

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 12

Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?

Sarah Payne



Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE

SEX FACTORS

HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY

PATIENT ADVOCACY

SOCIAL JUSTICE

HEALTH POLICY

EUROPE

Данный документ представляет собой очередной аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?

Содержание

| | Стр. |
|---|------|
| Основные положения | |
| Реферат | |
| Краткий аналитический обзор | |
| Вопрос политики: гендерная справедливость в системах здравоохранения и службах медико-санитарной помощи | 1 |
| Подходы к достижению гендерной справедливости | 10 |
| Стратегические подходы: три примера | 18 |
| Создание условий для реализации | 33 |
| Резюме | 37 |
| Библиография | 38 |

Авторы

Sarah Payne, факультет исследований в области политики, Бристольский университет, Соединенное Королевство.

По просьбе редакционной коллегии в данном аналитическом обзоре главное внимание намеренно сосредоточено не на рассмотрении более широких общих и межсекторальных стратегий, которые могут быть направлены на смягчение воздействия на здоровье как непосредственных, так и более отдаленных социально-экономических детерминант, связанных с гендерными особенностями, а на том, какие меры системы здравоохранения могли бы предпринять для преодоления различных форм гендерной несправедливости, проявляющихся в доступе к медико-санитарной помощи и в ее качестве. Например, вопрос о функции стратегического управления, которую могут выполнять министерства здравоохранения в своих странах, поднимается в качестве важнейшего подразаумываемого тезиса в обсуждении данной темы, но не в связи с разработкой и финансированием стратегий и программ, которые способны преодолеть гендерные различия в образовании и профессиональных навыках, к чему призывает опубликованный ВОЗ в 2008 году заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья "Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: справедливость в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты здоровья".

Редакторы

Под редакцией Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы

Enis Bariş
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск

Jonathan North
Kate Willows

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

No: 12

ISSN 1998-4081

Основные положения

Вопросы политики

- Данные о смертности, заболеваемости и пользовании услугами здравоохранения демонстрируют существенные различия по этим показателям между женщинами и мужчинами.
- Деятельность систем здравоохранения может вносить важный вклад в достижение гендерного равенства и справедливости путем учета гендерных аспектов по различным направлениям (см. вставку 1 на стр. 3, где приведены определения понятий “гендерное равенство” и “гендерная справедливость”).
- Выявление гендерных неравенств и обеспечение гендерной справедливости также составляют важнейшие компоненты надлежащего стратегического управления системами здравоохранения.

Стратегические подходы/варианты

Усилия по достижению гендерного равенства и гендерной справедливости могут предприниматься по различным направлениям, включая законодательство, организационные процессы и сбор информации.

- Нормативно-правовые подходы на национальном уровне могут быть направлены на соблюдение прав пациентов или вменить в обязанность государственным учреждениям обеспечивать соблюдение принципов гендерного равенства. Такая обязанность потребует от министерств здравоохранения выявлять возможные аспекты деятельности системы здравоохранения, способствующие сохранению и углублению неравенств, и предпринимать меры, направленные на достижение гендерного равенства.
- Организационные подходы служат для того, чтобы сосредоточить внимание на использовании (в системах здравоохранения) различных инструментов для выявления гендерных неравенств и определения оптимальных путей их устранения. Так, например, одним из организационных подходов является так называемое "гендерное бюджетирование", которое предусматривает проведение анализа государственных расходов и позволяет четко определять гендерные последствия принимаемых бюджетных решений.
- Информационные подходы сосредотачивают внимание на роли сбора данных в создании необходимого объема информации о гендерных неравенствах. Так, например, показатели здоровья, имеющие гендерную специфику, предназначены для выявления

ключевых различий между женщинами и мужчинами в отношении здоровья и его социальных детерминант и формирования на этой основе более совершенной политики.

Все эти подходы необходимо оценивать в плане возможного полезного эффекта, необходимых затрат, а также барьеров, препятствующих позитивным изменениям. Полезные эффекты включают, например, повышение актуальности гендерных вопросов в глазах общественного мнения, улучшение показателей здоровья населения, а также повышение эффективности и полезной отдачи от ресурсов, вложенных в предоставление услуг. Расходы могут быть связаны с необходимостью выделения большего объема ресурсов для обучения, мониторинга и оценки, а также сбора тех или иных дополнительных данных. Барьеры могут включать отсутствие понимания проблематики и недостаток политической воли. Среди факторов, способствующих позитивным изменениям, можно отметить, например, деятельность активных поборников гендерной справедливости, а также наличие предшествующего опыта (на местном или национальном уровне) по проведению реформ, направленных на обеспечение гендерной справедливости, в других секторах.

Создание условий для реализации

Применение любых подходов требует финансовых и кадровых ресурсов, политической приверженности, долгосрочного подхода, прозрачных процессов принятия решений, наличия данных в разбивке по полу, проведения учебной работы и вовлечения всех заинтересованных сторон. Надежное стратегическое управление в рамках системы здравоохранения может помочь в обеспечении всех этих условий.

Однако следует отметить, что даже небольшие изменения могут служить стимулом для дальнейших полезных сдвигов. Так, например, обязательное представление данных по ключевым показателям здравоохранения в разбивке по полу может способствовать получению объективной информации о гендерных различиях в отношении здоровья, что, в свою очередь, явится обоснованием для принятия соответствующих мер.

Как только будет постепенно налажено систематическое поступление данных в разбивке по полу, появится возможность проследить динамику, что позволит обосновывать распределение ассигнований с учетом гендера. Начинать можно с постановки относительно скромных целей, например таких как оценка различий между женщинами и мужчинами по уровню использования конкретных услуг здравоохранения, а затем приступить к формированию и реализации стратегий, направленных на сокращение и устранение подобных различий или на достижение гендерной справедливости в масштабе всей системы.

Реферат

Вопрос политики и характер проблемы

Гендерные различия в отношении здоровья и в отношении того, насколько качественно системы здравоохранения и службы медико-санитарной помощи удовлетворяют потребности женщин и мужчин, всем хорошо известны: в Европе между мужчинами и женщинами наблюдается разница в продолжительности жизни, риске смертности и заболеваемости, в моделях поведения относительно собственного здоровья и в пользовании услугами здравоохранения. Одновременно в результате исследований появляется все больше фактических данных, которые демонстрируют важность целого ряда различных социальных детерминант здоровья, так взаимодействующих с гендерным неравенством в разных его проявлениях, что их воздействие на здоровье может усиливаться еще больше.

Помимо этого все большее признание получает тот факт, что, когда политика здравоохранения не направлена на удовлетворение потребностей ни мужчин, ни женщин, она может усугублять гендерное неравенство, и что системы здравоохранения обязаны предпринимать усилия по достижению гендерной справедливости. Эти усилия являются одним из элементов разумного стратегического управления, а также составной частью деятельности по удовлетворению потребностей обслуживаемого населения. Цели достижения гендерной справедливости были сформулированы и в заявлениях с изложением позиций ВОЗ, Организации Объединенных Наций и Европейского Союза (ЕС). Для целей настоящего аналитического обзора под термином "проблема политики" понимается то, каким образом системы здравоохранения могли бы подходить к достижению гендерной справедливости с тем, чтобы уменьшить разрыв между мужчинами и женщинами в отношении здоровья и улучшить коэффициент полезного действия в своей работе. В данном документе названы некоторые из основных подходов, которые используются для достижения гендерной справедливости в системах здравоохранения, и более подробно описываются три примера, чтобы показать, как можно было бы развивать эти методы в контексте политики здравоохранения разных стран Европы.

К числу коренных причин обусловленного гендерными различиями разрыва в отношении здоровья, на устранение которых могли бы направить свои усилия системы здравоохранения и службы медико-санитарной помощи, относятся различия между женщинами и мужчинами в пользовании профилактической медицинской помощью, в моделях поведения по отношению к собственному здоровью и в

имеющемся у них доступе к медицинской помощи и лечению – т.е. в тех факторах, которые влияют на конечные результаты в отношении здоровья у женщин и у мужчин. Точную долю гендерного разрыва, которую можно было бы отнести на счет гендерного неравенства, заложенного в планировании и предоставлении услуг здравоохранения, подсчитать трудно. Однако последствия непринятия мер по решению гендерного вопроса будут, по всей вероятности, включать постоянно сохраняющуюся избыточную смертность среди мужчин, неполное или нерациональное использование ресурсов здравоохранения, низкий уровень удовлетворенности пользователей и, быть может, в некоторых странах расширение гендерного разрыва в отношении здоровья.

Подходы к достижению гендерного равенства и гендерной справедливости

В системах здравоохранения в Европе по-разному признается наличие проявлений гендерного неравенства и гендерной несправедливости. В разных странах для достижения гендерной справедливости используют целый ряд стратегий. Эти стратегии можно разбить на категории: нормативно-правовые подходы, организационные подходы и информационные подходы. Здесь важно отметить, что для реального достижения целей гендерной справедливости эти подходы, возможно, понадобится комбинировать.

- Нормативно-правовые подходы включают законодательство, направленное на противодействие дискриминации, защиту прав человека и защиту прав пациента, и законы, обязывающие органы управления в государственном секторе принимать меры противодействия проявлениям гендерного неравенства.
- К организационным подходам относится включение гендерных проблем в число наиболее приоритетных, разработка бюджетов с учетом особых гендерных потребностей (т.н. "гендерное бюджетирование"), проведение оценок воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин, установление целевых показателей для конечных результатов в отношении здоровья и использование гендерных инструментов, облегчающих проведение оценки фактических данных, касающихся гендерных различий. При этих подходах используются разнообразные инструменты, позволяющие выявлять и наглядно показывать проблемы гендерной справедливости, присутствующие в принятии решений по налогово-бюджетным вопросам, в разработке и реализации политики и в конечных результатах политики.

- При информационных подходах главное внимание уделяется необходимости иметь достоверную и полную информацию, что является стержнем эффективного стратегического управления здравоохранением. К таким подходам относится использование показателей здоровья, учитывающих гендерную специфику, и индексов гендерной справедливости, например, применяемых Всемирным банком, Всемирным экономическим форумом и ЕС.

Примеры трех подходов

Нормативно-правовые подходы

Опыт принятия законов, обязывающих соблюдать принципы гендерного равенства, существует в относительно немногих странах. Такие законы требуют, чтобы органы управления в государственном секторе активно направляли свои усилия на противодействие гендерному неравенству в различных его формах и во всех своих действиях укрепляли гендерное равенство. К положительным сторонам таких подходов можно отнести их масштабность, ибо они распространяются на все органы управления в государственном секторе, а не только на системы здравоохранения, а достигаемое в результате включение гендерных проблем в число наиболее приоритетных благотворно сказывается на более широкой программе достижения равенства. К издержкам относится необходимость расходовать средства на распространение нормативно-правовых документов, обучение, мониторинг и правоприменение. Препятствиями для этих подходов являются отсутствие политической воли, время, требующееся для принятия государственного законодательства, и необходимость дополнительных ресурсов.

Организационные подходы

"Гендерное бюджетирование" означает оценку бюджетов с учетом особых гендерных потребностей главным образом на уровне всего государства, но также и на местном уровне, и реструктуризацию доходной и расходной частей бюджета в целях повышения гендерной справедливости. Такой подход применяется в целом ряде европейских стран, хотя в основном по отношению к рынкам труда, налоговой системе и мероприятиям налоговой политики, и реже используется в системах здравоохранения. К преимуществам гендерного бюджетирования относятся: улучшение показателей экономического роста в результате улучшений в образовании и занятости женщин, достижение лучшего понимания гендерных последствий различных мер налоговой политики и легкость реализации этого подхода (поскольку он является прагматичным

и может рассматриваться как относительно легкий отправной пункт). Препятствия на пути его применения включают необходимость политической приверженности и разумного стратегического управления, а также потребность в собственных кадрах (которых может не хватать) и данных хорошего качества и достаточной сложности, чтобы можно было оценивать различные гендерные аспекты.

Информационные подходы

Показатели здоровья, учитывающие гендерную специфику, представляют собой наборы специфических национальных (или международных) данных, определяемых как ключевые показатели гендерного неравенства в различных проявлениях. При выборе адекватных показателей руководствуются потребностями заинтересованных сторон, а также соображениями актуальности, понятности, ясности, специфичности, пригодности по формату и времени. Показатели дают возможность выстраивать политику на основе конкретных и измеримых целей, а также позволяют лицам, формирующим политику, и не только им, оценивать ход достижения запланированных результатов. Показатели рассчитаны на использование вместе с другими подходами к обеспечению гендерной справедливости. Положительные стороны включают относительную легкость внедрения гендерно-чувствительных показателей здоровья в масштабах всей системы здравоохранения, их специфичность и целевой характер, а также связь с измеримыми результатами. К издержкам относятся потребности в дополнительных ресурсах в случае необходимости собирать новые данные. Некоторые показатели критикуются за их чрезмерно медицинскую направленность, и есть свои доводы в пользу применения при планировании систем здравоохранения более широких социальных показателей.

Создание условий для реализации

Для того, чтобы успешно реализовать все вышеуказанные подходы, необходимо создать один и тот же набор условий:

- данные хорошего, высокого качества с разбивкой по гендерному признаку, всегда имеющиеся в наличии как один из элементов действующей системы, в разных форматах и на соответствующем уровне;
- политическая приверженность и восприятие применяемого подхода как своего собственного;
- финансовые и кадровые ресурсы, выделяемые стабильно с расчетом на длительную перспективу;

- качественное, регулярное и постоянно совершенствуемое обучение всех, кто задействован в реализации этих подходов,
 - оценка эффективности (в том числе проверка силами сторонних экспертов) используемых мер вмешательства и стратегий;
 - вовлечение в работу ключевых заинтересованных сторон на всех уровнях;
 - приверженность заинтересованных партнеров и лиц, принимающих решения, а также эффективное стратегическое руководство со стороны государственного ведомства (министерства), отвечающего за здравоохранение.
-

Краткий аналитический обзор

Вопрос политики: гендерная справедливость в системах здравоохранения и службах медико-санитарной помощи

Существует значительное количество исследований, посвященных различиям между женщинами и мужчинами в том, с чем они сталкиваются, когда заболевают, и насколько полно службы здравоохранения удовлетворяют их потребности. Как показывают данные из отдельных стран и из международных источников, во всем мире у мужчин выше смертность и меньше продолжительность жизни, чем у женщин, но женщины обычно чаще болеют, чем мужчины, хотя и здесь наблюдаются различия на протяжении жизни и в зависимости от конкретных условий (1). В большинстве стран у женщин также выше ожидаемая продолжительность здоровой жизни, чем у мужчин, однако они проживают большее число лет с какой-либо инвалидностью (2).

Отчасти этот разрыв между мужчинами и женщинами отражает биологические различия, т.е. различия между мужчинами и женщинами по репродуктивной функции, гормональным и генетическим влияниям (1,3). Гендер – это термин, которым обозначаются сложившиеся в обществе различия между женщинами и мужчинами, включая ожидания в отношении ролей и обязанностей, а также различия в моделях занятости и неоплачиваемого труда (4). Гендер важен для объяснения многих различий между мужчинами и женщинами, и системам здравоохранения принадлежит ключевая роль в уменьшении неравенства между ними в отношении здоровья. Нам известно, например, что существуют различия между мужчинами и женщинами в формах поведения, способствующих как смертности, так и заболеваемости, и большего успеха скорее достигнут те системы здравоохранения, которые в своих стратегиях общественного здравоохранения учитывают эти гендерные различия (5,6).

Есть между женщинами и мужчинами различие и в том, как они пользуются медико-санитарной помощью: первые обращаются за помощью чаще, особенно в учреждении первичного звена. Необходимо также признать недостаточное пользование мужчинами некоторыми услугами и принять меры по исправлению такого положения (5,7,8). В целом ряде исследований было показано, что практические аспекты пользования медицинскими услугами мужчинами и женщинами – т.е. то, насколько полно эти услуги могут удовлетворить их потребности – определяются влиянием различных факторов, связанных с гендерной принадлежностью. Например, на доступ к услугам влияют часы работы врачей и возможность записаться к ним на прием, а в некоторых странах

и финансовые ограничения. Мужчинам, занятым на работе полный рабочий день, часто бывает трудно обратиться за медико-санитарной помощью, однако и женщинам, выполняющим работу по уходу за детьми и по дому, тоже порой может быть сложно иметь доступ к услугам (4,9). Могут не оказываться услуги с учетом гендерных особенностей – например, так, чтобы стационарная помощь предоставлялась отдельно в мужских и женских отделениях или врачом того же пола, что и пациент (10). Могут также возникать вопросы, касающиеся медицинских знаний: гендерная тенденциозность в некоторых медицинских исследованиях означает, что нет полного понимания гендерных различий в проявлении симптомов и биологических или связанных с полом различий, влияющих на правильный подбор доз лекарственных средств (1).

В данном обзоре не пересказываются все эти аргументы, а описываются ключевые вопросы, связанные с предоставлением адекватной и доступной медико-санитарной помощи на доказательной основе женщинам и мужчинам, и рассматривается, как государственные стратегии могли бы привести к улучшению практических аспектов оказания помощи и результатов этой помощи для здоровья людей обоего пола. Также указываются сильные стороны, издержки и препятствия, связанные с различными подходами. Совершенно очевидно, что системы здравоохранения, которые решают эти проблемы самыми различными средствами, могут вносить важный вклад в достижение гендерного равенства и гендерной справедливости (см. вставку 1, где приводятся определения терминов "гендерное равенство" и "гендерная справедливость").

Формирование вопросов политики

Что касается вопроса политики, то в необходимости включения гендерных проблем в число наиболее приоритетных в деятельности европейских систем здравоохранения присутствуют два ключевых элемента. Первый элемент – недостаток внимания к гендерным проблемам (несправедливости) в государственной политике в целом и, что чрезвычайно важно, в политике здравоохранения в частности. Второй элемент состоит в том, что европейские системы здравоохранения в целом не справляются с удовлетворением различных потребностей в услугах здравоохранения, которые имеются у мужчин и у женщин. С этим же связан и тот факт, что ключевым аспектом в обеспечении разумного стратегического управления системой здравоохранения со стороны министерств (политических руководителей), отвечающих за здравоохранение, является учет специфических гендерных потребностей и реагирование на них. Хотя эти два элемента тяготеют к

Вставка 1. Гендерная справедливость и гендерное равенство

В данном аналитическом обзоре излагаются возможные механизмы, благодаря которым политика здравоохранения может влиять на состояние дел в области гендерной справедливости и содействовать ее обеспечению. Термины "гендерная справедливость" и "гендерное равенство" порой используются по-разному в различных странах и в различных контекстах, при этом имеются определенные разногласия относительно того, какой из двух терминов является предпочтительным. В данном кратком аналитическом обзоре мы следуем определениям, приведенным в Мадридском заявлении "Здравоохранительные аспекты обеспечения справедливости и равноправия в отношении полов в Европе":

Гендерная справедливость (Gender equity)

"... означает честность и справедливость в распределении благ и преимуществ, власти, ресурсов и сфер ответственности между женщинами и мужчинами. В данной концепции признается, что у женщин и мужчин различные потребности, власть и доступ к ресурсам и что эти различия должны выявляться и рассматриваться таким образом, чтобы это способствовало преодолению дисбаланса и диспропорций между полами".

Гендерное равенство (Gender equality)

"... означает отсутствие дискриминации по половой принадлежности в том, что касается возможностей, распределения ресурсов или благ, а также доступа к службам и услугам."

В аспекте охраны здоровья представляют важность оба эти определения. Неравенства по показателям здоровья между женщинами и мужчинами отражают как биологические факторы, которые остаются неизменными, так и социально обусловленные гендерные различия, на которые можно оказывать влияние. Поэтому целью политики здравоохранения чаще является достижение гендерной справедливости, а не гендерного равенства. Так, например, политика не должна быть направлена на обязательное уравнивание показателей смертности и заболеваемости между мужчинами и женщинами, поскольку некоторые существующие различия отражают чисто биологические аспекты, влияющие на здоровье.

Однако представляется трудным или даже невозможным определить, какая доля различий в показателях здоровья между женщинами и мужчинами относится к биологическим факторам, а какая – к гендерным. Так, например, данные научных исследований свидетельствуют о том, что биологические особенности женского организма, в частности генетические, делают их более восприимчивыми, чем мужчины, к патологии, связанной с употреблением табака, но при этом также играют определенную роль и гендерные различия в поведенческих аспектах курения. В основе обеспечения гендерной справедливости в отношении здоровья лежит не достижение одинаковых конечных результатов в отношении здоровья для мужчин и для женщин, а сокращение неравенств между ними в плане ресурсов и возможностей для охраны здоровья, включая различия в том, насколько полно системы удовлетворяют их конкретные потребности.

В данном аналитическом обзоре термин "гендерная справедливость" используется в отношении ситуаций, в которых женщины и мужчины имеют различные потребности, что необходимо учитывать в политике здравоохранения. Термин "гендерное равенство" используется для описания различий в показателях здоровья, а также в контексте действий, осуществляемых на национальном уровне (в тех случаях, когда именно этот термин используется в конкретной стране).

*см. "Здравоохранительные аспекты обеспечения справедливости и равноправия в отношении полов: необходимость прогресса" (Мадридское заявление), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г.

взаимодополнению, здесь они рассматриваются отдельно, чтобы можно было показать специфические признаки каждого из них.

Растущее признание того, что социальная несправедливость более широкого плана сказывается на здравоохранении и здоровье, требует, чтобы мы рассмотрели вопрос о том, каким образом сами системы здравоохранения вносят вклад в несправедливость. Кроме того, в ЕС, а также со стороны ВОЗ и Всемирного банка все больше подчеркивается значимость социальных детерминант здоровья. Признается, что одним из важных факторов, влияющих на распределение таких социальных детерминант, является гендерный фактор, и это также усиливает потребность в том, чтобы в стратегиях здравоохранения учитывались различия между мужчинами и женщинами в рисках плохого здоровья. Наконец, растущая роль рыночных механизмов, действующих в европейских системах здравоохранения, усиливает важность того, чтобы министерства здравоохранения обращали внимание на такие гендерные вопросы в процессе осуществления своей функции стратегического управления (11, 12).

Вот почему все громче раздается призыв к применению стратегии ВОЗ в отношении интегрирования гендерных вопросов, в которой государствам-членам настоятельно рекомендуется "включать гендерный анализ и гендерное планирование в совместный процесс стратегического и оперативного планирования и, при необходимости, бюджетного планирования, в том числе в стратегии стран в области сотрудничества" (13). Такое обязательство добиваться устранения гендерной несправедливости в государственной политике вытекает из целого ряда предшествующих документов или движений, в которых отстаивались права женщин в странах с более низким уровнем доходов или в развивающихся странах, в частности, их сексуальные и репродуктивные права. Так, и в Конвенции Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (принятой в 1979 г.) и в Пекинской "Платформе действий", принятой на Четвертой Всемирной конференции Организации Объединенных Наций по положению женщин (1995 г.), содержится призыв к странам принять соответствующие меры (включая законодательство и выделение ресурсов для обеспечения реализации стратегии) к тому, чтобы гарантировать всестороннее развитие и прогресс женщин и их равные с мужчинами права.

Государства-члены Европейского региона ВОЗ и, в частности, страны-члены ЕС также приняли серию стратегий под общим девизом "здоровье для всех", в которых обязались развивать справедливые системы здравоохранения и обеспечивать широкое участие в принятии решений.

В 1997 году Амстердамским договором был одобрен принцип комплексного подхода к проблеме равенства женщин и мужчин, а в 2001 году эта цель была расширена в Мадридском заявлении, в котором содержался призыв к государствам-членам разрабатывать такие стратегии, посредством которых может быть достигнута гендерная справедливость. В отношении здоровья это означало обязательство включить аспекты, связанные с равенством между мужчинами и женщинами, во все сферы и на все уровни политики, соблюдать гласность в принятии решений и поддерживать достижение этой цели путем выделения финансовых и людских ресурсов, а также создания структурного потенциала, необходимого для обеспечения межведомственного сотрудничества.

Тем не менее, хотя большинство стран Европы и приняли формальное обязательство включить гендерные проблемы в число наиболее приоритетных во все направления своей политики, успехов на этом пути достигнуто мало. Из многих различных источников поступают свидетельства сохраняющейся гендерной несправедливости. Например, несмотря на то, что многие европейские страны получили относительно высокий балл по разработанному Программой развития ООН "Индексу развития человеческого потенциала", они отстают по "Индексу развития с учетом гендерного фактора" ПРООН (14). Аналогичным образом, о том, что европейские страны не достигли гендерного равенства, свидетельствуют как "Показатель расширения равных возможностей полов" (Программа развития ООН), так и доклад Всемирного экономического форума о глобальном гендерном неравенстве (15) (см. таблицу 1). Такая ситуация отражает широкий диапазон стран, находящихся в Европейском регионе, и значительные различия между ними с точки зрения развития, экономических, культурных и политических систем и состояния здоровья мужчин и женщин.

Хотя ЕС и большинство государств-членов и присоединились некоторое время назад к концепции комплексного подхода к проблеме равенства женщин и мужчин, в реальности ее осуществление по целому ряду причин часто отстает от намеченных планов. К числу этих причин относятся сложность этой концепции, проблемы реализации, такие как трудности, связанные с созданием необходимого организационно-кадрового потенциала или с определением конкретных сфер приложения инициатив, а также определенные противоречия между целями в отношении гендерной справедливости и другими стратегиями (16). К тому же часто недостает ресурсов (в том числе данных с разбивкой по гендерному признаку и гендерных показателей, которые давали бы возможность осуществлять мониторинг достигнутого прогресса).

Одной из ключевых областей, в которых необходимо решать гендерные проблемы, является политика здравоохранения. Проявления гендерного неравенства в более широком плане в жизни общества влияют на справедливость в пользовании медико-санитарной помощью, и это наносит ущерб как реальной практике и возможностям получения помощи, так и качеству услуг, которые люди получают от систем здравоохранения. Кроме этого, системы здравоохранения, невосприимчивые к гендерным проблемам – т.е. системы, в которых не признается наличие гендерных различий в медицинском обслуживании – могут в своей повседневной деятельности или в развитии своих стратегий здравоохранения способствовать сохранению или даже усилению гендерного неравенства и гендерной несправедливости в жизни общества в целом.

Гендер и системы здравоохранения

Данные свидетельствуют о различиях между женщинами и мужчинами в смертности, заболеваемости, пользовании профилактической медико-санитарной помощью (в том числе в прохождении скрининга), поведении по отношению к собственному здоровью и в лечении (включая доступ, пользование и виды предлагаемого лечения) (1,2,5,8). Женщины и мужчины по-разному взаимодействуют с системами здравоохранения, отчасти вследствие различий в потребностях, касающихся репродуктивного здоровья, отчасти потому, что у женщин и мужчин разный круг обязанностей (больше женщин оказывают помощь другим), а отчасти еще и потому, что мужчины и женщины различаются по своим знаниям о здоровье, умению распознавать симптомы и желанию обращаться к врачу. К тому же у мужчин и женщин по-разному проявляется действие разнообразных социальных детерминант здоровья, таких как социально-экономический статус, оплачиваемый и неоплачиваемый труд и культура. Подверженность этим рискам у женщин и мужчин разная: во всех странах, например, у женщин чаще, чем у мужчин, бывает ненадежное финансовое положение и более низкий социальный статус, в то время как мужчины чаще занимаются трудом, связанным с профессиональными рисками для здоровья (например, работают в строительстве, где выше риск травматизма в результате несчастного случая) (8). Но есть также и значительные различия между женщинами и между мужчинами, отражающие, например, их социальный статус, и это еще больше влияет на риск плохого здоровья и возникновения проблем, связанных с доступом к услугам и практическими аспектами соприкосновения с системами здравоохранения.

Таким образом, простых ответов на вопросы о том, где именно кроется проблема и как ее можно было бы решить, нет. В тех случаях, когда проводились исследования с целью оценки вмешательств, направленных на преодоление гендерного неравенства, получены данные, указывающие на повышение качества предоставления услуг и степени удовлетворенности пользователей (17). В целом же отсутствие у большинства систем здравоохранения гендерно-ориентированного подхода говорит о том, что на разных уровнях (включая управление на высшем уровне, схемы финансирования и предоставления услуг, охват программами и материальное вознаграждение) нужен новый акцент на гендерную справедливость, который может привести к появлению существенных возможностей для прогресса и улучшений.

В то же время нужно подумать и о том, как сектор здравоохранения мог бы наладить партнерство с другими секторами для содействия социальному и экономическому развитию, в частности, там, где этот подход давал бы возможность воздействовать на широкий спектр социальных детерминант здоровья. Например, предпринятая Европейским региональным бюро ВОЗ инициатива "Инвестиции в здоровье" направлена на поддержку мер, осуществляемых различными государственными ведомствами, а также практических мероприятий, таких как занятия по обучению на практике, проводимые для руководящих должностных лиц, вырабатывающих политику, из различных министерств, имеющих отношение к экономическому возрождению и снижению бедности, а также министерств, причастных к охране здоровья.

Масштабы проблемы

Данные, демонстрирующие разрыв между женщинами и мужчинами в отношении здоровья, выражающийся, например, в ожидаемой продолжительности здоровой жизни или числе утраченных лет жизни, раскрывают сложную картину, которая сводится к тому, что в Европе у мужчин меньше продолжительность жизни, а женщины живут дольше с инвалидностью и чаще болеют и страдают хроническими заболеваниями (18).

Оценить, какая доля этих различий между женщинами и мужчинами в отношении здоровья отражает недостатки в деятельности систем здравоохранения, а какая объясняется, например, различиями в человеческих и социальных ресурсах, трудно. Эмпирические данные показывают, что существуют важные различия между женщинами и мужчинами с точки зрения доступа к услугам и пользования ими, а также с точки зрения достаточности и соответствия помощи потребностям – например, мужчины меньше пользуются первичной медико-санитарной

помощью и профилактическими услугами (19). Есть также фактические данные, показывающие, что значительное влияние на формирование уязвимости перед различными состояниями имеет поведение по отношению к собственному здоровью (20) и что гендерные различия в формах такого поведения во многом помогают объяснить гендерный разрыв в отношении здоровья. Если мы считаем, что роль и обязанности систем здравоохранения включают не только лечение, но и укрепление здоровья и обеспечение общественного здравоохранения, то можно говорить о том, что данные о величине этого разрыва между женщинами и мужчинами указывают на существенный урон, который несет общественное здравоохранение из-за того, что в системах здравоохранения не решаются должным образом проблемы гендерного равенства.

Особую озабоченность вызывают страны с переходной экономикой, например, Албания, Латвия, Литва и Украина. Эти страны различаются между собой как по индексу развития человеческого потенциала, так и по индексу развития с учетом гендерного фактора, а также по месту, которое они занимают в списке стран в соответствии с гендерным разрывом (таблица 1). Во многих странах с переходной экономикой в последние годы произошло сокращение продолжительности жизни, а поскольку продолжительность жизни мужчин сократилась в большей степени, чем продолжительность жизни женщин, расширился и гендерный разрыв в смертности. Например, в Российской Федерации гендерный разрыв в продолжительности жизни увеличился до 14 лет и также увеличилась заболеваемость среди мужчин (21). Пример этих стран иллюстрирует важность задачи достижения гендерной справедливости в системах здравоохранения по отношению как к мужчинам, так и к женщинам.

Если подходить с точки зрения политики, у министерств здравоохранения часто не бывает механизмов для преодоления гендерных различий в отношении здоровья. Часто в политике здравоохранения не определяются гендерные различия в том, какой эффект имеют вмешательства или стратегии, да и системы управления на высшем уровне, которые осуществляют надзор за этими стратегиями, также чаще всего не определяют этих гендерных различий в явной форме. Кроме того, используемая для обеспечения стратегического руководства медико-санитарная информация может быть представлена в гендерно-нейтральном виде, например, в агрегированном, а не с разбивкой по гендерному признаку. Отсутствие прозрачности в управлении системами здравоохранения на высшем уровне означает, что редко удастся оценить, в какой степени гендер принимается во внимание при планировании, организации и предоставлении услуг здравоохранения. Наконец, нелегко

бывает выявить, как сказывается непринятие мер по решению гендерных вопросов в системах здравоохранения на затратах, коэффициенте полезного действия и результатах для здоровья. Таким образом, при обдумывании вопроса о том, как придать политике здравоохранения гендерно-чувствительный характер, важно предусмотреть повышение прозрачности и обеспечить проведение оценки воздействия вмешательств как на мужчин, так и на женщин.

Последствия сохранения существующего положения

Если системы здравоохранения не будут принимать мер по преодолению любых форм несправедливости, это может вызвать целый ряд последствий, включая преждевременную смертность и ухудшение здоровья у людей, подвергающихся несправедливости, и увеличение бремени, которое ложится на системы медико-санитарной помощи. Таким образом, гендерная несправедливость сопряжена с целым рядом последствий. Первое и наиболее важное из них состоит в том, что может долго сохраняться существующий разрыв между женщинами и мужчинами в смертности и заболеваемости. Конечно, частично этот разрыв отражает различия, имеющие биологические корни – например, имеющуюся у женщин защиту от аутоиммунных нарушений; однако в большей своей части этот разрыв отражает различия, в основе которых лежит гендер: сюда входят различия в поведении по отношению к собственному здоровью (например, курение и употребление табака). В результате этого разрыва возникают существенные издержки для систем здравоохранения и для общества в целом, особенно социальные и экономические издержки, связанные с чрезмерной преждевременной смертностью у мужчин и чрезмерной заболеваемостью. Вполне возможно также – особенно в странах, переживающих экономический спад или коренные изменения – что, если не будут приняты соответствующие меры, этот разрыв может увеличиться, и особенно в тех случаях, когда экономические изменения ассоциируют с изменениями в финансировании здравоохранения, а также с безработицей.

К числу других негативных последствий непринятия мер по устранению гендерных различий относятся снижение удовлетворенности услугами среди пользователей, что может сказываться и на мужчинах, и на женщинах, в зависимости от того, какие услуги выдвигаются на первый план. Это также может привести к менее рациональному использованию услуг, что в свою очередь влияет на исходы для здоровья. Кроме того, если не будут предприниматься шаги по искоренению гендерной несправедливости, это может подорвать моральный дух медицинских работников и помешать максимальному использованию возможностей

мужчин и женщин, работающих в секторе здравоохранения. Например, проявления гендерного неравенства, затрагивающие женщин – работниц здравоохранения, такие как менее благоприятные условия найма и дискриминация в плане возможностей служебного роста, могут приводить к большому истощению сил у женского персонала и к утрате квалифицированных и ценных сотрудниц.

Также важно признать, что, если заострить все внимание на одной форме несправедливости в ущерб другой, возникнут издержки упущенных возможностей. Принятие мер по достижению гендерной справедливости может привести к отвлечению ресурсов от стратегий, с помощью которых можно было бы бороться с другими формами несправедливости. Однако гендерное неравенство может ложиться тяжелым бременем на тех, кто также испытывает и другие формы неравенства или находится в неблагоприятном положении: многие из самых тяжелых проблем возникают тогда, когда люди испытывают сразу несколько форм несправедливости (например, в результате сочетания факторов социально-экономического статуса, этнической и гендерной принадлежности). Для лиц, формирующих политику, принятие мер по достижению гендерного равенства является выгодным и во всех других отношениях, так как они, например, извлекают чрезвычайно ценные уроки, касающиеся реализации политики, движимой принципами справедливости; к тому же подобные действия также могут приводить к лучшему пониманию вопросов справедливости как на арене стратегической деятельности, так и за ее пределами.

Подходы к достижению гендерной справедливости

Системы здравоохранения в разных странах Европы отличаются друг от друга по степени признания гендерной справедливости как проблемы и по способам формулирования вопроса и реализации перемен. В таком небольшом документе, как этот, невозможно подробно охарактеризовать подходы, применяемые в каждой стране Европейского региона. Поэтому здесь приводится лишь краткий обзор различных путей, которыми решались гендерные проблемы как в Европе, так и в других регионах мира.

В следующих ниже разделах при изложении аргументов в пользу того или иного подхода приводятся ссылки на различные исследования и комментарии специалистов. Сводных обзоров на основе изучения фактических данных исследований в этой области мало, и также необходимо отметить, что некоторые подходы являются сравнительно новыми и поэтому может потребоваться некоторое время прежде, чем будут получены оценки их эффекта. Исследования, на которые даются

ссылки в данной работе, были отобраны для того, чтобы проиллюстрировать, как мог бы быть использован тот или иной подход, и показать его потенциальные преимущества и связанные с ним издержки, по возможности на примерах европейских стран.

Важно также отметить, что эти стратегии частично дублируют друг друга и что страны применяют разные сочетания подходов. Например, решение составлять бюджеты с учетом особых гендерных потребностей вызывает необходимость получения высококачественных, регулярно собираемых и адекватных данных с разбивкой по гендерному признаку, тогда как для гендерно-ориентированных целевых показателей или эталонов для сравнения может также потребоваться разработка специфических критериев или показателей исхода.

Учитывая сложность различных подходов, которые применяются при включении гендерных проблем в число наиболее приоритетных во всех направлениях политики и при решении задач достижения гендерного равенства и гендерной справедливости, представляется целесообразным делить различные стратегии на категории в зависимости от их основной направленности. Это позволяет проанализировать стратегии, направленные на решение проблемы посредством нормативных и законодательных мер, стратегии, сосредоточенные на организационных мерах, и стратегии, во главу угла которых ставится информационный подход.

Меры нормативного регулирования и законодательство

В целом ряде стран Европы законодательство о гендерном равенстве было принято во исполнение таких международных документов, как Конвенция Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также директив Европейского Союза. Однако ценность этого законодательства различается как в зависимости от содержания и сферы применения, так и в зависимости от того, насколько строго обеспечивается его исполнение.

Во многих странах действуют законы о правах человека и о запрещении дискриминации, но они ограничены в том смысле, что защищают людей от дискриминации вместо того, чтобы активно требовать от организаций содействовать равенству. Законодательство о гендерном равенстве также обычно направлено в первую очередь на обеспечение участия женщин и мужчин в общественной жизни – политическое представительство, членство в законодательных и иных органах, право на образование и работу, включая право на получение заработной платы – а не на достижение справедливости с точки зрения доступа к услугам медико-

санитарной помощи и к системам здравоохранения и их соответствия реальным потребностям.

Меньше в Европе таких стран, которые пошли дальше в развитии законодательства, направленного на противодействие дискриминации и обеспечение справедливости, и потребовали от государственных органов, включая органы здравоохранения, активно противодействовать дискриминации и содействовать гендерному равенству. Например, в 2006 г. в Соединенном Королевстве был принят Закон о равенстве, в 2002 г. Норвегия приняла Закон о гендерном равенстве, и в обоих этих законодательных актах предусматривается обязанность всех государственных органов способствовать гендерному равенству. Подобные изменения в законодательстве привели к применению разнообразных мер, в том числе к разработке бюджетов, учитывающих гендерные потребности, и к проведению оценок воздействия принимаемых мер на гендерное равенство (см. ниже) на уровне региона, страны и на местном уровне в различных сферах государственного сектора.

Кроме того, в системах здравоохранения для содействия гендерному равенству может быть применено законодательство о правах пациентов. Со времени принятия в 1994 г. "Декларации о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе" (Европейское региональное бюро ВОЗ) в целом ряде европейских стран (к 2002 году их стало 14) были приняты хартии пациентов или законы о правах пациентов. Такие подходы дают пациентам возможность оспаривать действия систем здравоохранения на юридических основаниях, т.е. говорить об отрицании их прав как пациентов по причине дискриминации по гендерному признаку. Однако у таких подходов есть и свои ограничения и недостатки: отсутствие знаний у пациентов, нежелание вступать в такие юридические конфликты, недостаток знаний среди медицинских работников и руководителей высокого уровня (11).

Организационные подходы

Имеется ряд организационных подходов, описываемых ниже, которые можно разработать и применять для решения гендерных проблем. К ним относятся включение гендерных проблем в число наиболее приоритетных (т.н. "гендерный мейнстриминг", или комплексный подход к проблеме равенства женщин и мужчин), разработка бюджетов с учетом особых гендерных потребностей (т.н. "гендерное бюджетирование"), проведение оценок воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин, установление целевых показателей для конечных результатов в отношении здоровья и использование гендерных инструментов.

Включение гендерных проблем в число наиболее приоритетных

Включение гендерных проблем в число наиболее приоритетных направлено на то, чтобы в явной форме предусматривать в политике решение гендерных проблем, применяя для этого системный подход, при котором на каждом уровне политики вводится гендерный анализ и оценка воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин. Такие подходы важны в политике в области развития и в деятельности таких международных организаций, как ВОЗ, Организация Объединенных Наций и Европейский Союз, однако на уровне отдельных стран во всем мире они применяются реже.

Разработка бюджетов с учетом особых гендерных потребностей

Разработка бюджетов с учетом особых гендерных потребностей, или гендерное бюджетирование означает проведение анализа различных этапов бюджетного процесса с позиций гендерного вопроса и часто рассматривается в контексте прав человека и законодательных изменений. Одной только разработки бюджетов с учетом гендерных потребностей недостаточно для того, чтобы достичь гендерной справедливости: она должна быть составной частью более широкой стратегии, направленной на включение гендерных проблем в число приоритетных во всех направлениях политики, например, вместе с оценкой воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин (22).

Оценка воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин

Первыми стали проводить оценку воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин в Нидерландах, а затем она получила распространение в ряде других европейских стран. Она определяется как "(ре)организация, улучшение, развитие и оценка стратегических процессов, в результате чего действующие лица, обычно участвующие в формировании политики, вводят гендерное равенство в качестве одного из аспектов во все стратегии на всех уровнях и на всех этапах" (23). За период с 1995 по 2006 год в Нидерландах было проведено 22 оценки воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин, в том числе одна силами министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта (23).

Представлялось, что этот процесс опирается на три составных элемента: структуры – имелось ввиду выявление наиболее значимых с точки зрения гендерного неравенства учреждений и организаций; процессы – понимание механизмов, посредством которых создаются и воспроизводятся гендерные отношения, и критерии – т.е. то, каким образом нужно оценивать вмешательства и исходы.

Гендерно-дифференцированные целевые показатели

Установление гендерно-дифференцированных целевых показателей – это еще один вариант организационных подходов. Их использование распространяется в рамках стратегии Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех". Целевые показатели характеризуют исходы, результаты, а не вводимые факторы, и создают такую среду, в которой от систем здравоохранения требуется дать конкретные результаты. Целевые показатели, или эталонные величины для сравнения, могут быть заданы на международном уровне – наиболее ярким примером являются Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия ООН. Для того, чтобы был достигнут успешный результат, целевые показатели должны органично вписываться в систему целей и принципов как "свои", они должны быть измеримыми, предполагать участие заинтересованных сторон и включать побудительные мотивы у руководства (24,25). В странах на различных уровнях политики здравоохранения целевые показатели здоровья используются все шире (24) и равносильны принятию обязательства достичь определенных результатов к определенному времени. Они могут относиться к вопросам, касающимся субъективно воспринимаемого качества медицинской помощи, например, степени удовлетворенности пациентов, или же к результатам вмешательств, таким как снижение смертности от определенных заболеваний. Целевые показатели могут устанавливаться на уровне всей страны, области (провинции) или на местном уровне, или же сразу на всех трех уровнях, поскольку они передаются по системе здравоохранения от одного уровня на другой. Например, в Англии целевые показатели по снижению смертности на национальном уровне устанавливаются в планах государственных расходов; ставятся конкретные цели для отдельных министерств (включая министерство здравоохранения) и устанавливаются сроки, к которым эти цели должны быть достигнуты. Эти цели включаются в Соглашения об общественных услугах, и с ними, по крайней мере частично, увязывается финансирование ведомств.*

В основном целевые показатели для систем здравоохранения не устанавливаются отдельно для каждого пола. Однако на основании фактических данных о различиях в отношении здоровья между женщинами и мужчинами в них можно включать "гендерные аспекты". Например, целевые показатели, касающиеся пользования медико-санитарной помощью, могут предусматривать отдельные цифры для

* Например, в 2007 году Соглашение об общественных услугах включало общенациональный целевой показатель увеличения к 2010 году средней продолжительности жизни, ожидаемой при рождении, в Англии до 78,6 лет у мужчин и до 82,5 лет у женщин.

мужчин и для женщин, чтобы отразить имеющиеся на данный момент закономерности. Программы массового обследования населения (например, с целью выявления рака внутренних органов, которые сегодня в ряде европейских стран либо проводятся в качестве экспериментальных, либо внедряются в практику) могут быть нацелены на повышение специфически гендерных показателей прохождения ежегодного обследования как отражение низкого уровня этих показателей на сегодняшний день среди мужчин, а не предусматривать некий общий целевой показатель.

Следует отметить, что достоверных фактических данных, свидетельствующих об успехе, достигнутом благодаря установлению целевых показателей здоровья, или указывающих на улучшения в долгосрочном плане, мало (24). Также возможно, что целевые показатели могут приводить к искажению конечных результатов, когда они заставляют переключать ресурсы на какую-то одну цель в ущерб другим целям, для которых показателей установлено не было. Поэтому установление гендерно-дифференцированных целевых показателей здоровья должно сопровождаться как можно более точной оценкой последствий для мужчин и женщин и анализом любых возможных непреднамеренных последствий, если оно привело к смене акцентов или изменению в распределении ресурсов.

Гендерные инструменты анализа

"Гендерные инструменты анализа" – это термин, которым описывается организационный подход. Такие инструменты помогают обнаруживать проявления гендерного неравенства и намечать возможные вмешательства программного характера (25). Гендерные инструменты – это не самостоятельный подход к обеспечению гендерной справедливости, а часть общей стратегии. Например, Европейское региональное бюро ВОЗ в свою стратегию "Здоровье и развитие детей и подростков" (26), которая представляет собой гендерный инструмент действий, включило "таблицу приоритетных направлений здравоохранения", в которой содержатся отдельные столбцы, позволяющие определить по целому ряду ключевых вопросов здравоохранения соответствующие приоритеты, гендерные пути воздействия на данный вопрос здравоохранения, необходимую информацию и меры со стороны системы здравоохранения и межсекторальные действия, выходящие за пределы сферы политики здравоохранения.

Гендерные инструменты можно использовать на разных уровнях формирования политики – от стратегий на уровне стран (например, ответные меры по решению проблемы сердечно-сосудистых заболеваний)

до местных стратегий (например, попытки повысить уровень пользования конкретными услугами). Уже разработаны гендерные инструменты для анализа взаимозависимости между гендером и следующими факторами: социальными детерминантами здоровья, моделями поведения по отношению к собственному здоровью, качеством помощи и ухода, укреплением здоровья, влиянием финансирования здравоохранения, политикой здравоохранения, системой экономико-правовых мер (25). Для того, чтобы гендерные инструменты имели какую-то ценность, нужно иметь данные с разбивкой по гендерному признаку, провести обучение, обеспечить положительное отношение к ним со стороны учреждений и иметь финансовые и кадровые ресурсы.

Информационные подходы

Надежное информационное обеспечение является неотъемлемой частью стратегического управления здравоохранением и мероприятий, способствующих достижению справедливости в отношении здоровья, да и подходы, описанные выше, тоже требуют наличия информации с разбивкой по гендерному признаку. Третий подход к достижению гендерной справедливости, применяемый в различной степени в странах Европы, касается предоставления и использования именно такой информации. Гендерно-детализированные данные нужны во всех системах здравоохранения. Нужно, чтобы эти данные были в наличии постоянно и во всех структурах системы здравоохранения, они должны быть всеобъемлющими и легко доступными. К сожалению, эти требования в целом ряде европейских стран до сих пор не выполняются. К тому же необходимо иметь то, что иногда называют "гендерно-чувствительными показателями здоровья", и публичную отчетность о гендерном разрыве в отношении здоровья. Индексы гендерного равенства и гендерной справедливости также очень важны: они составляются по данным из различных источников, в том числе из переписей населения, выборочных обследований и статистических данных, собираемых в масштабах всей страны, чтобы придать более ясную форму выражения детализированным по гендеру данным (27).

Анализы гендерного разрыва, подобные тому, который содержится в публикации Всемирного экономического форума о глобальном гендерном неравенстве "The Global Gender Gap Report 2007" (15), позволяют глубже вникнуть в суть разрыва между женщинами и мужчинами по конкретным показателям, отражающим гендерное (не)равенство. На основе показателей, таких как участие в экономической жизни, представительство в общественной сфере и образование, проводится ранжирование стран по существующему у них гендерному

разрыву. Например, в 2007 году Швеция вышла на первое место среди стран Европы, набрав 0,815 баллов по шкале равенства, тогда как Турция, получившая 0,577 баллов, оказалась на последнем месте (15). В расчет гендерного разрыва по методике Всемирного экономического форума включаются два показателя, касающиеся различий между мужчинами и женщинами в отношении здоровья: соотношение полов при рождении и соотношение между женским и мужским населением по ожидаемой продолжительности здоровой жизни (в основу которого положено расчетное число лет, прожитых с хорошим здоровьем, с учетом влияния болезней, насилия, нарушений питания и других факторов).

Первое место по наименьшему разрыву между мужчинами и женщинами в отношении этого составного показателя здоровья делят между собой тридцать пять стран мира. Эти страны разнятся по своим общим достижениям в здравоохранении: Ангола и Йемен имеют высокий балл за гендерное равенство в отношении здоровья (несмотря на относительно низкие показатели продолжительности здоровой жизни) и стоят рядом с Австрией и Францией, где продолжительность здоровой жизни выше. Это наводит на мысль о том, что, хотя подход, в котором сочетается целый ряд показателей, и является ценным инструментом на глобальном уровне, особенно в политической сфере, было бы, пожалуй, полезнее сосредоточить внимание на детальных показателях здоровья в европейских странах и на сравнении между европейскими странами.

Гендерно-чувствительные показатели помогают создать прочную доказательную базу для разработки политики, учитывающей гендерные проблемы (т.е. гендерно-чувствительной политики), а также позволяют иметь фактические данные об изменениях в результатах в отношении здоровья как для мужчин, так и для женщин. Их можно использовать в разных контекстах и в странах с разными системами здравоохранения, что дает возможность проводить сравнения между странами по гендерному разрыву в отношении здоровья.

В настоящее время в ряде европейских стран для обеспечения планирования здравоохранения, реализации политики и оценки успешности различных служб и стратегий используют данные наблюдения за здоровьем. Например, в проекте "Показатели здоровья Европейского сообщества" были приняты четыре категории показателей: три касались социальных и других детерминант здоровья, а четвертая касалась результатов в отношении здоровья. Оценка (равно как и учет) роли гендерно-чувствительных показателей, уже используемых в данных наблюдения за здоровьем, еще больше повышает ценность такого подхода. Во многих случаях новые показатели и не нужны, однако имеющиеся показатели нужно оценивать. Например, содержат ли они

разбивку по гендерному признаку, насколько чувствительны они для гендерных целей и могут ли они отражать гендерные различия в результатах для здоровья после осуществления вмешательств?

Особое значение гендерно-чувствительные показатели здоровья и гендерно-детализированные данные могут иметь при проведении реформы сектора здравоохранения, поскольку изменения могут вызвать непреднамеренные последствия для гендерной справедливости, которые нужно будет совершенно недвусмысленно преодолевать (12). Например, введение платежей за пользование услугами (или изменения в этих платежах) может по-разному затронуть женщин и мужчин, поскольку у женщин чаще бывает ненадежное финансовое положение (12,28), да и изменения, предполагающие сокращение продолжительности госпитализации, также скорее всего негативно отразятся на женщинах больше, чем на мужчинах из-за гендерных различий в обязанностях по неоплачиваемому уходу в семье (4,29).

Стратегические подходы: три примера

Для того, чтобы проиллюстрировать ключевые вопросы, связанные с гендерной справедливостью в системах здравоохранения, для каждого подхода было подобрано по одному примеру. Эти примеры показывают, как применялись эти подходы, демонстрируют основные принципы и указывают на их ценность в контексте систем здравоохранения.

Нормативно-правовой подход: законы о гендерном равенстве

Нормативно-правовые подходы к обеспечению гендерного равенства принимают разные формы и часто характеризуются периодическими повторениями в том смысле, что, как правило, к законодательству добавляются новые нормативные акты и происходит его консолидация в течение ряда лет. В данном разделе рассматриваются такие подходы, при которых законодательство требует от организаций в государственном и частном секторах (в том числе от организаций, занимающихся предоставлением медико-санитарной и социальной помощи) осуществлять свою деятельность таким образом, чтобы способствовать гендерному равенству. Доводы, которые приводятся для обоснования законодательства, в основном сводятся к тому, что упреждающее требование, согласно которому государственный сектор должен способствовать гендерному равенству, дает больший эффект в плане осуществления изменений, касающихся более сложных форм неравенства (12). Однако исследований по изучению результатов такого законодательства все еще относительно немного. В одном анализе факторов, влияющих на внедрение нормативно-правовых подходов к

достижению гендерного равенства, высказывается мысль о том, что при разработке законодательства о равенстве давление политических сил и интересов не менее важно, чем имеющиеся доказательства его эффективности (30).

Законы "об обязанности государственного сектора", которые требуют от организаций активно способствовать гендерному равенству, в отличие от законов, которые защищают граждан от дискриминации, встречаются относительно редко. Недавно подобные законы были приняты в Норвегии и Соединенном Королевстве.

В Норвегии в разделе 1а Закона "О гендерном равенстве" 2002 года говорится, что "государственные органы предпринимают активные, целенаправленные и систематические усилия к тому, чтобы способствовать гендерному равенству во всех сферах общества." В Соединенном Королевстве Законом "О равенстве" 2006 г. на государственные органы возложена правовая обязанность "способствовать равенству возможностей у мужчин и женщин". Государственным органам надлежит разрабатывать и публиковать программы обеспечения гендерного равенства, в которых описывались бы предпринимаемые шаги по выполнению требований Закона. При этом государственные органы обязаны проводить консультации с разнообразными заинтересованными сторонами и группами особых интересов, а также регулярно публиковать результаты реализации своих программ. Этот закон, получивший известность как "правовая обязанность государственного сектора содействовать равенству", требует, чтобы организации демонстрировали, как они проводят в жизнь принцип равенства при выполнении своих общественных функций. Эта обязанность действует наряду с другой, аналогичной обязанностью, касающейся инвалидности, этнической принадлежности и сексуальной ориентации, а также включает требование в отношении транссексуалов.

В Министерстве здравоохранения Англии создана группа по вопросам равенства и прав человека, которая занимается всеми аспектами равенства. Эта группа обеспечивает общий подход к решению проблемы: она ставит своей целью осуществлять стратегическое управление всей деятельностью министерства в вопросах равенства и для этого оказывает поддержку при выработке политики и формулирует соответствующие рекомендации, находит и формулирует нужные "экономические аргументы", приводит примеры передового опыта, создает инновационные программы для осуществления перемен и налаживает партнерские отношения с заинтересованными сторонами, законодателями, группами пациентов и сотрудников и т.д.

Министерство здравоохранения также составило план работы на период 2006-2009 гг. ("Единая программа достижения справедливости), в котором подробно расписаны целевые показатели в отношении справедливости (в том числе гендерной справедливости в системах здравоохранения), критерии, которые должны применяться для оценки достигнутых результатов, необходимые мероприятия и ответственные за их осуществление, а также сроки исполнения. Целевые показатели касаются более широких целей, таких как улучшение исходов медико-санитарных услуг, оказываемых мужчинам и женщинам, и более узких целей, таких как повышение процента женщин, проходящих обследование на рак молочной железы. В плане особо выделяется важная роль управления на высшем уровне организации в обеспечении исполнения обязанностей в отношении равенства.

Обязанность содействовать равенству пронизывает сверху донизу всю систему здравоохранения, поэтому от тех, кто занимается предоставлением медико-санитарной помощи на местном уровне, тоже требуется разрабатывать и публиковать планы работы по достижению гендерного равенства и оценивать их выполнение. Для этого нужно спрашивать, имеют ли мужчины и женщины разные проблемы, касающиеся медико-санитарной помощи, разные потребности и какова вероятность того, что существующие службы сумеют их адекватно удовлетворить. Организации здравоохранения также обязаны проводить оценку воздействия новой политики, новых стратегий и вмешательств на мужчин и женщин.

Одним из главных преимуществ нормативно-правового подхода такого типа является то, что он не реагирует на события, а упреждает их: органы государственного сектора обязаны заниматься гендерной проблемой. В системах здравоохранения, где отдельно взятому человеку может быть труднее доказать факт дискриминации, чем, например, при найме на работу, это особенно важно. Этот подход также создает эффект включения гендерного вопроса в число основных: вопрос этот теперь должен учитываться во всем, что делает та или иная организация. Благодаря этому подходу гендерное равенство занимает одно из центральных мест во всей системе, от формирования политики до предоставления медицинской помощи. Также становится возможным включение гендерного равенства в более широкую повестку дня, касающуюся вопросов равенства, а это в свою очередь позволяет тем, кто реализует различные стратегии, учиться друг у друга и использовать примеры передового опыта из всего спектра стратегий.

При установлении такой обязанности необходимо проводить тщательную и всестороннюю оценку и распространять соответствующие знания в

течение долгого времени до и после того, как закон начнет действовать. Скорее всего, это обойдется недешево, отчасти из-за необходимости иметь ресурсы для распространения, но также и потому, что нужно организовать обучение, обеспечить поддержку и правовые санкции в случае несоблюдения требований. На первых порах у организаций может возникнуть непонимание (особенно в общественном секторе) в отношении того, распространяется ли такая обязанность и на них и как она может повлиять на их деятельность, и это может вызвать опасения, например, по поводу законности предоставления услуг, предназначенных только для женщин или только для мужчин. Потребность в дополнительных ресурсах возникает также вследствие того, что нужно проводить регулярную оценку (предпочтительно силами сторонних организаций) программ достижения гендерного равенства, а также осуществлять мониторинг и обеспечивать исполнение закона правовыми санкциями. Одним из главных препятствий для применения этого подхода является то, что он основан на общенациональном законодательстве и поэтому его трудно внедрить, для него требуются политическая воля и активные сторонники равенства и справедливости. Требуется также время для того, чтобы этот подход начал приносить реальные результаты.

Организационный подход: разработка бюджетов с учетом гендерных потребностей

Общественные блага потребляются мужчинами и женщинами в разной мере, и "от социальных перемен женщины и мужчины получают разную выгоду" (16). Разработка бюджетов с учетом гендерных потребностей ("гендерное бюджетирование") представляет собой один из способов признания этих различий и попытку устранить их. Термин "гендерное бюджетирование", или разработка бюджета с учетом гендерных потребностей охватывает целый ряд разных подходов, во главу угла которых ставится расходование средств государственного бюджета. Европейский Совет определяет гендерное бюджетирование следующим образом: "Гендерное бюджетирование – это применение концепции комплексного подхода к проблеме равенства женщин и мужчин в бюджетном процессе. Он означает оценку бюджетов на основе учета гендерной проблематики, включение гендерного аспекта во все уровни бюджетного процесса и изменение структуры доходов и расходов в целях содействия гендерному равенству" (32).

Одна из важных сторон гендерного бюджетирования как подхода к включению гендерных проблем в число наиболее приоритетных заключается в том, что оно позволяет изучать влияние характера бюджетов на целый ряд демографических групп и как таковое способно устранять неблагоприятные условия, ассоциирующие, например, с

факторами этнической и классовой принадлежности, географического местоположения, возраста или инвалидности. И хотя главное внимание в данном аналитическом обзоре уделяется такому способу составления бюджета, в котором специально учитывается проблема гендерного равенства, может быть полезно держать в уме и эти другие вопросы.

Гендерное бюджетирование не касается распределения ресурсов специально на нужды того и другого пола, как, например, бюджеты "женских" программ, а требует гендерного анализа того влияния, которое оказывают налогово-бюджетные и денежно-кредитные меры на мужчин и на женщин (33). Государственный годовой бюджет страны – это формулировка приоритетов государства на предстоящий год, включая денежные ассигнования на соперничающие между собой приоритеты, а также способ, которым должна формироваться доходная часть. При гендерном бюджетировании в ходе этого процесса в явной форме рассматриваются гендерные различия в отношении потребностей и практики в контексте расходов государственного сектора. Таким образом, гендерное бюджетирование направлено на то, чтобы определить следующее: особые потребности мужчин и женщин; удовлетворяют ли существующие сегодня меры и стратегии потребности мужчин и женщин и как следует устранять любую ситуацию, при которой не удовлетворяются потребности мужчин и женщин. Кроме этого, одна из целей гендерного бюджетирования заключается в повышении ответственности государства за гендерно-обусловленные различия с точки зрения воздействия на мужчин и женщин мер, принимаемых государственным сектором в части расходов и доходов (27).

Впервые принцип гендерного бюджетирования был применен в виде "женского бюджета" в Австралии в 1984 году, и с тех пор он проводится в жизнь как одна из стратегий достижения гендерного равенства в целом ряде стран (в Европе это в определенной степени направляется инициативами ЕС) (34). Принятые при этом подходы различаются между собой как по используемым методикам гендерного бюджетирования, так и по уровню (общенациональный, территориальный или местный), на котором предпринимаются подобные меры по составлению бюджета. Различаются также заявленные общие цели гендерного бюджетирования, но более конкретные цели, как правило, включают улучшение данных с разбивкой по гендерному признаку, явно выражаемое признание гендерно-дифференцированного воздействия стратегий и движение в направлении гендерного равенства.

В период между 2004 и 2006 гг. страны Северной Европы осуществили проект по достижению гендерного равенства, который состоял из серии экспериментальных программ, проводимых на уровне отдельных стран,

целью которых было оценить возможные способы использования государственных процессов для продвижения принципа гендерного равенства на общенациональном уровне. В рамках этого проекта несколько стран провели гендерный анализ бюджетных процессов. Начиная с 2002 г., правительство Норвегии осуществляло меры по обеспечению гендерного равенства в своих ежегодных финансовых бюджетах. В Финляндии главный акцент был сделан на бюджете, выделяемом министерству здравоохранения и социального обеспечения. А в Шотландии гендерное бюджетирование объединило целый спектр мероприятий, включая, например, гендерный аудит, проводимый по заказу шотландского правительства.

Однако в большинстве стран гендерное бюджетирование используется главным образом по отношению к политике государства в следующих направлениях: налогово-бюджетные меры, касающиеся рынка труда, налогов и пенсий; социальное обеспечение или системы поддержания минимального уровня доходов и социальное обеспечение детей. В отношении политики здравоохранения гендерное бюджетирование реже применялось в открытой форме, хотя некоторые требования, вытекающие из этого подхода – наличие данных с разбивкой по гендерному признаку и гендерных показателей – были распространены и на вопросы политики здравоохранения.

Какой-то одной модели гендерного бюджетирования нет. В практике используются разнообразные подходы, отражающие разные условия, политические системы, механизмы политики в зависимости от уровня – местного, территориального или общенационального, а также стадии экономического развития. В большинстве условий к числу ключевых предпосылок для внедрения гендерного бюджетирования относятся необходимость прозрачных процедур принятия решений, участие различных заинтересованных партнеров, устойчивость и долгосрочная перспектива (22). Гендерное бюджетирование может быть сосредоточено на конкретных вопросах политики, на бюджетном процессе в целом или на том и другом; главное здесь – это чтобы были в явной форме отражены варианты расходов (и их воздействие на мужчин и женщин).

С гендерным бюджетированием ассоциирует несколько особых инструментов, в том числе гендерно-чувствительные процессы формирования и реализации политики, анализ выгод и их получателей с разбивкой по гендерному признаку, данные с разбивкой по гендерному признаку, гендерный аудит расходов и доходов в целях выявления различий между женщинами и мужчинами, оценка воздействия принимаемых мер на мужчин и на женщин и целевые показатели гендерного равенства (34,35).

На практике применяются самые разнообразные подходы. В странах Северной Европы гендерное бюджетирование означает анализ финансового бюджета, чтобы в результате расходы могли способствовать снижению гендерного неравенства, и от всех министерств требуется проводить в своих бюджетных областях оценки гендерного равенства. Это достигается с помощью анализа стратегий с точки зрения гендерного равенства, тщательного изучения имеющихся целей и показателей, разработки новых целей и показателей с конкретной гендерной направленностью и выявления финансовых потребностей с последующим выделением средств на их удовлетворение. На заключительном этапе проводится оценка результатов и воздействия на различные группы женщин и мужчин.

В Соединенном Королевстве независимая "Женская группа по бюджетным вопросам" консультирует правительство и ставит перед собой цель содействовать гендерному равенству посредством гендерного анализа. Это включает работу с Казначейством при разработке бюджетов на основе учета гендерной проблематики. В Шотландии правительство, недавно получившее свои полномочия от центра, приняло метод гендерного бюджетирования, оценку которого проводит неправительственная организация "Шотландская женская группа по вопросам бюджета". Весь процесс проходит в три этапа: установление приоритетов и принятие стратегии расходов; подготовка детальных предложений о расходах в проекте бюджета и принятие закона о бюджете. В своей оценке "Шотландская женская группа по вопросам бюджета" высказывала критику в связи с отсутствием гендерно-дифференцированных целевых показателей и указала на непринятие (по ее мнению) мер для включения проблемы гендерного равенства в число приоритетных. Это подчеркивает важность укрепления организационно-кадрового потенциала в правительственных ведомствах, а также прозрачности и участия заинтересованных партнеров для того, чтобы гендерное бюджетирование давало реальный эффект.

Для того, чтобы можно было добиться реальных результатов гендерного бюджетирования, существует целый ряд предпосылок, в том числе политическая приверженность, наличие достаточных финансовых и кадровых ресурсов, межсекторальное сотрудничество, данные с разбивкой по гендерному признаку и прозрачность процессов (33). Необходимо четко распределить ответственность за практические действия и в соответствии с этим назначить ответственных. Например, в Швеции, где включение гендерной проблемы в число наиболее приоритетных и гендерно-ориентированный бюджет занимают центральное место в "Национальном плане действий по достижению

гендерного равенства на 2004-2009 гг.", главные усилия были сосредоточены на общегосударственном уровне и принятие решений осуществлялось в кабинетах государственных ведомств. Однако методы гендерного бюджетирования можно применять и на местном уровне, например, при планировании работы местных служб здравоохранения. Планы открытия новой больницы можно оценить с точки зрения различных услуг, которые будут предлагаться женщинам и мужчинам, и вероятного пользования ими, отражая при этом не только потребности населения, но и помехи, препятствующие пользованию уже существующими услугами (и то, как эти помехи могут быть устранены благодаря новым услугам). Подобный анализ носил бы межсекторальный характер в том смысле, что можно было бы принять во внимание наличие общественного транспорта, местные возможности устройства на работу и наличие учебных и детских дошкольных учреждений (а также наличие услуг по уходу за другими иждивенцами).

Какие же имеются фактические данные, свидетельствующие о воздействии гендерного бюджетирования на политику здравоохранения различные формы гендерного неравенства? Большинство публикаций об этом подходе и основная часть существующей практики его применения имеют отношение к женщинам, а не к мужчинам и женщинам. Часто в методах гендерного бюджетирования главное внимание уделяется экономическим различиям между женщинами и мужчинами, особенно различиям в доходе, занятости и заработках. Поэтому и эффекты в большинстве случаев наблюдались в связи с занятостью и сопутствующими ей привилегиями, социальным обеспечением или государственными программами обеспечения минимального уровня доходов, пенсиями, налоговыми льготами и так далее. Но ведь системы здравоохранения потребляют значительную долю общих государственных расходов, и, если гендерное бюджетирование помогает более рационально направлять ресурсы, это создает немалые возможности для повышения отдачи от использования этих ресурсов. И хотя примеров того, как можно было бы применять гендерное бюджетирование к политике здравоохранения, мало, совершенно очевидно, что такой подход помог бы высветить проявления гендерного неравенства в использовании медико-санитарных услуг, лечения и его исходах.

Примеры гендерного бюджетирования в здравоохранении можно встретить на разных уровнях. В Швеции для учета гендерных различий в пользовании одной конкретной стационарной услугой и изучения причин гендерного разрыва в получении и завершении лечения был принят подход "на микроуровне" (36). В Норвегии в результате гендерного бюджетирования стали применять разные подходы на разных уровнях

политики: к числу таких подходов относится статистическое приложение к проекту годового бюджета, в котором содержатся данные о пользовании услугами здравоохранения женщинами и мужчинами и анализ пользования конкретными услугами (например, клиникой общественного здравоохранения для молодежи) (37,38).

В аргументах, приводимых в качестве экономического обоснования гендерного бюджетирования, особо отмечаются внешние факторы, хотя в пользу внедрения такого подхода имеются и аргументы социального плана. К числу таких аргументов относятся те, в которых подчеркивается, каким образом на первый взгляд гендерно-нейтральные стратегии на самом деле скрывают важные гендерные различия, выявляемые с помощью гендерного бюджетирования.

Выгоды гендерного бюджетирования, как правило, связаны с улучшениями во всей бюджетной системе: "Гендерное бюджетирование – это просто грамотное составление бюджета" (27). Исследования показывают, что этот подход ассоциирует с улучшением показателей экономического роста (см., например, руководство по гендерному бюджетированию, изданное для руководителей, формирующих политику, государственных органов и учреждений, ведающих вопросами развития, в рамках межведомственной программы Секретариата Британского Содружества Наций, IDRC и ЮНИФЕМ (39)). Кроме того, благодаря гендерному бюджетированию можно более рационально осуществлять целевое распределение ресурсов, что приводит к повышению эффективности их использования и улучшению практики оказания услуг как мужчинам, так и женщинам (22). Для других гендерное бюджетирование видится с более прагматичной точки зрения как относительно легкий отправной пункт – иными словами, оно представляет собой механизм для проведения анализа существующего бюджета с позиций гендерного равенства, позволяющий высветить пробелы и проблемы и являющийся вполне оправданной и относительно легко понимаемой исходной точкой в реализации мер по обеспечению гендерного равенства (16).

При использовании гендерного бюджетирования нужны данные хорошего качества, получаемые на регулярной основе, с разбивкой по гендерному признаку и с нужным уровнем детализации. Для тех, кто будет участвовать на разных этапах процесса, вероятно, потребуется организовать обучение (в соответствии с их конкретными функциями и обязанностями). Также необходимо оценивать этот процесс как своими силами, так и с привлечением сторонних исследователей. Если гендерное бюджетирование будет кем-то навязано, а не будет внедряться такими методами, которые получают поддержку руководителей всех уровней,

могут возникнуть проблемы. Также важно иметь полную ясность в отношении порядка действий и их последствий. Для того, чтобы анализы с позиции гендерных проблем, необходимые для обоснования гендерного бюджетирования, имели практический смысл и учитывали конкретный контекст, они должны выполняться собственными, а не посторонними экспертами; это такой подход, который должен быть интегрирован в обычный процесс работы, а не быть чем-то обособленным.

Для того, чтобы этот подход представлял ценность, требуется также политическая приверженность во всех различных отделах, отвечающих за гендерный анализ, оценку воздействия принимаемых мер на мужчин и женщин и за внедрение мер гендерного бюджетирования. Он должен быть принят в качестве устойчивого процесса, рассчитанного на длительную перспективу. При разумном стратегическом управлении должна быть обеспечена прозрачность как процесса гендерного бюджетирования, так и решений, принимаемых на его основе.

Информационный подход: гендерно-чувствительные показатели здоровья

Когда главные усилия сосредоточены на информационном подходе, для достижения гендерной справедливости чрезвычайно важно иметь данные с разбивкой по гендерному признаку, и в этой связи в некоторых странах Европы производство данных, которые дифференцируются по этому признаку в порядке обычной практики, было бы значительным шагом вперед. В качестве примера, который рассматривается здесь более подробно, взято использование гендерно-чувствительных показателей здоровья. Разумное с точки зрения политики здравоохранения стратегическое управление должно строиться на серьезном, подкрепленном фактами анализе различий между людьми, в том числе различий, основанных на гендере. И в этом контексте гендерно-чувствительные показатели здоровья представляют собой важные инструменты, особенно когда они далее дифференцируются по этнической принадлежности и социально-экономическим факторам. Хотя показатели здоровья вообще используются повсеместно, потребность в гендерно-чувствительных показателях обнаружилась лишь сравнительно недавно.

В 2003 г. на Консультативном совещании ВОЗ по гендерно-чувствительным основным показателям здоровья было определено, что таковыми являются показатели, главная цель которых – дать возможность странам найти потенциальные источники гендерной несправедливости в отношении состояния здоровья, детерминант здоровья и качества работы систем здравоохранения. Кроме того,

показатели рассматриваются как средство, с помощью которого можно определять и разрабатывать механизмы устранения такой несправедливости. ВОЗ приняла трехуровневый набор из 35 показателей здоровья, в состав которого входят 11 показателей состояния здоровья (такие как коэффициент материнской смертности и показатели самооценки депрессии у мужчин и женщин), 13 показателей детерминант здоровья (в том числе, например, принятие решений, касающихся собственного дохода, и модели поведения по отношению к собственному здоровью) и 11 показателей качества работы систем здравоохранения (такие как показатели, основанные на пользовании различными услугами, времени ожидания получения услуги и расходах), хотя тогда же было отмечено, что этот перечень относительно длинный и в будущем его, возможно, придется сократить (см. таблицу 2).

Не все эти показатели имеют одинаковую ценность во всех странах Европы, поэтому важно увязывать показатели с обстоятельствами в каждой стране. В то время как странам с более низким уровнем доходов и слаборазвитой инфраструктурой, высокой смертностью и тяжелым бременем нездоровья может быть целесообразнее использовать перечень ВОЗ, для европейских стран, где уровень доходов выше, некоторые основные показатели (такие как, например, доступ к адекватным санитарно-профилактическим мероприятиям или чистой питьевой воде) могут быть слишком нечувствительными как мерило неравенства. Вот почему при выборе конкретных показателей на уровне страны нужно руководствоваться четкими принципами, которые должны определяться заранее, но и периодически подвергаться (пере)оценке (40). Для того, чтобы добиться максимальной ценности гендерно-чувствительных показателей, важно учитывать целый ряд аспектов этих показателей и их разработки.

Участие и привлечение заинтересованных сторон

Имеются фактические данные о том, что привлечение потребителей к планированию медико-санитарной помощи и к выработке политики помогает добиться улучшения качества помощи, большей степени удовлетворенности пользователей и улучшения здоровья (41). Аналогичным образом, привлечение различных заинтересованных партнеров, таких как руководители, формирующие политику, конечные пользователи показателей, медицинские работники, исследователи в области здравоохранения и представители пользователей услуг, к определению типов применяемых показателей создает возможности для разработки более адекватных показателей и повышает вероятность того, что показатели будут положительно восприняты более широким кругом заинтересованных лиц (40). Необходимо также добиваться того, чтобы

в число представленных заинтересованных партнеров входили те, кого волнуют гендерные проблемы.

Актуальность

Разные пользователи обычно имеют разные потребности с точки зрения как конкретной информации, так и применяемого формата. Например, не всем пользователям нужен один и тот же уровень детализации. Некоторым могут потребоваться данные, которые дифференцируются далее по другим формам различия. Показатели на уровне страны могут быть нужны для того, чтобы можно было проводить сравнения в международном масштабе; важно укреплять способность лиц, формирующих политику, сравнивать собственные стратегии со стратегиями других стран. Лицам, вырабатывающим политику на местном уровне, могут понадобиться более подробные показатели с разбивкой по социально-экономическим, этническим и географическим группам, которые совпадают с характеристиками того населения, которому они служат. При этом важно принимать во внимание разные требования, которые предъявляются к гендерно-дифференцированной информации на разных уровнях.

Доступность для понимания

Гендерно-чувствительные показатели должны быть легкими для понимания всеми пользователями, но то, как их понимают, может меняться в зависимости от разных уровней организационной структуры, на которых они будут использоваться (40).

Четкость определения

Показатели должны иметь четкое определение того, чем они являются, что они представляют, что они охватывают и чего не охватывают, чтобы их интерпретация всегда была единообразной и последовательной и не оставляла места для вариаций (40).

Количество показателей

В системах здравоохранения лучше иметь небольшое число показателей, чем длинный их перечень. Это помогает избежать информационной перегруженности и трудностей, которые создаются составными показателями (за такими показателями можно не разглядеть важных различий в составляющих их данных). Кроме этого, повышается вероятность того, что показатели будут регулярно составляться и представляться, а также вероятность их использования. В системах здравоохранения важно выделять те показатели, которые позволяют получать наиболее нужную информацию с точки зрения гендерного равенства или гендерной справедливости, так как обычно для разных

пользователей и в разных подразделениях системы здравоохранения они бывают разными (40).

Специфичность

Гендерно-чувствительные показатели должны служить для того, чтобы лица, формирующие политику, могли иметь информацию о важности и правильности предпринимаемых вмешательств. Они должны иметь нужную степень сложности на уровне страны, на территориальном или местном уровне (в соответствии с тем, на какой уровень возложена ответственность за планирование и реализацию) (42).

Формат

Большое значение имеет формат, в котором представлены показатели. Они могут быть либо в электронном виде, либо на бумажном носителе, но что самое главное (по крайней мере, для некоторых пользователей) – это насколько легко можно манипулировать данными для удовлетворения конкретных и меняющихся требований, когда возникает потребность в этих данных.

Своевременность

Гендерные показатели необходимо регулярно собирать и обновлять. Кроме того, нужно оценивать и по мере необходимости пересматривать их содержание. Необходимо узаконить практику обратной связи: для разных типов пользователей должны быть приняты соответствующие меры, например, предусмотрены электронные системы направления отзывов, консультации и мониторинг того, как используются данные (42).

В целом исследований, посвященных сравнению разных показателей, относительно мало. Определенная работа была проведена над показателями здоровья, разработанными Европейским Союзом в его "Программе мониторинга здоровья" и в проекте "Показатели здоровья Европейского Сообщества" (43, 44), но эти показатели изначально не предназначались для использования в увязке с гендерной справедливостью. В одном проекте по апробации в реальных условиях набора основных гендерно-чувствительных показателей здоровья, разработанных ВОЗ, который был осуществлен в Канаде, был сделан вывод о том, что, хотя национальные и региональные данные и указывают на наличие гендерного разрыва в отношении здоровья, они недостаточно подробны для того, чтобы можно было выявить различия между женщинами и между мужчинами, в том числе различия с разбивкой по этнической принадлежности, возрасту, социально-экономическому статусу и регионам (13). Апробация в реальных условиях также показала, что в таких странах, как Канада, где некоторые события в отношении

здоровья случаются относительно редко, может оказаться необходимым иметь больше показателей по заболеваемости. Например, было предложено расширить показатель материнской смертности так, чтобы он включал показатели материнской заболеваемости, например, повторную госпитализацию после родов. Хотя данные о частоте суицида представляют собой ценный гендерно-чувствительный показатель, исследователи, проводившие апробацию в реальных условиях, высказали мнение о том, что важные гендерные различия отражает показатель самопричиненных травм, который поэтому необходимо добавить; аналогичным образом, гендерный разрыв в травматизме, связанном и не связанном с несчастными случаями, указывает на то, что было бы полезно включать данные по такому травматизму.

Эти же исследователи также рекомендовали добавить данные о пользовании услугами здравоохранения, чтобы дополнить информацию, получаемую из обследований и со слов пользователей, в которой могут занижаться сведения о моделях поведения в отношении собственного здоровья, особенно злоупотребления психоактивными веществами, употребления алкоголя и курения. Более точный анализ разрыва между потребностями в лечении и фактическим использованием лечением, который сам по себе может быть гендерно-обусловленным, возможен благодаря сочетанию информации, получаемой со слов пользователей, и характеристик пользования услугами здравоохранения. Например, в разных возрастных группах может оставаться нераспознанной и не полностью излеченной депрессия у мужчин и женщин. Еще одна рекомендация заключалась в том, что тем, кто использует показатели здоровья, нужно изучать взаимодействия между показателями и потенциальной ролью (с точки зрения состояния здоровья) различных сочетаний этих характеристик.

Гендерно-чувствительные показатели необходимо рассматривать как часть общего гендерно-ориентированного подхода к системам здравоохранения, последовательные элементы которого перечислены ниже (взято из (45)):

- общие цели: широкие формулировки желательных направлений;
- узкие цели: формулировки конкретных и поддающихся измерению целей;
- показатели: средства детальной оценки продвижения к поставленным общим целям;
- целевые показатели: формулировки планируемого прогресса в достижении поддающихся измерению результатов с указанием сроков;

- стратегии: согласованная совокупность вмешательств, предназначенных для достижения общих целей.

Отобранные показатели будут более ценными и с большей вероятностью будут восприниматься разными ведомствами как свои собственные, если они будут ассоциировать с гендерно-специфическими стратегиями здравоохранения и характеристиками результатов и увязываться с несколькими уровнями политики (7, 46). Swikel предлагает использовать четырехуровневый подход на примере рака легкого (46). Эти уровни могли бы выглядеть следующим образом: на верхнем уровне целевым показателем могло бы быть снижение смертности от рака легкого; на втором уровне можно было бы установить целевой показатель по детерминанте – курению; на третьем уровне можно было бы ввести запрет на курение в общественных местах как элемент политики общественного здравоохранения, а на четвертом уровне – подходы на уровне и с участием местных сообществ – можно было бы ввести запрет на рекламу. Наконец, важно отметить, что все показатели характеризуют событие или исход, а не поясняют, каким образом или почему они произошли или наступили; для оценки значимости показателей чрезвычайно важен гендерно-чувствительный анализ.

Гендерно-чувствительные показатели поощряют к тому, чтобы уделять внимание конкретным и измеримым целевым показателям, касающимся гендерного равенства, их можно использовать наряду с другими подходами, а перечень необходимых показателей можно составить сообразно с потребностями, обстоятельствами и населением страны. Показатели также можно относительно легко внедрять на разных уровнях системы здравоохранения.

В тех случаях, когда приходится собирать дополнительные данные для того, чтобы составить гендерно-чувствительные показатели здоровья, правительства всегда несут издержки. Однако большая часть данных, которые требуются для используемых обычно гендерно-чувствительных показателей, присутствует в уже собранной статистике, и в этом случае дополнительные издержки на сбор данных с разбивкой по гендерному признаку будут меньше. К числу других издержек могут относиться организация консультаций (чтобы были надлежащим образом представлены точки зрения различных заинтересованных сторон) и регулярное проведение оценки показателей.

Можно критиковать показатели здоровья за то, что они сосредоточены на биомедицинских характеристиках состояния здоровья, таких, например, как данные о смертности или характеристики распространенности определенных состояний и симптомов (47). Некоторые настаивают

на включении показателей, отражающих социальные детерминанты здоровья, такие как формы структурного неравенства, например, связанные с работой, неоплачиваемым трудом и жилищными условиями (7, 48). Фактические данные о социально-экономических различиях между женщинами и мужчинами показывают, что для целей гендерной справедливости важно разрабатывать такие показатели здоровья, которые выходят за рамки биомедицинских характеристик здоровья.

Создание условий для реализации

При всех рассмотренных выше подходах предполагаются одинаковые необходимые условия для того, чтобы добиться гендерной справедливости и осуществить перемены.

Во-первых, для реализации всех подходов требуется гендерно-дифференцированная информация, которая характеризуется высоким качеством, регулярно предоставляется, доступна в разных форматах и соответствует необходимому уровню использования. Несмотря на то, что правительства европейских стран регулярно, по установленному порядку вырабатывают данные, информация не всегда бывает дифференцирована по гендерному признаку, поэтому в некоторых случаях нужны дополнительные данные. Однако без твердой установки на выработку и распространение таких данных как на уровне страны, так и на местном уровне сполна реализовать потенциал этих подходов не удастся (49).

Во-вторых, все подходы должны вписаться в систему целей и принципов всех уровней организации как "свои" и подкрепляться долгосрочной политической приверженностью. Хотя внедрить законодательство о гендерном равенстве, гендерные бюджеты или гендерно-чувствительные показатели здоровья можно только при том условии, что эти идеи разделяет целый ряд заинтересованных лиц, для успеха их внедрения также требуется наличие твердой, опирающейся на широкую базу приверженности таким мерам. Это особенно важно в тех случаях, когда возникает сопротивление этой идее или когда имеется мнение, будто гендерная справедливость достигается за счет либо улучшений в оказании услуг, либо в ущерб противодействию другим проявлениям несправедливости (49, 50). В связи с этим одним из главных условий успешного продвижения принципов гендерной справедливости в системах здравоохранения можно считать полноценное стратегическое управление системой здравоохранения со стороны соответствующего министерства. Вопросы, касающиеся справедливости – в том числе гендерной – занимают в стратегическом управлении центральное место, ибо добиваться справедливости необходимо с помощью комплексного подхода, при котором меры принимаются на нескольких уровнях и по

нескольким направлениям. Областями, в которых можно добиваться гендерной справедливости, являются все виды деятельности, органически присущие функции стратегического управления, выполняемой министерствами здравоохранения – отслеживание ситуации в отношении финансирования медико-санитарной помощи (включая организационные и нормативно-правовые вопросы) и создание ресурсов для систем здравоохранения (включая укомплектование кадрами, информацию, инфраструктуру, закупки и предоставление услуг). Например, системы здравоохранения представляют собой крупных работодателей и покупателей и поэтому могут способствовать гендерной справедливости, используя такую структуру найма на работу, в которую заложено противодействие гендерной (или иной) дискриминации, и требуя от поставщиков товаров и услуг из частного сектора соблюдения минимальных стандартов справедливости.

В-третьих, фундаментом всех подходов должны быть финансовые и кадровые ресурсы. Все описанные здесь механизмы связаны с затратами, хотя эти затраты бывают разными в зависимости от того, в какой степени гендер уже определен как проблема. Например, в странах, где в структуре государственных органов специально созданы отделы по гендерным вопросам, затраты могут быть меньше, чем в других странах, благодаря наличию сотрудников, а также прежнего опыта, имеющего значение для данной ситуации (16).

В-четвертых, для того, чтобы любой подход к достижению гендерной справедливости мог дать нужный эффект, необходимо определить потребности в обучении кадров и удовлетворить их в самом начале. Обучение всегда будет необходимо для всех, кто занят в этом процессе, начиная с лиц, вырабатывающих политику, и кончая работниками, непосредственно имеющими дело с пользователями услуг. Также обучение должно проводиться постоянно, а не только как разовые мероприятия, чтобы можно было удовлетворять потребности в знаниях вновь принимаемых сотрудников и поддерживать изменения в политике (51).

В-пятых, чрезвычайно важно оценивать эффективность стратегий и вмешательств, и в этом отношении полезно, когда оценка проводится сторонними лицами или организациями. По мере того, как создаются процессы или изменяются системы, очень важно изучать воздействие, результаты, издержки, риски и выгоды того, что произошло. Нужно, чтобы такое изучение проводилось постоянно, а оценка силами сторонних организаций или лиц, проводимая не столь часто, позволяет не допускать самоуспокоенности и способствует развитию нового мышления (7,32,42). Не менее важно привлекать различных заинтересованных партнеров, в том числе конечных потребителей,

на всех этапах реализации принятой стратегии (22).

Между европейскими странами имеются важные различия в структурных ограничениях и исходных условиях. На возможности для изменений и реализацию различных подходов также влияет наличие политической воли. Политика общественного здравоохранения в Европе развивалась разными темпами, разными путями и в разных экономических и политических условиях, и эти различия также влияют на то, в какой степени в разных системах здравоохранения принимаются гендерно-чувствительные подходы к политике.

Кроме того, в Европе наблюдаются различия в здоровье женщин и мужчин и, следовательно, в приоритетах систем здравоохранения: например, в странах Восточной Европы весьма важной является проблема репродуктивного здоровья женщин, тогда как в западных странах более серьезной является проблема сердечно-сосудистых заболеваний (4). Это означает не то, что подходы, основанные на учете гендерной проблематики, не применимы, а то, что разные страны, по всей вероятности, будут выбирать такие подходы, которые наиболее пригодны для решения их специфических проблем здравоохранения.

Благодаря принятому в ЕС "Открытому методу координации", в котором используются "мягкое право" и рекомендации, направленные на сближение политики здравоохранения и ускорение принятия единых целей (включая достижение гендерного равенства и гендерной справедливости), возникает возможность использования определенных механизмов обмена знаниями и сотрудничества. Хотя и не все страны Европы являются членами ЕС, такая координация может распространиться за пределы государств-членов, особенно в части обмена подходами и передовым опытом.

Рассматриваемые здесь подходы не исключают методов, в основу которых положено выявление других форм неблагоприятных условий, таких как невыгодное социальное положение, связанное с доходом и национальностью. Для устранения одновременно нескольких форм неравенства можно применять нормативно-правовые подходы, как это делается в Соединенном Королевстве; в то же время гендерно-чувствительные показатели могут включать данные, отражающие и другие формы различий.

Гендерное неравенство наносит наибольший ущерб таким группам населения, которые испытывают и другие формы неблагоприятного положения. Например, гендерные различия в поведении по отношению к собственному здоровью встречаются в группах с более низким уровнем доходов, но последствия будут, скорее всего, наиболее выраженными

с точки зрения состояния здоровья. Принятие мер по достижению гендерной справедливости дает целый ряд положительных эффектов, в том числе улучшение стратегического управления и более рациональное использование ресурсов, одновременно повышая способность систем здравоохранения систематически заниматься проблемами неравенства.

Отмечая эти "предпосылки", очень важно учитывать, что меры в отношении гендерной справедливости почти всегда носят повторяющийся характер. Часто страны начинают с довольно простых изменений (возможно, основываясь на подходах, изложенных выше), которые в свою очередь дают возможность повышать квалификацию, распространять знания и укреплять приверженность, что затем способствует дальнейшим изменениям. Например, добиться установки на представление данных с разбивкой по гендерному признаку, касающихся результатов здравоохранительных мероприятий и практики получения медико-санитарной помощи, может быть относительно просто. Если такие данные будут распространяться с тем, чтобы ими могли пользоваться лица, формирующие политику, и группы особых интересов как внутри систем здравоохранения, так и в других сферах, это может привести к предоставлению фактических данных, касающихся неравенства в отношении здоровья между женщинами и мужчинами, которые в свою очередь будут подкреплять аргументы в пользу дальнейших изменений.

Например, в Казахстане данные с разбивкой по гендерному признаку используются для выявления особых рисков для здоровья женщин в связи с насилием на гендерной почве, нарушениями репродуктивного здоровья и высокими уровнями анемии, тогда как данные о здоровье мужчин используются для выявления рисков злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, ассоциирующихся со стрессом, особенно в связи с безработицей и бедностью (52). Эти данные в свою очередь позволили выработать ряд рекомендаций о принятии государством соответствующих мер, включая стратегии борьбы с насилием на гендерной почве, стратегии борьбы с торговлей людьми и финансирование специализированных стационарных служб по лечению алкоголизма, позволяющих лечить мужчин вне дома, чтобы повысить степень защищенности женщин (52). Кроме того, правительство учредило должность уполномоченного по правам человека и обязало свои органы иметь в штате специалиста по гендерным вопросам. Также внесено предложение о принятии законодательства, направленного на усиление участия женщин в общественной и политической жизни и обеспечение равных возможностей и равных прав для мужчин и женщин.

Проведенный недавно гендерный анализ ситуации в Казахстане (53)

показал, что еще предстоит сделать много для того, чтобы повысить гендерное равенство и добиться гендерной справедливости. Однако ситуация в Казахстане служит примером того, как страна, в экономическом отношении менее развитая, чем другие страны Европы, могла бы наиболее успешно решать гендерные проблемы сразу по нескольким направлениям политики. Представляется разумным следовать целевому, повторяющемуся подходу, ориентированному на конкретную проблему, а не пытаться осуществить широкомасштабные изменения в культурных и экономических условиях, что может лишь затруднить такие широкие перемены в политике и повысить вероятность неудачи.

Резюме

В данном кратком аналитическом обзоре показано несколько возможных подходов, следуя которым системы здравоохранения (европейские) могли бы решать гендерные проблемы. Некоторые из этих подходов легче, чем другие, с точки зрения требуемых ресурсов и имеют больше вероятности быть положительно воспринятыми как лицами, формирующими политику, так и лицами, осуществляющими эту политику. Для других требуется больше ресурсов и может потребоваться больше времени на реализацию. Некоторым странам Европы при нынешней ситуации в экономике и культуре рассмотренные в данном обзоре меры могут показаться слишком трудными, чтобы ставить вопрос об их осуществлении. Однако необходимо учесть, что даже таким странам, как Норвегия, Швеция и Шотландия, которые приняли множество мер для достижения гендерной справедливости, потребовалось несколько десятилетий, чтобы придти к этому, и в течение этого времени они осуществляли целый ряд небольших изменений, которые помогали им выявлять потребности и разрывы в отношении здоровья и демонстрировать положительный эффект от обеспечения гендерной справедливости с точки зрения здоровья населения и рационального использования ресурсов (6, 32, 54). Эти изменения также позволили создать организационно-кадровый потенциал на различных уровнях министерств здравоохранения, необходимый для выработки понимания того, как гендерные различия влияют на здоровье. Кроме того, благоприятным фактором для этих стран стал дополнительный импульс к переменам, который был дан под влиянием международных и наднациональных организаций, таких как Организация Объединенных Наций, ВОЗ и ЕС. Описанные подходы открывают ценные возможности добиться гендерной справедливости в деятельности систем здравоохранения на благо как мужчин, так и женщин.

Библиография

1. Payne S. *The health of men and women*. Cambridge, Polity, 2006.
2. Mathers CR et al. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 2001, 357:1685–1691.
3. Wizeman TM, Pardue ML. *Exploring the biological contributions to health: does sex matter?* Washington DC, National Academy Press, 2001.
4. Doyal L. *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. Basingstoke, Macmillan, 1995.
5. Bertakis K et al. Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 2000, 49:147–152.
6. Sundari Ravindran TK, Kelkar-Khambete A. Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward. *Global Public Health*, 2008, 3:121–142.
7. Lin V, L'Orange H, Silburn K. Gender-sensitive indicators: uses and relevance. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S27–S34.
8. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:1385–1401.
9. White A, Banks I. Help-seeking in men and problems of late diagnosis. In: Kirby R et al., eds. *Men's health*, 2nd ed. London, Taylor & Francis, 2004:1–8.
10. Mezey G, Hassell Y, Bartlett A. Safety of women in mixed-sex and single-sex medium secure units: staff and patient perceptions. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187:579–582.
11. *The European health report 2002*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913_1, accessed 18 June 2009).
12. Östlin P. *What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>, accessed 18 November 2009).
13. *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_FCH_GWH_08.1_eng.pdf, accessed 25 June 2009).
14. *Доклад о развитии человека 2007/2008. Борьба с изменениями климата: человеческая солидарность в разделенном мире*. Вашингтон, Программа развития ООН/Palgrave Macmillan, 2007 (<http://www.un.org/>

[russian/esa/hdr/2007/hdr_20072008_complete.pdf](#) (по состоянию на 22 октября 2009 г.).

15. Hausman L et al. *The global gender gap report 2007*. Geneva, World Economic Forum, 2007 (<http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Gender%20Gap/index.htm>, accessed 18 June 2009).

16. Holvoet, N. Gender budgeting in Belgium: findings from a pilot project. *European Societies*, 2007, 9:275–300.

17. Sundari Ravindran TK, Kelkar-Khambete A. Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions. *Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health, June 2007*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/womens_health_policies_wgkn_2007.pdf, accessed 18 June 2009).

18. Eurobarometer. *Health in the European Union*. Brussels, European Commission, 2007.

19. Hayes BC, Prior PM. *Gender and health care in the UK. Exploring the stereotypes*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2003.

20. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC, American Institute for Cancer Research, 2007.

21. Marquez P. *Dying too young – addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation, Europe and Central Asia*. Washington DC, Human Development Department, World Bank, 2005.

22. McKay A. Developing a gender budget initiative: a question of process or policy? Lessons learned from the Scottish experience. *Gender Studies* Volume 4. Linz, University of Linz, 2004.

23. Roggeband C, Verloo M. Evaluating gender impact assessment in the Netherlands (1994–2004): a political process approach. *Policy and Politics*, 2005, 34:615–632.

24. Wismar M et al. Health targets and (good) governance. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 2006, 8:1–6.

25. *Gender analysis in health: a review of selected tools*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_analysis.pdf, accessed 19 June 2009).

26. *Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков. От резолюции – к действиям. 2005–2008 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008
27. Stotsky J. *Working paper: gender budgeting*. Washington DC, International Monetary Fund, 2006.
28. Nanda P. Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:127–134.
29. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 2001, 358:833–836.
30. Squires J. The challenge of diversity: the evolution of women's policy agencies in Britain. *Politics and Gender*, 2007, 3:513–530.
31. *Single equality scheme 2006–09*. London, Department of Health, 2006.
32. Schmitz C. *Gender responsive budgeting in the Nordic countries. The Scandinavian experience: barriers, results and opportunities*. Copenhagen, The Nordic Council of Ministers, 2005.
33. Budlender D. Gender budgets: what's in it for NGOs? *Gender and Development*, 2002, 10:82–87.
34. Klatzer E. A glance at some gender budgeting initiatives throughout Europe. *Globalizacija.com: Journal for Political Theory and Research on Globalisation, Development and Gender Issues*, 2005 (http://www.globalizacija.com/doc_en/e0055rob.htm, accessed 19 June 2009).
35. Elson D. *Gender mainstreaming and gender budgeting*. European Commission Conference on Gender Equality and Europe's Future, 4 March 2003. Brussels (<http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/jm/more/confgender03/elson.pdf>, accessed 25 June 2009).
36. Norwegian Ministry of Children and Equality. *Guide to gender equality assessment and discussion in ministry budget proposals*. Oslo, Ministry of Children and Equality, 2007 (http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Veiledning%20og%20brosjyrer/2007/Guide_likestillingsvurdering_eng_link.pdf, accessed 25 June 2009).
37. Hole A. Gender budgeting: modernity and good governance; a practical, utilitarian, pragmatic approach. *EU Conference on Gender Budgeting, Frankfurt, 4–5 June 2007* (<http://www.regjeringen.no/se/dep/bld/Departemента-birra/Organisauvdna/Ossodagat/Ovtaseallin--jadasearvoossodat/ekspedisjonssjef-arni-hole/gender-budgeting-modernity-and-good-gove.html?id=475978>, accessed 25 June 2009).

38. Oie KE. *Gender analysis and gender budgeting: tools for economic development. 6 European Ministerial Conference on Equality between Women and Men, Stockholm, 8–9 June 2006* (http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dep/politisk_ledelse/avskjedigete/statssekretar_kjell_erik_oie/taler_artikler/2006/gender-analysis-and-gender-budgeting-too.html?id=437478, accessed 25 June 2009).
39. Budlender D et al. *Gender budgets make cents: understanding gender responsive budgets*. London, Commonwealth Secretariat, 2002.
40. Ben-Abdelaziz F. Women's health and equity indicators. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S1–S2.
41. Nilsen ES et al. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, issue 3, article CD004563 (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004563.html>, accessed 19 June 2009).
42. Fong M. Gender health indicators for whom? Responding to the needs of different users. *International Journal of Public Health*, 2007, 52(S1):9–10.
43. Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31:451–459.
44. Haworth-Brockman M et al. A field test of the gender-sensitive core set of leading health indicators in Manitoba, Canada. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S49–S67.
45. Willson K, Jackson B. *Bringing women and gender into 'Healthy Canadians: a federal report on comparable health indicators 2004'*. Winnipeg, National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, 2006 (<http://www.whrn.ca/documents/WomenGenderHealthIndicatorsJan2006.pdf>, accessed 19 June 2009).
46. Cwikel JG. Applications and development possibilities: moving beyond the WKG project to incorporate cultural diversity. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S7–S8.
47. Standing H. Gender equity and health indicators in the context of health reforms. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S5–S6.
48. Bauer G, Davies K, Pelikan J on behalf of the EUHPID Theory working group and the EUHPID consortium. The EUHPID Health Development Model for the Classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 2004, 21:153–159.

49. Austin S et al. Gender-based analysis, women's health surveillance and women's health indicators – working together to promote equity in Canada. *International Journal of Public Health*, 2007, 52:S41–S48.
50. Rake K. Gender budgets: the experience of the UK's Women's Budget Group. 'Gender balance – Equal finance' Conference, Basel, March 2002. (<http://www.wbg.org.uk/pdf/Gender%20BudgetsWBG%20Rake2002.pdf>, accessed 25 June 2009).
51. *Gender budgeting. Final report of the group of specialists on gender budgeting*. Strasbourg, Equality Division, Directorate General of Human Rights, Council of Europe, 2005 ([http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_EG-S-GB\(2004\)RAPFIN_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_EG-S-GB(2004)RAPFIN_E.pdf), accessed 19 June 2009).
52. *Kazakhstan country gender assessment*. Philippines, East and Central Asia Regional Department and Regional and Sustainable Development Department, Asian Development Bank, 2006 (<http://www.adb.org/Documents/Reports/Country-Gender-Assessments/cga-kaz.pdf>, accessed 19 June 2009).
53. UNDP Kazakhstan (undated). *UNDP Kazakhstan: gender mainstreaming strategy*, United Nations Development Programme 2006 (<http://europeandcis.undp.org/gender/kazakhstan/show/08FCC922-F203-1EE9-B3360D15BA11580A>, accessed 25 June 2009).
54. Östlin P et al. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, 2007, 21(S1):25–35.

Таблица 1. Гендерное неравенство стран Европы: рейтинг по баллам Индекса развития с учетом гендерного фактора (ИРГФ), с указанием рейтинга по баллам Индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) (ООН) и Индекса гендерного разрыва (ИГР) (Всемирный экономический форум)

| Страна | Рейтинг по ИРЧП ^а | Балл ИРЧП ^а | Рейтинг по ИРГФ (развитие с учетом гендерного фактора) ^а | Балл ИРГФ ^а | Балл ИРГФ минус балл ИРЧП | Балл по ИГР ^б |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|---|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Исландия | 1 (Высокий) | 0,968 | 1 | 0,962 | -0,006 | 0,784 |
| Норвегия | 2 (Высокий) | 0,968 | 3 | 0,957 | -0,011 | 0,806 |
| Швеция | 6 (Высокий) | 0,956 | 5 | 0,955 | -0,001 | 0,815 |
| Нидерланды | 9 (Высокий) | 0,953 | 6 | 0,951 | -0,002 | 0,738 |
| Франция | 10 (Высокий) | 0,952 | 7 | 0,950 | -0,002 | 0,682 |
| Финляндия | 11 (Высокий) | 0,952 | 8 | 0,947 | -0,005 | 0,804 |
| Швейцария | 7 (Высокий) | 0,955 | 9 | 0,946 | -0,009 | 0,692 |
| Соединенное Королевство | 16 (Высокий) | 0,946 | 10 | 0,944 | -0,002 | 0,744 |
| Испания | 13 (Высокий) | 0,949 | 12 | 0,944 | -0,005 | 0,744 |
| Бельгия | 17 (Высокий) | 0,946 | 14 | 0,940 | -0,006 | 0,720 |
| Ирландия | 5 (Высокий) | 0,959 | 15 | 0,940 | -0,019 | 0,746 |
| Италия | 20 (Высокий) | 0,941 | 17 | 0,936 | -0,005 | 0,650 |
| Австрия | 15 (Высокий) | 0,948 | 19 | 0,934 | -0,014 | 0,706 |
| Дания | 14 (Высокий) | 0,949 | 11 | 0,934 | -0,015 | 0,752 |
| Германия | 22 (Высокий) | 0,935 | 20 | 0,931 | -0,004 | 0,762 |
| Израиль | 23 (Высокий) | 0,932 | 21 | 0,927 | -0,005 | 0,696 |
| Люксембург | 18 (Высокий) | 0,944 | 23 | 0,924 | -0,020 | 0,699 |
| Греция | 24 (Высокий) | 0,926 | 24 | 0,922 | -0,004 | 0,665 |
| Словения | 27 (Высокий) | 0,917 | 25 | 0,914 | -0,003 | 0,684 |
| Кипр | 28 (Высокий) | 0,903 | 27 | 0,899 | -0,004 | 0,652 |
| Португалия | 29 (Высокий) | 0,897 | 28 | 0,895 | -0,002 | 0,696 |
| Чешская Республика | 32 (Высокий) | 0,891 | 29 | 0,887 | -0,004 | 0,672 |
| Мальта | 34 (Высокий) | 0,878 | 33 | 0,873 | -0,005 | 0,661 |

а (14), б (15)

Таблица 1. (продолжение)

| | | | | | | |
|---|---------------|-------|-----|-------|--------|-------|
| Венгрия | 36 (Высокий) | 0,874 | 34 | 0,872 | -0,002 | 0,673 |
| Польша | 37 (Высокий) | 0,870 | 35 | 0,867 | -0,003 | 0,676 |
| Литва | 43 (Высокий) | 0,862 | 38 | 0,861 | -0,001 | 0,723 |
| Словакия | 42 (Высокий) | 0,863 | 39 | 0,860 | -0,003 | 0,680 |
| Эстония | 44 (Высокий) | 0,860 | 41 | 0,858 | -0,002 | 0,701 |
| Латвия | 45 (Высокий) | 0,855 | 44 | 0,853 | -0,002 | 0,733 |
| Хорватия | 47 (Высокий) | 0,850 | 46 | 0,848 | -0,002 | 0,721 |
| Болгария | 53 (Высокий) | 0,824 | 50 | 0,823 | -0,001 | 0,708 |
| Румыния | 60 (Высокий) | 0,813 | 54 | 0,812 | -0,001 | 0,686 |
| Беларусь | 64 (Высокий) | 0,804 | 57 | 0,803 | -0,001 | 0,711 |
| Российская Федерация | 67 (Высокий) | 0,802 | 59 | 0,801 | -0,001 | 0,687 |
| Албания | 68 (Высокий) | 0,801 | 61 | 0,797 | -0,004 | 0,607 |
| Бывшая Югославская Республика Македония | 69 (Высокий) | 0,801 | 64 | 0,795 | -0,006 | 0,697 |
| Казахстан | 73 (Средний) | 0,794 | 65 | 0,792 | -0,002 | 0,698 |
| Украина | 76 (Средний) | 0,788 | 69 | 0,785 | -0,003 | 0,679 |
| Армения | 83 (Средний) | 0,775 | 75 | 0,772 | -0,003 | 0,665 |
| Турция | 84 (Средний) | 0,775 | 79 | 0,763 | -0,012 | 0,577 |
| Азербайджан | 98 (Средний) | 0,746 | 87 | 0,743 | -0,003 | 0,678 |
| Молдова | 111 (Средний) | 0,708 | 97 | 0,704 | -0,004 | 0,717 |
| Узбекистан | 113 (Средний) | 0,702 | 98 | 0,699 | -0,003 | 0,692 |
| Кыргызстан | 116 (Средний) | 0,696 | 102 | 0,692 | -0,004 | 0,665 |
| Таджикистан | 122 (Средний) | 0,673 | 106 | 0,669 | -0,004 | 0,658 |
| Туркменистан | 109 (Средний) | 0,713 | – | – | – | – |
| Грузия | 96 (Средний) | 0,754 | – | – | – | 0,666 |
| Босния и Герцеговина | 66 (Высокий) | 0,803 | – | – | – | – |

Таблица 2. Гендерно-чувствительные основные показатели здоровья, разработанные ВОЗ

| Уровень | Показатель | Важность в европейском контексте |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 1 – Состояние здоровья | | |
| 1.1 | Коэффициент материнской смертности | Низкий |
| 1.2 | Низкая масса тела при рождении; мальчики и девочки | Средний |
| 1.3 | Младенческая смертность; мальчики и девочки | Средний |
| 1.4 | Смертность в возрастной группе от 1 до 4 лет; мальчики и девочки | Средний |
| 1.5 | Продолжительность жизни, ожидаемая в возрасте 65 лет; мужчины и женщины (некоторые страны могут использовать показатель продолжительности жизни, ожидаемой при рождении) | Высокий |
| 1.6 | Показатель самооценки депрессии | Высокий |
| 1.7 | Показатель самооценки плохого здоровья; мужчины и женщины | Высокий |
| 1.8 | Показатель зарегистрированного бытового насилия | Высокий |
| 1.9 | Показатель зарегистрированного сексуального насилия; мужчины и женщины, с разбивкой по возрасту и отношению | Высокий |
| 1.10 | Показатель суицида; мужчины и женщины, с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 1.11 | Распространенность вируса иммунодефицита человека; мужчины и женщины, с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2 – Детерминанты здоровья | | |
| 2.1 | • Процент населения, имеющего доступ к питьевой воде; сельские и городские районы (с разбивкой на мужчин и женщин, если имеются эти данные) | Низкий |
| | • Процент населения, имеющего доступ к адекватным санитарно-профилактическим мероприятиям (с разбивкой на мужчин и женщин, если имеются эти данные) | Низкий |
| | • Доля населения, использующего твердое топливо (с разбивкой на мужчин и женщин, если имеются эти данные) | Низкий |
| 2.2 | Показатель грамотности среди населения в возрасте 15-24 лет; мужчины и женщины | Средний |
| 2.3 | Процент населения, живущего ниже установленной в стране черты бедности (планируется разработка показателя феминизации бедности) | Высокий |
| 2.4 | Принятие решений в отношении собственного дохода | Высокий |

Таблица 2. (продолжение)

| Уро- вень | Показатель | Важность в европейском контексте |
|---|---|--|
| 2 – Детерминанты здоровья (продолжение) | | |
| 2.5 | Процент постоянных курильщиков среди населения в возрасте 15 лет и старше; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2.6 | Доля населения в возрасте 15 лет и старше, употребляющего чрезмерное количество алкоголя; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2.7 | Распространенность употребления незаконных наркотических средств среди населения (особенно среди лиц в возрасте 15-24 лет); мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2.8 | Избыточная масса тела и ожирение; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2.9 | Процент молодых людей (в возрасте 15-24 лет), сообщивших о пользовании презервативом при последнем половом сношении, сопряженном с повышенным риском; мужчины и женщины | Высокий |
| 2.10 | Показатель распространенности контрацепции (особенно среди лиц в возрасте 15-49 лет); мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 2.11 | Доступ к безопасному прерыванию беременности | Высокий |
| 2.12 | Доля населения в возрасте 15 лет и старше, проходящего регулярные медицинские осмотры в течение 12 месяцев; с разбивкой по полу и возрасту | Высокий |
| 2.13 | Распространенность анемии среди женщин | Средний/ Высокий |
| 3 – Показатели работы систем здравоохранения | | |
| 3.1 | Использование скорой помощи (медицинским транспортом); мужчины и женщины с разбивкой по возрасту (планируется разработка) | Высокий |
| 3.2 | Частота операций по поводу катаракты; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 3.3 | Прием лекарственных средств от сердечно-сосудистого заболевания; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту | Высокий |
| 3.4 | Процент родов, принимаемых квалифицированными медицинскими работниками (исключая обученных или необученных повитух, принимающих роды традиционными методами) | Средний |

Таблица 2. (продолжение)

| Уро- вень | Показатель | Важность в европейском контексте |
|---|--|--|
| 3 – Показатели работы систем здравоохранения (продолжение) | | |
| 3.5 | Доля лечебно-профилактических учреждений, предлагающих помощь, учитывающую гендерные факторы и ориентированную на нужды пациента (например, кризисный центр для жертв изнасилования, услуги добровольного консультирования и тестирования на вирус иммунодефицита человека) (планируется разработка) | Высокий |
| 3.6 | Доля респондентов (мужчин и женщин), сообщающих об уважительном к ним отношении | Высокий |
| 3.7 | • среднее время ожидания в очереди на лечение по поводу коронарной болезни; мужчины и женщины | Высокий |
| | • среднее время ожидания в очереди на прием к врачу в первичном звене медико-санитарной помощи; мужчины и женщины | Высокий |
| 3.8 | Доля мужчин и женщин, имеющих доступ в медицинское учреждение/к медицинскому работнику по своему выбору | Высокий |
| 3.9 | Процент населения, охваченного страховкой; мужчины и женщины с разбивкой по возрасту и по гендерно-специфическим услугам (планируется разработка) | Высокий |
| 3.10 | Расходы на здравоохранение из собственных средств; мужчины и женщины | Высокий |
| 3.11 | Не обращаются за помощью или откладывают обращение из-за высокой стоимости медико-санитарной помощи; мужчины и женщины | Высокий |

Совместные аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?
Debbie Singh
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?
James Buchan
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Каковы возможные пути создания эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?
José-Luis Fernández, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid

Европейская обсерватория осуществляет подготовки аналитических обзоров в рамках независимой программы (см. www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16).

СФДЗ подготавливает сводные доклады и резюме (с ними можно ознакомиться на сайте: <http://www.euro.who.int/HEN/syntheses/questiontoppage>).

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и советах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решений данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать описание идеальных моделей или рекомендуемых подходов, а в том, чтобы на основе обобщения и анализа ключевых научных данных сформулировать возможные стратегические решения конкретных задач.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств – членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/HEN>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – это партнерство, которое поддерживает способствует формированию политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В рамках этого партнерства широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников, основываясь на опыте всех частей Европейского региона, анализирует тенденции реформирования здравоохранения в целях выработки обоснованных рекомендаций по актуальным стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).