

Факторы системы здравоохранения, воздействующие на охрану материнского здоровья: сравнение четырех стран

Данишевский К. Д.

д.м.н., профессор Высшей школы экономики. Москва.

В статье представлены результаты сравнительного анализа исследований, проведенных в четырех странах с различным экономическим уровнем, посвященных изучению проблемы охраны материнского здоровья с точки зрения системы здравоохранения. **Показано, как процессы, происходящие в системе здравоохранения в целом,** влияют в рамках имеющейся совокупности условий на охрану материнского здоровья.

Ключевые слова: материнская смертность, система здравоохранения, государственное здравоохранение, частное здравоохранение, реформа здравоохранения

1. Введение

Общепризнано, что большую часть случаев материнской смертности можно предотвратить путем применения хорошо известных вмешательств [1, 2]. Доступность общей хирургической помощи при кесаревом сечении, переливание крови при кровотечениях, и применение медикаментов при эклампсии и инфекциях позволяют предотвратить большую часть случаев материнской смертности, и ряд авторов отмечает, что использованию подобных экстренных вмешательств уделяется слишком мало внимания [3, 4]. Другие обсуждают эффективную организацию помощи в родах – сравнивая преимущества госпитальных и домашних родов, альтернативного сопровождения при родах, или центров дородового ухода с целью повышения обращаемости при осложнениях [5-7]. Также отмечалась необходимость социальных вмешательств с целью повышения возраста первой беременности, и расширения использования контрацептивных средств [8-10].

Однако, по Graham, «в течение длительного времени неоспоримой считалась зависимость охраны материнского здоровья от функционирования всей системы здравоохранения» [11: 703], и в литературе, посвященной охране здоровья матерей, все более признавалась значимость вопросов перспектив всей системы здравоохранения. Несмотря на значительное внимание, уделяемое на международном уровне осуществлению технических вмешательств, оптимальных с точки зрения соотношения стоимость-качество, многие страны низкого и среднего экономического уровня оказываются не в состоянии организовать системы здравоохранения, которые были бы в состоянии эффективно осуществлять необходимые решения. В то время как в развитых странах технические аспекты, необходимые для организации охраны материнского здоровья, были выявлены и использовались десятилетиями, только одного этого

момента недостаточно. Особенности системы здравоохранения, которые определяют использование и эффективность существующих служб, изучены меньше.

К настоящему моменту было проведено только небольшое число исследований, посвященных взаимосвязям системы здравоохранения и охраны материнского здоровья. Campbell, например, использовал данные работы Roemer'a с целью выявить значимость различных компонентов всей системы здравоохранения – таких как ресурсы, организация, управление, экономическая поддержка – для осуществления охраны здоровья матерей [1]. Другие исследователи стремились показать, как реформы системы здравоохранения, такие как децентрализация, приватизация, а также подходы к финансированию в масштабе всего сектора здравоохранения, могут способствовать или препятствовать эффективному осуществлению охраны материнского и репродуктивного здоровья [2, 10, 12]; при этом McDonagh и Goodburn (2001) осуществили обзор имеющихся ограниченных данных на эту тему [13]. В этих работах признается влияние структуры и организационных элементов на результаты оказания и потребление медицинских услуг, однако до сих пор имеются значительные пробелы в представлении о том, как ключевые элементы системы здравоохранения воздействуют на охрану материнского здоровья.

Сравнение статистических данных нескольких стран демонстрирует, что одинаковый технический уровень, т.е. количество учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь, или процент родов, осуществляемых в присутствии квалифицированного персонала, может приводить к весьма различным результатам охраны материнского здоровья – как это наблюдается, например, в случае относительно высоких уровней материнской смертности в Мексике и бывших странах СССР, несмотря на то, что в обоих случаях роды осуществляются практически исключительно в стационаре [1]. Подход в масштабе всей системы здравоохранения может помочь выявить ее элементы, влияющие на то, как в конечном счете технические факторы определяют доступность, использование и качество услуг по охране материнского здоровья. В этой статье представлен сравнительный систематический анализ состояния охраны материнского здоровья в четырех странах – двух с низким (Уганда и Бангладеш) и двух со средним экономическим уровнем (Южная Африка и Россия).

Хотя каждая страна представляет собой уникальный случай, сравнительный анализ позволил выявить три ключевые области, в которых особенности системы здравоохранения определяют воздействие специфических элементов на улучшение показателей благоприятных исходов при родах. Первым моментом является использование и качество человеческих ресурсов, в особенности квалифицированных сотрудников при родах. Второе – необходимость достижения должного сочетания государственных и частных услуг, и влияние этого аспекта на качество и доступность медицинской помощи женщинам. Третий момент – значение реформ системы здравоохранения, и, в особенности, оплаты услуг пациентом, для охраны материнского здоровья. Наше обсуждение одномоментных исследований, проведенных в чрезвычайно

отличающихся друг от друга странами, иллюстрирует, как в каждой из этих стран организация и деятельность системы здравоохранения, в сочетании с вышеперечисленными тремя моментами, влияет на осуществление медицинской помощи матерям и конечные результаты лечения.

2. Цели и методы

Четыре исследования по проблемам охраны материнского здоровья, проведенные в Бангладеш, России, Южной Африке и Уганде [14-17], были предприняты в 2001-02 в рамках программы развития систем здравоохранения – международного сотрудничества исследователей, изучающих роль систем здравоохранения в защите здоровья бедных. Проблема материнского здоровья была избрана для исследования, т.к. она иллюстрирует наиболее существенные различия между богатыми и бедными государствами [4], и является приоритетным вопросом в большинстве стран среднего и низкого экономического уровня. Более того, проблемы здоровья матерей легко диагностируются, имеются эффективные способы лечения, а недостатки лечения доступны оценке. Глобальное сокращение материнской смертности на три четверти к 2015 г было провозглашено как одна из Целей Развития Объединенных Наций в 2000г [18]. Однако, осуществление охраны материнского здоровья зависит от ряда комплексных характеристик системы здравоохранения и, таким образом, представляет собой подходящую отправную точку для попытки понимания того, как система охраны здоровья отвечает на потребности бедных.

В каждой стране был проведен литературный обзор опубликованных материалов, найденных через международные базы данных (включая Medline/Pubmed и Международную Библиографию Социальных Наук), и неопубликованной («серой») литературы – включая политические документы, программные отчеты и диссертации. Ключевые информаторы были найдены методом «снежного кома» с тем, чтобы заполнить информационные пробелы и внести ясность относительно доступной информации, а также для выявления дополнительной литературы по теме. В целях поиска данных по теме в каждом исследовании также были привлечены имеющиеся базы данных, включая обзоры демографии и здоровья (Demographic and Health Surveys (DHS)), и национальные статистические исследования. Точность, полнота и соответствие анализа существующей ситуации обсуждались впоследствии в каждой стране на конференциях с участием членов правительства, специалистов по охране здоровья матерей, представителей НПО и доноров, вовлеченных в осуществление охраны материнского здоровья. Статьи, которые были посвящены общим вопросам охраны здоровья матерей и не рассматривали специфические особенности конкретного государства, были также включены в обзор, но не перечисляются в приводимом ниже списке литературы.

Результаты четырех исследований были проанализированы совместно, вначале сравнивались общие показатели и исходы, касающиеся охраны материнского здоровья. На втором этапе ставилась задача выявить ключевые факторы системного уровня, влияющие на результаты охраны материнского здоровья при каждом конкретном условии, полученные результаты затем сравнивались и сопоставлялись. В процессе этого анализа был выявлен ряд вопросов, общих для всех систем здравоохранения. Хотя специфический вклад каждого из этих вопросов определяется конкретными условиями, имеется явная общность в том, как эти они действуют во всех исследованных странах.

3. Человеческие ресурсы и квалифицированное сопровождение родов

Первым вопросом, выявленным при сравнении данных, было влияние системы здравоохранения на особенности оказания услуг по охране материнского здоровья, в частности, эффективность квалифицированного сопровождения родов. По международным рекомендациям первой мерой, необходимой для снижения материнской смертности, является усиление квалифицированного сопровождения родов определяемого, как правило, как роды в присутствии врача, медсестры или акушерки. Это техническое вмешательство было рекомендовано как исключительный индикатор процесса, демонстрирующий прогресс в направлении достижения снижения материнской смертности в рамках Целей развития ООН [18]. В тоже время, хотя квалифицированное сопровождение без сомнения необходимо, на роды, осуществляемые при таком сопровождении, все же оказывают влияние особенности системы, в рамках которой они осуществляются. Graham et al. изучали взаимосвязь между материнской смертностью и квалифицированным сопровождением родов в ряде стран, и выявили, что эта взаимосвязь не является линейной [19]. Они полагают, что существует ряд факторов, обуславливающих значительное отклонение этой взаимосвязи от линейного характера. Одним из таких факторов является представление о квалифицированном медицинском сопровождении – в типичном случае это врачи и опытные акушерки, но исследования во многих странах включали в качестве квалифицированного сопровождения также и других медицинских сотрудников, даже если они не имели существенной акушерской подготовки. Более того, Maine и другие отмечают, что доступность экстренной помощи – как для женщин, рожавших с квалифицированным сопровождением, так и для тех, кто решил обойтись без него – также играет важную роль в отношении исходов, независимо от использования квалифицированного сопровождения [4]. Если квалифицированное сопровождение присутствует, оно нуждается в ресурсах, мотивации и системе для того, чтобы действительно добиться снижения материнской смертности. Таким образом, с точки зрения перспективы систем здравоохранения, остаются вопросы относительно того, как люди получают квалифицированное сопровождение, что происходит, если оно имеется, и каково качество получаемой помощи.

Снижение материнской смертности требует скоординированной деятельности элементов системы здравоохранения. Квалифицированное сопровождение должно работать в условиях функционирующих взаимосвязей. Например, имеются данные о том, что материнская смертность в Малайзии и Шри-Ланке существенно снизилась, частично за счет более широкого использования труда медицинских сестер. Кроме того, в обеих этих странах рост количества женщин, рожаящих с квалифицированным сопровождением, происходил одновременно с широкомасштабными улучшениями в социальной сфере и сфере здравоохранения – такими как значительное повышение уровня образования женщин, повышение доступности лечения осложнения в сельских медицинских учреждениях [20, 21]. Неизвестно, насколько эффективно просто повышение процента родов, осуществляющихся с квалифицированным медицинским сопровождением, безотносительно к этим более широким аспектам. Поскольку степень использования квалифицированного медицинского сопровождения можно оценить по данным стандартной национальной статистики, и эти данные позволяют осуществить относительно однозначное международное сравнение, необходимы более специфические исследования, чтобы понять, какие комбинации условий системы здравоохранения необходимы для того, чтобы квалифицированное медицинское сопровождение родов сыграло свою позитивную роль.

3.1 Характеристики отдельных стран по ситуации с квалифицированным медицинским сопровождением

В четырех странах, которые сравнивались в этом исследовании, основные показатели иллюстрируют сложность взаимосвязей между квалифицированным медицинским сопровождением родов и уровнем материнской смертности. Например, в то время как в Уганде распространенность квалифицированного медицинского сопровождения родов более чем втрое выше, чем в Бангладеш (39% родов по сравнению с 12% в Бангладеш), уровень материнской смертности оказывается выше в Уганде – 505 по сравнению с 440 в Бангладеш. Имеется ряд возможных объяснений такой ситуации. Поскольку клинические потребности (которые могут быть предметом исследования) являются одинаковыми, возможно, качество стационарной помощи в Уганде является более низким, вследствие чего экстренные случаи не получают быстрого отклика и не лечатся эффективно. В одном из исследований показано, что лишь в 57% стационаров в Уганде осуществляется общее обезболивание [22]. В отношении штата, осуществляющего лечение осложнений, в Бангладеш имеется значительно больше врачей на душу населения – 20 врачей на 100000 населения [23], по сравнению с 5,3 в Уганде [24]. Кроме того, Бангладеш является более густонаселенной страной, с относительно немногочисленными географическими барьерами, что может означать, что здесь имеется достаточно быстрая и легко доступная система оказания экстренной медицинской помощи, в противоположность типичным условиям в Африке. Другое возможное объяснение может заключаться в том, что женщины в Бангладеш могут иметь большую готовность и возможность обращаться за экстренной помощью при возникновении осложнений, даже если изначально роды

происходили на дому. Наконец, более высокие уровни ВИЧ/СПИД среди женщин детородного возраста в Уганде также могут сказываться на показателе материнской смертности.

В России и Южной Африке, в то время как квалифицированное медицинское сопровождение родов является практически всеобщим (более 95% и 86% соответственно), показатели хуже, чем можно было бы ожидать, так, материнская смертность в России составляет 40, а в Южной Африке – 150 (в сравнении с средним показателем по Европейскому Сообществу в 5,5, а по Центральной и Восточной Европе в 14,3 на 2000 г. [25]). Ситуация такова несмотря на наличие избыточного штата в России, с более чем двукратным превышением количества акушерок на 100000 населения, по сравнению с некоторыми западно- и восточноевропейскими странами [26]. Исследование в Южной Африке, в частности, показало, что оценка квалифицированного медицинского сопровождения родов является лишь первым шагом на пути понимания факторов, определяющих показатели охраны материнского здоровья. В соответствии с «Конфиденциальным расследованием причин материнской смертности» этой страны в 1999-2000, «проблемы в лечении женщин медицинскими сотрудниками имели место более чем в половине случаев материнской смерти, причем наиболее выражены эти проблемы были на уровне первичного звена здравоохранения» [27]. Общими проблемами являлись неверный диагноз, плохой мониторинг пациенток, недостаточное следование стандартным протоколам. Кроме того, в ряде исследований было документировано низкое качество оказываемой помощи. Наиболее впечатляющим является пример, приводимый в работе Jewkes et al., который описывает физические и вербальные оскорбления женщин в акушерских медсестринских учреждениях в Кейптауне [28]. Эти факты подтверждают, что ситуация, в которой работает штат, качество управления человеческими ресурсами, и вопросы, касающиеся мотивации медицинских работников, являются настолько же важными, насколько и наличие или отсутствие штата как такового.

Исследование в России также показало, что на фоне практически обязательного квалифицированного сопровождения родов по-прежнему сохраняются значительные различия в клинической практике, влияющие на качество помощи и ее результаты. Обзор данных за 2002 г по Тульской области выявил широкие различия по рабочей нагрузке и клинической практике между отдельными акушерскими учреждениями, и в целом в отношении деятельности системы здравоохранения. Так, частота осуществления эпизиотомии варьировала от 9 до 80%, причем это не было связано с мощностью учреждения или характеристиками персонала. Показатели процесса, такие как госпитализация беременных, также варьировали независимо от количества штата и рабочей нагрузки (в различных учреждениях от 50 до 100% женщин были госпитализированы за период беременности). Отчасти причины могут быть связаны со сдвигами в системе здравоохранения в направлении от выраженной централизации и иерархии к децентрализованной системе с нечеткими способами регулирования. Имеются признаки того, что руководство стационаров стремится сохранить имеющиеся

избыточные штат и инфраструктуру с целью получения финансирования на прежнем уровне. [29].

Сравнительный анализ показывает, что даже наиболее рекомендуемое вмешательство с целью снижения материнской смертности, квалифицированное сопровождение родов, во многом зависит от функционирования системы – в особенности от того, насколько штат качественно способен решать экстренные проблемы, продуманного расположения сопровождающих, доступности. Далее, анализ показывает, что структура человеческих ресурсов в системе значительно воздействует на поведение работников здравоохранения, определяя качество оказываемой ими помощи.

4. Роль частного сектора

Вторая проблема, выявленная при сравнении данных четырех стран, где важность особенностей системы очевидна, относится к концепции оказания частных медицинских услуг по охране материнского здоровья. Во многих странах частный сектор может играть существенную роль, так как планирование и сохранение в отношении антенатальной помощи и помощи в родах возможно в значительно большей степени, чем в других областях здравоохранения. Вследствие этого возможна большая степень свободы принятия решения и осуществления выбора для индивидуума. Хотя было бы предпочтительно получить четкий ответ на вопрос о том, позитивен или негативен вклад частного сектора в охрану материнского здоровья, роль и вклад этого сектора в значительной степени варьирует в зависимости от того, каким образом он встраивается в систему здравоохранения в целом. Сравнительный анализ показывает, что наиболее важен вопрос не о том, насколько велика должна быть доля частных услуг, но как именно они должны осуществляться. Выделено пять ключевых аспектов организации частных медицинских услуг:

- Услуги, оказываемые частным звеном здравоохранения;
- Группы населения и территории, обслуживаемые частными учреждениями;
- Вклад частного сектора в общественное здравоохранение;
- Связи между частными службами охраны материнского здоровья и другими медицинскими службами;
- Присутствие частной практики среди работников общественного сектора здравоохранения – включая неофициальные платежи.

4.1 Структура частного сектора здравоохранения в отдельных странах

Южная Африка тратит приблизительно 8,5% ВВП на здравоохранение, но почти 60% этих расходов приходится на частный сектор, который преимущественно обслуживает 23% населения в рамках частного медицинского страхования (Wolvardt & Palmer, 1997). В соответствии с данными министерства здравоохранения, 9% рожают в частных медицинских учреждениях. Этот процент доходит до 63% у белых жителей Южной Африки.

В течение последних двух декад отмечался существенный рост частного сектора, в нем оказывается занято все возрастающее количество врачей и других медицинских сотрудников. Хотя стационары и медицинские специалисты, обслуживающие их, потребляют большую часть финансирования, имеется также много врачей общей практики, работающих в районах и сельских территориях, и осуществляющих медицинское обслуживание преимущественно малообеспеченной категории населения, часть которого имеет медицинское страхование, а часть получает услуги платно.

В России частный сектор только медленно формируется, и потому его роль в осуществлении охраны материнского здоровья ограничена. Основная помощь при беременности и родах оказывается на уровне стационара, и частные услуги в этой сфере практически отсутствуют. Однако, формальное отсутствие частного сектора не устраняет стимулов для неофициальной приватизации отдельных элементов медицинской помощи. Данные Восточной Европы, где система остается такой же, показывают, что неофициальные платежи в системе охраны здоровья матерей выше, чем в других областях, вследствие планируемого характера необходимых процедур, длительного контакта пациентов с медицинской системой, и готовности пациентов платить [30-34].

В Уганде многие области обслуживаются частными врачами, хотя специализированные клиники обычно расположены в центрах городов. Традиционные целители также обычное явление, особенно на местном уровне, и индивидуум часто делает выбор между традиционными и современными медицинскими специалистами. Более крупные некоммерческие учреждения также существуют по всей стране. По представлению клиентов качество частных медицинских услуг является высоким. Объяснением же такого представления является более свободный выбор времени визита к врачу и меньшее время ожидания в очереди [35]. Частные некоммерческие госпитали, как было показано, располагают лучшим диагностическим и лечебным оборудованием, по сравнению с государственными медицинскими учреждениями [36]. Однако исследование, проведенное в 1997 выявило, что в большинстве частных учреждений, хотя врачи лицензированы для руководства клиникой (и предполагается, что они его и осуществляют), фактически в их отсутствие клиникой руководят сестры [37]. Кроме того, было выявлено некорректное осуществление назначений, особенно в тех случаях, когда клиника продает лекарства с целью повышения доходов [38].

Как и в Уганде, в Бангладеш частный сектор представлен разнородными учреждениями с разной формой собственности, различными мотивациями и ориентацией на различные ценности [39]. Множество различных сотрудников, как подготовленных с медицинской точки зрения, так и неквалифицированных, оказывает частные медицинские услуги. Неквалифицированная категория включает тех, кто занимается традиционным траволечением, целителей, гомеопатов и неквалифицированных медицинских специалистов, которые практикуют биомедицину. В городском частном секторе преобладают квалифицированные специалисты. Однако в сельских областях большую часть услуг оказывают неквалифицированные лица. В городских условиях общественный сектор оказывает преобладающую часть стационарных и профилактических услуг, в то время как на долю частного сектора приходится основная часть амбулаторных услуг. В целом, частные медицинские учреждения являются небольшими, с ограниченными ресурсами и возможностями, незначительно взаимодействующие с общественным сектором, с ограниченным регулированием. Однако потребность в их услугах, как было показано, велика [40].

4.2 Вклад частного сектора в охрану материнского здоровья

Разнообразие данных, полученных в различных странах, показывает, что вклад частного сектора в дело охраны материнского здоровья зависит от особенностей обслуживаемого населения. Южная Африка обладает хорошо развитым частным сектором, учреждения которого оказывают широкий спектр услуг от первичного до третичного уровня, однако элитные в материальном аспекте слои населения обращаются за частными услугами наиболее часто. Было проведено мало исследований, касающихся качества медицинской помощи, оказываемой в частном секторе, однако данные Южноафриканского Исследования по демографии и Здоровью от 1998 года показывают, что для частного сектора характерно оказание избыточного количества медицинских услуг, в частности, частота кесарева сечения составила 37,3% [41]. Небольшое исследование, в котором сравнивалось качество антенатальной помощи, оказываемой частными врачами общей практики в бедном городском районе, и качество помощи, оказываемой в государственных клиниках, показало, что в первом случае качество было выше [42]. Эти результаты вступают в противоречие с другим исследованием, которое показало, что, в отношении помощи, оказываемой в случае заболеваний, передающихся половым путем, врачи общей практики оказывали услуги низкого качества, в особенности платным пациентам [43]. Частный сектор, отличающийся высоким уровнем оплаты труда врачей, может оказывать отрицательное влияние на государственные службы, поскольку может возникать отток квалифицированных работников из государственной системы в случаях, когда имеется существенное неравенство в доходах – однако взаимоотношения между двумя секторами часто осложнены. Проведенное в 1999 исследование показало, что в Южной Африке 72,5% медицинских специалистов работает в частном секторе [44]. Женщины, которые рожают в государственных учреждениях, могут столкнуться с помощью более низкого качества вследствие «оттока мозгов» в частный сектор. Кроме

того, государственная система боролась за того, чтобы сделать аборт широко доступной услугой, несмотря на либеральный закон об абортах, в основном вследствие нежелания работников здравоохранения осуществлять это вмешательство. В тоже время ряд частных некоммерческих организаций сыграл важную роль в том, чтобы сделать безопасные аборт широко доступными, хотя в стране все еще сохраняется какая-то доля нелегальных абортов.

Еще более существенные проблемы связаны с производством абортов в России, где нелегальные аборт являются широко распространенными, несмотря на доступность этого вмешательства в официальных учреждениях. Осложнения абортов определяют около 25% материнской смертности в России, и проведенное исследование показало, что большая часть этих смертей (90% в одном из исследований [45]) связана с нелегальными или произведенными вне медицинских учреждений абортами. До сих пор мало известно о том, кто производит эти аборт (квалифицированный персонал, другие специалисты или сами женщины), кто обращается за такими услугами, хотя известно, что такие услуги не подкреплены достаточными связями с остальной медицинской инфраструктурой. Аборт в России являются легальными и широко распространенными, однако очевидно, что многие женщины не прибегают к услугам официальных учреждений. Подпольный или незаконный частный сектор может и не влиять на навыки в общественном секторе, однако в отсутствие соответствующих процедур или налаженных связей с экстренными службами, они могут заметно повышать уровень риска для материнского здоровья.

В нашем исследовании в странах с низким экономическим уровнем частный сектор играет различную роль. Частные коммерческие услуги часто используются преимущественно богатыми категориями населения, но в странах с низким экономическим уровнем часто ведется борьба с неофициальным частным сектором, куда который часто обращаются женщины за услугами. Преимущественно это традиционные повитухи. Последние сопровождают значительную долю родов в Бангладеш и Уганде, однако эта классификация может включать значительное число групп, от пожилых родственников, принимающих роды от случая к случаю, до опытных сотрудников государственных учреждений, которые могут иметь связи с медицинскими учреждениями. Некоторые частные негосударственные организации также обслуживают сельские или более бедные районы, больницы при религиозных миссиях. В некоторых областях такие учреждения не конкурируют с государственными, а скорее являются единственным выходом для бедных сельских женщин. Это, в свою очередь, заставляет подумать о том, что частный сектор мог бы дополнять государственный, а не конкурировать с ним. Однако, в Уганде и Бангладеш имеет место процветающий частный сектор (подобный таковому в Южной Африке, но меньший по масштабу, который обслуживает элитные богатые сообщества.

4.3 «Неофициальная» частная медицинская помощь

Дискуссия, приведенная выше, иллюстрирует важность структуры частного сектора с точки зрения его воздействия на охрану материнского здоровья. Два другие специфические вида неофициальной частной деятельности, как было показано, также существенно воздействуют на то, как могут влиять на охрану материнского здоровья услуги, скрывающиеся под общим наименованием «частных сервисов». Имеет место взимание неофициальной оплаты, а также так называемая «двойная практика», в рамках которой сотрудники государственных медицинских учреждений в рабочие часы занимаются также и частной практикой, что вступает в противоречие с их официальными обязанностями. Неофициальные платежи подрывают политику оказания бесплатных услуг и наносят несправедливый урон тем, кто не в состоянии платить. Двойная практика еще в большей степени уменьшает доступность услуг для тех, кто не в состоянии платить, направляя ресурсы к пациентам, способным оплачивать медицинскую помощь.

В Бангладеш сотрудники государственных медицинских учреждений, как правило, вовлечены в двойную практику из-за необходимости повысить доходы. Профессиональная частная медицинская помощь по охране материнского здоровья в Бангладеш в основном осуществляется в городских клиниках, часто силами медицинских работников государственного сектора. Основными оказываемыми услугами являются лабораторные исследования, ограниченная дородовая и послеродовая помощь, роды посредством кесарева сечения. Во многих областях эти услуги доступны только в частных учреждениях. В настоящем исследовании было обнаружено, что очень немного кесаревых сечений осуществлялось в государственных учреждениях, и женщины, которым было произведено УЗИ, сообщали, что они сделали это в частных клиниках. Было показано, что врачи обычно направляют женщин для кесарева сечения в свои частные клиники (в тех случаях, когда для этого нет очевидной необходимости), где они могут получить высокую оплату. Государственное исследование показало также, что врачи в состоянии удвоить свои доходы путем участия в частной практике [39]. Однако отсутствие возможности получить такие услуги как УЗИ или кесарево сечение, не обращаясь в частные учреждения, может оказать существенный вред наиболее бедным женщинам, у которых в экстренных случаях может не оказаться финансовых источников.

Сходные проблемы существуют в Уганде, где велика утечка лекарств из государственного сектора в частный, и многие виды неофициальной частной деятельности оказываются в государственных учреждениях, как, например, оплата услуг, или продажа предметов снабжения и еды [46]. Это, однако, представляется общей стратегией выживания для низкооплачиваемых работников здравоохранения. В одном исследовании было показано, что наибольшую выручку им приносит перепродажа лекарств. Медики в дальнейшем объясняли, что взимание неофициальной платы в акушерских отделениях является более прибыльным, нежели в других стационарах или амбулаторных учреждениях. Была выявлена дискриминация, связанная с неофициальными платежами, т.к. они были выше в учреждениях, преимущественно обслуживающих более состоятельный контингент, в то же время создавая барьер на пути

доступа к медицинской помощи более бедных женщин, а нехватка медикаментов просто приводила к снижению их потребления [47].

В противоположность этому, не было найдено доказательств того, что неофициальные платежи представляют собой серьезную проблему в медицинских учреждениях Южной Африки. Хотя медики выражают неудовлетворенность своим вознаграждением, жалование выплачивается регулярно и обеспечивает прожиточный минимум. Правительство предпринимало попытки обеспечить лучшее регулирование медиков с целью исключить двойную практику на протяжении рабочих часов. Было проведено мало исследований на эту тему, но существуют неофициальные сведения, что часть врачей, преимущественно старших, в течение рабочего дня не находятся на своем посту, а предпочитают консультировать частных клиентов, хотя предполагается, что они работают на государство. Многие медицинские сестры, работающие в государственных учреждениях, подрабатывают в частном секторе, чтобы пополнить доходы. Наконец, данные по России скудны, однако информация, полученная от опрошенных лиц, подтверждает, что неофициальная оплата является всеобщим явлением в российской акушерской службе, включая плату за элективное кесарево сечение и эпидуральную аналгезию, также как и за разрешение партнеру присутствовать при родах или матери находиться вместе с ребенком.

Однако влияние такой практики может быть неоднозначным. Имеется недостаточно сведений о влиянии неофициальных платежей на качество клинической помощи, однако доход от неофициальных платежей, перепродажа лекарств и двойная практика являются стимулами, заставляющими врачей работать в системах здравоохранения с низким уровнем финансирования. Хотя неофициальные платежи могут быть неэтичными и противоречить политике бесплатной медицинской помощи, они в то же время могут быть важны для мотивации сотрудников и способствовать их дальнейшему пребыванию в системе. Необходимо выяснить, кто в более бедных областях должен платить неофициально, и насколько велик барьер, который это создает для бедных и маргинальных элементов. Во всех этих случаях масштаб и роль частного сектора может оказывать влияние на ресурсы, доступные в государственном секторе, воздействовать на выбор и доступность услуг, и приводить к потенциальному неравенству исходов. Именно эти структуры в большей мере, чем действительная степень вовлечения частного сектора в охрану материнского здоровья, определяет то, как частный сектор влияет на результаты его охраны.

5. Реформы здравоохранения

Последний вопрос, который, как было выявлено в данном исследовании, иллюстрирует причинные связи между техническими мерами в системе здравоохранения и результатами охраны материнского здоровья, это вопрос реформ здравоохранения. Во

многих странах низкого и среднего экономического уровня в последние годы были предприняты реформы с целью повысить эффективность деятельности сектора, а также разрешить такие проблемы как нехватка ресурсов и неудовлетворительные результаты охраны здоровья. Общие реформы включали такие изменения как децентрализация управления здравоохранением и перенос финансирования от центра к местным уровням, интеграцию ранее разобщенных медицинских служб, приватизацию служб, и финансовую реформу, затрагивающую сбор и выплату средств сектора здравоохранения [48, 49].

Из немногих статей, в которых рассматривались связи между системой здравоохранения и материнским здоровьем, в одном фокус был сделан на том, как реформы здравоохранения могут повлиять на медицинскую помощь женщинам. McDonagh и Goodburn рассматривали эту тему ретроспективно, стремясь установить, каким образом материнское здоровье и результаты оказания медицинской помощи в этой сфере изменились после осуществления реформ [13]. Но было сделано недостаточно, чтобы описать причинно-следственные связи между комплексными реформами, такими как децентрализация или изменения финансирования в масштабе всей системы, и охраной материнского здоровья. Реформы здравоохранения – комплексный процесс, затрагивающий локальные системы, в которых работают индивидуумы, приводящий к сдвигам в структурах стимулирования, регуляторных механизмах, способах реализации ответственности. Они также могут воздействовать на макроокружение системы здравоохранения, вызывая изменения численности и распределения штатов, и способствуя созданию новых структур и иерархии в этой системе. Несмотря на эту сложность, во всех четырех исследованных странах значимость реформа здравоохранения для охраны материнского здоровья оказалась очевидна.

Эмпирические исследования часто показывали, что реформы здравоохранения могут иметь негативные последствия для оказания и потребления услуг в сфере охраны материнского здоровья, и процесс перемен может осложнять профессиональные взаимоотношения и приводить к перегрузке работников [50-52]. Однако, пример России иллюстрирует тот факт, что отсутствие реформ может быть столь же проблематичным, поскольку негативные показатели материнского здоровья, такие как уровень материнской смертности, снизились, однако остаются выше, чем достигнутые в большинстве стран бывшего коммунистического лагеря Центральной и Восточной Европы. Советская система здравоохранения предоставляла широкий всеобщий доступ к услугам специалистов, причем акцент часто делался на количественной стороне медицинской помощи, и во многом система осталась неизменной, хотя финансирование менялось. Необходимость реформ системы охраны материнского здоровья велика, учитывая широкомасштабные перемены, возникающие в социальной и политической системе, таких как автономия регионов и децентрализация системы здравоохранения. Несмотря на снижение финансирования, и попытки снизить степень медицинского вмешательства при родах путем передачи части услуг в ведение врачей общей практики, частота госпитализации и инвазивных вмешательств остается чрезвычайно высокой. Снижение рождаемости и пустующие акушерские койки также не сместили фокус медицинской помощи, в то же

время создавая стимулы для более частой госпитализации женщин на более длительные периоды – особенно в связи с тем, что нормы, регулирующие финансирование акушерских учреждений, по-прежнему рассчитываются исходя из числа коек.

5.1 Финансовые реформы - опыт стран

Одна из наиболее распространенных реформ, предпринятых в сфере здравоохранения – это введение платных услуг в государственном секторе. Некоторые исследователи уже обсуждали вопрос о том, насколько эта мера могла снизить обращаемость за акушерской помощью в странах с низким экономическим уровнем, и насколько серьезную проблему может представлять собой плата за экстренную помощь [53-55]. Однако влияние изменения системы оплаты пациентами медицинской помощи будет зависеть от структуры платежей и барьеров для доступа к медицинской помощи, существующих в данной системе. Страны, включенные в данное исследование, имеют различный опыт, касающийся оплаты услуг пациентами. В Бангладеш не существует официальной оплаты акушерских услуг, однако значение неофициальных платежей уже освещалось выше. В Уганде неофициальные платежи были распространены по всему сектору здравоохранения в 1992-1993, но практически устранены к 2001. В Южной Африке это явление также было обычным, но плата за услуги по охране здоровья матерей и детей была устранена в 1994.

Было показано, что в Уганде оплата услуг пациентами повысила мотивацию медиков [56], однако привела к снижению потребления медицинских услуг [53]. Конечный эффект оказался неблагоприятным для потребителя, так как средства часто не направлялись на улучшение качества помощи. После устранения оплаты услуг пациентами, в сочетании с повышением сумм, выделяемых на лекарства, анализ показал широкомасштабное повышение потребления разнообразных услуг, хотя имеются сообщения противоположного характера относительно того, имелся ли ощутимый прирост профессионального приема родов [57, 58]. Возможно, устранение платежей пациентов при родовспоможении не привело к значительному росту родов, проходящих в условиях клиники, поскольку эти платежи представляли собой лишь незначительную долю в общих затратах на охрану здоровья женщин [53].

В Южной Африке, после прихода к власти нового правительства (ANC) в 1994, одним из первых стало обязательство обеспечить бесплатное медицинское обслуживание беременных женщин и детей до 6 лет. Национальных исследований по результатам этой реформы проведено не было. Обзор литературы, включающий ряд небольших исследований, проведенный Schneider и Gilson, показывает, что первоначально имелся некоторый прирост потребления медицинских услуг, но он не оказался устойчивым. Это может быть связано с тем, что взимание платы до ее отмены происходило на скорее на случайной основе, с широко распространенными исключениями для более бедных

пациентов, и клиники не отказывали в предоставлении услуг в том случае, если женщина не была в состоянии заплатить [59].

Хотя опыт показывает, что взимание платы приводит к снижению потребления медицинских услуг, устранение оплаты не обязательно приведет к повышению их потребления и улучшению результатов. В некоторых случаях неофициальная оплата может быть значительно выше, чем первоначально взимаемая официальная. Более того, существует ряд серьезных препятствий к потреблению услуг, которые могут действовать в параллельно с финансовым аспектом. В Уганде и Бангладеш общие барьеры оказались связаны с социо-культурными нормами, предполагающими роды дома или в присутствии традиционной повитухи, бытующим мнением о низком качестве помощи в медицинских учреждениях, и проблемами территориальной доступности. Барьеры на пути доступа к помощи будут действовать динамическими взаимно стимулирующими путями, и стоимость услуг будет лишь одним из компонентов, воздействующих на их потребление, в частности потому, что предполагается, что официальная оплата должна способствовать улучшению качества помощи. Хотя можно сказать, что устранение платы за медицинские услуги должно стимулировать их потребление, если все прочие условия сохраняются неизменными, в реальных медицинских системах такое постоянство условий достигается редко. Наши случаи лишь продемонстрировали, как прочие элементы системы связаны с оплатой услуг пациентами, включая неофициальные платежи и барьеры на пути доступа к помощи; это необходимо понять, чтобы выяснить, как реформирование системы оплаты медицинской помощи может воздействовать на состояние охраны материнского здоровья.

6. Заключение

В данной статье представлены результаты сравнительного анализа исследований, проведенных в четырех странах, посвященных изучению проблемы охраны материнского здоровья с точки зрения системы здравоохранения. Наш подход позволяет показать, как процессы, происходящие в системе в целом, влияют в рамках имеющейся совокупности условий на охрану материнского здоровья. В частности, рассмотрение двух стран с низким и двух – со средним экономическим уровнем позволило выявить три основных элемента, которые показывают, как условия системы определяют результаты охраны материнского здоровья. Однако нужно также понимать, что были выявлены именно общие аспекты, но важная роль остается за местным контекстом. В этом исследовании подчеркивается, что было важно в анализе структур, обеспечивающих охрану материнского здоровья, предпринятом для выявления причинно-следственных связей между техническими вмешательствами и результатами исходами, касающимися состояния материнского здоровья.

Важность человеческих ресурсов лежит в основе большинства медицинских услуг. Что касается конкретно сферы охраны материнского здоровья, было продемонстрировано, что квалифицированное сопровождение родов является необходимым элементом для снижения материнской смертности. Однако та степень, до которой квалифицированный сопровождающий может способствовать достижению этой цели, зависит также от особенностей всей системы, в рамках которой он(а) действует. Высокие уровни квалифицированного сопровождения в сочетании с ненужным смешиванием между врачами и акушерками, и неразумным распределением персонала могут приводить к результатам ниже оптимальных, если практика медиков построена так, что снижет эффективность и результативность помощи. Следствием этого может являться ситуация, когда в некоторых областях с невысоким распространением квалифицированного сопровождения материнская смертность может быть ниже, чем в других, где это сопровождение более распространено. Возможность получить экстренную медицинскую помощь и качество этой помощи при жизнеугрожающих осложнениях без сомнения могут объяснить часть этих расхождений. Размеры и свойства частного сектора также могут играть важную роль в обеспечении охраны материнского здоровья. Но в ситуации, характеризующейся существенным неравенством доходов населения, как, например, в Южной Африке и городских районах Уганды, частный сектор может привлекать большое количество квалифицированных специалистов из государственного сектора, оказывая негативный эффект на состояние последнего. В более бедных районах, однако, частные службы могут существовать в отсутствие каких-либо государственных учреждений, как, например, в сельских областях Уганды и Бангладеш (такие как НГО или больницы при религиозных миссиях). В этом случае частный сектор может играть необходимую и серьезную роль, дополняя государственный, и наиболее важными становятся проблемы координации и интеграции частного сектора с другими системы здравоохранения.

В тех случаях, когда частный сектор действует на неофициальной основе, результаты, касающиеся материнского здоровья, также могут быть неоднозначны. Если предлагаются неофициальные или полуофициальные услуги, как в случае абортов в России, это может отделять поставщиков таких услуг от остальной системы здравоохранения, тем самым повышая риск для здоровья женщин. Если неофициальная система тесно связана с официальной практикой, как в случае с неофициальными платежами в областях с низким доходом, или когда частная практика осуществляется в официальное рабочее время, результаты, касающиеся качества помощи, могут быть не столь драматическими. Взамен этого, такая практика может подрывать государственную политику бесплатного оказания медицинских услуг женщинам, и приносить выгоду состоятельным гражданам, или снижать использование таких услуг более бедными. Однако, неофициальные стимулы могут также поддерживать работников государственного сектора на должностях, которые в противном случае оставались бы незанятыми.

Наконец, реформы системы здравоохранения, такие как изменение системы оплаты, в настоящее время осуществляются во многих странах. Данное исследование демонстрирует, что реформы не могут иметь однозначно позитивного или негативного

результата. Их эффект воздействия на охрану материнского здоровья зависит от особенностей системы, в которой они осуществляются. Действительно, недостатки реформ в России после перехода от советского периода связаны с недостаточным прогрессом по многим показателям общественного здоровья. В других странах реформы, коснувшиеся оплаты услуг пациентами, привели к различным результатам. Однако исследование различных путей изменения системы в процессе реформ показывает, что нет прямой линейной зависимости между проведением реформ и их результатом. Структура системы и способ, которым начаты реформы, будет определять исход. Например, введение оплаты за услуги может снизить потребление этих услуг, однако отмена этой платы может не повысить этот спрос, вследствие наличия ряда возможных барьеров для доступа к медицинской помощи, включая неофициальные платежи и представление о низком качестве государственной медицинской помощи. Система стимулов, доступная материнской смертности, технические вмешательства должны сопровождаться необходимыми изменениями в структуре самой системы здравоохранения, где осуществляются эти вмешательства. Слишком часто вмешательства разрабатываются и осуществляются «вертикальным» способом, без учета общих особенностей системы, что приводит к разочаровывающим результатам. Поскольку вмешательства, необходимые для снижения материнской смертности, хорошо известны в международной практике, гораздо более сложной является проблема их эффективной реализации с учетом ограничений, существующих в данной системе.

Список литературы

1. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. Safe motherhood strategies: A review of the evidence. Antwerp: ITGPress; 2001.
2. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: Sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal* 2001;322(14 April).
3. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1992;23(1):23-33.
4. Maine D. What's so special about maternal mortality. In: Berer M, Ravindran TS, editors. Safe motherhood initiatives: Critical issues. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1999.
5. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(5).
6. WHO. Improve access to maternal health services. World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998: Information Toolkit; 1998.
7. Kutzin J. Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. *Human Resources Development and Operations Policy: The World Bank*; 1993.
8. Breslin M. Almost one in three Ugandan births are unwanted or mistimed, but few women practice contraception. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(1):46-47.

9. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. International Safe Motherhood Conference; 1987; Nairobi: World Bank, WHO, and UNFPA.
10. Family Care International. Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health. New York: Family Care International; 1999.
11. Graham WJ. Now or never: the case for measuring maternal mortality. *The Lancet* 2002;359:701-704.
12. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(5):667-676.
13. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITG Press; 2001.
14. Ssengooba F, Neema S, Mbonye A, Sentubwe O, Onama V. *Maternal Health Review, Uganda*. Kampala: Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Program; 2002.
15. Rahman SA, Parkhurst JO, Normand C. *Maternal health situation in Bangladesh: report based on literature review*. Dhaka: Health Systems Development Program; 2002.
16. Penn-Kekana L, Blaauw D. A rapid appraisal of maternal health services in South Africa: a health systems approach. Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Health Systems Development Program; 2002.
17. Danichevski K, Balabanova D, Parkhurst J, McKee M. *Russia reproductive health situation analysis*. Moscow: Moscow Medical Academy, Health Systems Development Program; 2002.
18. United Nations. *The millennium development goals and the United Nations role*: United Nations Department for Public Information; 2000.
19. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerveghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
20. Gunaserera PC, Wijesinghe PS. Maternal health in Sri Lanka. *The Lancet* 1996;347(March 16):769.
21. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, Silva AD, et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, D.C.: The World Bank, Human Development Network; 2003.
22. Uganda Ministry of Health, WHO. *Safe Motherhood needs assessment survey: 1995-1996*. Kampala: Uganda Ministry of Health; 1996.
23. WHO. WHO Estimates of Health Personnel. 2004, online version accessed March 2004: http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
24. Uganda Ministry of Finance Planning and Economic Development. *Human Development Basic Indicators 1989 - 1998*. Kampala: Uganda Ministry of Finance, Planning and Economic Development; 1999.
25. WHO. *European health for all database*. Geneva: World Health Organization; 2003.
26. WHO. *European health for all database*. 2004, online version accessed March 2004 <http://hfadb.who.dk/HFA>.
27. South Africa Department of Health. *Saving mothers: second report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa, 1999-2001*. Pretoria: South Africa Department of Health; 2003.

28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine* 1998;47(11):1781-1795.
29. Danichevski K, Balabanova D, McKee M. Understanding decentralisation in the Russian health care system. London: Health Systems Development Program, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
30. Abel-Smith B, Falkingham J. Financing Health Services in Kyrgyzstan: the extent of private payments. London: London School of Economics and Political Science; 1995.
31. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002;62:243-273.
32. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 2002;6(1):65-73.
33. Karski J, Koronkiewicz A, Healy J. Health Care Systems in Transition. Poland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
34. Shishkin S. Formal and informal rules of out-pocket payments for health care in Russia. *Universe of Russia* 2003;12(3):104-131.
35. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medicine* 2000;50(2):203-213.
36. Ssengooba F, Atuyambe L, McPake B, Hanson K, Okuonzi S. What could be achieved with greater public hospital autonomy: comparison of public and PNFP hospitals in Uganda. *Public Administration and Development* 2002;22(414-428).
37. Birungi H, Mugisha F, Nsabagasani X, Okuonzi S, Jeppsson A. The policy on public-private mix in the Ugandan health sector: catching up with reality. *Health Policy and Planning* 2001;16(Supplement 2):80-87.
38. Jitta J, SR W, N N. The availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care. *Health Policy* 2003;65(2):167-179.
39. Bangladesh Health Economics Unit. Economic aspects of human resource development in health and family planning in Bangladesh: dual job-holding practitioners: An exploration. Dhaka: Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare; 1998.
40. Institute of Health Economics, National Institute of Population Research and Training. Private HNP sector assessment: findings of surveys on private providers and consumers.. Dhaka: University of Dhaka and National Institute of Population Research and Training; 2003.
41. South Africa Department of Health. Draft final report. South African demographic and health survey. Pretoria: South Africa Department of Health; 2001.
42. Mokhondo K, Pattinson R, Pullen A, Tshabalala A, Chaane T, van der Walt R, et al. The effect of involving private practitioners on the quality of antenatal care of the indigent population of Thembisa. 21st Conference on Priorities in Perinatal Care in Southern Africa; 2002 5-8th March; 2002.
43. Schneider H, Blaauw D, Magongo B, Khumalo I. STD care in the private sector. In: South Africa health review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
44. Van Rensburg D, Van Rensburg N. Distribution of human resources. In: Trust HS, editor. South African Health Review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
45. Frolova O. Maternal mortality after abortion. Moscow: The Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology of the Russian Academy of Medical Sciences and Open Society Institute /Soros Foundation; 2001.

46. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implication for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine* 1999;49(7):849-865.
47. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Asaph T. The economic behaviour of health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of public health services. Department of Public Health and Policy Report. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1998. Report No.: 27.
48. WHO. World health report. Geneva: World Health Organization; 2000.
49. Dmytraczenko T, Rao V, Ashford L. Health sector reform: how it affects reproductive health. Washington: D.C.: Population Reference Bureau PRB MEASURE Communication 2003 Jun.; 2003. p. [8].
50. McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):108-19.
51. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):37-48.
52. Orubuloye IO, Oni JB. Health transition research in Nigeria in the era of the Structural Adjustment Programme. *Health Transition Review* 1996;6 (Supplement):301-24.
53. Nanda P. Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 2002;20(10):127-134.
54. Lubben M, Mayhew SH, Collins C, Green A. Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8):667-674.
55. Borghi J. What is the cost of maternal health care and how can it be financed? In: De Brouwere V, Van Lerveghé W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
56. Kyaddondo D, Whyte S. Working in a decentralised system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18:329-342.
57. Deininger K, Mpuga P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda: unpublished report; 2004.
58. Uganda Ministry of Health. Health Sector Strategic Plan 2000/01 - 2004/05. midterm review report. Kampala: Uganda Ministry of Health; 2003.
59. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Publishers (Reproductive Health Matters); 2001.

Factors of health care system, affecting maternal health: a comparison of four countries

Danishvskiy K. D.

MD, Professor, Higher School of Economics, Moscow

The article presents the results of a comparative study of the research carried out in four countries with different economic levels. Problem of maternal health from the perspective of the health care system was assessed. Results show how the processes taking place in the health system as a whole, influence maternal health within the existing set of conditions.

Key words: maternal mortality, healthcare system, public healthcare, private healthcare, healthcare reform

References

1. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
2. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: Sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal* 2001;322(14 April).
3. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1992;23(1):23-33.
4. Maine D. What's so special about maternal mortality. In: Berer M, Ravindran TS, editors. *Safe motherhood initiatives: Critical issues*. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1999.
5. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(5).
6. WHO. Improve access to maternal health services. *World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998: Information Toolkit*; 1998.
7. Kutzin J. Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. *Human Resources Development and Operations Policy: The World Bank*; 1993.
8. Breslin M. Almost one in three Ugandan births are unwanted or mistimed, but few women practice contraception. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(1):46-47.
9. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. *International Safe Motherhood Conference*; 1987; Nairobi: World Bank, WHO, and UNFPA.
10. Family Care International. *Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health*. New York: Family Care International; 1999.
11. Graham WJ. Now or never: the case for measuring maternal mortality. *The Lancet* 2002;359:701-704.
12. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(5):667-676.
13. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITG Press; 2001.
14. Ssenooba F, Neema S, Mbonye A, Sentubwe O, Onama V. *Maternal Health Review, Uganda*. Kampala: Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Program; 2002.
15. Rahman SA, Parkhurst JO, Normand C. *Maternal health situation in Bangladesh: report based on literature review*. Dhaka: Health Systems Development Program; 2002.
16. Penn-Kekana L, Blaauw D. A rapid appraisal of maternal health services in South Africa: a health systems approach. Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Health Systems Development Program; 2002.

17. Danichevski K, Balabanova D, Parkhurst J, McKee M. Russia reproductive health situation analysis. Moscow: Moscow Medical Academy, Health Systems Development Program; 2002.
18. United Nations. The millennium development goals and the United Nations role: United Nations Department for Public Information; 2000.
19. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerveghe W, editors. Safe motherhood strategies: A review of the evidence. Antwerp: ITGPress; 2001.
20. Gunaserera PC, Wijesinghe PS. Maternal health in Sri Lanka. *The Lancet* 1996;347(March 16):769.
21. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, Silva AD, et al. Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington, D.C.: The World Bank, Human Development Network; 2003.
22. Uganda Ministry of Health, WHO. Safe Motherhood needs assessment survey: 1995-1996. Kampala: Uganda Ministry of Health; 1996.
23. WHO. WHO Estimates of Health Personnel. 2004, online version accessed March 2004: http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
24. Uganda Ministry of Finance Planning and Economic Development. Human Development Basic Indicators 1989 - 1998. Kampala: Uganda Ministry of Finance, Planning and Economic Development; 1999.
25. WHO. European health for all database. Geneva: World Health Organization; 2003.
26. WHO. European health for all database. 2004, online version accessed March 2004 <http://hfadb.who.dk/HFA>.
27. South Africa Department of Health. Saving mothers: second report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa, 1999-2001. Pretoria: South Africa Department of Health; 2003.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine* 1998;47(11):1781-1795.
29. Danichevski K, Balabanova D, McKee M. Understanding decentralisation in the Russian health care system. London: Health Systems Development Program, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
30. Abel-Smith B, Falkingham J. Financing Health Services in Kyrgyzstan: the extent of private payments. London: London School of Economics and Political Science; 1995.
31. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002;62:243-273.
32. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 2002;6(1):65-73.
33. Karski J, Koronkiewicz A, Healy J. Health Care Systems in Transition. Poland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
34. Shishkin S. Formal and informal rules of out-pocket payments for health care in Russia. *Universe of Russia* 2003;12(3):104-131.
35. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medicine* 2000;50(2):203-213.

36. Ssenogooba F, Atuyambe L, McPake B, Hanson K, Okuonzi S. What could be achieved with greater public hospital autonomy: comparison of public and PNFP hospitals in Uganda. *Public Administration and Development* 2002;22(414-428).
37. Birungi H, Mugisha F, Nsabagasani X, Okuonzi S, Jeppsson A. The policy on public–private mix in the Ugandan health sector: catching up with reality. *Health Policy and Planning* 2001;16(Supplement 2):80-87.
38. Jitta J, SR W, N N. The availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care. *Health Policy* 2003;65(2):167-179.
39. Bangladesh Health Economics Unit. Economic aspects of human resource development in health and family planning in Bangladesh: dual job-holding practitioners: An exploration. Dhaka: Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare; 1998.
40. Institute of Health Economics, National Institute of Population Research and Training. Private HNP sector assessment: findings of surveys on private providers and consumers.. Dhaka: University of Dhaka and National Institute of Population Research and Training; 2003.
41. South Africa Department of Health. Draft final report. South African demographic and health survey. Pretoria: South Africa Department of Health; 2001.
42. Mokhondo K, Pattinson R, Pullen A, Tshabalala A, Chaane T, van der Walt R, et al. The effect of involving private practitioners on the quality of antenatal care of the indigent population of Thembisa. 21st Conference on Priorities in Perinatal Care in Southern Africa; 2002 5-8th March; 2002.
43. Schneider H, Blaauw D, Magongo B, Khumalo I. STD care in the private sector. In: South Africa health review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
44. Van Rensburg D, Van Rensburg N. Distribution of human resources. In: Trust HS, editor. South African Health Review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
45. Frolova O. Maternal mortality after abortion. Moscow: The Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology of the Russian Academy of Medical Sciences and Open Society Institute /Soros Foundation; 2001.
46. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implication for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine* 1999;49(7):849-865.
47. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Asaph T. The economic behaviour of health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of public health services. Department of Public Health and Policy Report. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1998. Report No.: 27.
48. WHO. World health report. Geneva: World Health Organization; 2000.
49. Dmytraczenko T, Rao V, Ashford L. Health sector reform: how it affects reproductive health. Washington: D.C.: Population Reference Bureau PRB MEASURE Communication 2003 Jun.; 2003. p. [8].
50. McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):108-19.
51. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):37-48.
52. Orubuloye IO, Oni JB. Health transition research in Nigeria in the era of the Structural Adjustment Programme. *Health Transition Review* 1996;6 (Supplement):301-24.

53. Nanda P. Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 2002;20(10):127-134.
54. Lubben M, Mayhew SH, Collins C, Green A. Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8):667-674.
55. Borghi J. What is the cost of maternal health care and how can it be financed? In: De Brouwere V, Van Lerveghе W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
56. Kyaddondo D, Whyte S. Working in a decentralised system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18:329-342.
57. Deininger K, Mpuga P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda: unpublished report; 2004.
58. Uganda Ministry of Health. *Health Sector Strategic Plan 2000/01 - 2004/05. midterm review report*. Kampala: Uganda Ministry of Health; 2003.
59. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Publishers (Reproductive Health Matters); 2001.