



ЕВРОПА

**Какие имеются фактические данные об
эффективности реформ здравоохранения
для обеспечения гендерного равенства, в
особенности в отношении здоровья?**

Ноябрь 2005 г.



РЕЗЮМЕ

Данный доклад является основанным на фактических данных сводным обзором Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) по воздействию реформ в сфере здравоохранения на соблюдение принципа гендерного равенства, особенно в вопросах здоровья. Все новые данные говорят о том, что реформы в области здравоохранения могут по-разному влиять на мужчин и женщин вследствие того, что они занимают разное положение в качестве лиц, получающих и предоставляющих медицинскую помощь. В данном обзоре приводится оценка воздействия четырех основных направлений реформ в области здравоохранения – децентрализации, финансирования, приватизации и определения приоритетов – на обеспечение гендерного равенства в отношении здоровья.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание: Östlin P (2005). *Какие имеются фактические данные об эффективности реформ здравоохранения для обеспечения гендерного равенства, в особенности в отношении здоровья?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/E87674R.pdf>, по состоянию на [day month year]).

Ключевые слова

HEALTH CARE REFORM
GENDER IDENTITY
SOCIAL JUSTICE
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
HEALTH STATUS
WOMEN'S HEALTH
DELIVERY OF HEALTH CARE
META-ANALYSIS
EUROPE

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, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

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 пока что еще может не быть полного согласия.

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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	7
Существо вопроса.....	7
Фактические данные	7
Рекомендации в отношении политики	9
Характер фактических данных.....	11
Введение	13
Источники для данного обзора	16
Фактические данные	17
Децентрализация	17
Финансирование	21
Приватизация	25
Определение приоритетов	28
Фактические данные: проблемы и противоречия	31
Обсуждение.....	31
Обзор.....	31
Обобщаемость результатов	32
Рекомендации в отношении политики	33
Выводы	35
Литература:	39

Резюме

Существо вопроса

В большинстве стран реформы в области здравоохранения направлены на повышение эффективности работы сектора здравоохранения и на соблюдение принципа справедливости. Все новые данные говорят о том, что реформы в области здравоохранения могут по-разному влиять на мужчин и женщин вследствие того, что они занимают разное положение в качестве лиц, получающих и предоставляющих медицинскую помощь. В данном обзоре приводится оценка воздействия четырех основных направлений реформ в области здравоохранения – децентрализации, финансирования, приватизации и определения приоритетов – на обеспечение гендерного равенства в отношении здоровья.

Фактические данные

Данные литературных источников по вопросам реформирования сектора здравоохранения и гендерного равенства немногочисленны и нередко касаются преимущественно стран с низким уровнем доходов населения. Кроме того, в работах, посвященных проблеме гендерного равенства, в основном рассматриваются проблемы здоровья женщин, уделяя особое внимание неблагоприятным последствиям для здоровья. Это ограничивает возможности обобщения имеющихся данных.

Быстрая децентрализация ответственности без соответствующего делегирования полномочий и передачи необходимых людских, институциональных и финансовых ресурсов может затруднять предоставление недорогостоящих и доступных медицинских услуг на равноправной основе, как это имело место во многих странах с низким уровнем доходов. Децентрализация может также непреднамеренно способствовать развитию более консервативных подходов к проблеме репродуктивного здоровья, в частности в отношении служб для подростков.

Имеется значительный объем фактических данных о том, что в странах как с высоким, так и с низким уровнем доходов налоги и схемы социального страхования обеспечивают наиболее равноправную основу для финансирования медицинской помощи. Другие схемы, такие как частное страхование или непосредственные платежи наличными, могут способствовать усилению неравенств, в частности, в отношении доступа к медицинской помощи и форм поведения, направленных на улучшение здоровья, при этом в большей степени могут страдать женщины, поскольку они обычно располагают меньшими финансовыми возможностями.

Приватизация, сопровождаемая действиями, направленными преимущественно на снижение затрат и максимальное повышение эффективности, может оказывать серьезное влияние на обеспечение гендерного равенства в отношении доступа к медицинской помощи и финансовой защиты. В некоторых странах соотношение количества пациентов к численности персонала увеличилось, проводились кадровые перестановки, выполнение обязанностей возлагалось на менее квалифицированных работников и возросло число случаев использования временных сотрудников. Отрицательные последствия такой политики в большей степени затрагивают женщин, чем мужчин, поскольку

относительная численность женщин выше среди как пациентов, так и сотрудников служб здравоохранения.

Некоторые примеры нарушения гендерного равенства отмечены в некоторых методиках, используемых для определения приоритетов, таких как DALYs, что приводит к заниженной оценке бремени болезней, приходящихся на долю женщин. Такие систематические случаи нарушения гендерного равенства имеют место в результате различных технических и концептуальных ограничений.

Рекомендации в отношении политики

Обеспечение гендерного равенства в отношении здоровья требует одинакового отношения как к мужчинам, так и к женщинам, имеющим общие потребности, а различия между ними должны устраняться на справедливой основе. Это следует принимать во внимание в особенности при планировании и предоставлении медицинских услуг на национальном, региональном и местном уровнях.

Децентрализация ответственности в системе здравоохранения должна сопровождаться соответствующим делегированием полномочий и передачей адекватных людских, институциональных и финансовых ресурсов.

Хорошо функционирующие и всесторонние службы общественного здравоохранения обеспечивают предоставление равных и доступных по средствам услуг менее привилегированным слоям населения, которыми во многих случаях являются женщины. Переход от налогообложения к использованию непосредственных платежей наличными за услуги для финансирования служб здравоохранения может увеличить бремя платежей для экономически менее привилегированных групп, ограничивает доступ и может значительно усилить проблему бедности, создавая так называемую “ловушку бедности”. При реализации программ медицинского страхования следует убедиться в том, что они обеспечивают адекватный охват уязвимых и маргинальных групп, включая малоимущих мужчин и женщин.

При приватизации служб здравоохранения следует обеспечить эффективность их работы и соблюдение принципа справедливости. Соответствующие стимулы могут побудить коммерческий сектор здравоохранения инвестировать в общественное здравоохранение и профилактическую помощь. В отношении методов управления частным сектором следует принять меры к тому, чтобы условия работы персонала служб здравоохранения не ухудшились.

Методики определения приоритетов должны быть основаны на высококачественных фактических данных и информации, свободных от систематических погрешностей в связи с нарушением гендерного равенства, при этом необходимо осуществлять инвестиции в проведение высококачественных медико-социальных исследований с учетом гендерных аспектов.

Характер фактических данных

Данный доклад представляет собой синтез систематических обзоров, описательных обзоров и отдельных статей. Поскольку основное внимание уделяется воздействию

*Какие имеются фактические данные об эффективности реформ здравоохранения для обеспечения гендерного равенства, в особенности в отношении здоровья?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
Ноябрь 2005 г.*

стратегий здравоохранения, качество фактических данных не подвергалось формальной оценке, однако учитывается объем фактических данных и возможности их обобщения.

Лица, принимавшие участие в работе над докладом:

Д-р Pirooska Östlin
PhD, Старший лектор
Отдел международного здравоохранения (INCAR)
Департамент наук общественного здравоохранения
Karolinska Institutet
171 76 Stockholm
Sweden
Тел.: +46 70 375 37 47
E-mail: piroska.ostlin@phs.ki.se

Технический редактор:

Профессор Karen Facey, Сеть фактических данных по вопросам здоровья.

Рецензенты:

Д-р Hilary Standing, Институт по исследованиям развития Университета Сассекса.
Д-р Mercedes Juarez, Программа обеспечения гендерного равенства, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Введение

За последние два десятилетия по всему миру наблюдаются мощные международные тенденции в реформировании здравоохранения. Во многих странах реформы в области здравоохранения направлены на повышение эффективности и результативности работы сектора здравоохранения, а также на соблюдение принципа справедливости на фоне ограниченных государственных ресурсов и бурно происходящих демографических и технологических изменений (1,2). В системах здравоохранения большинства европейских стран насущными проблемами также являются обуздание быстро растущих цен на фармацевтические препараты и предоставление длительного ухода за пациентами в медицинских учреждениях и ухода на дому (3,4).

Основные вмешательства в рамках реформ сектора здравоохранения – которые обычно ориентированы на рынок и проводятся международными финансовыми учреждениями – включают целый ряд мер, таких как децентрализация, приватизация, улучшение систем управления в секторе здравоохранения, определение приоритетных задач и расширение финансовых возможностей (5). И хотя реформа в области здравоохранения – это глобальное явление, движущей силой которого являются общие финансовые и политические участники, принятые реформы различаются по странам и регионам (6). Например, в 1990-х годах в Нидерландах, Швеции, Соединенном Королевстве и других европейских странах введены новые финансовые механизмы и механизмы в сфере предоставления медицинской помощи, тогда как в странах центральной и восточной Европы проведены основополагающие реформы систем здравоохранения советского типа. Например, в Венгрии в ходе реформ была введена централизованная социальная система страхования и проведена децентрализация права собственности, которое было делегировано на муниципальный уровень. В Чешской республике осуществлена приватизация государственных служб, а также государственных и частных фондов медицинского страхования, введены новые механизмы выплат (1). В то время как реформы в сфере здравоохранения стран Америки в основном были сосредоточены на децентрализации и реформировании социальных систем обеспечения, реформы в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, охватывали финансовые механизмы и управление кадровыми ресурсами (6).

Вне зависимости от национальных и региональных контекстов, в которых осуществляются реформы здравоохранения, изменения имеют основополагающие последствия для повседневной жизни многих людей и их благополучия (7).

Затрагиваются следующие группы населения:

- лица, нуждающиеся в медицинском и сестринском уходе (как те, кто получают помощь от официальных систем медицинского обслуживания, так и те, кто ее не получают)
- работники официальной системы медицинского обслуживания
- неоплачиваемые лица, осуществляющие уход в неофициальной системе обслуживания.

Гендерный баланс среди затронутых групп различается по странам и различным профессиям. Например, часто существуют гендерные различия в использовании медицинских услуг первичного и третичного уровней, при этом первичным уровнем пользуются больше женщины, тогда как третичным – мужчины. Кроме того, ни

мужские, ни женские группы не являются однородными; реформы здравоохранения оказывают на них различное воздействие в зависимости от возраста, класса, расовой и этнической принадлежности (8).

Проведенный гендерный анализ программ реформ сектора здравоохранения позволяет предположить, что многие реформы могут влиять на женщин иначе, чем на мужчин вследствие того, что они занимают разное положение в качестве лиц, получающих и предоставляющих медицинскую помощь. Тем не менее, в процессе планирования редко обсуждаются или учитываются последствия реформ здравоохранения в отношении аспектов гендерной справедливости в целом и в сфере оказания медицинской помощи в частности (9,10).

Наиболее распространенными направлениями реформ в области здравоохранения являются децентрализация, финансирование, приватизация и определение приоритетов с использованием методологии количества лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY). В центре внимания данного сводного доклада является воздействие этих реформ на вопросы гендерного равенства с точки зрения тех, кто получает и предоставляет медицинскую помощь как в официальном, так и не официальном плане.

Источники для данного обзора

Был проведен систематический поиск литературы, опубликованной на английском языке. В ходе поиска выявлены систематические обзоры, описательные обзоры и отдельные статьи, опубликованные в научных журналах, имеющихся в Кокрановской библиотеке, Medline и PubMed. Поиск проводился поэтапно, начиная с поиска термина “health care reform” (реформа здравоохранения) и затем с добавлением таких терминов, как “gender equality/equity” (гендерное равенство/справедливость), “women” (женщины), “men” (мужчины), “health impact” (воздействие на здоровье), “privatization” (приватизация), “decentralization” (децентрализация). Затем поиск был расширен таким образом, что он охватывал соответствующие книги, электронные базы данных и веб сайты международных и региональных учреждений и организаций.

Поскольку основное внимание уделяется воздействию стратегий здравоохранения, качество фактических данных не подвергалось формальной оценке, однако учитываются объем фактических данных и возможности их обобщения, при этом авторы предоставили также материалы с обсуждением данных вопросов.

Фактические данные

Лишь в небольшом количестве ключевых статей внимание сосредоточено на четырех основных направлениях реформ здравоохранения и их влиянии на аспект гендерного равенства. Имеющиеся обзоры и библиографии позволяют предположить, что большинство исследований занимаются вопросами реформы в секторе здравоохранения и гендерных аспектов в развивающихся странах (11–13), при этом акцент в основном сделан на неблагоприятном воздействии на женщин.

Децентрализация

Децентрализация в сфере медицинского обслуживания является широко распространяющейся глобальной тенденцией, которая направлена на улучшение «отклика клиентов», повышение административной эффективности и улучшение доступа к услугам. Термин «децентрализация» часто в литературе используется весьма свободно, несмотря на существование ряда хорошо сформулированных подходов к его определению Rondinelli (14) и Collins (15) и других авторов. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения (16) определяет децентрализацию как «изменение отношений в рамках различных организационных структур/органов и между ними, в результате которой происходит передача полномочий по планированию, принятию решений или управлению общественными функциями с национального уровня какой либо организации или агентству на субнациональном уровне». Часто в литературных источниках упоминаются следующие виды децентрализации: делегирование, деконцентрация и деволюция¹. Лишь в очень небольшом количестве исследований проведена оценка воздействия этих различных типов децентрализации, не говоря уже об их воздействии на вопросы гендерного равенства в плане здоровья.

Быстрая децентрализация ответственности без соответствующего делегирования полномочий и передачи необходимых людских, институциональных и финансовых ресурсов может затруднять предоставление недорогостоящих и доступных медицинских услуг (17). Это может в значительно большей степени оказывать воздействие на здоровье женщин потому, что им требуется больший объем медицинского обслуживания, особенно в детородном возрасте.

Одним из гендерных вопросов, которые могут иметь отношение к децентрализации, является гендерная представленность и информированность о существовании гендерной проблематики на различных уровнях принятия решений. В большинстве стран женщины в недостаточной степени представлены в органах, ответственных за принятие решений на всех уровнях, и поэтому могут оказывать небольшое влияние на процесс планирования и распределения ресурсов в сфере здравоохранения. В результате весьма часто в процессе планирования в сфере здравоохранения недостаточно внимания уделяется различающимся потребностям мужчин и женщин (18,19). Во многих развивающихся странах услуги здравоохранения для женщин часто направлены лишь на вопросы репродуктивных функций, тогда как проблемы, не связанные с их репродуктивной ролью, имеют тенденцию получать меньше внимания. В настоящее время остается неясным вопрос о том, какие имеются механизмы на районном или коммунальном уровнях для восстановления баланса, в тех случаях когда решения в отношении распределения ресурсов не обеспечивают гендерной справедливости (6,20). Фактические данные из Канады свидетельствуют о том, что регионализация медицинского обслуживания может затруднить женским организациям работу по существующим направлениями политики на провинциальном уровне (21). Региональные комитеты здравоохранения часто попадают в «ножницы» между ограничениями, связанными с областным финансированием, и потребностями местного сообщества. В такой ситуации голоса женщин часто остаются не услышанными. Посредством приближения услуг и

¹ *Делегирование*: предоставление властному органу права планировать и реализовывать решения, связанные с определенными видами деятельности без непосредственного надзора со стороны высшей власти. *Деконцентрация*: передача некоторых административных полномочий от центральных ветвей власти местным кабинетам центральных правительственных министерств. *Деволюция*: передача ответственности и в некоторой степени независимости региональному или местному правительству, при наличии финансовой ответственности или без оной. (16).

решений к местным сообществам можно также добиться улучшения положения дел с предоставлением услуг и отчетностью, передавая финансовые полномочия местному правительству.

В одном из исследований проводилась оценка той степени, в которой изменения, необходимые для предоставления репродуктивных услуг, совместимы с децентрализацией (22,23). Результаты этого исследования позволяют предположить, что в большинстве стран в процессе децентрализации не учитываются либо широкий спектр изменений, либо институциональный потенциал, необходимый на местном уровне. Кроме того, децентрализация может также не-преднамеренно способствовать развитию более консервативных подходов к проблеме репродуктивного здоровья, в частности в отношении служб для подростков.

Финансирование

С точки зрения гендерного равенства представляет интерес проблема финансирования здравоохранения, поскольку именно финансирование определяет наличие медицинского обслуживания, определяет, кто именно будет иметь доступ к медицинскому обслуживанию, а также степень защищенности от увеличивающихся затрат на медицинское обслуживание в связи с острыми или хроническими нарушениями. В странах с высокими и низкими уровнями доходов обычно используется сочетание следующих источников финансирования здравоохранения: общее налогообложение, взносы социального страхования, выплаты частного страхования, непосредственные платежи наличными и коммунальные платежи. В странах с низким уровнем доходов финансирование здравоохранения может также обеспечиваться за счет зарубежной помощи.

В результате опыта, полученного в странах с низкими и высокими уровнями доходов, можно сделать следующие выводы в плане обеспечения принципа справедливости:

- Налоги и схемы социального страхования предоставляют наиболее справедливые основы для финансирования здравоохранения.
- В странах ОЭСР переход от налогообложения к использованию непосредственных платежей наличными увеличивает бремя платежей для экономически непривилегированных групп, ограничивает доступ и может значительно усилить проблему бедности, создавая так называемую «ловушку бедности». В странах с низким уровнем доходов непосредственные платежи потребителей наличными уменьшили доступ к услугам здравоохранения для бедных слоев населения.
- Схемы частного, коммерческого медицинского страхования, непосредственные платежи наличными на цели государственных служб и платежи наличными в частных коммерческих схемах способствуют значительному усугублению несправедливости в отношении финансирования, доступа к услугам и финансовой защищенности (24).

Приведенные выше выводы представляют особый интерес с точки зрения обеспечения принципа гендерного равенства, поскольку женщины в целом располагают меньшими финансовыми возможностями для оплаты медицинских и социальных услуг. Кроме того, данные из Соединенных Штатов (25) показывают, что женщины также располагают

меньшими финансовыми возможностями для оплаты страховых взносов по частным схемам.

Несмотря на признание того факта, что сокращения в службах здравоохранения, образовательных и других социальных программах, которыми сопровождаются проводимые во многих развивающихся странах структурные изменения, могут отрицательным образом влиять на здоровье, для защиты наиболее уязвимых слоев населения сделано очень мало (8). В результате может уменьшиться доступ к медицинским услугам и откладываться обращение людей к поиску путей улучшения здоровья, что ведет к ухудшению результатов в отношении здоровья (26). Все это может больше затрагивать женщин, поскольку им в большем объеме требуются профилактические услуги в отношении репродуктивного здоровья (27,28).

Во многих странах в среднем и низшем звене медицинских работников в основном заняты женщины, равно как и в качестве лиц, предоставляющих неформальные услуги по уходу за больными на дому. Сокращения в отрасли здравоохранения и социальном секторе могут приводить к повышению уровней безработицы среди медицинского персонала женского пола, а также к повышению нагрузки при уходе на дому. Именно это произошло, например, в Швеции в конце 1980-х годов, когда финансовые трудности оказали воздействие на систему здравоохранения в целом и на предоставление ухода за лицами пожилого возраста в частности (7).

В развивающихся странах низкие уровни финансирования медицинского обслуживания могут приводить к ухудшению качества и подотчетности служб государственного сектора здравоохранения, и, как следствие этого, к повышению издержек, а также к массовому обращению к услугам вне государственного сектора. Например, предполагалось, что платежи со стороны пользователей наличными позволят увеличить бюджетные выделения средств на улучшение качества обслуживания (29), что не было подтверждено фактическими данными: система возложения платежей наличными за услуги на потребителей не обеспечила ожидаемых преимуществ, не улучшила соблюдения принципа справедливости в плане доступа к услугам (30).

Высокие издержки на медицинское обслуживание являются финансовым фактором, который представляет собой препятствие к обеспечению всеобщего доступа бедных и других уязвимых групп населения к медицинским услугам в том случае, если сознательно не принимаются меры защиты этих групп населения; эти издержки более непосредственным образом затрагивают больных, детей и лиц пожилого возраста. Кроме того, исследования показали, что платежи наличными за услуги способствуют усилению гендерного неравенства, так, как это произошло, например, в Таиланде (31).

Неспособность населения к оплате медицинских услуг привела к такому положению вещей, при котором заболевания не пролечиваются, снижается доступ к медицинской помощи, наступает обнищание населения и происходит нерациональное использование лекарственных средств, например использование противопоказанных при беременности лекарственных средств для женщин (32). Вместе с тем, во многих странах основное финансовое бремя для бедных слоев населения представляют неофициальные платежи.

Существует также большой массив фактических данных по странам с экономикой на переходном этапе развития, а также по странам, в которых системы здравоохранения претерпели значительные изменения, которые свидетельствуют о том, что хорошо

функционирующие и всесторонние службы общественного здравоохранения обеспечивают предоставление равных и доступных по средствам услуг менее привилегированным слоям населения (33). В тех случаях, когда такие услуги учитывают гендерный аспект - то есть корректируются в соответствии с особыми потребностями женщин и мужчин в отношении здоровья – принцип справедливости обеспечивается вдвойне (34).

Приватизация

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения (16) определяет приватизацию как «передачу права собственности и функций правительства от государственных органов частным, которые могут являться как добровольными, так и коммерческими и некоммерческими частными организациями». Например, приватизация медицинских клиник и больниц стала более распространенным явлением в странах с высокими, средними и низкими уровнями доходов. Тем не менее, степень регулирования со стороны правительства различна: в то время как в странах ОЭСР процесс приватизации обычно регулируется правительством, во многих странах со средними и низкими уровнями доходов такого регулирования не происходит вследствие неспособности государства к управлению на рынке медицинского обслуживания, а также вследствие того факта, что пациенты не желают более пользоваться плохо отлаженными государственными (35). В странах с низкими уровнями доходов отмечается в значительной степени передача полномочий НПО и религиозным организациям.

Ключевыми элементами в ориентированных на рынок реформах общественного здравоохранения являются приватизация и финансирование услуг посредством использования непосредственных платежей пользователей или частных схем страхования. Кроме того, в коммерческих интересах была сделана попытка открыть государственные службы для иностранных инвесторов и рынков (36). Считалось, что сочетание эффективности частного сектора и соблюдение принципа справедливости в государственном секторе приведет к созданию идеальной службы здравоохранения, и что в результате приватизации повысится оценка служб здравоохранения со стороны населения и их использование не будет чрезмерным (37). Приватизация в сфере медицинского обслуживания, а также служб немедицинского характера в медицинских учреждениях Канады продемонстрировала тот факт, что коммерческие услуги часто бывают более низкого качества, более дорогостоящи, и субсидируются за счет снижения заработной платы сотрудников (большую часть которых составляют женщины) (38).

За приватизацией часто следует введение ряда методов управления частного сектора в процесс администрирования в сфере медицинского обслуживания. Вследствие большего акцента на снижении затрат и максимальном повышении эффективности руководители в сфере медицинского обслуживания многих стран повысили соотношение количества пациентов к численности персонала, проводили кадровые перестановки, выполнение обязанностей возлагали на менее квалифицированных работников и чаще использовали временных сотрудников. Отрицательные последствия такой политики в большей степени затрагивают женщин, чем мужчин, поскольку относительная численность женщин выше как среди пациентов, так и среди сотрудников служб здравоохранения. В 1990-х годах в Канаде работники в сфере медицинского обслуживания постоянно поднимали вопрос о недостаточной укомплектованности штата, больших рабочих нагрузках и повышенных уровнях стресса и травматизма на рабочем месте (38). Аналогичные организационные изменения и изменения, связанные с приватизацией в Швеции, привели к значительному

уменьшению кадрового состава сферы медицинского обслуживания. В графстве Стокгольм число работников сферы медицинского обслуживания снизилось с 67 000 в 1990 году до 41 000 в 2004 году (39). Количество медсестер сократилось на 50%, а численность вспомогательного персонала в стационарах – на 80%, в то время как спрос на услуги повышался в связи со старением населения. Репрезентативное исследование, проведенное среди провайдеров медицинских услуг, выявило значительное повышение в уровнях стресса, повышение рабочей нагрузки и увеличение переработок, как среди мужчин, так и женщин по всем категориям персонала, особенно это касалось врачей. Такие перегрузки вызывают развитие симптомов «выгорания» на работе и приводят к значительному увеличению продолжительности пропусков работы по болезни, особенно среди женщин (40,41).

Определение приоритетов

В 1990-х годах широко пропагандировались методологии Глобального бремени болезней (ГББ) в качестве инструментов планирования и определения приоритетов в секторе здравоохранения. Методология ГББ, а также DALYs широко применялись во многих странах, проводящих реформы в секторе здравоохранения, с целью установления приоритетных задач в плане выделения ресурсов. Вместе с тем, эти методологии поднимают важные вопросы в отношении аспекта гендерного равенства (28,42). Часть этих вопросов связана с наличием данных в разбивке по полу, которые предоставляют информацию о гендерных различиях в отношении подверженности заболеваниям, течении болезней и их последствий. Другие вопросы касаются методов измерения и оценки здоровья. Например, по ряду состояний, таких как инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), травмы, вызываемые насилием, направленным против женщин, или другие состояния, связанные с испытываемым страхом или стигматизацией, данные систематически сообщаются в неполном объеме, что приводит к заниженной оценке проблемы. Кроме того, не всегда сообщаются данные и по другим состояниям, поскольку у женщин многие процессы чаще происходят бессимптомно. Например, от 50 до 80 % ИППП у женщин развиваются либо бессимптомно, либо сопровождаются симптомами, которые нелегко распознать. Такие состояния часто остаются скрытыми от статистики служб здравоохранения и эпидемиологической информации.

Подход DALY строится на основе четырех компонентов:

- ожидаемая продолжительность жизни в каждом возрасте, что дает представление об условиях, для которых характерна низкая смертность.
- гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни, который, как считается, связан с биологическими различиями
- ценность года жизни в каждом возрасте
- ценность жизни в различных возрастах.

Как показал Hanson (28), все четыре компонента основаны на ценностных суждениях и имеют серьезное гендерное значение, которое может внести систематические погрешности в оценку бремени болезни для женщин (43). Кроме того, при измерении бремени болезни не учитывается такой показатель, как процесс оказания помощи, равно как и его параметры качества. Методология измерения бремени болезни, которая используется в настоящее время, также пренебрегает показателем бремени неформального ухода, которое ложится в значительно большей степени на женщин, равно как и игнорирует социальные и культурные факторы, определяющие серьезность

состояния инвалидности. В последние годы многие страны перестали использовать методологию DALY в качестве инструмента планирования в связи со ставшими очевидными ограничениями в использовании этой методологии.

В целом при распределении ресурсов могут быть полезны методологии определения приоритетов, но в данном случае пользу следует оценить с точки зрения возможных погрешностей, заложенных в самих методологиях (включая погрешности, связанные с гендерными аспектами), которые возникают вследствие различных факторов технического и концептуального характера.

Фактические данные: проблемы и противоречия

Хотя существует целый ряд публикаций относительно проведения реформ в секторе здравоохранения в целом, лишь в нескольких обзорах и библиографиях затрагивается вопрос воздействия реформ на соблюдение принципа гендерного равенства, и при этом большая их часть посвящена ситуации в развивающихся странах (11–13) и проблемам оценки неблагоприятного воздействия на женщин. Ограниченное число глубоких статей по конкретным регионам и проводимым реформам также отражает существующий пробел в исследованиях. Особенно немногочисленны исследования реформ в секторе здравоохранения с точки зрения проблематики гендерного равенства в странах центральной и восточной Европы.

Обсуждение

Обзор

Ключевые направления реформ, таких как децентрализация, финансирование, приватизация и методологии определения приоритетов могут по-разному влиять на женщин и мужчин вследствие того, что они занимают разное положение в обществе, выполняют разные роли, с которыми связаны разнообразные социальные и культурные ожидания, а также налагаемые на них ограничения. Существуют фактические данные, свидетельствующие о том, что ухудшение функционирования услуг здравоохранения и инфраструктуры, а также недоступность медицинской помощи по средствам могут в более значительной степени воздействовать на женщин в качестве лиц, получающих и предоставляющих медицинскую помощь. Это происходит вследствие того, что женщины характеризуются большей потребностью в медицинском обслуживании в связи с репродуктивными функциями, большей социальной, финансовой и культурной уязвимостью, а также в связи с тем, что они чаще участвуют в предоставлении медицинской помощи как в медицинских учреждениях, так и в домашних условиях. Кроме того, в ситуации децентрализации процесса принятия решений женщины могут быть не в достаточной степени представлены в группах по планированию, поэтому необходимо принять меры для обеспечения адекватной представленности различных потребностей мужчин и женщин.

Обобщаемость результатов

В данном сводном докладе изучено четыре направления реформ в сфере здравоохранения. Другие направления, такие как развитие информационных систем здравоохранения и улучшение управления кадровыми ресурсами также могут

представлять большое значение с точки зрения гендерной проблематики, но они не являлись предметом рассмотрения в данном обзоре.

Большая часть литературных источников о реформах в секторе здравоохранения и гендерном равенстве в отношении здоровья рассматривают положение дел в странах с низкими уровнями доходов. Кроме того, в работах, посвященных гендерному равенству, в основном рассматриваются проблемы здоровья женщин, при этом особое внимание уделяется неблагоприятным последствиям для здоровья. Это ограничивает возможности обобщения имеющихся данных.

Рекомендации в отношении политики

Обеспечение гендерного равенства в отношении здоровья требует одинакового отношения, как к мужчинам, так и к женщинам, имеющим общие потребности, а проблемы различий между ними должны решаться на справедливой основе. Национальные, региональные и местные комитеты планирования в области здравоохранения должны осуществлять поиск путей обеспечения равноправной представленности потребностей мужчин и женщин.

Ниже приводятся рекомендации в отношении политики. В задачи данного сводного доклада не входит определение затратности выполнения этих рекомендаций или того, каким образом и кем они должны осуществляться. Эти вопросы следует рассматривать в конкретных национальных условиях.

- Хорошо функционирующая и всесторонняя система служб общественного здравоохранения наилучшим образом обеспечивает предоставление равных и доступных по средствам услуг менее привилегированным слоям населения, которыми во многих случаях являются женщины.
- Децентрализация должна сопровождаться соответствующим делегированием полномочий и передачей адекватных людских, институциональных и финансовых ресурсов, а также участием женщин и мужчин в руководящих органах на всех уровнях и на равных условиях.
- Схемы медицинского страхования должны обеспечивать такое положение вещей, при котором наиболее уязвимые и маргинальные группы населения, включая малоимущих мужчин и женщин, будут охвачены адекватным образом. Эти схемы должны учитывать потребности, связанные с репродуктивным здоровьем, а также необходимость предоставления отпуска, связанного с выполнением родительских функций, при этом обеспечивая отсутствие дискриминации против женщин и мужчин, которые прерывают работу для ухода за своими детьми.
- Переход от налогообложения к использованию непосредственных платежей наличными за услуги для финансирования служб здравоохранения может увеличить бремя платежей для экономически менее привилегированных групп, ограничить доступ к услугам и значительно усугубить проблемы бедности, создавая так называемую «ловушку бедности».
- При приватизации служб здравоохранения следует обеспечить эффективность их работы и соблюдение принципа справедливости. Соответствующие стимулы могут побудить коммерческий сектор здравоохранения инвестировать в общественное здравоохранение и профилактическую помощь. В отношении методов управления

частным сектором следует принять меры к тому, чтобы условия работы персонала служб здравоохранения не ухудшились.

- Методики определения приоритетов должны быть основаны на фактических данных, свободных от систематических погрешностей. Требуются инвестиции в высококачественные медицинские и социальные исследования с учетом гендерных аспектов.

Выводы

Проведенный гендерный анализ программ реформирования сектора здравоохранения позволяет предположить, что реформы в области здравоохранения могут по-разному влиять на мужчин и женщин вследствие того, что они занимают разное положение в качестве лиц, получающих и предоставляющих медицинскую помощь. Вместе с тем, при планировании фундаментальных изменений в системах здравоохранения редко учитываются последствия реформ в сфере здравоохранения для соблюдения принципа гендерного равенства, особенно в сфере медицинского обслуживания (9,10). В данном обзоре приводится оценка воздействия четырех основных направлений реформ в области здравоохранения – децентрализации, финансирования, приватизации и определения приоритетов – на обеспечение гендерного равенства в целом, и в отношении здоровья – в частности.

Децентрализация

Быстрая децентрализация ответственности без соответствующего делегирования полномочий и передачи необходимых людских, институциональных и финансовых ресурсов может затруднять предоставление недорогостоящих и доступных медицинских услуг на равноправной основе, как это имело место во многих странах с низким уровнем доходов. При планировании работы служб следует учитывать различие в потребностях мужчин и женщин. Децентрализация может непреднамеренно способствовать развитию более консервативных подходов к проблеме репродуктивного здоровья, в частности в отношении служб для подростков.

Финансирование

Имеется значительный объем фактических данных о том, что в странах как с высоким, так и с низким уровнем доходов налоги и схемы социального страхования обеспечивают наиболее равноправную основу для финансирования медицинской помощи.

Другие схемы, такие как частное страхование или непосредственные платежи наличными, могут способствовать усилению неравенств, в частности, в отношении доступа к медицинской помощи и форм поведения, направленных на улучшение здоровья, при этом в большей степени могут страдать женщины, поскольку они обычно располагают меньшими финансовыми возможностями.

Приватизация

Приватизация в значительной степени влияет на соблюдение принципа гендерного равенства в отношении доступа к медицинской помощи и финансовой защиты тех, кто болен.

Приватизация может приводить к снижению затрат и максимальному повышению эффективности. Во многих странах ОЭСР, где проведена приватизация, соотношение

*Какие имеются фактические данные об эффективности реформ здравоохранения для обеспечения гендерного равенства, в особенности в отношении здоровья?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)
Ноябрь 2005 г.*

количества пациентов к численности персонала увеличилось, проводились кадровые перестановки, выполнение обязанностей возлагалось на менее квалифицированных работников и возросло число случаев использования временных сотрудников. Отрицательные последствия такой политики в большей степени затрагивают женщин, чем мужчин, поскольку относительная численность женщин выше среди как пациентов, так и сотрудников служб здравоохранения.

Определение приоритетов

Некоторые примеры нарушения гендерного равенства выявлены в ряде методик, используемых для определения приоритетов, таких как DALYs, что приводит к заниженной оценке бремени болезней, приходящихся на долю женщин.

Литература:

1. Berman P, Bossert T. *A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?* Washington, UNAID, 2000.
2. Eriksson P et al. Hospitals in reform – current trends. In: Eriksson P, Diwan V, Karlberg I, eds. *Health sector reforms: What about hospitals?* Göteborg: Nordic School of Public Health, 2001.
3. Saltman RB. *The Western European experiences with health sector reform.* Copenhagen, The European Observatory of Health Care, 2002.
4. Council of Europe. The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency. Brussels, Social, Health and Family Affairs Committee, Report Doc 9903, 2003.
5. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. Geneva, World Health Organization, 1995.
6. Standing H. Frameworks for understanding health sector reform. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity.* Cambridge MA, MIT Press, 2002:347–371.
7. Gustafsson R, Szebehely M. Women's health and changes in care for elderly. In: Östlin P et al., eds. *Gender inequalities in health: a Swedish perspective.* Cambridge MA, Harvard University Press, 2001.
8. Bangser M. Policy environments: macroeconomics, programming, and participation. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity.* Cambridge MA, MIT Press, 2002:347–371.
9. Pan American Health Organization. *Evaluating the impact of health reforms on gender equity – a PAHO guide.* Washington, 2001.
10. *Gender inequalities and health sector reform*, Liverpool, Liverpool School of Tropical Medicine. 2000 (Policy briefings for health sector reform, no.2).
11. Institute of Development Studies. *Gender-aware health sector reforms and health care provision.* Brighton, University of Sussex, BRIDGE, 1997 (Bibliography No. 8).
12. Standing H. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:1–18.
13. Lakshminarayanan R. *Gender and health sector reform: an annotated bibliography.* New York, International Women's Health Coalition, 2003.
14. Rondinelli D. et al. *Decentralization in developing countries.* Washington, World Bank, 1983.
15. Collins C. Decentralization and the need for political and critical analysis. *Health Policy Planning*, 1989, 4:168–171.
16. European Observatory on Health Systems and Policies. *The Observatory's Health Systems Glossary.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2000.
(<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>, accessed 17.10.2005)
17. Chen CL, Berlinguer G. Health equity in a globalizing world. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York, Oxford University Press, 2001:35–44.
18. Vlassof C, Garcia-Moreno C. Placing gender at the centre of health planning: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 2002, 54:1713–1723.
19. Gijsbergs van Wijk C, Van Vliet KP, Kolk AM. Gender perspectives and quality of care: appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707–720.

20. Standing H. *Gender impacts of health reforms – the current state of policy and implementation*. Paper for ALAMES meeting, Havana, Cuba, July 2000.
21. National Coordination Group on the Health Care Reform and Women. *Women and health care reform*. Toronto, The Canadian Women's Health Network, 2000. (http://www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/women-hcrEN.pdf, accessed 1 October 2005).
22. Aitken B. *Implication of decentralization as a reform strategy for the implementation of reproductive health programmes*. Report of the meeting on the implications of health sector reform on reproductive health and rights. Washington, Center for Health and Gender Equity and the Population Council, 1998.
23. Aitken B. Implementation and integration of reproductive health services in a decentralized system. In: Kolehmainen-Aitken R, ed. *Myths and realities about the decentralization of health systems*. Boston, Management Sciences for Health, 1999:111–136.
24. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: Evans T et al., eds. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York, Oxford University Press, 2001:35–44.
25. Breen N. Social discrimination and health: gender, race, and class in the United States. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge MA, MIT Press, 2002, 347–371.
26. Kutzin J. *Experience with organizational and financing reform of the health sector*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Current concerns SHS paper 8).
27. Gijsbers Van Wijk CMT et al. Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Social Science & Medicine*, 1995, 40:579–611.
28. Hanson K. Measuring up: gender, burden of disease, and priority-setting. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge MA, MIT Press, 2002, 347–371.
29. Griffin D. Welfare gains from user charges for government health services. *Health Policy & Planning*, 1992;7:177–180.
30. Dahlgren G. The political economy of health financing strategies in Kenya. In: Chen LC, Kleinman A, Ware NC, eds. *Health and social Change in International Perspective*. Cambridge MA, Harvard University Press, 1994:453–470.
31. Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more: health-related inequality in Thailand. *Social Science & Medicine*, 1997, 44:1781–1790.
32. Krause G et al. Rationality of drug prescriptions in the rural health centers in Baleina Faso. *Health Policy & Planning*, 1999, 14:291–298.
33. Bloom G. Primary health care meets the market: lessons from China and Vietnam Brighton: Institute of Development Studies, 1997 (IDS Working Paper 53).
34. Sen G, Goerge A, Östlin P. Engendering health equity: a review of research and policy. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge MA, MIT Press, 2002:1–33.
35. Bloom G, Standing H. Pluralism and marketization in the health sector: meeting health need in contexts of social change in low and middle-income countries. Brighton, Institute of Development Studies, 2001 (IDS Working Paper 136).
36. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 2001, 358:833–836.

37. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. *International Journal of Health Planning & Management*, 1998, 13:199–215.
38. Bernier J et al. *The price of health care reform for women: the case of Quebec*. Toronto, National Coordinating Group on Health Care reform and Women, 2000:1–88.
39. The Swedish Association of local Authorities and Regions. *Annual statistics on health care workers*. Stockholm, 2005.
40. Statistics Sweden. *Negative stress and ill-health (IAM series 2001:1)*. Stockholm, Statistics Sweden, 2001 (Swedish).
41. Department of Occupational Health. *Work-related health in the health care sector*. Stockholm, Stockholm County Council, 2000 (Swedish).
42. Sundby J. Are women disfavoured in the estimation of disability adjusted life years and the global burden of disease? *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:279–285.
43. Anand S, Hanson K. Disability-adjusted life years: a critical review. *Journal of Health Economics*, 1997, 16:685–702.