закладів і громадських організацій до інформування населення з питань профілактики, раннього виявлення та ефективного лікування онкологічних захворювань у жінок і чоловіків.

Розробка і видання пам'яток для жінок і чоловіків щодо ризиків онкологічних захворювань, для онкохворих жінок і чоловіків – щодо можливостей подолання хвороби.

Профілактика, діагностика та лікування вірусних гепатитів – Вінницька та Київська області

Частка чоловіків (64,6%), хворих на вірусні гепатити, більша, ніж жінок (35,4%).

Гендерно-обумовлені причини захворювання на вірусні гепатити, як правило, пов'язані з гендерно-обумовленими моделями поведінки, гендерними стереотипами краси, особливо характерними для жінок (манікюр, педикюр, пірсінг тощо), а також стандартами маскулітності, характерними для чоловіків (ризикова поведінка, вживання наркотиків, часта зміна статевих партнерів та ін.).

Виразений фіброз печінки переважає у чоловіків (56%).

Тривалість і вартість лікування пацієнтів із вираженим фіброзом печінки (цирозом) збільшується в два рази, тобто лікування чоловіків коштує дорожче.

Посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед жінок і чоловіків щодо шляхів поширення вірусних гепатитів.

Посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо необхідності вакцинації проти гепатиту В новонароджених та осіб груп ризику, а також щодо своєчасного медичного обстеження.

Розробка Українського реєстру вірусних гепатитів з урахуванням гендерно-специфічних проблем профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів з включенням до нього показників, розподілених за статтю.

Гендерні проблеми

Основні питання, що слід вирішити у плануванні, наданні послуг і бюджетуванні

Медико-соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування – місто Київ, Полтавська область

Серед вихованців будинків дитини у м. Києві чисельно переважають хлопчики – 56 % (середньорічний відсоток чисельності).

Відсоток удочерінь серед дівчаток раннього віку (5 із 10 дівчаток) суттєво переважає відсоток всиновлень серед хлопчиків (2 із 10 хлопчиків). Це може бути пов'язане з гендерними стереотипами батьків щодо виховання дітей.

У всіх категоріях персоналу будинків дитини м. Києва чисельно переважають жінки.

Гендерний розрив у оплаті праці серед керівників становить 25,4%. Розмір заробітної плати чоловіків-керівників вищий за рахунок нарахувань за стаж роботи та категорію медичного працівника.

Популяризація серед чоловіків-медиків і педагогів працевлаштування у будинках дитини.

Покращення системи раннього виявлення та вчасної медичної реабілітації дівчат і хлопців з порушеннями розвитку.

Розширення переліку послуг, що надаються дівчатам і хлопцям у будинках дитини, наприклад, розроблення альтернативних форм цілодобового догляду для дівчат та хлопців з інвалідністю тощо.

Гендерні проблеми

Основні питання, що слід вирішити у плануванні, наданні послуг і бюджетуванні

Лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим – місто Київ

Послуги, що надаються пологовими будинками й перинатальними центрами м. Києва, орієнтовані виключно на жінок (вагітних, роділь та породіль).

У цих закладах не передбачені послуги для чоловіків-партнерів у пологах, не ведеться статистика партнерських пологів, а також не обліковується попит та звернення щодо отримання таких послуг.

У всіх категоріях персоналу пологових будинків та перинатальних центрів м. Києва чисельно переважають жінки.

Гендерний розрив у оплаті праці в одній професійній категорії становить 7,4-9,4%.

Розширення переліку послуг, що надаються жінкам, новонародженим та чоловікам-партнерам у пологових будинках та перинатальних центрах м. Києва (наприклад, заняття з допологової підготовки, партнерські пологи та ін.).

Урахування гендерних особливостей функціонування та фінансування системи лікарсько-акушерської допомоги вагітним, породіллям та новонародженим у майбутніх програмах.

Гендерні проблеми

Основні питання, що слід вирішити у плануванні, наданні послуг і бюджетуванні

Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу – Черкаська, Вінницька і Сумська області

Частка чоловіків (54%) серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під диспансерним наглядом в лікувально-профілактичних закладах, більша, ніж частка жінок (46%); частка чоловіків, у яких діагностовано СНІД, становить 65%, жінок – 35% (Черкаська область).

Серед нових зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ у 2015 р. у Черкаській області 43% - жінки, 57% - чоловіки; серед осіб, у яких вперше в житті встановлено СНІД, 41% - жінки, 59% - чоловіки.

Високий рівень захворюваності серед чоловіків на ВІЛ/СНІД, як правило, є наслідком гендерно-обумовленої поведінки (ризикована поведінка, вживання ін'єкційних наркотиків, полігамні стосунки, незахищені сексуальні відносини тощо). Окрім того, як правило, чоловіки погоджуються на обстеження й лікування на пізніх стадіях захворювання.

Очевидною є тенденція до збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок та жінок, хворих на СНІД; відбувається так звана “фемінізація” інфекції.

Поширення ВІЛ/СНІДу серед жінок через сексуальне насильство (зґвалтування), примушування до незахищених сексуальних відносин (без презервативу), робота у сфері “секс за гроші” тощо.

Проведення гендерно-чутливих інформаційних заходів з питань подолання стигматизації та дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих жінок і чоловіків та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Розробка, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя у населення з урахуванням гендерного компонента.

Забезпечення гендерно-чутливого підходу до жінок і чоловіків – учасників програм профілактики з числа представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Забезпечення вільного доступу жінок і чоловіків до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Гендерні проблеми

Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції у І клінічній стадії є статевий – 75%, парентеральний становить – 25% (Черкаська область).

Інфікування ВІЛ статевим шляхом характерно для 58% жінок та 42% чоловіків.

За інфікування парентеральним шляхом співвідношення становить 7% жінок до 93% чоловіків (Черкаська область). Тобто жінки інфікуються найчастіше через незахищені сексуальні відносини, а чоловіки – через вживання ін'єкційних наркотиків.

Зростання частки статевого шляху інфікування свідчить також про несприятливу тенденцію розвитку епідемії, збільшення кількості інфікованих вагітних жінок та народжених ними дітей.

У 2015 році в Черкаській області у загальній кількості передтестових консультувань жінки становили 61%, чоловіки - 39%; серед тих, хто погодився на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, 61% – жінки, 39% - чоловіки; серед тих, хто пройшов післятестове консультування, 64% - жінки, 36% - чоловіки.

Значна частина жінок проходять тестування на ВІЛ-інфекцію в межах загального обстеження під час вагітності.

