

ГЕНДЕРНА ПЕРСПЕКТИВА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ



Проведення дослідження та публікація звіту підготовлена в рамках програми "WE ACT: діємо задля жінок та їхніх можливостей", що впроваджується Фондом ООН у галузі народонаселення, UNFPA за фінансової підтримки Європейського Союзу. Матеріали, висновки та рекомендації даного дослідження відображають погляди авторів та необов'язково відображають офіційну позицію UNFPA та Європейського Союзу.

Дослідження "Гендерна перспектива сфери охорони здоров'я в Україні" було проведено для того, щоб виявити можливості для усунення гендерних розривів у системі охорони здоров'я; підвищити потенціал відповідальних осіб центральних органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства (ОГС) для просування гендерної рівності, боротьби із гендерними стереотипами та надання якісних послуг з охорони здоров'я різним групам населення. Матеріали дослідження доповняють гендерний профіль країни з акцентом на гендерний вимір реалізації програм АА/DCFTA (The Deep and Comprehensive Free Trade Area) співробітництва/допомоги ЄС в Україні.

Виконавці: Український центр економічних та політичних досліджень ім. О. Разумкова

Координація та методологічна підтримка:

Наталія Кошовська, Програмна аналітикиня, Гендерна рівність та посилення ролі жінок, UNFPA

Максим Ліушан, Програмний координатор, WE ACT: Діємо задля жінок та їхніх можливостей, UNFPA

Експертна підтримка:

Мар'яна Колодій, Директорка Центру гендерної освіти Ужгородського національного університету

Будь ласка, відскануйте QR код для завантаження тексту дослідження та інфографіки:



ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП	6
МЕТОДОЛОГІЯ.....	8
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ.....	10
ГЕНДЕРНИЙ ПАРИТЕТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД.....	23
СОЦІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР ГЕНДЕРНИХ АСПЕКТІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	36
ОСНОВНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	46

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВЕФ – Всесвітній економічний форум

ВПО – Внутрішньо переміщені особи

ГЗН – Гендерно зумовлене насильство

КСДЗ – Комісія із соціальних детермінантів здоров'я

МКНР – Міжнародна конференція з народонаселення і розвитку

МОП – Міжнародна організація праці

ОГС – Організації громадянського суспільства

ОТЗЖ – Очікувана тривалість (здорового) життя в Україні

УПОЗ – Універсальне покриття послугами охорони здоров'я

ФАП – Фельдшерсько-акушерський пункт

ЦСР – Цілі сталого розвитку

ВСТУП

Рівність прав жінок і чоловіків є одним з фундаментальних принципів Статуту Організації Об'єднаних Націй¹. Досягнення гендерної рівності необхідне для забезпечення конкретних позитивних змін у суб'єктивних та об'єктивних показниках добробуту, а також підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

Україна визначає гендерну рівність одним із пріоритетів і формує національну гендерну політику, а також приєдналася до Пекінської декларації та Платформи дій, ухвалених на четвертій Всесвітній конференції ООН із становища жінок 15 вересня 1995 р., ратифікувала головні договори з прав людини, включно з Конвенцією про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1980 р.)² та її Факультативним Протоколом³.

У 2020 р. Україна отримала офіційний статус учасниці "Партнерства Біарріц" – міжнародної ініціативи рівних прав і можливостей для всіх. Участь у цій ініціативі передбачає виконання нових зобов'язань, взятих українським Урядом на законодавчому та нормативному рівнях. У рамках «Партнерства Біарріц» Україна як повноправна учасниця бере на себе зобов'язання у п'яти сферах: розвиток безбар'єрного публічного простору, дружнього до сімей з дітьми та маломобільних груп населення; навчання дітей основ рівності жінок і чоловіків; запобігання насильству; зменшення розриву в оплаті праці жінок і чоловіків; створення більших можливостей для чоловіків дбати про дітей.

Підписана у 2014 р. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони⁴, зобов'язує забезпечувати гендерну рівність та рівні можливості для жінок і чоловіків у сфері зайнятості, освіти та навчання, економічної та суспільної діяльності, а також у процесі прийняття рішень.

Формування та покращення розуміння суспільством завдань державної політики у напрямі гендерної рівності сприяє досягненню Глобальних цілей сталого розвитку⁵, проголошених ООН⁶ і підтриманих Україною. 53 з 230 завдань та індикаторів ЦСР – прямо чи опосередковано стосуються аспектів гендерної рівності. На додаток до п'ятої мети – *«Забезпечення гендерної рівності та розширення прав та можливостей усіх жінок і дівчаток»* – інші цілі також стосуються комплексу гендерних питань, у тому числі охорони здоров'я, водопостачання, зміни клімату та інших.

Незважаючи на значний прогрес, досягнутий попередніми роками, Україна все ще стикається з різними проблемами у сфері гендерної рівності та ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок. Гендерна політика України є дещо фрагментарною. Доволі поширеним є хибне переконання, що гендерна тематика стосується лише жінок. В Україні досить потужний жіночий рух та стало функціонують жіночі організації, проте зовсім мало організацій, зосереджених на захисті прав чоловіків, що може бути наслідком практичної відсутності у публічному дискурсі питання

1 Статут Організації Об'єднаних Націй і Статут Міжнародного Суду, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_010.

2 Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text.

3 Факультативний протокол до Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_794#Text.

4 Угода про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

5 Указ Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722 "Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року", <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>.

6 Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 25 вересня 2015 р. № 70/1, <https://ips.ligazakon.net/document/MU15167>

про дискримінацію чоловіків. Чоловіки також зазнають дискримінації у реалізації певних прав, хоча і в меншій мірі.

Під час розробки реформ системи охорони здоров'я гендерна нерівність залишається поза увагою, а питання вимірювання гендерної нерівності у сфері охорони здоров'я практично не порушуються. Накопичений рядом країн, а також міжнародними організаціями досвід з інтеграції комплексного гендерного підходу в реформування системи охорони здоров'я залишається незатребуваним.

Гендерна рівність у сфері охорони здоров'я часто тлумачиться суто формально: як рівні можливості громадян різної статі на реалізацію своїх прав на охорону здоров'я, закріплені в законодавстві. Наразі лише в деяких стратегіях на підтримку гендерної рівності окреслена охорона здоров'я як основний пріоритет. Також ініціативам у галузі гендерної рівності надано недостатньо уваги в наявних звітних та стратегічних документах системи охорони здоров'я.

Метою дослідження є:

- Виявлення можливостей для усунення гендерних розривів у системі охорони здоров'я; підвищення потенціалу відповідальних осіб центральних органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства (ОГС) для просування гендерної рівності, руйнування гендерних стереотипів і надання якісних послуг з охорони здоров'я різним групам населення.
- Підготовка матеріалів, які доповнять гендерний профіль країни з акцентом на гендерний вплив реалізації програм АА/DCFTA (The Deep and Comprehensive Free Trade Area) співробітництва/допомоги ЄС в Україні.

МЕТОДОЛОГІЯ

ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ

Гендерний аналіз здоров'я, політики у сфері охорони здоров'я покликаний ідентифікувати різні потреби жінок і чоловіків у сфері охорони здоров'я, а також визначити способи задоволення цих потреб на основі принципів соціальної справедливості та відсутності дискримінації за ознакою статі. В останньому випадку акцент робиться на рівності можливостей жінок і чоловіків у сфері охорони здоров'я, а не на рівності результатів.

КАБІНЕТНИЙ ОГЛЯД

Кабінетний огляд містить аналіз міжнародних і національних зобов'язань України щодо забезпечення гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок з особливим акцентом на гендерний вимір реалізації програм АА/DCFTA (*The Deep and Comprehensive Free Trade Area*)⁷ співробітництва/допомоги ЄС в Україні.

Дані, використані для цього дослідження, взяті з останніх опублікованих статистичних даних, станом на кінець 2021 р., та з глобальних, регіональних і національних механізмів моніторингу. Джерела включають публікації та бази даних ВООЗ, інших агенцій та груп ООН, міжнародних організацій, національних міністерств та наукові публікації. У тексті доповіді наведено посилання на джерела.

Для оцінки гендерного впливу зібрано первинні дані, що охоплюють дані, які Україна регулярно збирає в межах державного статистичного аналізу. Також використовувалися дані, які повідомляються в рамках моніторингових угод з міжнародними організаціями або за допомогою публічних джерел, таких як дані національних переписів або демографічні та медичні дослідження.

За можливості, первинним даним надавався пріоритет. Картографування огляду здійснювалося шляхом огляду спеціалізованої літератури та вивчення стандартних наборів даних (наприклад, ІНФО ООН). Було проведено огляд фахової літератури та зроблено аналітичний огляд національної стратегічної політики та програмних документів, пов'язаних із охороною здоров'я.

Методи аналізу охоплювали кількісне вивчення національних даних, а також інтерв'ю з національними експертами в галузі охорони здоров'я для виявлення областей прогресу, прогалин і проблем у вирішенні завдань гендерної рівності.

Обмежували аналіз відсутність актуальних даних і стандартизації схем вибірки. Значні прогалини у зборі даних починаються з 2014 р.; дотепер немає таких даних стосовно людей, які проживають у районах, непідконтрольних Уряду на Сході України та у Криму.

ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНЕ СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення цілей дослідження було здійснено загальнонаціональне опитування дорослого населення України методом «обличчя до обличчя» (у помешканні респондента) за вибіркою, що репрезентує доросле населення (18+), в усіх регіонах України (за винятком Криму та частин Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському Уряду), відповідно до основних соціально-демографічних показників (регіон, тип поселення, стать, вік).

7 Both Moldova and Ukraine signed Association Agreements with the EU in 2014. This marked a new stage in the development of the EU's bilateral relations with both countries, aiming at political association and economic integration. EU-Ukraine Deep and Comprehensive Free Trade Area, <https://ukraine-eu.mfa.gov.ua/en/2633-relations/torgovelnno-ekonomichne-spirovitnictvo-ukrayina-yes/zona-vilnoyi-torgivli-mizh-ukrayinoyu-ta-yes>.

Статистичне джерело формування вибірки – дані Державного комітету статистики України про соціально-демографічну структуру населення України. В результаті польового етапу дослідження було зібрано 2018 заповнених анкет. Вибірка опитування будувалася як стратифікована, багатоступенева, випадкова на початкових етапах відбору і з квотним відбором респондентів на останньому етапі (здійснювався відбір респондентів за статеві-віковими квотами). В опитуванні були задіяні 133 інтерв'юери (112 жінок і 21 чоловік). Вибірка побудована таким чином, щоб усі представники/ці генеральної сукупності мали однакову статистичну ймовірність потрапити до неї. Порівняння демографічних розподілів із статистичними даними для оцінки репрезентативності показує, що максимальна розбіжність між ними становить 0,2%.

Експертне онлайн-опитування проведене з метою виявлення стереотипів, бар'єрів і перешкод, з якими стикаються чоловіки та жінки у сферах охорони здоров'я. Опитано 59 експертів та експерток: лікарів первинної ланки та лікарів вузької спеціалізації, міських і сільських лікарів у державних та приватних закладах охорони здоров'я. За методом збору інформації використувалося комбіноване опитування (з поєднанням онлайн-опитування та інтерв'ю методом «обличчя до обличчя»).



НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ





МІЖНАРОДНІ ІНІЦІАТИВИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ГЕНДЕРНИЙ РОЗРІЗ

Гендерні чинники впливають на проектування систем охорони здоров'я та їх здатність ефективно задовольняти потреби людей у послугах з охорони здоров'я. Проте існуючі інструменти оцінки гендерної рівності, в тому числі Глобальний індекс гендерного розриву за версією ВЕФ⁸ (Україна посідає 74 місце із значенням індексу 0.714), Індекс гендерної нерівності Програми розвитку ООН (Україна має індекс нерівності 0.728, індекс гендерного розвитку 1.000, 74 позиція у загальному рейтингу країн)⁹, Індекс гендерної рівності Європейського інституту гендерної рівності¹⁰, показують, що жінки в Європейському регіоні ВООЗ, як і раніше, потерпають від дискримінації за ознакою статі, а деякі з жінок стикаються з дискримінацією за кількома ознаками, таким як вік, етнічна належність, інвалідність, соціально-економічний статус, сексуальна орієнтація або гендерна ідентичність одночасно.

ГЕНДЕРНІ (СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНІ) ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

Невід'ємне право на найвищий досяжний рівень здоров'я закріплено Статутом (Конституцією) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і міжнародним правом прав людини¹¹. Відповідно до преамбули Статуту ВООЗ «здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб і фізичних дефектів»¹². За визначенням ВООЗ, нерівність щодо здоров'я – це відмінності у стані здоров'я або у розподілі ресурсів на охорону здоров'я між різними групами населення, які виникають у зв'язку із соціальними умовами, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють.

У 2005 р. ВООЗ засновано *Комісію із соціальних детермінантів здоров'я*¹³ (КСДЗ) з метою систематизації існуючих знань про можливі шляхи скорочення соціальних нерівностей щодо здоров'я. За результатами КСДЗ ВООЗ підготовлено доповідь, що містить три головних принципи, що впливають на соціальні детермінанти стану здоров'я, зокрема:

- а) покращення умов повсякденного життя – умов, в яких люди народжуються, ростуть, живуть і старіють;
- б) подолання несправедливості розподілу влади, грошей та ресурсів – структурних рушійних сил цих умов повсякденного життя на глобальному, національному та місцевому рівнях;
- в) зміна масштабу проблеми оцінки дій, розширення інформаційної бази, розвиток кадрових ресурсів, які готуються з питань соціальних детермінантів здоров'я, та підвищення рівня інформованості суспільства відносно соціальних детермінантів здоров'я.

Проте, під час вибору, розробки та організації послуг часто не враховуються гендерні норми, ролі і співвідношення прав і можливостей, що створює перешкоди для оптимального задоволення потреб жінок і чоловіків у послугах охорони здоров'я.

8 Global Gender Gap Report 2021. [https://nonews.co/wp-content/uploads/2021/09/GGGR2021.pdf], https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2021.

9 Gender Inequality Index (GII) . New York: United Nations Development Programme; 2021, https://www.hdr.undp.org/en/countries/profiles/UKR.

10 Gender Equality Index 2020 [https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/country]. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2020.

11 Leading the realization of human rights to health and through health. Report of the High-level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2017, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf?sequence=1, accessed 30 May 2019.

12 Constitution of the World Health Organization, https://www.who.int/about/governance/constitution

13 Commission on social determinants of health: note by the Secretariat, https://apps.who.int/iris/handle/10665/20230

У країнах, що розвиваються, доступність та якість системи охорони здоров'я знижується внаслідок погіршення як її загального стану, так і її приватизації без відповідної гарантії доступності системи охорони здоров'я для широких верств населення. Така ситуація не лише впливає на здоров'я жінок, але й покладає непропорційні обов'язки на них. Репродуктивна (доглядова) праця жінок, як у межах сім'ї, так і в межах суспільства часто не визнається, і як наслідок – жінки не отримують необхідної соціальної, психологічної та економічної підтримки.

З метою досягнення більш високого рівня здоров'я чоловіків і жінок та поліпшення можливостей для них у сфері медицини, ВООЗ у 2007 р. прийнято Стратегію включення гендерного аналізу в діяльність організації та рекомендовано врахування гендерних аспектів під час планування та розробки програм і заходів у сфері охорони здоров'я¹⁴.

Комплексна рамкова політика у сфері охорони здоров'я та благополуччя в Європейському регіоні ВООЗ, прийнята у вересні 2012 р., розглядає гендерну складову як одну із детермінантів здоров'я поряд з іншими соціальними та екологічними факторами і охоплює облік гендерної проблематики як механізм досягнення гендерної рівності.

В основі Стратегії на підтримку здоров'я і благополуччя жінок в Європейському регіоні ВООЗ покладено цінності *Європейської політики в інтересах здоров'я і благополуччя – Здоров'я-2020 р.*¹⁵, в якій визнається, що гендерна складова є детермінантою здоров'я поряд з соціальними і екологічними детермінантами, і в якій пріоритизація гендерних питань розглядається як механізм досягнення гендерної рівності.

*Історична Програма дій Міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (МКНР) (Каїр, 1994 р.)*¹⁶ містить прямий заклик до виключення цільових демографічних показників і показників контролю народжуваності з національних програм у галузі народонаселення і планування сім'ї. Беручи до уваги те, що, розробляючи політику, слід продовжувати враховувати динаміку демографічних процесів, до Програми дій включено наполегливий заклик поставити потреби і права жінок у центр галузі народонаселення і розвитку. У квітні 2019 р. керівники країн, спільнот та організацій із 163 країн-членів ООН під головуванням Комісії ООН з питань народонаселення та розвитку ухвалили Політичну декларацію, яка закликає до «повного, ефективного та прискореного здійснення Програми дій МКНР та Порядку денного у сфері сталого розвитку на період до 2030 р.»¹⁷. Цей процес дозволив активізувати політичні та фінансові стимули, а також налагодити і зміцнити партнерські відносини для виконання усіх пунктів Програми дій МКНР.

НЕДИСКРИМІНАЦІЯ

Недискримінація та рівність є ключовими факторами, необхідними для усунення соціальних детермінант, які негативно впливають на реалізацію права на здоров'я. Для виявлення найбільш уразливих груп та різноманітних потреб необхідні функціонуючі національні системи медико-санітарної інформації та наявність дезагрегованих даних.

Зобов'язання із забезпечення недискримінації потребують дотримання певних стандартів у галузі охорони здоров'я та їх застосування стосовно таких груп населення як жінки, діти або люди з інвалідністю.

14 Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/22021>

15 About Health 2020. WHO, <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.

16 Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994 20th Anniversary Edition, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.

17 Accelerating the Promise: The report on the Nairobi Summit on ICPD25, <https://www.unfpa.org/publications/accelerating-promise-report-nairobi-summit-icpd25>.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, а також Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок містять положення з вимогою ліквідувати дискримінації стосовно жінок у сфері охорони здоров'я, а також гарантувати рівний доступ жінкам і чоловікам до служб, що надають послуги в галузі охорони здоров'я.

Відповідно до вимог *Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок*, держави зобов'язані забезпечити жінкам відповідне медичне обслуговування в період вагітності, пологів та в післяпологовий період, включаючи планування розміру сім'ї, невідкладну акушерську допомогу, що передбачає обов'язок держави забезпечувати безпечне материнство та зниження рівня материнської смертності і скорочення кількості медичних ускладнень.

1. Держави-сторони вживають усіх відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок у галузі охорони здоров'я з тим, щоб забезпечити на основі рівності чоловіків і жінок доступ до медичного обслуговування, зокрема в тому, що стосується планування розміру сім'ї.

2. Поряд з положенням пункту 1 цієї статті держави-сторони забезпечують жінкам відповідне обслуговування в період вагітності, пологів і післяпологовий період, надаючи, коли це необхідно, безплатні послуги, а також відповідне харчування в період вагітності та годування.

Стаття 12

2. Держави-учасниці вживають усіх відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок у сільських районах з тим, щоб забезпечити на основі рівності чоловіків і жінок їх участь у розвитку сільських районів та в одержанні переваг від такого розвитку і, зокрема, забезпечують таким жінкам право:

- на доступ до відповідного медичного обслуговування, включаючи інформацію, консультації та обслуговування з питань планування розміру сім'ї.

Стаття 14

Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок

Відповідно до *Загальних коментарів Комітету з економічних, соціальних і культурних прав* медичні послуги та пільги мають бути доступними, наявними, прийнятними і мати відповідну якість для всіх без дискримінації.

Основні компоненти права на здоров'я

Наявність – громадські об'єкти охорони здоров'я, товари та послуги, а також програми мають бути доступні в достатній кількості в межах країни.

Доступність – медичні заклади, товари і послуги мають бути фізично та економічно доступними для всіх без дискримінації та має бути забезпечена можливість пошуку, одержання і поширення інформації, що стосується питань здоров'я.

Прийнятність – товари і послуги мають бути культурно прийнятними та відповідати принципам медичної етики.

Якість – медичні заклади, товари і послуги мають відповідати науковим та медичним вимогам і бути якісними¹⁸.

Загальний коментар 14, посилання 7, стаття 12

СЕКСУАЛЬНЕ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Право жінок і чоловіків на здоров'я, безпосередньо пов'язане із сексуальним та репродуктивним здоров'ям. Впровадження концепції охорони репродуктивного здоров'я є пріоритетною в усьому світі, суттєво впливає на демографічну ситуацію у країні, зниження рівня материнської та дитячої смертності, ускладнень вагітності та пологів.

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями про охорону репродуктивного здоров'я населення, планування сім'ї вважається основним засобом збереження здоров'я жінок та чоловіків, а також належить до фундаментальних прав людини. Права жінок, їх спеціальний репродуктивний статус знайшов відображення в деклараціях, що безпосередньо стосуються прав жінок¹⁹.

*Стратегія з сексуального та репродуктивного здоров'я ВООЗ 2001р.*²⁰ включає право кожної людини на:

найвищий досягнутий рівень сексуального здоров'я, включаючи доступ до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я;

- пошук, отримання та передачу інформації, яка відноситься до сексуальності;
- сексуальну освіту;
- повагу фізичної недоторканності;
- свободу у виборі партнера;
- самостійне прийняття рішення бути сексуально активною чи ні;

18 Загальний коментар 14, посилання 7, стаття, пункт 12. General Comment No. 14 on the Right to sexual and reproductive health, <https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.

19 Репродуктивні Права это Права Человека. Center for Reproductive Rights, <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0-%D1%8D%D1%82%D0%BE-%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2a.pdf>.

20 WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. 2001, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf.

- вступ у статевий зв'язок за згодою обох партнерів;
- вступ у шлюб за згодою обох;
- самостійне прийняття рішення мати дітей або ні, і коли;
- ведення задовільного, безпечного сексуального життя.

Четверта всесвітня конференція ООН з прав жінок (1995 р., Пекінська платформа) наголосила на необхідності постійно гарантувати те, щоб репродуктивні права залишалися невід'ємною частиною прав людини.

Пекінська платформа дій підкреслює право чоловіків і жінок на отримання інформації і на доступ до безпечних, ефективних, доступних з точки зору витрат методів планування розміру сім'ї, що відповідають їх вибору, і право на доступ до відповідних медичних служб, здатних забезпечити жінкам безпечну вагітність і пологи, та надавати сімейним парам найбільшу вірогідність мати здорову дитину.

Сексуальне та репродуктивне здоров'я тісно пов'язані між собою. *Стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права* закріплює право на здоров'я, частиною якого є право на сексуальне та репродуктивне здоров'я. Держава має гарантувати захист та розширення прав громадян і подружніх пар стосовно контролю свого репродуктивного життя та отримання доступу до інформації і послуг щодо планування сім'ї. Рішення щодо того, мати дитину чи ні, і коли саме, є основоположним правом людини, визнаним всією міжнародною спільнотою.

Згідно з Порядком денним сталого розвитку до 2030 р. серед прагнень держав виокремлено забезпечення загального доступу до послуг з охорони репродуктивного здоров'я, в тому числі для планування сім'ї, отримання необхідної інформації та освіти. Разом з тим, є необхідним для держав вживати заходів профілактичного та іншого характеру з тим, аби захистити людей від шкідливих практик, у тому числі гендерного насильства, включно з каліцтвом жіночих статевих органів, дитячими та примусовими шлюбами, домашнього та сексуального насильства, включно із зґвалтуванням у шлюбі, що порушує право людей на самостійне прийняття рішень з питань, що стосуються їх сексуального та репродуктивного здоров'я, без насильства, примусу та дискримінації.

МІЖНАРОДНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ УКРАЇНИ

Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, CEDAW)²¹. На політичному рівні та рівні інституційних механізмів в Україні спостерігається значний прогрес, але є чимало проблем. Серед головних здобутків України у виконанні Конвенції – створення системи для скорочення гендерної нерівності в усіх сферах життєдіяльності суспільства шляхом інтеграції гендерних підходів. Основними факторами, які перешкоджають ефективному виконанню Конвенції в Україні, є війна на території держави; недооцінка ролі жінок у запобіганні конфліктам; відсутність механізму координації органів влади і представниць громадянського суспільства; зокрема, недооцінка ролі жінок-активісток. Продовжує зростати рівень насильства щодо жінок, та обмеження прав жінок

21 Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок підписана Україною у 1980р., ратифікована – у 1981р. У 1999р. ООН прийнято Факультативний протокол до Конвенції, який дає можливість подання до Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок індивідуальних скарг (ратифіковано Верховною Радою України у 2003р.). Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text.

і дівчат. Зокрема жінок ВПО, жінок із сільських місцевостей, ромських жінок, ЛГБТІ+, інших меншини. У країні все ще немає ефективних заходів забезпечення прав жінок похилого віку, жінок з інвалідністю, ВПО, умови життя яких погіршуються.

Цілі сталого розвитку (ЦСР). Затвердивши цілі в галузі сталого розвитку, Україна визнала нероздільний характер економічного, соціального та екологічного розвитку, створивши тим самим унікальну можливість для забезпечення гендерної рівності та одночасно поліпшення здоров'я і благополуччя всіх людей без винятку. З урахуванням специфіки національного розвитку та з метою забезпечення національних інтересів України, ЦСР на період до 2030 р. було адаптовано та започатковано інклюзивний процес національної локалізації ЦСР.²² Затвердивши Порядок денний на період до 2030 р., Україна схвалила вживання глобальних заходів щодо покращення здоров'я жінок.

Гендерна рівність є окремою метою ЦСР 5, але водночас сприяє забезпеченню прогресу на шляху здійснення всіх інших цілей і завдань, у тому числі ЦСР 3 – забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці. Скорочення гендерної нерівності дозволить значно прискорити досягнення ЦСР 3, в той же час вирішення ряду завдань ЦСР 3 буде неможливим, якщо не здійснюватимуться пов'язані з ними завдання в рамках ЦСР 5. ЦСР стали основою політики держави у сфері збереження та підтримки репродуктивного здоров'я населення.

У травні 2019 р. МОЗ України підписало *Глобальний договір щодо прогресу задля універсального покриття в охороні здоров'я*²³, що сприятиме досягненню ЦСР та побудові більш безпечного й здоровішого світу до 2030 р.²⁴ *Універсальне покриття послугами охорони здоров'я* (УПОЗ) охоплює багато аспектів охорони здоров'я та сприяє просуванню заходів безпеки і справедливості в цій галузі.

23 вересня 2019 р. на засіданні Генеральної Асамблеї ООН з питань універсального покриття в галузі охорони здоров'я була прийнята амбітна *Політична декларація*²⁵ про загальне охоплення послугами з охорони здоров'я. Держави-члени ООН взяли зобов'язання щодо розвитку УПОЗ, до яких належать механізми, що мають забезпечувати те, щоб ніхто не відчував фінансових труднощів через необхідність самостійно оплачувати послуги охорони здоров'я, вискоєфективні медико-санітарні заходи по боротьбі із захворюваннями та охороною здоров'я жінок та дітей. Приєднавшись до декларації, Уряд України підтвердив, що первинна медична допомога є базою для розвитку системи охорони здоров'я, а УПОЗ має гарантуватися і забезпечуватися державою.

22 Україна підтримала проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25 вересня 2015 року № 70/1 глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року. Указ Президента України "Про цілі сталого розвитку" від 30 вересня 2019 року № 722/2019, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>.

23 МОЗ України розвиває систему універсального покриття в охороні здоров'я, <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ukrayini-rozvivaye-sistemu-universalnogo-pokrittya-v-ohoroni-zdorovya>.

24 Global compact for progress towards universal health coverage, https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements_-_docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_Global_Compact_WEB.pdf. Universal health coverage (UHC), [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

25 Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world", <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>.

До основних вимірів Універсального покриття в охороні здоров'я віднесено:

Збільшення охоплення, спрямоване на забезпечення доступу до медичних послуг всіх людей. Особливо це важливо для вразливих верств населення.

Розширення медичних послуг, доступних для всіх на постійній основі. Вони мають бути доступними на всіх ланках медичної допомоги (профілактика, діагностика, лікування, реабілітаційна та паліативна допомога).

Фінансовий захист. Медична допомога не має бути фінансовим тягарем.

Разом зі Світовим банком ВООЗ розробила рамки для відстеження прогресу УПОЗ шляхом моніторингу зазначених вимірів, беручи до уваги як загальний рівень, так і ступінь справедливості УПОЗ, пропонуючи охоплення послугами та фінансовий захист для всього населення, особливо жінкам, малозабезпеченим або тим, хто живе у віддалених сільських районах.

Покращення охоплення медичними послугами та результатів у сфері здоров'я залежить від наявності, доступності та спроможності медичних працівників надавати якісну комплексну медичну допомогу, орієнтовану на людей²⁶.

*Угода про асоціацію між Україною та ЄС*²⁷. Зобов'язання України із забезпечення гендерної рівності передбачено в Угоді про асоціацію між Україною та Європейським Союзом²⁸. Україна взяла на себе зобов'язання «враховувати питання рівності між чоловіками і жінками при розробці та впровадженні законів, постанов, адміністративних положень, політики і заходів», насамперед шляхом закріплення принципів гендерної рівності в нормативно-правових документах та їх подальшого впровадження у практику.

Угода про асоціацію, зокрема, передбачає реалізацію низки директив у сфері трудового права, протидії дискримінації і забезпечення гендерної рівності, та гарантування здорових і безпечних умов праці. При цьому треба визнати, що гендерна рівність в Угоді про асоціацію згадується не часто, зокрема у ст. 419 (глава 21) «Співпраця в галузі зайнятості, соціальної політики та рівних можливостей». У ст. 420 (глава 21) сказано, що Угода повинна забезпечувати досягнення цілей, серед яких: забезпечення гендерної рівності та рівних можливостей для жінок і чоловіків у сфері зайнятості, освіти, підготовки, економіки і суспільства та прийняття рішень.

Серед положень Угоди 17 нормативно-правових актів стосуються безпосередньо сфери охорони здоров'я. Україна взяла на себе зобов'язання до 2026 р. оновити національне законодавство у сфері охорони здоров'я (зокрема, за такими напрямками: інфекційні захворювання, онкологічні захворювання, система кровообігу, людські тканини, клітини та органи, психічне здоров'я (включно з наркотичною залежністю), попередження травматизму, боротьба з тютюнопалінням та вживанням алкоголю, пропагування здорового способу життя), а саме:

26 Universal health coverage (UHC), [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

27 Association agreement between the European Union and its Member States, of the one part, and Ukraine, of the other part, https://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2016/november/tradoc_155103.pdf.

28 Ключовий компонент Угоди про асоціацію – це наближення законодавства та адміністративних процедур України до відповідних норм та процедур ЄС. Зокрема, Угода містить перелік з понад 350 директив та інших нормативних актів ЄС, з якими має бути поступово гармонізоване законодавство України.

- зниження кількості серцево-судинних захворювань за допомогою комплексного підходу до боротьби з причинами їх виникнення;
- зменшення кількості інфекційних захворювань населення через створення стандартизованої мережі епідеміологічного нагляду та контролю за їх поширенням;
- зниження смертності від раку за допомогою ефективної програми скринінгу;
- зниження травматизму та організація умов безпеки для громадян;
- регулювання правил поведінки на ринку виробників і продавців тютюнових виробів з метою захисту здоров'я громадян;
- зменшення рівня споживання алкогольних напоїв серед підлітків та молоді шляхом стандартизації маркування продуктів, що підпадають під цю категорію.

Ключовою умовою є розробка Єдиної стратегії у сфері харчування, фізичної активності та ментального здоров'я, яка, серед іншого, визначає індикатори об'єктивної оцінки стану здоров'я громадян та ефективності системи охорони здоров'я²⁹. Єдина система оцінки ефективності охорони здоров'я дасть можливість спостерігати за її динамікою в Україні загалом і порівнювати досягнення із загальноєвропейськими.



НАЦІОНАЛЬНІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ УКРАЇНИ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ

НАЦІОНАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ В ГАЛУЗІ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Державна політика України, на сьогодні, орієнтується на створення рівних можливостей для жінок і чоловіків, при цьому вона проводиться з урахуванням міжнародних документів, підписаних Україною.

У межах міжнародної ініціативи «Партнерство Біарріц»³⁰ Уряд України визначив зобов'язання щодо зменшення розриву в оплаті праці жінок і чоловіків, розвитку інклюзивного та гендерно чутливого публічного простору (дружнього до сімей з дітьми та маломобільних груп населення), а також протидію ГЗН.

Уряд України, як член Коаліції «Економічна справедливість та права» міжнародної ініціативи «Коаліція дій для сприяння досягненню гендерної рівності» взяв на себе зобов'язання ратифікувати Конвенцію МОП про викорінення насильства та домагань у сфері праці № 190 2019 р., ініціювати ухвалення закону України «Про рівне винагородження за працю рівної цінності», до 2026 р. скоротити гендерний розрив в оплаті праці жінок і чоловіків до 16%.

З метою підвищення обізнаності роботодавців щодо шляхів забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у трудових відносинах (зменшення розриву в оплаті праці жінок і

²⁹ Commission Directive 2005/61/EC of 30 September 2005 implementing Directive 2002/98/EC of the European Parliament and of the Council as regards traceability requirements and notification of serious adverse reactions and events (Text with EEA relevance), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32005L0061&qid=1426191104154>.

³⁰ «Партнерство Біарріц»: в Україні оцінили досягнення на шляху створення рівних можливостей для всіх громадян. Урядовий портал, <https://www.kmu.gov.ua/news/partnerstvo-biarric-v-ukrayini-ocinili-dosyagnennya-na-shlyahu-stvorenniya-rivnih-mozhливостей-dlya-vsikh-gromadyan>.

чоловіків, протидії дискримінації за ознакою статі, поєднання сімейних і професійних обов'язків), Міністерством соціальної політики затверджено Методичні рекомендації³¹ щодо внесення до колективних договорів та угод положень, спрямованих на забезпечення рівних прав і можливостей жінок та чоловіків у трудових відносинах.

У 2021р. прийнято *Другий національний план з виконання Резолюції Ради Безпеки ООН 1325 «Жінки, мир, безпека» на період до 2025 р.*³², який передбачає врахування особливих потреб жінок і дівчат, у тому числі вразливих категорій (зокрема біженок, ВПО, жінок, які постраждали від насильства за ознакою статі та сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом), а також військових, ветеранок під час надання послуг у сфері охорони здоров'я, психологічної та гуманітарної допомоги.

Державна стратегія забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків до 2030 р. Для забезпечення проведення єдиної державної політики, спрямованої на досягнення рівних прав та рівних можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства, вдосконалення механізмів її реалізації, Міністерством соціальної політики розроблено проєкт Державної стратегії забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків до 2030 р. Стратегія базується як на базових міжнародних документах у сфері забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, так і враховує стратегічні документи у сфері прав людини та вже затверджені національні плани у сфері гендерної рівності³³.

У вересні 2016 р. Україна затвердила Стратегію щодо здоров'я і благополуччя жінок – *Європейська стратегія в підтримку здоров'я і добробуту жінок в Європейському регіоні*³⁴. Вона містить рекомендації щодо впровадження та реалізації програм з питань охорони жіночого здоров'я, у рамках системи охорони здоров'я та поза її межами.

Стратегія покликана сприяти досягненню прогресу у справі скорочення гендерних і соціально-економічних нерівностей в аспекті здоров'я жінок. Мета Стратегії – допомогти тим, хто займається складанням планів у галузі охорони здоров'я, в їх роботі, спрямованій на зміцнення здоров'я і підвищення рівня добробуту жінок і дівчаток, задля врахування гендерних аспектів у всіх заходах політики і системах охорони здоров'я.

Стратегія містить чотири основні рекомендації, що безпосередньо стосуються жінок, які працюють у секторі охорони здоров'я, і спрямовані на те, щоб не лише привернути увагу до впливу гендерного фактору і соціальних, економічних, культурних та екологічних детермінант здоров'я, але й підвищити ефективність заходів, що вживаються системою охорони здоров'я, зі зміцнення здоров'я жінок і підвищення рівня їх добробуту, зокрема:

- Сприяння досягненню і зміцненню гендерної рівності на робочому місці на будь-якому рівні.
- Скорочення негативного впливу на здоров'я і благополуччя з боку нестабільної зайнятості та умов праці.

31 Наказ Міністерства соціальної політики «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо внесення до колективних договорів та угод положень, спрямованих на забезпечення рівних прав і можливостей жінок та чоловіків у трудових відносинах» від 29.01.2020 № 56, <https://www.msp.gov.ua/documents/5627.html?PrintVersion>.

32 Розпорядження КМУ «Про затвердження Національного плану дій з виконання резолюції Ради Безпеки ООН 1325 «Жінки, мир, безпека» на період до 2025 р.» від 28 жовтня 2020 р. № 1544-р., <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1544-2020-p#Text>.

33 Про затвердження Державної стратегії забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2030 року. (проект), <https://www.msp.gov.ua/projects/709/?fbclid=IwAR1FVo8KtabLHYggSc31UTG8dpJGsEl4mAbR4i1XeiuHLYC-yEu36xylaoU>.

34 Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/333912/strategy-womens-health-en.pdf.

- Забезпечення того, щоб робота жінок не тільки цінувалася, але й оцінювалася так само, як і робота чоловіків, і щоб оплачувана та неоплачувана праця жінок в якості осіб, які здійснюють догляд, визнавалася, цінувалася і компенсувалася.
- Підтримка моделей догляду, які не збільшують тиск на жінок і не піддають їх ризику соціальної ізоляції; в якості прикладу можуть бути наведені заходи політики, які розширюють участь чоловіків у турботі про свої сім'ї.

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Законодавство України гарантує чоловікам і жінкам право на охорону здоров'я та безоплатну медичну допомогу. Сьогодні діють понад 340 законів, які стосуються питань охорони здоров'я (прямо чи опосередковано), у тому числі й гарантій на охорону здоров'я. Крім законодавчих актів вагоме значення мають міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Вони також є частиною національного законодавства України³⁵.

Право на материнство і батьківство. З правом на репродуктивний вибір і планування сім'ї пов'язане право на материнство і батьківство, закріплене у ст.ст. 49, 50 Сімейного кодексу України. Статті передбачають право подружжя приймати рішення стосовно кількості дітей та часу їх народження у шлюбі чи поза ним, інтервалів між їх народженням, а також повноваження, пов'язані із плануванням сім'ї. Право на материнство передбачає забезпечення повноцінного материнства, умов для охорони здоров'я та життя матері й дитини під час вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Права породіллі детально викладено у документах МОЗ України³⁶. Під час перебування в пологовому будинку у майбутніх мам є право на високу культуру медичного обслуговування. Усі працівники акушерського стаціонару повинні володіти сучасними методиками психологічної підтримки вагітних і породіль.

Всіляко підтримується право на сімейні (партнерські) пологи³⁷. Майбутні батьки мають завчасно звернутися до адміністрації пологового будинку (головного/-ї лікаря/-ки, заввідділення) й повідомити про своє бажання партнерських пологів. Присутніми під час пологів можуть бути не більше 2 осіб. Пологи мають відбуватися лише в індивідуальному пологовому залі.

Право на батьківство є також природним правом чоловіка. Однак право чоловіка на батьківство означає його право спрямувати свою поведінку на зачаття дитини або утриматися від цього. Чоловік не може бути позбавлений цього права, а обмеження цього права можливе лише у випадках, передбачених законом.

Сучасна мета держави – безпека матері та дитини. Пологи та весь комплекс медичної допомоги немовлятам є безоплатними. Упродовж 2020-2021 рр. у Програмі медичних гарантій були пріоритетними медична допомога при пологах та у складних неонатальних випадках³⁸. Медичні заклади, що надають ці послуги, мають відповідати підвищеним вимогам щодо наявності в них необхідного обладнання та команди спеціалістів, здатних забезпечити цілодобову меддопомогу.

35 Стаття 9 Конституції України, <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>.

36 Наказ МОЗ від 29 грудня 2005 року № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», Наказ МОЗ від 04 квітня 2005 року № 152 «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною».

37 Міністерство охорони здоров'я скасувало наказ №698, який встановлював обмеження у закладах охорони здоров'я на час карантину, зокрема, на партнерські пологи.

38 Програма медичних гарантій-2021: охорона материнства і дитинства залишаться пріоритетними напрямками, <https://www.kmu.gov.ua/news/programma-medichnih-garantij-2021-ohorona-materinstva-i-ditinstva-zalishatsya-prioritetnimi-napryamkami>.

гу. Національна служба здоров'я оплачує ці медичні послуги за підвищеним тарифом³⁹ (тариф на надання допомоги при пологах становить 10 382 грн, за надання допомоги дітям, які народились масою тіла до 1500 г, встановлено найвищий тариф – 98,5 тис. грн, тариф на медичні послуги з надання медичної допомоги новонародженим у складних неонатальних випадках, визначається як ставка на пролікований випадок та становить 113 725 грн). Також впроваджено новий пакет – «Ведення вагітності в амбулаторних умовах».

У Програмі медичних гарантій НСЗУ збільшено та удосконалено обсяг медичних послуг, які жінка може отримати. Зокрема, до безоплатного пакета допомоги при пологах включено:

- медичну допомогу при неускладнених та ускладнених пологах, зокрема кесаревому розтині;
- забезпечення можливості проведення партнерських пологів;
- зниження больових відчуттів у жінки під час пологів, зокрема епідуральну анестезію;
- лабораторні дослідження та інструментальні обстеження у цілодобовому режимі;
- інтенсивна терапія матері і новонародженої та забезпечення їхнього цілодобового транспортування, у разі ускладнень;
- вакцинацію новонародженої, згідно з Календарем профілактичних щеплень;
- лікарські засоби з Нацпереліку та витратні матеріали, а також ті лікарські засоби, що закуповуються МОЗ в централізованому порядку;
- харчування під час перебування у стаціонарі.

Законодавством закріплено можливість реалізувати власну репродуктивну функцію природним (біологічним) способом або з використанням допоміжних репродуктивних технологій, дозволених в Україні. Конституційне право на особисту свободу не враховує примушування до інтимних стосунків, материнства чи аборту.

Проте лише жінка наділена правом на штучне переривання вагітності, зокрема ч. 6 ст. 281 Цивільного кодексу України передбачено, що штучне переривання вагітності може здійснюватися за бажанням жінки при терміні вагітності до 12 тижнів⁴⁰, а у передбачених законом випадках – до 22 тижнів. Це положення також закріплене у ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Законом не передбачено волю чоловіка щодо реалізації своєї репродуктивної функції, пов'язуючи це з тим, що здійснення аборту є тісно пов'язаним з правом на здоров'я жінки.

У 2021р. набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення рівних можливостей матері та батька у догляді за дитиною»⁴¹, який

39 На надання медичної допомоги при пологах у 2020р. Національна служба здоров'я законтрактувала 399 медичних закладів. Вони вже отримали понад 1,8 мільярда гривень.

40 Постановою КМУ № 144 від 15.02. 2006 р. «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» закріплено підстави, за яких можна зробити аборт у період з 12 до 22 тижнів вагітності.

41 Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення рівних можливостей матері та батька у догляді за дитиною № 1401-IX віжд 15 квітня 2021р., <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1401-20#Text>.

фактично зрівняв права чоловіків і жінок на декретну відпустку. Закон покликаний забезпечити рівні можливості для чоловіка і жінки у питаннях поєднання роботи з сімейними обов'язками. Зокрема, усуваються законодавчі прогалини, що обмежують право батька на відпустку для догляду за дитиною. Раніше таку відпустку батькові дитини, бабусі, дідусю чи іншим родичам, які фактично доглядають за малюком, надавали на підставі довідки з місця роботи або навчання матері, що вона вийшла на роботу до закінчення терміну її декрету. Таким чином усунуто дискримінаційний підхід, згідно з яким право батька на відпустку для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку розумівся як похідний від права матері на таку відпустку.

Зараз чоловік і жінка можуть брати декретну відпустку на рівних – незалежно один від одного. Закон також заохочує чоловіків присвячувати час догляду за дитиною разом з матерями. Він запроваджує в Україні новий вид відпустки – додаткову одноразову оплачувану відпустку тривалістю у два тижні, що оплачується коштом роботодавця. Її у перші три роки після народження дитини можуть взяти або батько дитини, або дідусь чи бабуся, або навіть інші повнолітні родичі дитини, який за нею доглядає. Важливо, що Законом створені передумови для посилення ролі батька у процесі виховання дітей і розвитку відповідального батьківства в Україні.

Цивільним кодексом України (ч. 3 ст. 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, проводиться за її згодою. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг з переривання вагітності та планування сім'ї.

Доступність та якість послуг отримання допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Заклади охорони здоров'я та медичні працівники у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій повинні відповідати певним вимогам. Підвищенню доступності послуг для непрацюючих жінок, студенток, жінок, які зареєстровані в центрі зайнятості, жінок, звільнених у зв'язку з ліквідацією підприємства сприяють урядові рішення щодо спрощення порядку отримання допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінками, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування⁴². Для призначення допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами наразі замість довідки в паперовій формі використовуватиметься інформація про сформований у Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я медичний висновок про тимчасову непрацездатність категорії «Вагітність та пологи».

На сьогодні в Україні не ухвалено Державної програми з репродуктивного та статевго здоров'я. У разі відсутності нової Державної програми та плану дій у сфері репродуктивного та статевго здоров'я можуть бути втрачені попередні надбання України у цій сфері та створено загрозу невиконання Україною взятих на себе міжнародних зобов'язань у цій галузі⁴³.

Контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї також є малоефективним: недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів.

42 Постанова КМУ «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми» від 27 грудня 2001 р. N 1751. https://ips.ligazakon.net/document/KP011751?utm_source=buh.ligazakon.net&utm_medium=news&utm_content=cons12&_gl=1*k7rvn6*_ga=MTM5NjEzMjEyMS4xNjE1NTQ2NjQ3*_ga_DTFQWX6QG5*MTY0MzlwNDY4NS43LjAuMTY0MzlwNDY4NS4w&_ga=2.98380255.1780449114.1643204686-1396132121.1615546647

43 Наразі діє мораторій на розробку і прийняття державних цільових програм, спрямованих на вирішення проблем охорони здоров'я населення, в тому числі репродуктивного, встановлений Постановою Кабінету Міністрів. Представники МОЗ підтримують ідею створення національної програми репродуктивного здоров'я. Комітетом ВРУ ухвалено рішення направити звернення до Кабінету Міністрів з проханням доручити МОЗ розробити та подати на затвердження Кабміну проект концепції державної цільової програми зі збереження репродуктивного здоров'я нації на період до 2030р. Див.: Постанова КМУ «Про ефективне використання державних коштів» від 11 жовтня 2016 р. № 710, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/710-2016-%D0%BF#Text>.

II

ГЕНДЕРНИЙ ПАРИТЕТ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД



Війна, викликана вторгненням Російської Федерації, в Україну спричинила негайне та різке зростання гуманітарних потреб, оскільки постачання базових товарів і послуг призупинилося, а цивільне населення тікає від бойових дій. Гуманітарні наслідки для населення України руйнівні. 12 мільйонів людей на території України потребують допомоги та захисту, тоді як понад 4 мільйони українських біженців, серед яких переважно жінки та діти, можуть потребувати захисту та допомоги в сусідніх країнах⁴⁴. Життя цивільного населення та цивільна інфраструктура потребують захисту та збереження відповідно до міжнародного гуманітарного права.

Війна суттєвим чином вплинула на систему охорони здоров'я в Україні. Більшість лікарень працюють у скороченому режимі, потрапити до необхідних спеціалістів вдається далеко не всім. Внаслідок масової міграції населення порушена медична логістика, тобто шлях від сімейного лікаря до профільних фахівців. Отримати послугу можливо переважно в режимі онлайн або у медичному чаті.

Спільна заява ВООЗ, ЮНІСЕФ, UNFPA⁴⁵ наголошує на тому, що атаки об'єктів охорони здоров'я в Україні призводять до загибелі, поранення найбільш вразливих пацієнтів, зокрема жінок і дітей, а також медичного персоналу, руйнують життєво важливу інфраструктуру системи охорони здоров'я та примушують величезне число людей відмовлятися від медичної допомоги, не дивлячись на катастрофічну потребу.

З початку повномасштабної війни в Україні обстріляно 135 лікарень та пошкоджено 43 машини швидкої допомоги⁴⁶, ВООЗ підтвердила 49 нападів на лікарні та дев'ять на медичні транспортні підрозділи. Повністю зруйновано сім лікарень та пошкоджено 104. Внаслідок обстрілів загинули шість медичних працівників⁴⁷. Найбільш критична ситуація з медичною допомогою склалася в Маріуполі, Харкові, а також у регіонах Донецької та Луганської агломерації.

Медично-санітарні потреби вагітних жінок, породіль, дітей молодшого віку та людей похилого віку зростають, а насильство обмежує доступ до допомоги. В Україні народилося більше 4000 дітей, а найближчим часом очікується пологи у 80 000 українських жінок. Система охорони здоров'я України відчуває суттєве навантаження, а її колапс матиме руйнівні наслідки.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ГЕНДЕРНОГО ПАРИТЕТУ

Демографічна ситуація. Для України притаманні диспропорції у статевій структурі населення: жінки становлять 54% усього населення, а чоловіки – 46%. У середньому на 1000 чоловіків припадає 1158 жінок. Але співвідношення чоловіків і жінок змінюється, залежно від віку, якщо при народженні на 1000 народжених хлопчиків припадає 938 народжених дівчаток, то у віці 40-44 років на 1000 чоловіків припадає вже 1033 жінок, а у віці 70-74 на 1000 чоловіків – 1813 жінок⁴⁸.

Розподіл населення України за місцем проживання (у міській і сільській місцевості) показує, що питома вага міського населення становить 67,8%, сільського – 32,2%. Хоча у розрізі областей співвідношення між міським і сільським населенням коливається дуже різко. Так, в областях Південно-Східного регіону сільське населення має найменшу питому вагу: у Донецькій області –

44 ООН потребує 1,7 мільярда доларів США, оскільки гуманітарні потреби в Україні та сусідніх країнах зростають. Верховний комісар ООН у справах біженців, <https://www.unhcr.org/ua/43013-оон-потребує-17-мільярда-доларів-сша-ос.html>

45 Прекратить нападения на объекты здравоохранения в Украине, <https://www.who.int/ru/news/item/13-03-2022-stop-attacks-on-health-care-in-ukraine>.

46 Attacks on Ukraine's Hospitals Will Cause Long-Term Harm to Health, <https://www.directrelief.org/2022/03/attacks-on-ukraines-hospitals-will-cause-long-term-harm-to-health>.

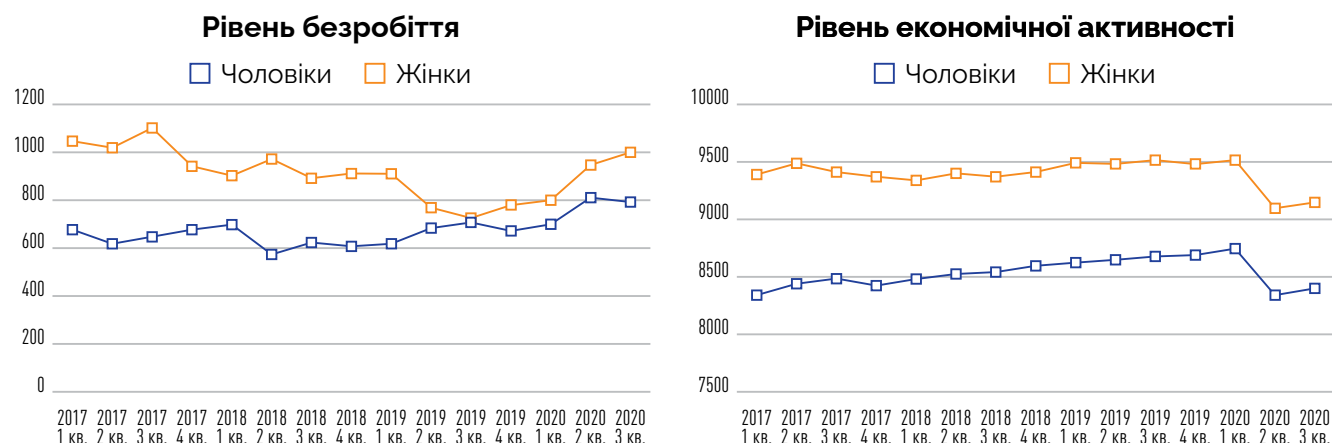
47 Russian aggressors have destroyed 7 hospitals and damaged 104, some doctors killed, <https://www.pravda.com.ua/eng/news/2022/03/13/7331084>.

48 http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2021/dem_2020.pdf

9,8%, Луганській – 13,6%, Дніпропетровській – 16,6%. Разом з тим, у Західному регіоні питома вага сільського населення становить до 60% і більше.

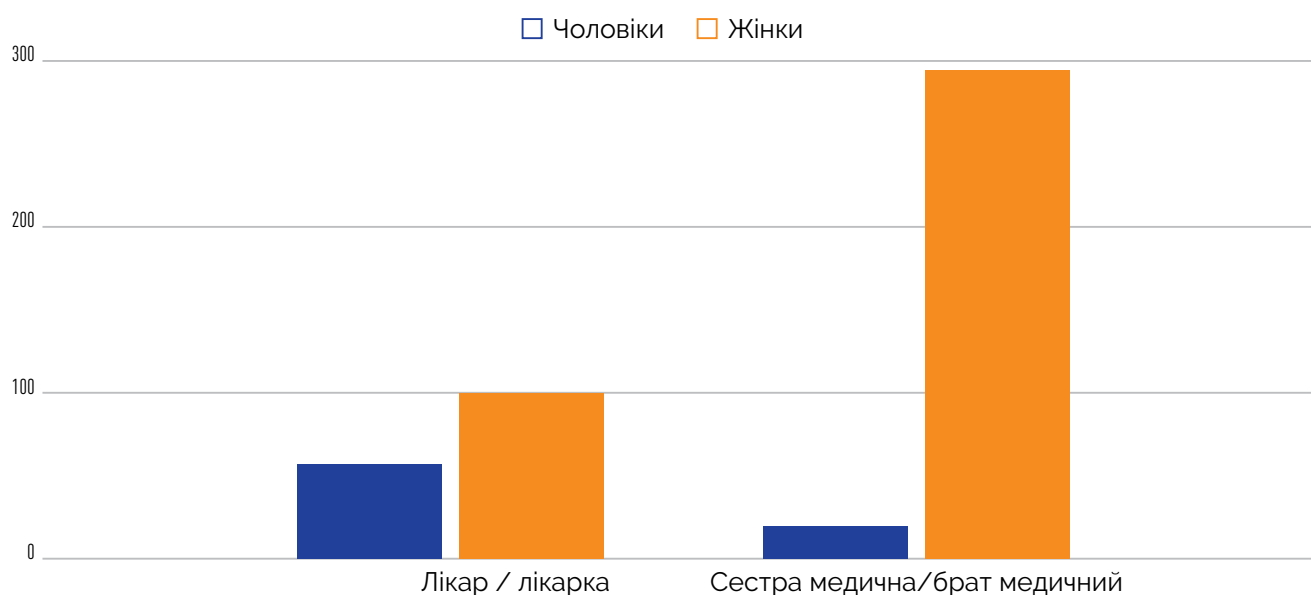
Зайнятість та безробіття. Економічна активність чоловіків є вищою ніж у жінок, а рівень безробіття серед жінок є меншим, ніж рівень безробіття серед чоловіків.

**Рівень економічної активності та безробіття чоловіків та жінок,
% (методологія МОП) робочої сили**



Дані державної служби статистики України свідчать, що серед працівників охорони здоров'я 83% становлять жінки⁴⁹. Серед лікарів частка жінок становить 62% загальної чисельності, середнього медичного персоналу – 94%⁵⁰. За національним обліком, чисельність лікарів складала 57,6 тис. осіб, лікарток – 99,3 тис., медичних сестер – 294 тис., медичних братів – 19 тис. Сьогодні чверть лікарів та понад 10% середнього медичного персоналу є працюючими пенсіонерами. Таким чином характерною ознакою медичної сфери України є гендерний дисбаланс та галузева гендерна сегрегація.

Розподіл чисельності медичного персоналу за статтю, тис



49 Державна служба статистики, Жінки і чоловіки в Україні. Статистичний збірник, Київ, 2019, https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/2019/zb/og/zb_gch2018.pdf.

50 Богдан Д. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. – <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>.

Система охорони здоров'я впливає на збереження багатьох існуючих гендерних упереджень і соціальних нерівностей між медичними професіями, а також у межах професії. Так, спостерігаються суттєві відмінності між медичними працівниками чоловічої і жіночої статі в тому, що стосується вибору спеціальності (горизонтальна сегрегація), оскільки жінки недостатньо представлені на керівних позиціях і в таких добре оплачуваних професійних сферах, як хірургія. Жінки занадто широко представлені у сфері загальної лікарської практики та педіатрії, тобто в тих сферах медичної галузі, які гірше оплачуються і є менш престижними.

Гендерна сегрегація існує в медичній ієрархії (вертикальна сегрегація): жінки значно ширше представлені в таких професійних сферах послуг і догляду, як сестринська справа та акушерство, тоді як чоловіки набагато частіше працюють у професійних сферах з більш високою оплатою праці.

Сфера охорони здоров'я має один із найвищих рівнів безробіття. Із загального числа зареєстрованих безробітних у сфері охорони здоров'я за 2021р. – 21,1 тис. осіб, а кількість вакансій складає 3900, або навантаження на одну вакансію – 5 осіб, що свідчить про скорочення закладів охорони здоров'я⁵¹. Жінки становлять 67,3% загальної кількості зареєстрованих безробітних у сфері охорони здоров'я.

Критичним питанням у забезпеченні зайнятості працюючих у системі охорони здоров'я стало масове отримання медичними працівниками письмових попереджень про зміну істотних умов праці та (або) про майбутнє вивільнення. Серед загального числа осіб, попереджених про масове вивільнення, сфера охорони здоров'я перебуває на другому місці після державного управління і оборони⁵². У 2020-2021рр. частка жінок, попереджених про заплановане масове вивільнення у сфері охорони здоров'я, становила від 65% до 72%.



ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я У ГЕНДЕРНОМУ ВИМІРІ

Очікувана тривалість життя (ОТЖ) є інтегральним індикатором стану здоров'я населення, його добробуту, а також підсумковою оцінкою умов життєдіяльності населення та показником ефективності системи охорони здоров'я.

Незадовільні соціально-економічні умови, які погіршуються складним і несприятливим екологічним середовищем, у т.ч. внаслідок довгострокових чинників Чорнобильської катастрофи, формують низькі показники тривалості життя (як очікуваної, так і фактичної)⁵³. За ОТЖ Україна відстає від більшості розвинутих країн, і це відставання наростає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків – майже 15 років. Таке скорочення спостерігається як за місцем проживання, так і за статтю, що, водночас, формує суперечливі наслідки у частині життєдіяльності.

Так, з одного боку, забезпеченість медичними послугами та їх своєчасність і якість у сільській місцевості є помітно нижчою, ніж відповідні показники у містах, що зазвичай пов'язують із різною доступністю медичної допомоги.

51 Державний центр зайнятості про число зареєстрованих безробітних, кількість вакансій та число претендентів на 1 вакансію станом на 1 січня 2021р.

52 Дані Державного центру зайнятості про число осіб, попереджених про заплановане вивільнення за видами економічної діяльності у 2020-2021рр.

53 Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. – [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30977-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30977-6/fulltext).

З іншого боку – урбанізація є визнаним негативним чинником для здорового довкілля і погіршення екологічного середовища, що, своєю чергою, загострює проблеми охорони здоров'я у містах. І одним з наслідків є продовження відносно низьких (як для європейської країни) рівнів тривалості життя.

Середня очікувана тривалість життя, років

	При народженні			При досягненні віку 15 років			При досягненні віку 45 років		
	загалом	чоловіки	жінки	загалом	чоловіки	жінки	загалом	чоловіки	жінки
2018	71,76	66,69	76,72	57,48	52,43	62,42	30,10	25,90	33,85
2019	72,01	66,92	76,98	57,72	52,65	62,66	30,28	26,04	34,06
2020	71,35	66,39	76,22	57,01	52,06	61,87	29,46	25,27	33,24

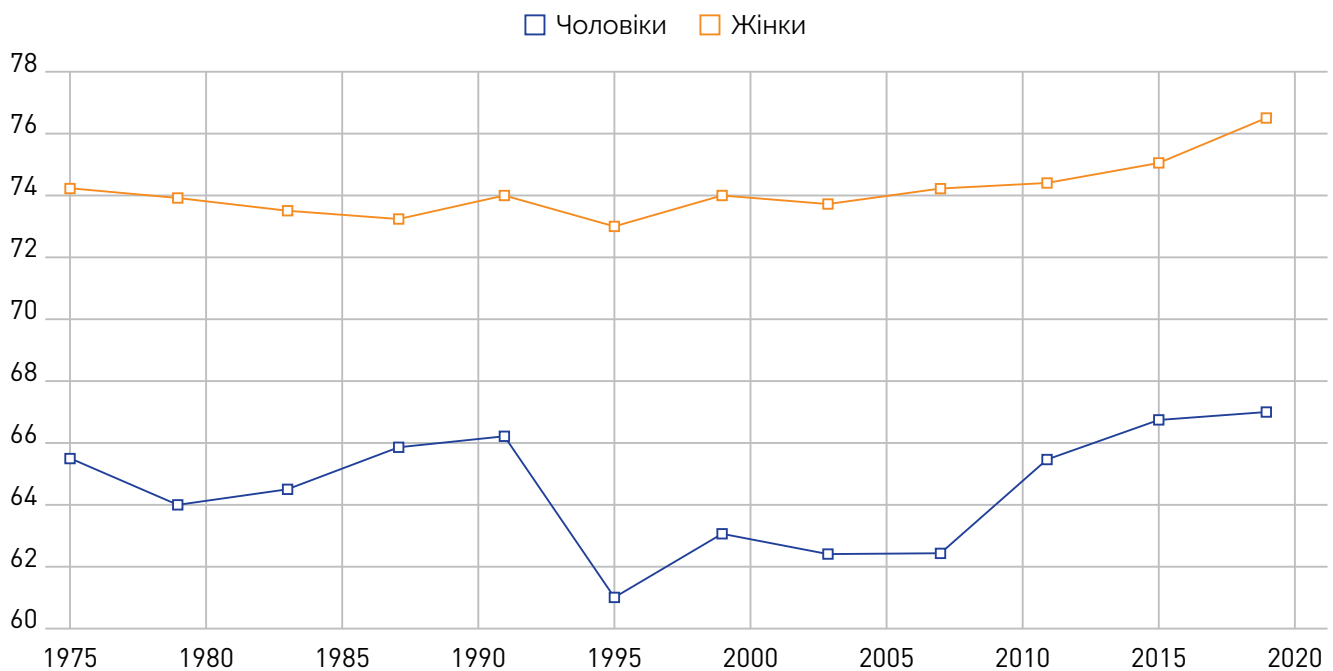
Показники ОТЖ в Україні мають й доволі відчутні регіональні особливості, які можна поділити на три групи (залежно від рівневих і структурних характеристик тривалості життя)⁵⁴:

- Регіони, з відносно сприятливою ситуацією – це західні області України (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська та Чернівецька області), у яких спостерігаються менші відмінності в ОТЖ між чоловіками і жінками, міським і сільським населенням. Для цих областей характерним є найвищий рівень дожиття до похилого віку.
- Регіони, з вкрай несприятливою ситуацією з тривалістю життя населення (Дніпропетровська, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Херсонська та Чернігівська області), в яких ОТЖ є нижчою, ніж у цілому по Україні, а частка тих, хто доживає до старості, – найменшою.
- Інші регіони.

Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні є на 10 років нижчою, ніж у більшості розвинутих країн європейського регіону. Максимального значення ОТЖ при народженні за останнє десятиріччя було досягнуто у 2019 р. – 72,01 років, при цьому для жінок – 76,98. Однак, показники 2020р. є помітно гіршими, ніж показники 2019р., що, вірогідно, пов'язано з коронавірусною пандемією. Більше того, не лише короткостроковими її наслідками, але й середньостроковими (через почастищення захворюваності на серцево-судинні та легеневі хвороби).

⁵⁴ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

Очікувана тривалість життя при народженні, років



Розрив у тривалості життя між жінками і чоловіками має мультифакторні складові і пояснюється дією багатьох чинників, таких як навколишнє середовище, харчування, спосіб життя, особиста гігієна, шкідливі звички, медична допомога тощо. Причому внесок окремих компонентів у тривалість життя є різним.

Також показник ОТЖ безпосередньо стосується гендерних відмінностей, бо біологічна різниця у тривалості життя жінок і чоловіків, за даними ВООЗ, становить близько 2-3 роки. Так, серед чоловіків частіше діагностують захворювання у термінальних стадіях, що зумовлено небажанням відвідувати лікарів або проходити медичні обстеження⁵⁵. Таке ставлення до власного здоров'я традиційно пов'язують зі стереотипними настановами щодо мужності, до яких належать страх втратити контроль над ситуацією, побоювання виявити слабкість або збентеження.

На показник ОТЖ як чоловіків, так і жінок впливає також нехтування профілактичними засобами, в тому числі заходами вторинної профілактики, яка сприяє ранньому виявленню захворювань та хвороб, які можуть їм передувати. Особливо це стосується онкологічних захворювань. Так ВООЗ прогнозує збільшення випадків онкологічних захворювань у найближчі 10-20 років більш ніж на 60%⁵⁶. Найбільш високим (близько 81%) зростання буде у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Пандемія Covid-19 та її обмежувальні заходи зменшили кількість онкологічних скринінгів, тим самим стимулювавши збільшення ракових захворювань у наступні роки..

Очікувана тривалість здорового життя в Україні (ОТЗЖ) – також найкоротша в Європі. Цей показник дозволяє оцінити, скільки років людина має прожити здоровою, тобто без будь-яких серйозних проблем зі здоров'ям, які обмежують повсякденну життєдіяльність. Журнал *The Lancet* визначив тривалість здорового життя в Україні у 61,7 років⁵⁷ і помістив за цим показником Україну на останнє місце серед усіх держав Європи.

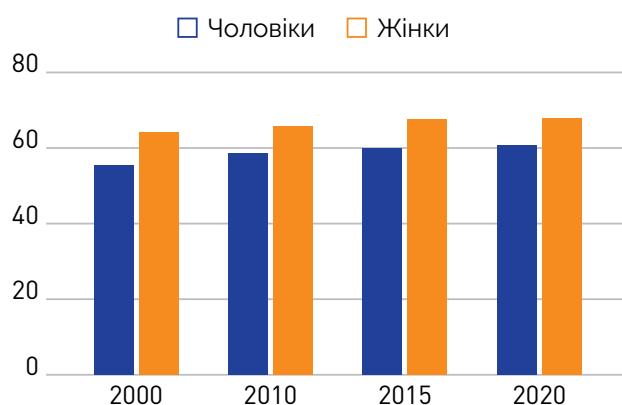
55 Гендерно-орієнтоване бюджетування в Україні: теорія і практика. Метод. посіб. - К.: ФОП Клименко, 2016. – 92 с <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/12562.pdf>.

56 Cancer. World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

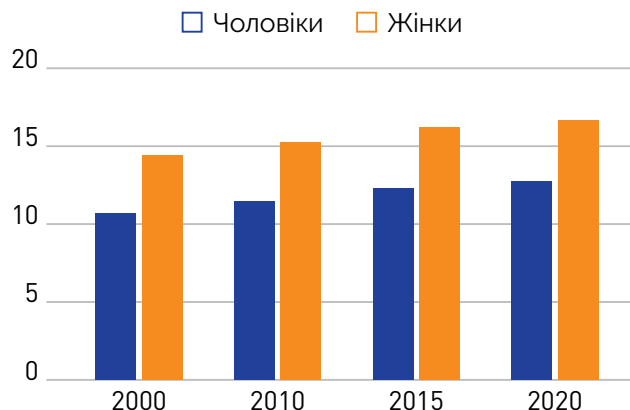
57 Global Health Metrics. Global Burden of Disease Study 2019, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930977-6>.

ВООЗ вважає ОТЗЖ пріоритетним показником і веде міжнародні розрахунки. В Україні показник ОТЗЖ практично не використовується. Хоча чоловіки в Україні, за даними ВООЗ, починають хворіти першим хронічним захворюванням у 55-60 років. Жінки без хронічних захворювань у середньому живуть до 65-67 років.

Очікувана тривалість здорового життя при народженні⁵⁸



Очікувана тривалість здорового життя серед тих, хто досяг 60 років



Однією з найгостріших проблем України є стійке скорочення народжуваності, рівень якого сьогодні впав до рівня кінця 1990-х років, коли Україна знаходилась у глибокій трансформаційній кризі⁵⁹. Причому погіршення відбувається насамперед унаслідок зменшення чисельності жінок, які народжують дітей у віці – 20-29 років.

**Коефіцієнт народжуваності за віком матері⁶⁰,
чисельність живонароджених на 1 000 жінок відповідного віку**

Рік	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Сумарний коефіцієнт
2018	36,9	19,7	73,3	80,3	54,3	26,4	6,1	0,7	1,301
2019	34,3	16,9	68,1	76,5	52,4	25,3	5,9	0,8	1,228
2020	33,4	15,8	66,4	76,3	52,2	25,7	6,2	0,8	1,217

Хоча рівень підліткової народжуваності в Україні скорочується, за цим показником Україна значно випереджає європейські країни. Серед загального числа дівчат, які народили у підлітковому віці, переважають дівчата із сільської місцевості.

Показник материнської смертності є інтегрованим індикатором репродуктивного здоров'я жінок, який відображає не лише стан загального здоров'я, якість медичної допомоги вагітним і рівень організаційної роботи родопомічних установ, але й поєднану взаємодію цих чинників з економічними, екологічними, культурними, соціальними та гігієнічними, та іншими факторами.

⁵⁸ Ukraine - Healthy life expectancy. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=fr>.

⁵⁹ Докладніше див.: Україна: 30 років на європейському шляху / Ю.Якименко [та ін.]; Центр Разумкова. — К.: Заповіт, 2021. — 392 с.

⁶⁰ Втім, вказаний процес скорочення народжуваності в Україні збігається із загальноєвропейськими тенденціями, а у країні спостерігається з середини 1960-х років. У результаті чисельність народжених дітей не забезпечує заміщення поколінь: сумарний коефіцієнт народжуваності становить 1,2 дитини на жінку, при тому, що для простого відтворення населення він має дорівнювати 2,1.

За даними Міжвідомчої групи ООН з оцінки материнської смертності (UN MMEIAG), в Україні залишається незадовільною ситуація, пов'язана зі смертністю жінок у період вагітності⁶¹. Незважаючи на те, що за даними UN MMEIAG, починаючи з 2000 р., показник материнської смертності знижувався з 35 на 100 тис. народжених живими до 19 у 2017 р., Україна за цим показником посідає проміжну позицію між економічно розвинутими країнами з налагодженою системою безпечного материнства і країнами, які розвиваються, з недостатнім рівнем охорони здоров'я.

За даними Держстату України, у 2020 р. кількість смертей, пов'язаних з вагітністю, продовжувала зростати⁶². Кількість випадків материнської смертності на 100 тис. населення у 2020 р. становила 18,7 (2018 р. – 12,5)⁶³. У сільській місцевості цей показник становить 23,0. Загалом за часи незалежної України зафіксовано понад 2000 випадків смертей молодих матерів. Наразі показник материнської смертності в Україні у 3,8 раза (19 на 100 тис. живонароджених) перевищує цей показник у Європейському Союзі (5 на 100 тис. живонароджених)⁶⁴.

Кількість випадків смерті, пов'язаної з вагітністю

	2018		2019		2020	
	Усього	На 100 тис живонароджених	Усього	На 100 тис живонароджених	Усього	На 100 тис живонароджених
Кількість випадків смерті, пов'язаної з вагітністю	58	17,3	50	16,2	62	21,1
Материнська смерть	42	12,5	46	14,9	55	18,7
Смерть з прямих акушерських причин	25	7,4	25	8,1	20	6,8
Смерть з непрямих акушерських причин	17	5,1	21	6,8	36	11,9
Кількість випадків смерті матері від зовнішніх причин	16	4,8	4	1,3	7	2,4

Висока смертність новонароджених та породіль спонукала Національну службу здоров'я, яка розподіляє гроші між медичними установами за лікування пацієнтів, з 2022 р. висунути додаткову умову щодо кількості пологів. Так, якщо у медичному закладі відбувається менше 150 пологів на рік, то НСЗУ не підписуватиме з ними угоди. У НСЗУ вважають, що якщо кількість пологів не-

61 Maternal mortality in 2000-2017. UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/maternal-health-countries/maternal_health_ukr_en.pdf.

62 Чоловіки і жінки в Україні. Статистичний збірник 2021, http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/09/zb_gch2020.pdf.

63 Дані державної служби статистики відрізняються від даних Міжвідомчої групи ООН з оцінки материнської смертності.

64 Maternal mortality in 2000-2017, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>.

велика, то лікарі втрачають необхідну практику. НСЗУ вважає, що мінімальний показник, за якого можуть працювати пологові будинки, це 300 пологів на рік.

Планування сім'ї та сімейна політика. Сімейна політика в Україні залишається в руслі традиційної моделі⁶⁵. Така сімейна політика в якості об'єкта свого піклування розглядає традиційну модель сім'ї, що орієнтується переважно на підтримку материнства та дитинства. На реалізацію цих завдань спрямована Концепція Державної цільової соціальної програми підтримки сім'ї в Україні⁶⁶, яка серед головних проблем називає низький рівень народжуваності, масову одностатевість українських сімей, нестабільність шлюбів.

Якщо говорити про сучасну сімейну політику України, то слід вказати на перепони, які виникають під час її реалізації. В Україні практика перебування чоловіків у декретній відпустці ще не набула поширення, немає обліку чоловіків, які скористалися правом на відпустку по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. За приблизними підрахунками громадських організацій, це орієнтовно 25 тис. осіб, або ж 3-4% усіх батьків, які скористалися декретними відпустками⁶⁷. Згідно з дослідженням UNFPA 2018р., менше половини (46%) опитаних знали, що батько має таке саме право скористатися відпусткою по догляду за дитиною до досягнення нею 3 років, як і її мати. При цьому 8% чоловіків були переконані, що таких законодавчих норм у країні не існує⁶⁸. У ЄС правом на декретну відпустку користується орієнтовно 20% чоловіків.

Аборти в Україні є законними за запитом протягом перших 12 тижнів вагітності. Між 12 і 28 тижнями штучне переривання вагітності можливе за умови медичних, соціальних або персональних підстав та виконується за згодою комісії лікарів.

До 12-го тижня аборти виконуються методом кюретажу, вакуум-аспірації та медикаментозно. Варто зазначити, що статистика з кожним роком покращується: знижується як кількість абортів, так і кількість смертей жінок після них. Крім того, знизилася кількість абортів серед неповнолітніх.

До медичної статистики про аборти входять як спонтанні переривання вагітності (викидні), так і медичні легальні аборти, які робляться планово за медичними показами чи бажанням самої жінки. Загалом за 10 останніх років було зареєстровано 1 096 415 абортів, з них 1 048 974 зробили в державних закладах охорони здоров'я, 47 441 – у приватних.

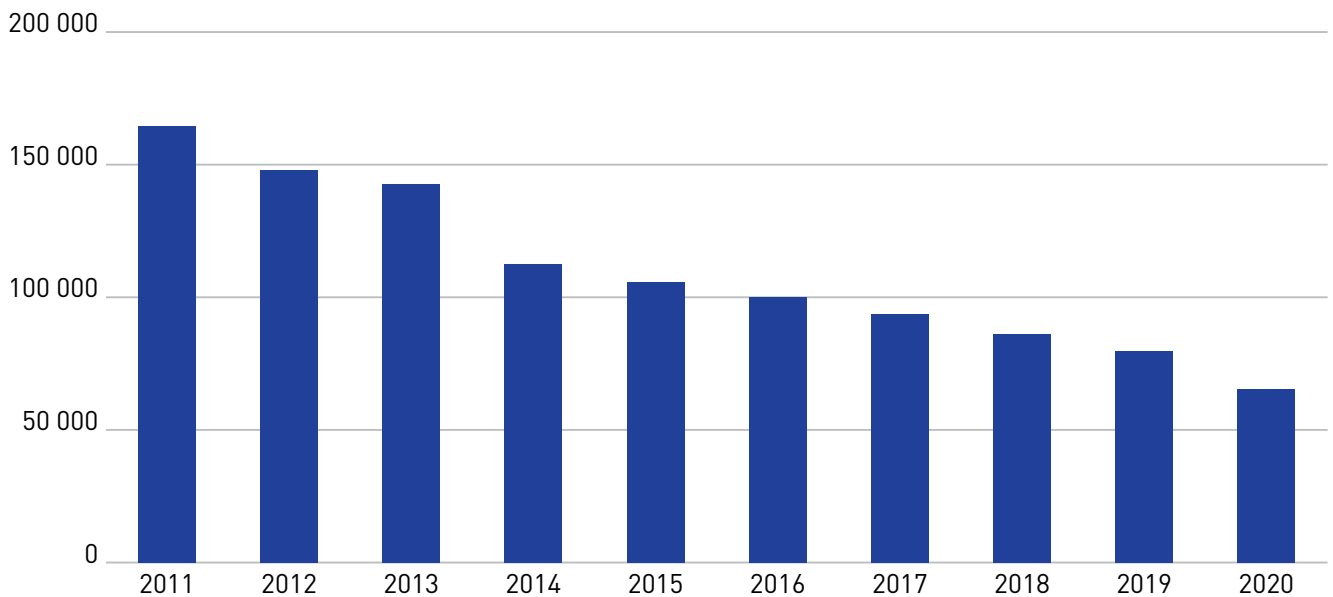
65 Традиційна модель сімейної політики передбачає збереження традиційних гендерних ролей, що не передбачає створення для жінки потрібних умов для суміщення материнства та професійної зайнятості. За таких умов система сервісних послуг для сім'ї не розвивається.

66 Концепція Державної цільової соціальної програми підтримки сім'ї до 2016 року. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України №325 від 31 травня 2012р. – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/325-2012-%D1%80>.

67 Міжнародний Фонд Відродження. Стан виконання норм національного трудового законодавства в частині забезпечення гендерної рівності у сфері праці, <https://bureau.in.ua/images/docs/State.pdf>.

68 Сучасне розуміння маскулінності: ставлення чоловіків до гендерних стереотипів і насильства щодо жінок

Кількість абортів



Безпліддя. За визначенням ВООЗ, безплідним вважається шлюб, в якому у дружини протягом одного року не виникає вагітності при регулярному статевому житті без застосування будь-яких засобів контрацепції за умови, що подружжя знаходиться у дітородному віці. Причиною безплідного шлюбу практично з однаковою частотою можуть бути як чоловічі, так і жіночі фактори, а у значної частини подружніх пар спостерігається поєднання цих чинників.

Останнім часом в Україні спостерігається збільшення кількості безплідних пар. За даними МОЗ України, у країні близько 1 млн. безплідних пар⁶⁹. Ця проблема в Україні є особливо актуальною, оскільки з кожним роком показник народжуваності продовжує знижуватися, а кількість мало- та бездітних сімей збільшується. В Україні частка безплідних шлюбів серед подружніх пар репродуктивного віку становить більше 15%, в окремих регіонах цей показник наближається до 20% – рівня, який визначається як критичний і чинить негативний вплив на демографічні показники.

За статистикою, в Україні частота жіночого безпліддя сягає до 60%, а чоловічого – до 40%⁷⁰.



ОБМЕЖЕНИЙ ДОСТУП

В Україні спостерігається тенденція до ускладнення доступу до послуг системи охорони здоров'я. За даними Державної служби статистики України, майже в усіх (98%) домогосподарствах, у яких хто-небудь із членів родини протягом 2020 р. потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, 24,4% (у 2016 р. цей показник становив 23,1%, у 2021р. – 31,7%) не змогли задовольнити такі потреби⁷¹. Причому не змогли задовольнити потребу 25,3% домогосподарств, які очолюють жінки, проти 19,6% домогосподарств, що очолюють чоловіки.

69 www.moz.gov.ua, 2015

70 Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про допоміжні репродуктивні технології», <https://bit.ly/3QMvsAq>

71 Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2017 року) Статистичний збірник. Державна служба статистики України, <http://www.ukrstat.gov.ua>.

Обмежений доступ до медичних послуг людей похилого віку, більшість з яких становлять жінки, можна кваліфікувати як один з найпоширеніших видів дискримінації. Відповідно до даних Держстату, отриманих в рамках Самооцінки населення, 35,4% домогосподарств, очолюваних жінками, старшими за 59 років, не можуть отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя⁷². Враховуючи те, що в Україні серед вікової групи 50-69 років переважають жінки, саме вони є групою ризику щодо отримання вчасної і кваліфікованої допомоги.

Перешкоди для отримання медичної допомоги мають жінки з інвалідністю. В Україні проживають 2,8 млн. людей з інвалідністю, з них більше 1 млн. – жінки працездатного віку. Лише третина з них мають роботу. 65% жінок з інвалідністю відвідують лікаря рідше, ніж один раз на рік, 11% – займаються самолікуванням, а 76% не мають можливості відвідати гінеколога, оскільки кабінет лікаря зазвичай знаходиться вище першого поверху за відсутності ліфту в будівлі.

Щороку в Україні зростає кількість одиноких матерів та батьків, які виховують дітей з інвалідністю. В Україні налічується понад 162 тис. одиноких матерів і батьків з дітьми з інвалідністю⁷³. Одиноких матерів, які виховують дітей з інвалідністю, майже у 9 разів більше, ніж одиноких татусів, які виховують дітей з інвалідністю. Наприклад, у Бахмутській громаді майже 396 дітей з інвалідністю, із них 70 виховують одинокі матері, 9 – одинокі татусі⁷⁴. Хоча такі дані не відображають повної картини: адже жінку, яка народила дитину у шлюбі, а потім розлучилася, законодавство не вважає матір'ю-одиначкою.



«ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА» ТА ГЕНДЕРНІ МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

З точки зору гендерного підходу важливим є статеві особливості захворювань, які покликані ідентифікувати різні потреби жінок і чоловіків у галузі охорони здоров'я, а також визначити способи задоволення цих потреб. Такі особливі потреби чоловіків і жінок враховує гендерна медицина. Гендерна медицина показує що, крім відмінностей в будові та роботі репродуктивних систем чоловічого та жіночого організмів, є гендерні особливості виникнення⁷⁵, розвитку, а також профілактики і лікування «однакових» захворювань.

Захворюваність та смертність від злоякісних новоутворень. Ризики для жінок захворіти одним з онкологічних захворювань є вищими, ніж для чоловіків⁷⁶. Частка хворих жінок останніми роками складає 52-53% загального числа хворих з вперше встановленим діагнозом злоякісних новоутворень. У 2020 р. було зареєстровано захворілих 52,3 тис. чоловіків і 57,4 тис. жінок. Значна частка всіх випадків захворюваності припадає на жінок віком 35-49 років, вік, який вважається найбільш продуктивним у соціальному, економічному та суспільному сенсах.

72 Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2019 році. Державна служба статистики, http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm

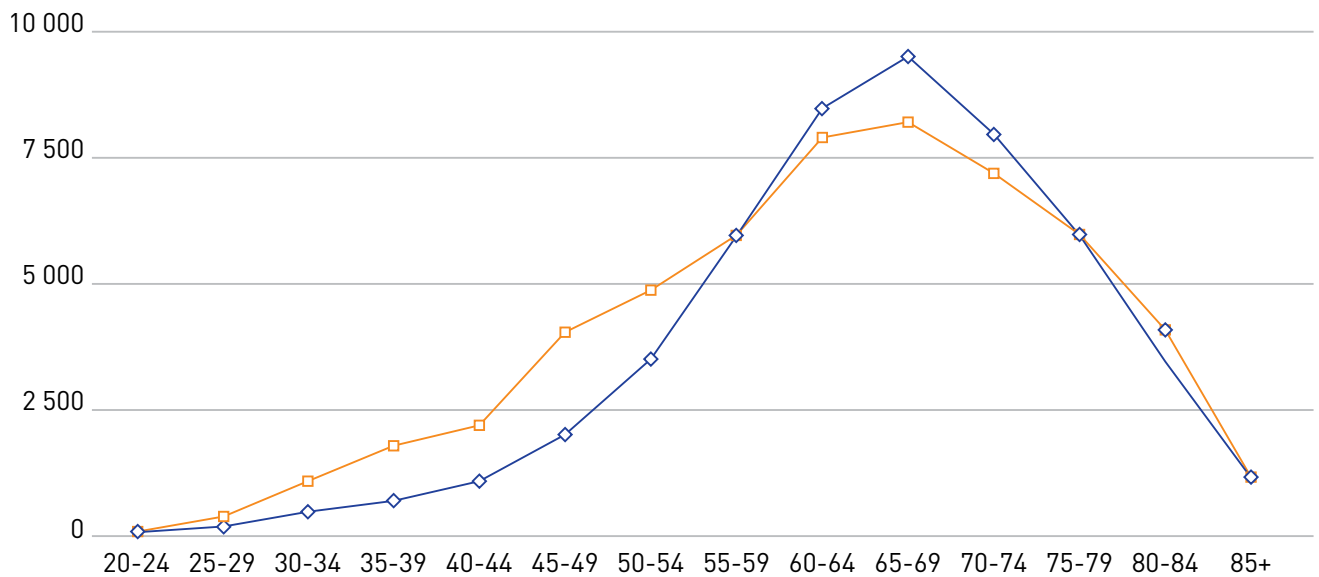
73 Верховна Рада України, Парламентські слухання щодо запобігання та протидії дискримінації жінок з уразливих соціальних груп, http://static.rada.gov.ua/zakon/new/par_sl/sl1010118.htm.

74 Одиноке виховання: чому з родини важкохворих дітей йдуть чоловіки? <https://bahmut.in.ua/novosti/v-artemovske/3230-odinokoe-vikhovannya-chomu-z-rodin-vazhkokhvorikh-ditej-idut-choloviki>.

75 Age and Gender Variations in Cancer Diagnostic Intervals in 15 Cancers: Analysis of Data from the UK Clinical Practice Research Datalink, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127717>.

76 Звичайно, значна частина таких захворювань мають «природну» жіночу специфіку, що ще більше актуалізує завдання захисту здоров'я саме жінок.

Захворювання на злоякісні новоутворення за статтю і віком, осіб



Захворювання на COVID-19. У загальному числі осіб, у яких було підтверджено коронавірусну хворобу (COVID-19), 60% становили жінки. Водночас смертність чоловіків від цієї хвороби є вищою за смертність жінок (серед померлих 53% чоловіків та 47% жінок). Це було пояснено особливостями як фізіологічного, так і поведінкового характеру⁷⁷.

Захворюваність ВІЛ/СНІД. Наразі в Україні триває шостий етап розвитку ВІЛ-інфекції, який почався у 2020р. Цей етап пов'язаний з пандемією COVID-19, викликану SARS-CoV-2, і характеризується зниженням доступу до медичних послуг, пов'язаних з ВІЛ, насамперед до послуг з тестування, що було обумовлено локдаунами, перепрофілюванням багатьох лікарень під стаціонари для надання медичної допомоги хворим на COVID-19. Як наслідок, число осіб, обстежених на наявність антитіл до ВІЛ, порівняно з 2019 р., знизилася майже на чверть – з 2,5 млн. до 1,9 млн.⁷⁸ У більшості людей, які живуть з ВІЛ був обмежений доступ не лише до стаціонарної, але й до амбулаторної медичної допомоги у зв'язку із задіянням лікарів-інфекціоністів до роботи в інфекційних стаціонарах. Усі ці фактори не могли не вплинути на розвиток епідемічного процесу. Негативні наслідки пандемії стануть відчутними згодом, і у першу чергу проявлятимуться зростанням нових випадків ВІЛ-інфекції та погіршенням клінічного перебігу хвороби у людей, які живуть з ВІЛ.

«Медичний газлайтинг». У сучасних європейських дослідженнях існує такий термін – «медичний газлайтинг» (*Medical Gaslighting*)⁷⁹ – коли медичні працівники применшують або пояснюють симптоми з немедичних чи емоційних причин, що змушує людей сумніватися в собі або думати, що вони перебільшують. Медичний газлайтинг затримує встановлення правильного діагнозу. Така затримка, звичайно ж, відкладає відповідне лікування. За даними соціологічних досліджень, медичний газлайтинг частіше трапляється стосовно жінок⁸⁰. У Європі, коли подібна проблема з діагностикою вийшла на поверхню (через привернення уваги з боку рухів за права жінок) – справа дійшла до зміни підходів до навчання і зміни протоколів, щоб, нарешті, симптоми жінок, які відрізняються від чоловічих, теж враховували на практиці, а не вважали «нетиповими».

77 Crises Collide: Women and Covid-19. Examining gender and other equality issues during the Coronavirus outbreak. Women's Budget Group, April 2020. - p.7, <https://wbg.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/FINAL.pdf>.

78 Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД. Центр громадського здоров'я. 2021. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/usergo/Natsionalna_otsinka_sytuatsiy_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2021.pdf.

79 Medical Gaslighting. How to Recognize It and What You Should... | by Dianna Carney | ILLUMINATION | Medium, <https://medium.com/illumination/medical-gaslighting-3c7d6c4de00a>.

80 Paige L. Sweet. The Sociology of Gaslighting, <https://www.asanet.org/sites/default/files/attach/journals/oct19asrfeature.pdf>.

Відповідно до статистичних даних, чоловіки у 2 рази менше звертаються до лікарів, порівняно з жінками, що підтверджується статистичними даними оплати послуг амбулаторної поліклінічної допомоги⁸¹.



ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА НА РІВНІ ГРОМАД

В Україні тривають процеси передачі майна спільної власності сіл, селищ, міст ліквідованих районів з районного на місцевий рівень, паралельно йде запуск процесів надання послуг первинної та вторинної медицини на рівні громад. Кожна громада, кожна лікарня є наразі самоврядна та автономна. За інформацією заступника Міністра розвитку громад та територій України, станом на 6 лютого 2022 р., 95,5% об'єктів передано у власність громад – це об'єкти різних сфер, зокрема первинного та вторинного рівня медицини. Також на фінансування місцевих бюджетів пропонується передати фінансування 29 закладів, що перебували у підпорядкуванні МОЗ, до яких належать зокрема лікарні, що надають високоспеціалізовані послуги (пов'язані з радіаційним захистом населення, розвитком телемедицини тощо).

Політика з гендерної рівності формується на національному рівні, але реалізується на рівні регіонів. Під час реформи децентралізації громади отримали більш широкі повноваження і наразі самі визначають напрями свого економічного та соціального розвитку, надають послуги, вивчають і реагують на потреби жителів – жінок і чоловіків різних соціальних груп.

Наслідком реформи децентралізації стало те, що місцеві органи влади самі можуть використовувати інструменти гендерного аналізу, такі як: аналіз доступності послуг для жінок і чоловіків, гендерночутливе стратегічне планування, гендерне бюджетування, які потребують використання даних, дезагрегованих за ознакою статі. Це дало б можливість враховувати відмінність у потребах жінок і чоловіків та краще їх задовольняти за допомогою реалізації місцевих програм. Утім наразі відчувається брак знань, що не дозволяє використання згаданих інструментів.

Поряд з прогресом у реалізації гендерної політики в тих громадах, які утворилися раніше, мають місце й виклики, характерні для новостворених громад. Зокрема, організаційні та, передусім, фінансові, пов'язані з браком потенціалу для роботи з питаннями гендерної рівності, а також обмеження місцевих бюджетів у подальшій підтримці закладів, які можуть бути профінансовані з субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на створення мережі спеціалізованих служб підтримки жінок.

81 Див. Розділ 3.

III

СОЦІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР ГЕНДЕРНИХ АСПЕКТІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ



Гендерні проблеми охорони здоров'я привертають підвищену увагу і дедалі частіше стають предметом громадських дискусій. Враховуючи складність і неоднозначність соціально-економічних, демографічних та інших процесів та їх різний вплив на чоловіків і жінок, така увага цілком зрозуміла.

Завданням соціологічного дослідження було дослідити чи існують будь-які гендерні упередження в галузі охорони здоров'я, які потенційно можуть впливати на загальний стан здоров'я населення.



СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ РЕСПОНДЕНТІВ.

Дослідження проводилося у міській та сільській місцевостях у всіх регіонах України, за винятком Криму та окупованих територій Донецької та Луганської областей, методом формалізованого інтерв'ю «обличчям до обличчя». Опитано 2018 громадян України, серед яких 1089 жінок та 929 чоловіків віком від 18 років. Орієнтиром для відбору демографічних характеристик стали документи державної статистики, які зумовили формування репрезентативної вибірки дослідження.

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я

54,7% дорослого населення України оцінюють своє здоров'я як міцне, 18,5% – як дуже міцне. Слабким своє здоров'я вважають 18,7% опитаних. Жінки менш позитивно оцінюють стан свого здоров'я, ніж чоловіки. При цьому найбільш значні відмінності в самооцінці здоров'я пов'язані з віком. Суб'єктивна оцінка здоров'я із віком змінюється у бік зниження.

Чоловіки оцінюють здоров'я краще, при тому, що менше дотримуються здорового способу життя. Дуже міцним вважають своє здоров'я 25,3% чоловіків проти 12,9% жінок. Порівняно з чоловіками, жінки частіше оцінюють своє здоров'я як слабке (20,9% проти 16% у чоловіків). Найнижча самооцінка стану здоров'я притаманна жінкам найстарших вікових груп.

Найкраще оцінюють стан свого здоров'я представники молодшої вікової групи (18-35 років), міцним здоров'я оцінюють 46,7% чоловіків і 31,8% жінок. Серед опитаних старше 56 років міцним здоров'я вважають 5% чоловіків і 2,9% жінок. Серед жінок самооцінка стану здоров'я залежить від місця проживання. Жінки, які живуть у місті, вважають своє здоров'я кращим (14,4% проти 9,9% жінок, які проживають в сільській місцевості).

Чоловіки удвічі більше за жінок палять і вживають більше алкогольних напоїв. При цьому існування хронічних захворювань визнають лише 29,8% чоловіків проти 43,6% жінок.

ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Оцінюючи доступність медичних послуг і задоволеність ними, чоловіки і жінки схилиються скоріше до середніх оцінок. Доступність оцінюється у 6,5 бала у чоловіків, 6,2 бала у жінок. Якість – 6,3 бала оцінка чоловіків, 6,1 – оцінка жінок. Значущих відмінностей щодо оцінки якості та доступності медичних послуг за місцем проживання, виявлено не було.

На доступність послуг з охорони здоров'я безпосередньо впливає вік респондента або рес-

82 Дослідження проводилося з 3 по 8 грудня 2021 року в усіх регіонах України за винятком Криму та окупованих територій Донецької та Луганської областей. Опитано 2018 респондентів віком від 18 років. Теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%

пондентів та рівень матеріального становища. Найвищий рівень задоволеності у молодих (18-35 років) чоловіків (7,1) та жінок цієї вікової групи (6,81). Найнижчий рівень показує вікова група 56 років і старше – чоловіки – 5,86; жінки – 5,43.

Нагадаємо, в Україні близько 22 700 сіл та селищ, де, у кращому випадку, є місцевий ФАП із мінімальним набором медичних препаратів і приладів для надання первинної медичної допомоги. Для повноцінного обстеження, отримання курсу лікування або для консультації вузькопрофільних лікарів необхідно їхати до районної чи обласної лікарні. Реформа сільської медицини спрямована зокрема й на підвищення якості медичного обслуговування в сільській місцевості на первинному рівні. Відповідно до умов реформи, щоб укласти договір про надання медичних послуг з лікарем, є необхідними дві складові: наявність комп'ютера та доступ до Інтернету для внесення до загальної бази даних. Коштів, які виділяються з місцевих бюджетів на медицину, часто вистачає лише на косметичний ремонт та засоби першої необхідності. Відчувається нестача лікарів, які здебільшого сконцентровані в обласних та районних центрах або обслуговують жителів кількох сіл.

Тим не менше, слід звернути увагу на те, що жителі сільської місцевості, як чоловіки, так і жінки доступність та задоволеність медичними послугами оцінюють дещо вище, порівняно з жителям міст. Такі оцінки доступності та якості медичної допомоги проживаючим у сільській місцевості можна пояснити суб'єктивним сприйняттям, оскільки якість медичних послуг набагато вища у містах.

ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Рівень задоволеності лікарями є загалом досить високим. Серед чоловіків він є дещо вищим, ніж серед жінок. Рівень задоволеності чоловіків і жінок, які живуть у містах, є меншим, порівняно з рівнем задоволеності мешканців сіл.

З точки зору 49% жінок і 47,7% чоловіків, під час відвідування лікарів отримують достатньо інформації для прийняття обґрунтованих рішень щодо свого здоров'я та лікування. Вважають таку інформацію недостатньою 37,5% жінок і 27,4% чоловіків. Зовсім не отримують інформації для прийняття обґрунтованих рішень щодо свого здоров'я та лікування 7,5% чоловіків та 5,5% жінок старшої вікової групи.

Жінки частіше здійснюють обстеження та звертаються за медичною допомогою. Чоловіки частіше відкладають візит до лікаря у разі симптомів хвороби. 17,2% чоловіків давно не зверталися до лікаря, серед жінок таких 6,8%. Особливо часто уникають лікарів чоловіки середнього віку. Найчастіше уникають обстежень люди з низьким рівнем освіти.

До лікарів як загальної практики (первинний рівень), так і до вузьких спеціалістів у разі загострення/виникнення проблем зі здоров'ям, жінки звертаються частіше за чоловіків (перевищення складає понад 10%). 15% чоловіків зовсім нікуди не зверталися у разі виникнення проблем зі здоров'ям, серед жінок таких було лише 6%.

Переважна більшість чоловіків і жінок користуються послугами державної медицини: 73,1% жінок і 61,7% чоловіків звертаються до лікаря загальної практики, терапевта або сімейного лікаря у державній поліклініці, 27,3% жінок і 18,5% чоловіків – до спеціалістів вузького профілю. Послугами приватних лікарів користуються лише 8,4% чоловіків та 7,9% жінок. Хоча жінки значно частіше за чоловіків користуються послугами приватного вузького спеціаліста (10,3% проти 6,5%).

Жінки більш ніж чоловіки довіряють так званій нетрадиційній медицині та народним цілителям. Причини звертання до нетрадиційної медицини в дослідженні не уточнювалися.

Самолікуванням займалися 8,1% чоловіків, які проживають у сільській місцевості, проти 6% тих, хто живе у містах, та 5,9% жінок, які живуть у селах, проти 4,1% міських. Аналіз даних по віковому зрізу показав, що найбільше віддають перевагу самолікуванню 35-55-річні чоловіки і жінки старшого віку (відповідно 7,8% і 5,8%).

Серед жителів сільської місцевості лише 5,2% чоловіків та 3,9% жінок зверталися за нестоматологічною медичною допомогою до приватної поліклініки. Водночас потребуючі медичної допомоги жителі міст вдавалися до послуг платної медицини набагато частіше (відповідно 10,1% чоловіків та 9,7% жінок). Незалежно від статі та місця проживання найчастіше користуються послугами платної медицини люди молодого та середнього віку.

Основні причини не звернення до лікаря у разі необхідності однакові і для жінок, і для чоловіків. Так 29% жінок та 20% чоловіків самі знають як лікуватися, 26,4% жінок і 22% чоловіків не вважають свої хвороби серйозними. 12% чоловіків і жінок не довіряють лікарям.

ДОГЛЯД ТА НЕРІВНИЙ РОЗПОДІЛ НЕОПЛАЧУВАНОЇ ПРАЦІ

Тільки 7% пар з тих, хто має неповнолітніх дітей, однаковою мірою розподіляють обов'язки по догляду за дитиною. В інших парах, що мають подружні стосунки, лише 3% чоловіків беруть на себе обов'язок водити дитину до лікаря у разі необхідності. У більшості випадків обов'язки по догляду за неповнолітніми дітьми у подружніх парах лежать на жінці.

На уточнююче запитання, чому до лікаря йде жінка або чоловік з подружньої пари, розподіл відповідей майже однаковий як у жінок, так і у чоловіків. 55,4% жінок і 56,1% чоловіків відповідають, що водить дитину до лікаря той, у кого більше вільного часу. 38,2% жінок та 33,7% чоловіків погоджуються з тим, що водить той, хто більше розуміється на дитячих хворобах. 22% чоловіків та жінок вважають, що в подружній парі за дитину має нести відповідальність жінка, бо так вирішено у родині. І лише у менше ніж 1% подружніх пар дитину до лікаря водить чоловік, тому що так заведено у родині.

ВЗАЄМОВІДНОСИНИ МІЖ ЛІКАРЯМИ ТА ПАЦІЄНТАМИ

Дослідження торкнулося теми «медичного газлайтінгу», зокрема взаємовідносин між лікарями/ками та пацієнт(к)ами. З неповажною поведінкою з боку лікарів чоловікам і жінкам доводилося стикатися рідко, але поодинокі випадки неповаги, зневажливості, відмови у лікуванні траплялися.

Особливих гендерних відмінностей у поведінці лікарів стосовно пацієнтів не виявлено. Якщо респондент(к)и стикалися з неповажним ставленням з боку лікаря, то таке ставлення рівною мірою стосувалось як чоловіків, так і жінок.

Випадків незадоволення лікарем/лікаркою не було у 48,9% чоловіків та у 41,1% жінок. Негативний досвід спілкування з лікарками мали більше жінки, ніж чоловіки – 15,8% жінок і 10,6% чоловіків відповіли, що частіше незадовільна поведінка трапляється з боку лікарки. Незадовільну поведінку з боку лікаря відзначили 4,4% чоловіків та 6,9% жінок. Майже однакові частки чоловіків (23,2%) і жінок (24,7%) стикалися з неповажною поведінкою незалежно від статі лікаря.

Для 78,4% чоловіків і жінок не має значення, хто веде прийом – чоловік або жінка. Лише 11,6% опитаних віддали перевагу жінкам, 6,3% – чоловікам. 17,1% жінок вказали, що їм краще відвідувати лікарку, аніж лікаря. 3,5% жінок і 2% чоловіків мають меншу довіру до лікарки та до її рекомендацій, 5% жінок і 1,5% чоловіків відчують меншу довіру, коли лікарський огляд веде чоловік.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Переважна більшість опитаних прагнуть дотримуватися здорового способу життя: 83,2% жінок та 76,1% чоловіків. При цьому 44,8% жінок і 37,8% чоловіків пов'язують здоровий спосіб життя з наявністю грошей; 30% чоловіків і жінок готові вести здоровий спосіб життя лише за наявності вільного часу. 15,6% жінок і 13,7% чоловіків перейдуть до здорового способу життя за наявності в них медичних показників. Самостійно як вдома, так і поза домом частіше спортом займаються чоловіки, особливо у віці до 35 років. Чоловіки також віддають перевагу спортивним секціям і професійним клубам.

18,8% чоловіків та 13,2% жінок ніколи не робили первинний медичний огляд, 30,3% чоловіків та 23% жінок не робили перевірку серцево-судинної системи, 67,3% чоловіків та 55,4% жінок – раковий скринінг, 35% жінок ніколи не робили маммографію.

Серед причин, що впливають на нерегулярність профілактичних медичних оглядів, 50,1% чоловіків і 37,9% жінок зазначили відсутність проблем зі здоров'ям. Четверть жінок (24%) не мають доступу до профілактичних оглядів через відсутність грошей. Для чоловіків відсутність грошей для проходження профілактичних оглядів є значно меншою перешкодою (14,4%).

Головну відповідальність за стан здоров'я як чоловіки, так і жінки рівною мірою покладають на саму людину (60,4%) і на низький рівень життя у країні (43,9%). Третина чоловіків і жінок вважають недостатньою увагу до сфери охорони здоров'я з боку держави. На відсутність у країні профілактичної, превентивної медицини вказують 5,5% чоловіків та 6,1% жінок.

Найбільш важливою умовою для збереження здоров'я і чоловіки, і жінки вважають відмову від шкідливих звичок (53,9%) та дотримання правил здорового способу життя (50%). Для 54,8% жінок та 49,6% чоловіків важливим є достатність матеріальних коштів для здорового харчування та можливості вести здоровий спосіб життя. Для жінок більш важливим, ніж для чоловіків, є регулярна діагностика стану здоров'я (36,5% проти 29,5% у чоловіків) та консультації і лікування у кваліфікованого лікаря (36,5%).

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я⁸³

Жінки не тільки більшою мірою піклуються про власне здоров'я, але й є більш обізнаними з питань репродуктивного здоров'я, порівняно з чоловіками. Знають, що таке репродуктивне здоров'я 78,4% жінок і 67,4% чоловіків. На рівень інформованості впливає вік. Найменш обізнаними є чоловіки старшої вікової групи (60,2%), а найбільш обізнаними – жінки до 60 років (81,8%). Простежується кореляція між освітою та рівнем поінформованості: чим вище освітній рівень, тим вище рівень інформованості (від 57,5% серед тих, хто має середню або неповну середню освіту, до 85,1% серед людей з вищою або незакінченою вищою освітою).

Рівень поінформованості за всіма аспектами репродуктивного здоров'я жінок і чоловіків знаходиться в діапазоні 54–80%. Він є вищим серед респондентів молодшого та середнього віку, а також зростає зі зростанням освітнього рівня респондентів.

Найбільший брак інформації, пов'язаний з питаннями репродуктивного здоров'я, у чоловіків викликають питання безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини (23%), благополуччя матері (20,6%), можливості планування вагітностей, попередження небажаної вагітності (17,5%). Особливо бракує інформації чоловікам старшої вікової групи.

⁸³ За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, репродуктивне здоров'я — це здатність до зачаття і народження дітей, можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом, безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини, благополуччя матері, можливості планування наступних вагітностей і попередження небажаної вагітності.

Неуважне ставлення до власного здоров'я з боку чоловіків знайшло прояв і в тому, що послугами, спрямованими на забезпечення репродуктивного здоров'я, чоловіки майже не користуються, причому незалежно від віку. Серед чоловіків репродуктивного віку постійно користуються такими послугами лише 3,3%. До послуг, спрямованих на забезпечення репродуктивного здоров'я, звертаються 15,8% жінок у віці 18-35 років та 13,3% у віці 36-55 років.

Статистично значущих відмінностей у рівні користування послугами репродуктивного здоров'я між жителями міст і сіл не спостерігається. Частіше не користуються цими послугами люди з середньою або неповною середньою освітою (78,1%) та середньою спеціальною освітою (77,1%), ніж люди з вищою або незакінченою вищою освітою (62,6%). Чим нижчий рівень добробуту, тим частіше громадяни не користуються цими послугами – частка таких зростає від 67,6% серед тих, хто «живе забезпечено», до 91,2% серед тих, хто «ледве зводить кінці з кінцями».

Різниця у намірах користування послугами репродуктивного здоров'я у майбутньому залежно від віку значно більшою мірою виражена серед жінок, ніж серед чоловіків: збираються користуватися послугами репродуктивного здоров'я 57,7% жінок віком від 18 до 35 років, і лише 10% жінок віком 56 і більше років, тоді як серед відповідних вікових груп чоловіків – 28% і 6,1%.

Практика спілкування з дітьми та онуками стосовно репродуктивного здоров'я не набула поширеності. Ніколи не спілкуються про репродуктивне здоров'я з дітьми та онуками 32% жінок та 37% чоловіків. 25% жінок і 21% чоловіків вважають, що діти (онуки) знають про репродуктивне здоров'я більше, і лише 6,2% жінок та 2,5% чоловіків спілкуються з цієї теми з дітьми (онуками). Найчастіше спілкуються з дітьми на тему репродуктивного здоров'я представники середньої вікової групи (35-55 років): 8,2% спілкуються часто, а ще 19,8% – рідко. На спілкування впливає освітній рівень, чоловіки і жінки з вищою освітою спілкуються з дітьми (онуками) частіше.

14% жінок і чоловіків, які мають дітей чи онуків шкільного віку, вважають, що у школі достатньо розмовляють з дітьми про репродуктивне здоров'я. Більше жінок не задоволені тим, якою мірою дітей у школі інформують про репродуктивне здоров'я. 12% жінок і 8% чоловіків погоджуються, що у школі майже не розмовляють з дітьми про репродуктивне здоров'я. Майже половина жінок і чоловіків (40,9% і 51,7%, відповідно), які мають дітей чи онуків шкільного віку, зовсім не знають про те, чи достатньо у школі розмовляють з дітьми про репродуктивне здоров'я. Майже кожна п'ята жінка репродуктивного віку, яка має дитину, зовсім нічого не знає про те, чи включені питання репродуктивного здоров'я до шкільної програми. Серед чоловіків рівень поінформованості є ще нижчим.

СТАВЛЕННЯ ДО ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Ставлення до переривання вагітності в цілому є позитивним. Лише 9,1% жінок та 12,4% чоловіків вважають, що переривання вагітності без медичних показань необхідно заборонити. Найбільш консервативними у цьому питанні є чоловіки (16,5%) та жінки (13,1%) старшої вікової групи. Особливо високий рівень несприйняття абортів серед чоловіків, які живуть у сільській місцевості (20,4%). Найменший відсоток прихильників заборони абортів серед дівчат молодшого віку – 4,7%. 24,3% чоловіків та 21,9% жінок вважають, що аборти можна дозволити, але лише в певних ситуаціях, таких як медичні показники, зґвалтування тощо. За повну заборону абортів дещо частіше висловлюються люди старшого віку (14,4%).

Жителі Західного регіону, частіше, ніж жителі країни загалом, висловлюються як за повну заборону абортів (19,2%), так і за те, що аборти можна дозволити лише в певних ситуаціях (наприклад, за медичними показаннями, у випадках зґвалтування) (36,%). Чим нижчим є освітній рівень чоловіків і жінок, тим частіше вони виступають за повну заборону абортів – частка таких зростає

від 7,5% серед тих, хто має вищу або незакінчену вищу освіту, до 15,8% серед тих, хто має середню або неповну середню освіту.

Серед жінок майже третина (31,6%) вважають, що жінка сама має право вирішувати, робити їй аборт чи ні. Серед чоловіків лише 16% готові погодитися з тим, що аборт є правом винятково жінки. 52,5% жінок та 63,6% чоловіків вважають, що рішення стосовно небажаної вагітності мають приймати спільно чоловік і жінка.

Повний доступ до засобів контрацепції мають 42% чоловіків і жінок. Недоступними засоби контрацепції є для 2,3% чоловіків та 1,9% жінок. На обмеження доступу до безпечних та ефективних методів планування сім'ї вказали 3,4% чоловіків та 4,4% жінок, причому жителі сільської місцевості мають більш обмежені можливості щодо використання засобів контрацепції.

Істотною є різниця щодо доступності безпечних та ефективних методів планування сім'ї між жінками і чоловіками наймолодшої вікової групи – повний доступ до безпечних методів мають 70,6% жінок та 57,5% чоловіків.

77% чоловіків та жінок вважають, що відповідальність за попередження вагітності лежить рівною мірою на жінці та чоловікові. Хоча жінки дещо частіше за чоловіків (відповідно 12,1% і 9,2%) зазначають, що відповідальність за попередження вагітності насамперед лежить на жінках. Частіше покладають відповідальність на жінку люди з низьким освітнім рівнем (не вище загальної середньої – 15%), порівняно з тими, хто має середню спеціальну чи вищу освіту (відповідно 10,1% і 9,1%).

71% жінок і 75,3% чоловіків хоча б інколи використовують засоби контрацепції для запобігання небажаної вагітності. Ніколи не використовували жоден метод контрацепції 18,6% чоловіків та 21,5% жінок. Рівень застосування засобів контрацепції залежить від віку, освітнього рівня, рівня доходів та типу поселення (місто чи село).

Існують складності з отриманням консультування щодо використання засобу (методу) запобігання вагітності, особливо це стосується чоловіків. 49,4% жінок і 73,8% чоловіків (самі або їх партнер(ка)) не отримували консультування щодо використання засобу запобігання вагітності. Не отримували консультування частіше жителями сіл (55,8%), ніж жителями міст (46,3%).

Жінки (33,8%) отримують консультації переважно у жіночій консультації. У гінекологічному кабінеті поліклініки консультуються частіше жителями міст (13,8%), ніж жителями сіл (6,5%).

Жінки загалом позитивно оцінюють рівень консультацій з використання засобів контрацепції, особливо сучасних. 50% жінок погодилися, що отримали корисні поради від лікарів та володіють вичерпною інформацією стосовно сучасних препаратів. Чоловіки користуються професійною консультацією значно рідше, лише 31,4% задоволені рівнем консультацій з використання сучасних засобів контрацепції. З ситуацією, коли лікар/-ка рекомендували недешевий конкретний препарат стикалися 11% жінок та 8,8% чоловіків. Більш дорогі препарати частіше пропонують жителям міст (48%), ніж сіл (37,9%), чоловікам і жінкам молодшої вікової категорії.

Найбільш розповсюдженим засобом контрацепції для чоловіків і жінок є презерватив (його вказують 49,3% чоловіків і 29,3% жінок, маючи на увазі своїх сексуальних партнерів). Другим методом за частотою згадування є перерваний статевий акт (на його застосування вказують 6,8% жінок і 6,5% чоловіків) (*перерваний статевий акт не є ефективним методом контрацепції - авт.*), третім – внутрішньоматкова спіраль (відповідно 6% жінок і 1,6% чоловіків). Гормональні засоби контрацепції з метою запобігання вагітності використовують лише 14,1% жінок, також 11,6% чо-

ловіків повідомили про використання гормональних контрацептивів⁸⁴.

Найбільш поширеною причиною невикористання засобів контрацепції (крім відсутності статевого життя) чоловіки і жінки називають заперечення використання того чи іншого засобу контрацепції з боку партнера/партнерки (3,7%). Не використовують контрацептиви 2,4% чоловіків і 1,9% жінок внаслідок релігійних переконань. Бажання мати дитину, як аргумент у відмові використовувати засоби контрацепції, називають 5,3% чоловіків та 3,5% жінок.

ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПОЛОГАМИ

Доступність, якість медичних послуг, пов'язаних з пологами, допологовий період та післяпологовий період, а також якість надання необхідної інформації породіллі у передпологовий та післяпологовий період жінками та чоловіками більшою мірою оцінюється як висока та дуже висока. Діапазон оцінки коливається від 44% до 56%.

Поступово набирають популярності та набувають значимості партнерські пологи⁸⁵. Майже третина чоловіків і жінок серед тих, хто (або чия дружина, партнерка) народжували дитину протягом останніх 3 років, мали досвід партнерських пологів. Хоча така можливість поки ще доступна лише парам, які живуть у місті. Жоден чоловік або жінка з сільської місцевої досвіду партнерських пологів не мають. З огляду на те, що партнерські пологи отримали популярність і розповсюдження відносно недавно, то природньо, що присутність чоловіка на пологах згадали лише респонденти молодшої вікової групи.

Відсутність випадків грубого поводження, фізичного насилля, примусу, медичних дій без погодження з пацієнткою під час пологів і перебування в пологовому будинку (відділенні) підтверджують 91,8% жінок і 94,7% чоловіків. Хоча з випадками грубого поводження стикалися 8,2% жінок та 5,3% чоловіків (їх партнерок). Випадки грубого поводження є більш характерними для міських лікарень. Жодна жінка, яка живе в сільській місцевості не згадує примусових, неповажних дій з боку медичного персоналу під час пологів і перебування в пологовому будинку.



**ТОЧКА ЗОРУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ТА ПРАЦІВНИЦЬ⁸⁶**

ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

74,6% медичних працівників/-ць оцінюють доступність медичних послуг для чоловіків і жінок як однакові для обох статей. 79,7% лікарів підтверджують, що під час надання послуг служби охорони здоров'я в Україні потреби чоловіків і жінок враховуються однаковою мірою. 86,4% лікарів не підтверджують існування різниці в підходах до надання екстреної медичної допомоги чоловікам і жінкам в Україні. Єдиною різницею у підходах до надання екстреної медичної допомоги є наявність вагітності жінки.

⁸⁴ Чоловічі оральні контрацептиви існують, але наразі більшість з таких препаратів перебуває на різних етапах розробки. Є препарати, які впливають на рівень гормонів, і це не дає дозрівати сперматозоїдам. Інші чоловічі оральні контрацептиви можуть, наприклад, пригнічувати сам процес утворення сперми, що веде до тимчасового безпліддя. Однак чоловічі оральні контрацептиви менш поширені.

⁸⁵ Партнерські пологи — це пологи, під час яких в пологовому залі, крім акушерів та лікарів, знаходиться людина, що підтримує породіллю, що допомагає їй. Головне завдання партнер/-ки — це створення психологічного і фізичного комфорту, підтримуючи жінку як фізично, так і морально.

⁸⁶ Експертне опитування проводилося з 25 січня по 7 лютого 2022 року. Було опитано 59 експертів та експерток: лікарів первинної ланки та лікарів вузької спеціалізації, міських та сільських лікарів

Недоступність медичних послуг для громадян/-ок України 81,4% медичних працівників/-ць пов'язують з відсутністю фінансової спроможності оплачувати медичні послуги, з відсутністю необхідного профілю у місцевості (62,7%), з якістю медичних послуг в Україні (52,5%).

Нерівність доступу до послуг охорони здоров'я для чоловіків і жінок 18,6% медичних працівників/-ць пов'язують з поширеними суспільними стереотипами, через які чоловіки не звертаються до лікаря, 13,6% – з різницею в рівні доходів чоловіків і жінок.

ГЕНДЕРНА АГГРАВАЦІЯ⁸⁷

40,7% медичних працівників причину того, що жінки оцінюють стан свого здоров'я гірше, ніж чоловіки, пов'язують з тим, що жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю, частіше проходять діагностику, тому і знають про свої хвороби більше.

Перебільшують симптоми, приписуючи собі хвороби чи хворобливі стани, яких у дійсності немає, як жінки, так і чоловіки. З випадками перебільшення симптомів, приписування собі хвороби чи хворобливих станів, яких у дійсності немає, серед жінок зустрічали 62,7% медичних працівників; серед чоловіків – 45,8%.

Враховують перебільшення жінками свого хворобливого стану під час призначення лікування 65,8% медичних працівників, перебільшення чоловіками свого хворобливого стану враховують 71,4% медичних працівників.

КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ(ЦЬ)

Медичні працівники-/ці потребують поліпшення знань щодо надання послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІД (52,5%), людей з ментальними захворюваннями (50,8%), представниками(цями) ЛГБТІ+ спільноти (39%), вагітними жінками (35,6%), людей з інвалідністю (27,1%), літніх чоловіків і жінок (11%).

ЗАОХОЧЕННЯ ЧОЛОВІКІВ ДО КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ризики передчасної смерті серед чоловіків передусім пов'язані зі способом життя чоловіків (61%), недостатньою увагою до існуючих захворювань (42,4%), особливостями професій, якими найчастіше займаються чоловіки (42,4%), недостатньою увагою до профілактичних заходів (37,3%).

До заходів стимулювання чоловіків частіше звертатися до медичних установ належать: щорічні профілактичні та планові огляди (13,6%), просвітницька робота щодо обстеження населення (11,9%), надання безкоштовних послуг (10,2%).

Чоловіки меншою мірою, ніж жінки, дотримуються порад лікарів щодо здійснення превентивних заходів (скринінги, регулярні профогляди тощо) та рекомендацій лікарів.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Особливих відмінностей в мотивуванні до необхідності ведення здорового способу життя чоловіків і жінок працівники медичної сфери не зазначили. Хоча для жінки є більш вагомими фактори уважнішого ставлення до свого здоров'я (3,4%), більшого навантаження, пов'язаного з виконанням жінкою сімейних обов'язків (3,4%), більшої схильності чоловіків до активних видів проведення свого вільного часу (1,7%).

⁸⁷ Аггравація — перебільшення хворими будь-якого симптому або хворобливого стану.

Головним фактором, який мотивуватиме громадян/-ок України до ведення здорового способу життя, є зростання рівня доходів громадян (72,9%), пропагування здорового способу життя, підвищення його престижу, зокрема через засоби масової інформації (61%), сприяння популяризації здорового способу життя роботодавцями безпосередньо на робочому місці (52,5%), поширення мережі спортивних комплексів, клубів, майданчиків (45,8%).

«МЕДИЧНИЙ ГАЗЛАЙТІНГ» СТОСОВНО ПАЦІЄНТІВ/-ОК

Медичні працівники/-ці визнають існування зневажливого ставлення та образ, порушення конфіденційності, примусового лікування, відмов у праві на прийняття самостійного рішення, недотримання принципів добровільності та інформованої згоди. Існування випадків зневажливого ставлення та образ стосовно жінок визнали 8,5% працівників медичної сфери, недотримання принципів добровільної та інформованої згоди – 6,8%, фізичного насильства – 3,4%. Стосовно чоловіків найбільш поширеним є примусове лікування (8,5%).

СЕКСИЗМ ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Випадки дискримінації та сексизму іноді трапляються у закладах охорони здоров'я України як стосовно чоловіків, так і стосовно жінок. Стосовно жінок найбільш поширеними є випадки меншої оплати праці⁸⁸ (25,4%), недоречні жарти (13,5%), відсутність формальних трудових договорів (10,2%), ускладнений доступ до керівних посад (27%).

ГЕНДЕРНО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ СТАНДАРТИ

Впровадження гендерно-диференційованих стандартів призначення лікарських засобів немає підтримки серед лікарської спільноти. Підтримують запровадження статево-диференційованих стандартів призначення лікарських засобів лише 20,3% працівників медичної сфери. Гендерна чутливість до організації профілактичних заходів для забезпечення, зокрема репродуктивного здоров'я потребує активізації.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Головними проблемами організації системи забезпечення репродуктивного здоров'я в Україні є недостатнє фінансування медичних послуг для профілактики та лікування проблем, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям (72,9%), проблема доступності якісного репродуктивного медичного обслуговування, незалежно від соціального та економічного статусу (52,5%), недоліки організації системи охорони здоров'я загалом (45,8%) та брак кваліфікованого медичного персоналу відповідної спеціалізації (40,7%).

88 В Україні діє принцип рівної оплати за рівну працю, проте жінки обіймають частіше посади з меншою заробітною платою.

ОСНОВНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ



Висновки та рекомендації цього дослідження підсумовують виявлені гендерні розриви, які стосуються надання медичних послуг, або їх отримання жінками та чоловіками. Враховуючи ширше розуміння гендеру, ніж просто паритет між чоловіками та жінками, у дослідженні також розглянуто інші фактори, які визначають доступність медичних послуг групам, які можуть мати певну соціально-економічну вразливість, включаючи людей похилого віку, людей, які проживають у сільській місцевості. Ідентифіковані гендерні розриви в більшості випадків стосуються рівня освіченості жінок та чоловіків з різних питань, доступу до медичних послуг або ставлення до власного здоров'я.

Переважну більшість цих розривів спричиняє недостатня гендерна сенситивність працівників та працівниць медичної сфери, в тому числі керуючої та політичної ланок, а також поширені у суспільстві гендерні стереотипи та упередження, які визначають поведінку та ставлення жінок та чоловіків. Рекомендації структуровані за темами та можуть бути інтегровані до стратегій, планів дій, цільових програм та інших документів на національному та місцевому рівнях. Рекомендації також можуть бути використані громадськими організаціями, які працюють у медичній сфері та сфері гендерної рівності для сенситивізації власних проєктів та відповіді на потреби пацієнтів та пацієнток, та працівників і працівниць медичної сфери.

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЙЧАСТІШЕ ТЛУМАЧИТЬСЯ СУТО

ФОРМАЛЬНО: як рівність громадян різної статі на реалізацію своїх прав на охорону здоров'я, закріплених законом. В той же час з огляду на виявлений досвід пацієнтів, під час визначення потреб жінок та чоловіків у послугах охорони здоров'я домінує підхід, заснований на епідеміологічному профілі, а не за специфічними потребами жінок та чоловіків різних верств населення. Для більш чіткого задоволення потреб в охороні здоров'я необхідно проводити поглиблений гендерний аналіз для ідентифікації гендерних розривів у доступі до медичних послуг. Варто враховувати нерівний розподіл домашніх обов'язків, в тому числі по догляду за хворими та літніми членами родини, що призводить до збільшення навантаження на жінок, стимулюючи зростання частки неоплачуваної праці та зменшенню заробітку та доступу до медичних послуг, як наслідок. Зважаючи на те, що великі суми платежів йдуть з кишені пацієнток безпосередньо, це актуалізує питання доступності медичних послуг саме для жінок, а також людей похилого віку та груп з низьким рівнем доходу. Тому важливо продовжувати шукати та впроваджувати рішення, які б підвищували реальну доступність медичної допомоги для кожної людини задля покращення їхнього здоров'я.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЯКІ РЕГУЛЮЮТЬ СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЗАЛИШАЮТЬСЯ ПЕРЕВАЖНО ГЕНДЕРНОСЛІПИМИ.

Хоча державна політика України проводиться з урахуванням міжнародних документів, підписаних Україною, існуючі НПА не в повній мірі враховують гендерний аспект. Недостатня практика збору даних, розподілених за статтю із обов'язковим урахуванням інших особливостей людини (вікової групи, інвалідності тощо) стоять на заваді подальшій гендерній сенситивізації сфери охорони здоров'я. Наявність таких даних дозволить комплексно оцінювати стан здоров'я нації, ідентифікувати гендерні розриви, задовольняти потреби в послугах охорони здоров'я більш якісно. Збір та аналіз даних також дозволить справедливо розподіляти бюджетні кошти, враховуючи актуальні потреби жінок та чоловіків. Для сенситивізації НПА у сфері охорони здоров'я варто використати досвід з інтеграції комплексного гендерного підходу, накопичений країнами ЄС, ООН агенціями та міжнародними організаціями. Окремо слід відзначити той факт, що у країні досі не ухвалено Державну програму з репродуктивного та статевого здоров'я, яка б визначала цільові заходи

та бюджетні кошти, що будуть спрямовані на надання профілактичних та лікувальних послуг, інформаційної діяльності щодо підтримки репродуктивного здоров'я.

ХАРАКТЕРНОЮ ОЗНАКОЮ ЗАЙНЯТОСТІ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ УКРАЇНИ Є ГЕНДЕРНИЙ ДИСБАЛАНС, попри те, що домінуюча кількість працівників медичного сектору є жінки (80% лікарів первинної медичної допомоги та близько 90% медсестер), вони непропорційно представлені на рівні прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, бо більшість керівних посад займають чоловіки. Для досягнення гендерної рівності необхідно впроваджувати зміни, спрямовані на просування жінок на керівні позиції в медичній сфері, починаючи від керівництва медичних закладів до вищих щаблів влади у Міністерстві охорони здоров'я України.

ВІДСУТНІСТЬ ЗАКОНОДАВЧИХ ПЕРЕШКОД ЧИ ДИСКРИМІНАЦІЙНИХ ВІДМОВ У НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЖІНКАМ І ЧОЛОВІКАМ НЕ ОЗНАЧАЄ РІВНИЙ ДОСТУП ДО НИХ. Майже третина українців/ок не відвідували лікарів через брак коштів, неможливість дістатися до лікарні, недовіру до лікарів. Доступ до медичної допомоги однаково утруднений зазначеними факторами для чоловіків і жінок, однак соціально вразливі групи населення - люди з інвалідністю, люди похилого віку, жінки та дівчата, які мешкають у віддаленій сільській місцевості, мають менше можливостей для подолання цих факторів. Враховуючи знищену в результаті воєних дій медичну інфраструктуру на багатьох територіях, особливо в сільській місцевості, розбудова системи медичних клінік та логістики від населених пунктів до медичних закладів має стати пріоритетним завданням. При розбудові зруйнованої інфраструктури та покращенні існуючої для підвищення доступності необхідно застосовувати засади гендерно орієнтованого бюджетування та враховувати потреби жінок та чоловіків з інвалідністю, оскільки експерти медичної сфери підтверджують недостатність компетенцій та спеціального обладнання для надання послуг пацієнтам та пацієнткам з різними формами інвалідності. Для побудови ефективної інформаційної кампанії з покращення рівня довіри (12,3% респондентів та респонденток не зверталися за медичною допомогою, оскільки не довіряють лікарям) між пацієнтами та лікарями першочергово необхідно ідентифікувати причини жінок та чоловіків різного віку, з різних частин країни, не довіряти медичній системі.

РОЗРИВ У ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ МІЖ ЖІНКАМИ І ЧОЛОВІКАМИ МАЄ ЧІТКО ВИРАЖЕНУ ГЕНДЕРНУ СКЛАДОВУ. Чоловіки більшою мірою схильні до шкідливих звичок, рідше звертаються до лікаря особливо з профілактичною метою та починають лікуватися на більш пізніх та серйозніших стадіях хвороби. Для зменшення розриву у тривалості життя необхідно боротися з усталеними гендерними стереотипами у суспільстві, на кшталт того, що чоловіки мають терпіти біль, частіше практикують ризиковані форми поведінки, що підвищує рівень травматизації, або той факт, що звернення чоловіка до лікаря може сприйматися оточенням як слабкість. У той же час необхідно підвищувати освіченість і чоловіків і жінок, але більшою мірою чоловіків, з питань піклування про власне здоров'я: відмову від шкідливих звичок, регулярні профілактичні медичні огляди, здорове харчування. Окрім національних та місцевих інформаційних кампаній, до просвітницької діяльності необхідно залучати лікарів, які мають безпосередній контакт з пацієнтами, та можуть як напрямую, так і через партнерок доводити інформацію до чоловіків.

РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ З ПИТАНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я Є НЕДОСТАТНІМ. Жінки більшою мірою ніж чоловіки знаються на цих питаннях та користуються послугами, спрямованими на підтримку репродуктивного здоров'я. Однак, більшість жінок та критична більшість чоловіків не користувалися цими послугами впродовж останніх п'яти років. Підвищення розуміння жінок та чоловіків у необхідності регулярного огляду органів та функцій репродуктивної системи має стати головною складовою зусиль зі зниження рівня чоловічого та жіночого безпліддя в країні. Заходи на кшталт місяців чоловічого та жіночого здоров'я, організовані на національному, або місцевому рівнях, сприятимуть популяризації профілактичного догляду за власним репродуктивним здоров'ям. Окрема увага під час подібних заходів має приділятися залученню та створенню умов для вразливих верств населення - чоловіки, жінки, дівчата та хлопці з низьким рівнем доходу, чоловіки та жінки з інвалідністю, мешканці та мешканки сільської місцевості, представники та представниці ромської громади.

ЗГІДНО З ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНІСТЬ БЕЗПЕЧНИХ ТА ЕФЕКТИВНИХ МЕТОДІВ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ Є ВИСОКОЮ. Переважна більшість жінок та чоловіків користуються бар'єрними методами контрацепції. Сучасні методи запобігання вагітності, наприклад гормональні таблетки, обирають менше 2% населення. Лікарі первинної ланки, як ті до яких звертається переважна більшість населення, повинні мати достатньо знань для інформування пацієнтів та пацієнток про існуючі методи контрацепції, їх ефективність та радити подальші консультації з профільними лікарями з питань особливостей їхнього застосування. Особливо це актуально для мешканців та мешканок сільської місцевості, де джерело отримання перевіреної медичної інформації обмежується сімейними лікарями та фельдшерськими пунктами. Додаткової інформації потребує не тільки молодь, не слід нехтувати інформуванням жінок і чоловіків старшого віку про безпечні статеві відносини. Особливий фокус має зберігатися на підвищенні рівня обізнаності щодо методів контрацепції, безпечного та ефективного запобігання вагітності та особистої відповідальності за планування сім'ї саме серед чоловіків, які наразі перекладають її на своїх партнерок.

РІВЕНЬ ОСВІЧЕНОСТІ ЧОЛОВІКІВ З ПИТАНЬ БЕЗПЕЧНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ, ВИЖИВАННЯ ТА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ, БЛАГОПОЛУЧЧЯ МАТЕРІ ТА ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТЕЙ ЗАЛИШАЄТЬСЯ НИЗЬКИМ. Частина жінок в свою чергу також відмічають недостатній рівень знань щодо цих питань. Підвищення освіченості чоловіків з питань дотичних до вагітності та пологів сприятиме не тільки підвищенню безпеки жінок в період вагітності, але й також здоровим партнерським відносинам та більшому залученню чоловіків до піклування про дитину в майбутньому. В свою чергу партнерські пологи набувають значимості серед населення, хоча в рамках цього дослідження лише жінки та чоловіки з міської місцевості мали подібний досвід. Необхідно також приділити увагу протидії та викоріненню випадків грубого поводження, фізичного насильства, примусу та медичних дій без погодження пацієнтки, які хоча й рідко, але все ще зустрічаються в медичній практиці.

СЕКСУАЛЬНА ПРОСВІТА Є ВАЖЛИВИМ ЧИННИКОМ У ФОРМУВАННІ ВІДНОШЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІВЧАТ ТА ХЛОПЦІВ. Рівень спілкування з питань репродуктивного здоров'я дорослого населення з дітьми чи онуками є низьким. До переліку таких питань

входять зачаття і народження дітей, можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом, безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини, благополуччя матері, можливості планування вагітностей, попередження небажаної вагітності. Таким чином існує велика ймовірність у дівчат та хлопців отримувати інформацію з неперевіраних джерел, які можуть бути недостовірними та упередженими. Процес подолання бар'єру у спілкуванні між поколіннями на теми, які суспільство вважає "незручними" є довготривалим. В той же час система освіти має можливість впроваджувати зміни швидше та приділяти увагу комплексній сексуальній освіті у навчальному процесі та позашкільній освіті.

ВАЖЛИВО АКТУАЛІЗУВАТИ ГЕНДЕРНУ ЧУТЛИВІСТЬ ТА НЕУПЕРЕДЖЕНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ВСІХ ПАЦІЄНТІВ (незалежно від їхньої статі, віку, рівня доходу, вразливості та інших факторів) в курсах з питань деонтології для лікарів (підвищення кваліфікації) медичного персоналу та студентства-медиків. У нагоді можуть стати відповідні положення європейських практик, а також досвід профільних громадських організацій, оскільки вони мають високий рівень компетенцій та необхідну гнучкість для реагування на запити медичної системи. Оскільки були виявлені поодинокі випадки недовіри до симптомів пацієнток, різних видів насильства зі сторони медичного персоналу, існує необхідність внутрішньої інформаційної роботи з персоналом медичних закладів спрямованої на боротьбу з випадками насильства та мінімізацію проявів внутрішніх гендерних упереджень медичних працівників та працівниць.

