



Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ/DfID



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики 35

**Здоровье, обращение за медицинской помощью и расходы
«из-кармана» пациента в Кыргызстане, 2004 год**

**Обследование финансов домохозяйств
на медицинскую помощь в Кыргызстане
Заключительный Отчет**

**Джейн Фолкингем¹
Университет Саузамптон**

Июль 2005

Кыргызстан, Бишкек 720405, ул. Тоголок-Молдо 1, тел. +996 (312) 660438, 666244
Факс +996 (312) 663649, e-mail: moh@manas.elcat.kg

¹ Профессор в области демографии и международной социальной политики, Школа социальных наук, Университет Саузамптон SO17 1BJ, Великобритания. Email: j.c.falkingham@soton.ac.uk.

Здоровье, обращение за медицинской помощью и расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане, 2004 год

Содержание

1. Предпосылка	1
2. Общее состояние здоровья.....	3
2.1 Хроническая заболеваемость	4
2.1.1 Распространенность хронических заболеваний.....	4
2.1.2 Виды хронических состояний.....	6
2.2 Острые заболевания.....	7
2.2.1 Распространенность острых заболеваний.....	7
2.2.2 Виды острых заболеваний.....	9
3. Использование медицинских услуг	10
3.1 Образцы использования медицинской помощи.....	13
3.1.1 Доля консультаций	13
3.1.2 Тип медицинского учреждения и специалисты, с которыми консультировались.....	15
3.1.3 Физический доступ к услугам и качество помощи	17
3.1.4 Оплата за консультацию	18
3.2 Рецепты	21
3.3 Общая оплата, связанная с консультацией	23
3.4 Барьеры к доступу?	24
4. Госпитализация в прошлом году	26
4.1 Образцы использования госпитальной помощи	26
4.1.1 Уровни госпитализации	26
4.1.2 Состояния, при которых госпитализировались пациенты	27
4.1.3 Тип учреждения	28
4.1.4 Вид направления	29
4.1.5 Продолжительность пребывания	30
4.2 Расходы на госпитализацию.....	31
4.2.1 Транспортные расходы	31
4.2.2 Поддержка семьи	32
4.2.3 Оплата за медикаменты и услуги	34
4.2.4 Оплата персоналу.....	35
4.2.5 Общие расходы.....	36
4.3 Со-оплата и расходы домохозяйства на медицинскую помощь	38
5. Общие частные расходы на здравоохранение	40
6. Осведомленность и отношение к реформам здравоохранения.....	42
6.1 Охват ФОМС.....	42
6.2 Приписка к ГСВ.....	42
6.3 Право на и использование скидок	43
7. Выводы.....	45

Здоровье, обращение за медицинской помощью и расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане, 2004 год

1. Предпосылка

В этом отчете представлены результаты обследования домохозяйств, проведенного в Кыргызстане в марте 2004 года от имени Министерства здравоохранения. Обследование проводилось при финансовой помощи DFID Кыргызским Национальным Статистическим Комитетом (НСК). Данное обследование является повторением Обследования Домохозяйств 2001 года с незначительными изменениями в вопроснике, и где возможно представлены сравнительные анализы с течением времени.

Обследование приняло форму дополнительного модуля в Обследовании Бюджета Домохозяйств (ОБД) проводимого НСК. Инструмент обследования состоял из пяти разделов, охватывающих:

- (i) общую демографическую информацию о домохозяйстве и его членах;
- (ii) состояние здоровья каждого члена домохозяйства и охват их Фондом Обязательного Страхования (ФОМС);
- (iii) использование медицинских услуг в последние 30 дней и расходы, связанные с получением такой медицинской помощи;
- (iv) госпитализация в прошлом году;
- (v) осведомленность и отношение главы домохозяйства к последним реформам в секторе здравоохранения.

Путем включения модуля по финансированию здравоохранения в регулярное обследование бюджета домохозяйств (ОБД), было возможно связать данные по здоровью и использованию медицинских услуг с подробной информацией по доходам и расходам домохозяйств за предшествующий год, позволяя рассчитать бремя расходов на медицинскую помощь и вычислить степень катастрофических выплат за медицинскую помощь.

Вопросник предназначался для 3,000 домохозяйств по всей стране, создав выборку из 18,690 лиц. Дизайн выборки ОБД обеспечивает национально

репрезентативные данные и удельный вес представлен для обеспечения того, чтобы выборка была репрезентативной на областном уровне. Большая часть анализа в этом отчете основана на средневзвешенных данных. Однако не взвешенные данные используются для меньшей части таблиц, когда случаи являются редкими и когда могут вводить в заблуждение высокие значения для какого-либо одного случая.

В отчете сохраняется структура вопросника, использованного в обследовании, а результаты представлены по четырем основным разделам:

- § Общее состояние здоровья
- § Использование медико-санитарных услуг в течение последних 30 дней
- § Госпитализации в прошлом году
- § Осведомленность и отношение к реформам здравоохранения.

Отдельный подробный анализ степени катастрофических выплат за медицинскую помощь представлен в сопровождающем отчете. Основные таблицы отчета представлены в Приложении I.

2. Общее состояние здоровья

Здоровье является совокупностью и многомерной концепцией. ОФДМП собирает информацию по двум различным показателям состояния здоровья: хронические болезни, которые различают на ограничивающие и не ограничивающие хронические заболевания; и острые заболевания, относящиеся к болезни или травме в последние 30 дней, опять же различающиеся на ограничивающие и не ограничивающие состояния (см Рамку 1).

Рамка 1 Вопросы о здоровье в рамках ОФДМП

Хронические заболевания

‘Страдали ли вы хроническим заболеванием или инвалидностью, которая длилась более чем 3 месяца (в том числе тяжелая депрессия)?’

Если да,

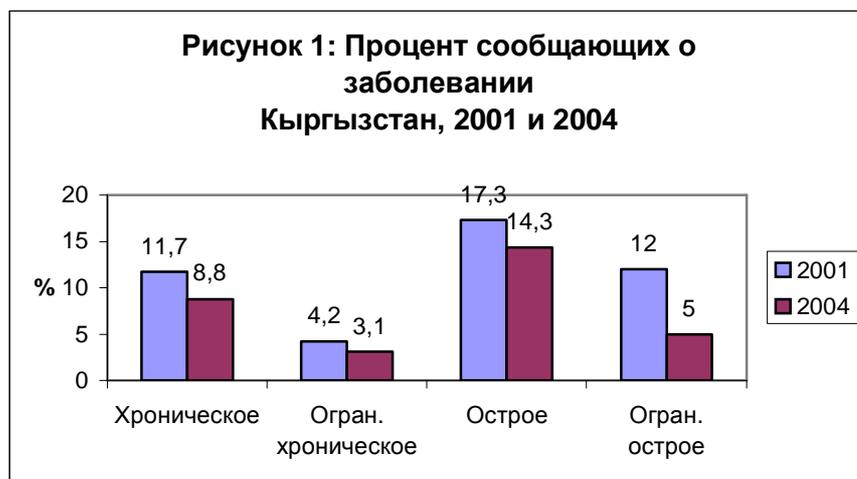
‘Сколько дней в течение последнего месяца вы не были способны осуществлять обычную деятельность из-за этой болезни или инвалидности?’

- **Острые заболевания**

‘В течение последних 30 дней переносили ли вы какую-либо остро протекающую (внезапную) болезнь или травму?’

Если да,

‘Сколько дней в течение последнего месяца вы не были способны осуществлять обычную деятельность из-за этой острой протекающей (внезапной) болезни или травмы?’



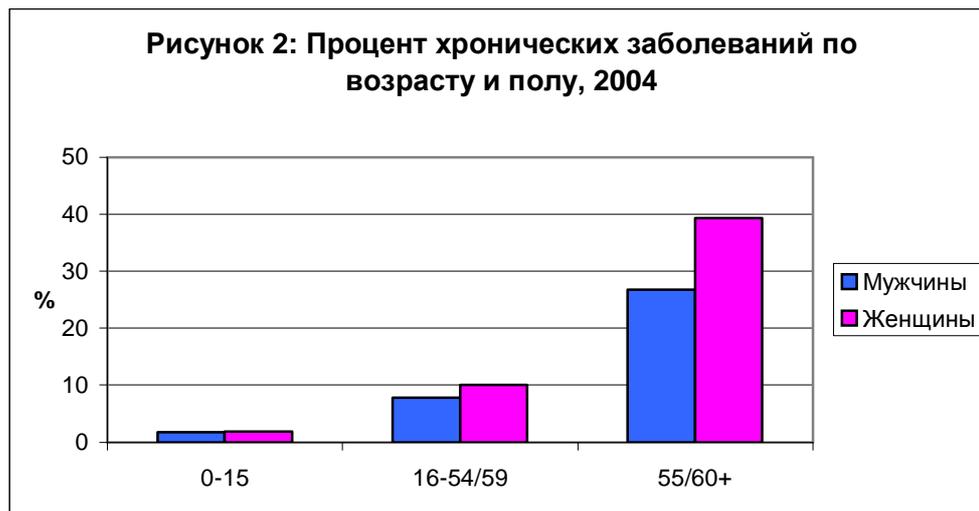
Ситуация с заболеваемостью, по собственной оценке состояния здоровья в некоторой степени улучшилась в марте 2004 года, по сравнению с тем же календарным месяцем 2001 года. В марте 2004 года, 9 процентов всех мужчин и женщин Кыргызстана сообщили, что страдали от хронических болезней и инвалидности, которые длились более 3 месяцев, а 14 процентов сообщили, что страдали от острых заболеваний или травм в последние 30 дней. Это по сравнению с 12 процентами и 17 процентами соответственно в 2001 году (Рисунок 1). При учете ‘серьезности’ заболевания (в плане того, ограничивает ли хроническое или острое заболевание их повседневную деятельность), в 2004 году три процента людей сообщали об ограничивающих деятельность хронических состояниях, а пять процентов об ограничивающих острых состояниях, по сравнению с четырьмя и 12 процентами в 2001 году. «Улучшение» здоровья в большей степени отмечается, когда рассматриваются ограничивающие деятельность острые состояния. Однако данный критерий очень чувствителен к сезонным изменениям и может быть так, что весной 2004 года было меньше простуд и гриппа, чем в 2001 году.

2.1 Хроническая заболеваемость

2.1.1 Распространенность хронических заболеваний

Распространенность хронических заболеваний варьирует в зависимости от возраста и пола, когда среди людей старшего поколения выше показатели заболеваемости, чем среди молодежи, а женщины больше жалуются на здоровье,

чем мужчины того же возраста. Например, 8 процентов мужчин трудоспособного возраста (16-59) утверждали, что страдали от хронических заболеваний по сравнению с 10 процентами женщин (16-55) (Рисунок 2 и Таблица А1).



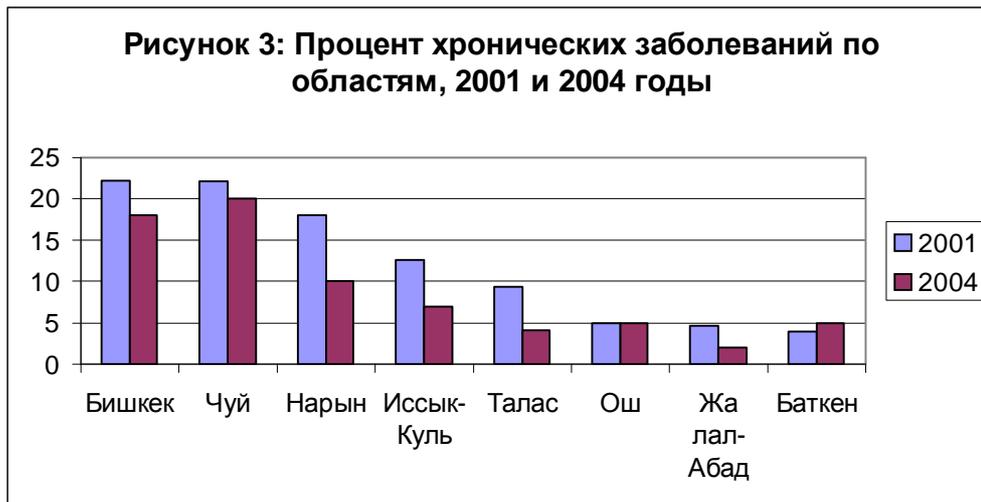
Вероятность наличия хронической проблемы со здоровьем, безусловно связана с экономическим статусом домохозяйства респондента, т.е. заболеваемость по собственной оценке выше среди тех, кто лучше живет². 17 процентов из тех, кто находятся в высшей квинтильной группе, сообщают о хроническом состоянии по сравнению с только 5 процентами из низшей квинтильной группы (Таблица А2). Эта обратная взаимосвязь между состоянием здоровья и экономическим статусом была также обнаружена в 2001 году и наблюдалась в некоторых других странах региона. Это может отражать различия в восприятии здоровья социально-экономическими группами, когда бедные определяют болезнь хуже, чем более зажиточные люди. Заболевание может соответствовать тому, что с этим делают, и поскольку менее зажиточные могут меньше отрываться от работы или покрывать расходы на здоровье, они меньше имеют желание определять себя как больных. Подробная качественная работа требуется для разгадки этого феномена в дальнейшем.

Интересно отметить, что градиент здоровья по социально-экономическому статусу сократился за последние 3 года. В 2001 году, соотношение между самой

² Критерий экономического благосостояния, использованный здесь – это расходы на душу в домохозяйстве (в том числе вмененная величина потребления домашней продукции) по определению в Обследовании Бюджета Домохозяйств предыдущего года (2003).

богатой квинтильной группой и самой бедной квинтильной группой составляло 4.1 (т.е. в 4.1 раза больше людей из самой богатой квинтильной группы сообщили о хронических заболеваниях, чем те, что находятся в наиболее бедной квинтильной группе). К 2004 году, соотношение сократилось до 3.7 (Таблица А2). Это можно объяснить относительным улучшением доступа к медицинской помощи среди самых бедных слоев Кыргызского общества в результате последних реформ в области финансирования здравоохранения.

В 2004 году, сохраняются значительные региональные различия в распространенности хронических заболеваний, от 20 процентов в Чуйской области до только 2 процентов в Жалал-Абадской (Рисунок 3), отображая региональные различия в возрастном и социально-экономическом составе, с областями, где выше доля населения в возрасте до 16 лет и самая низкая распространенность хронических заболеваний. Интересно, что ситуация с распространенностью хронических заболеваний в период между 2001 и 2004 годами улучшилась больше всего в Нарыне и меньше всего в Оше. В Баткенской области, фактически увеличилась заболеваемость.



Примечание: хи-квадрат для различий по регионам значим на ($p < 0.001$)

2.1.2 Виды хронических состояний

Виды хронических заболеваний варьируют в зависимости от возраста и пола (Таблица А3). Респираторные проблемы (легкие) являются наиболее важными хроническими состояниями среди детей женского пола, насчитывая более трети

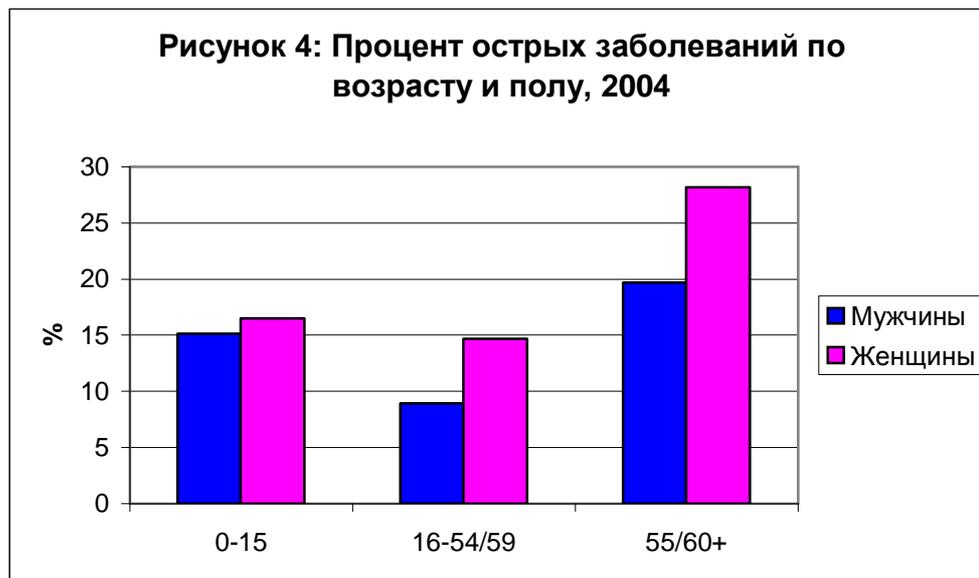
всех хронических состояний. Среди мальчиков, респираторные проблемы и проблемы нервной системы являются почти в равной степени важными, насчитывая 20 процентов и 21 процент соответственно.

Среди мужчин трудоспособного возраста, наиболее распространенными хроническими состояниями являются пищеварительные (18%), респираторные (15%), костно-мышечные (10%) и циркуляторные (10%). Среди женщин этого возраста пищеварительные проблемы являются наиболее распространенными (19%) после респираторных (15%), урогенитальных (14%) и циркуляторных (11%). Среди людей пенсионного возраста наиболее распространенные жалобы связаны с циркуляторными проблемами (22% женщин и 23% мужчин), респираторными (12%; 18%) и костно-мышечными (12% для женщин и 13% для мужчин). Данный профиль заболеваний остается очень сходным тому, что было обнаружено в 2001 году.

2.2 Острые заболевания

2.1.2 Распространенность острых заболеваний

Как и с хроническими заболеваниями, заболеваемость острыми заболеваниями варьирует в зависимости от возраста и пола, где женщины каждой возрастной группы больше сообщают о случаях заболевания, чем мужчины. Например, среди тех, кому за пенсионный возраст, 20 процентов мужчин по сравнению с 28 процентами женщин сообщили об острых заболеваниях в течение 30 дней до проведения обследования (Рисунок 4). Внутри каждой поло-возрастной группы отмечается спад в доле имевших острые заболевания в предыдущие 30 дней в период между обследованиями 2001 и 2004 лет (Таблица А1).



Примечание: хи-квадрат для различий по полу значим на ($p < 0.001$)

Опять же, существует определенная связь между плохим здоровьем и экономическим статусом, где 13 процентов из тех, что входят в самую бедную квинтильную группу сообщают об остро протекающем заболевании по сравнению с 18 процентами среди самой богатой квинтильной группы (Таблица А2). Разрыв между здоровьем «богатых» и «бедных» сократился со временем, где соотношение между высшей и нижней квинтильной группой сократилось с 1.9 в 2001 году до 1.4 в 2004 году.

Сохраняются значительные различия в распространенности заболеваний по регионам (Рисунок 5). Интересно, что произошел заметный спад в распространенности острых заболеваний в Таласской области, где только 14 процентов сообщают об острых заболеваниях – травмах в последние 30 дней в марте 2004 года по сравнению с 34 процентами в марте 2001 года. В 2004 году, в Чуйской области была самая высокая распространенность острых заболеваний (23%), тогда как самая низкая распространенность имела место в Жалал-Абаде (6%).



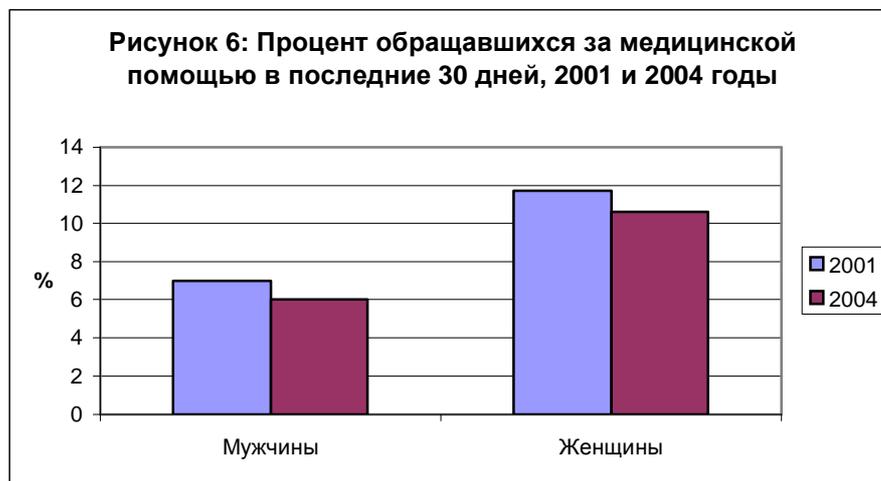
Примечание: хи-квадрат для различий по регионам значим на ($p < 0.001$)

2.2.2 Виды острых заболеваний

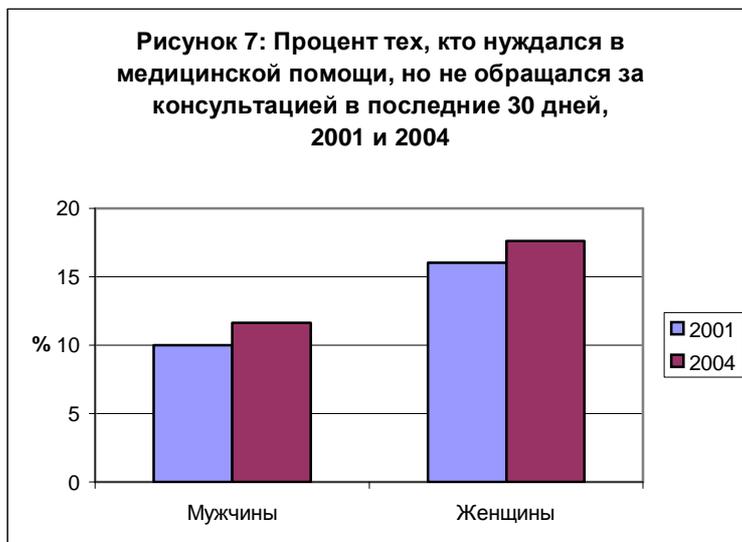
Как и происходило в 2001 году, в марте 2004 года наиболее распространенной причиной острых заболеваний были простуда и грипп. Относительная важность данных заболеваний была велика среди детей, насчитывая четыре из пяти случаев острых заболеваний, как среди мальчиков, так и среди девочек, по сравнению с только менее половиной всех случаев среди мужчин пенсионного возраста (Таблица А4). Люди старшего поколения больше склонны к головным болям и проблемам, связанным с питанием.

3. Использование медицинских услуг

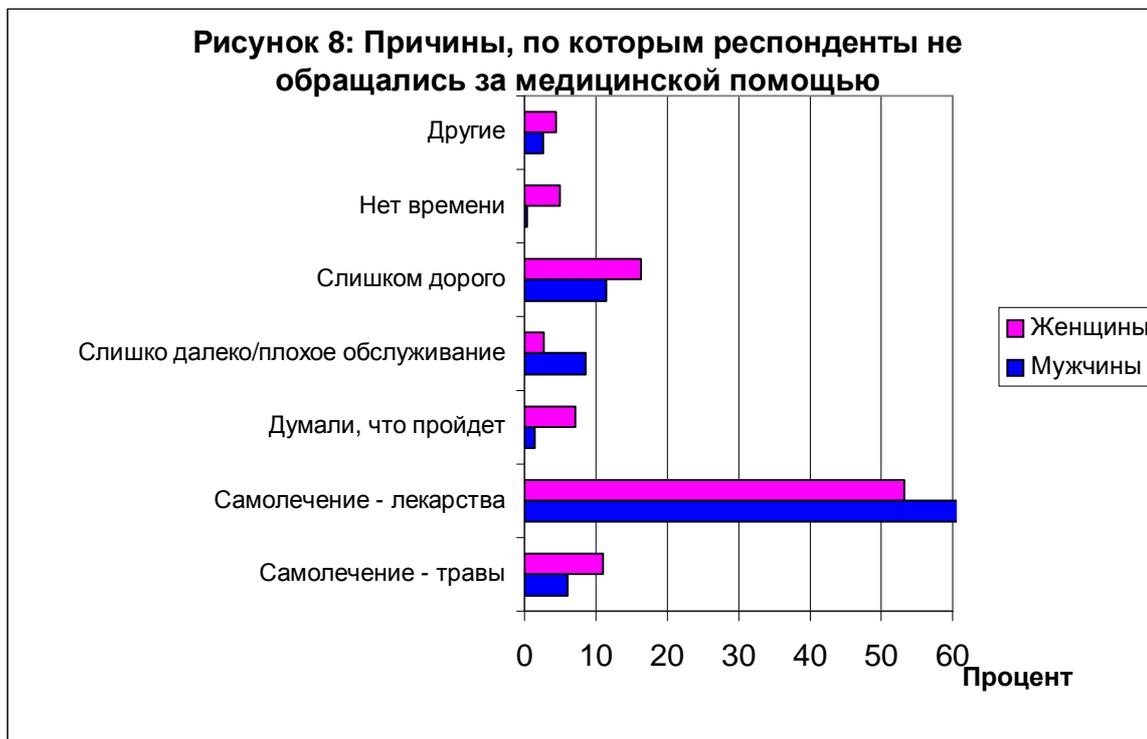
В целом, 6 процентов мужчин и 11 процентов женщин в Кыргызстане сообщили, что обращались за медицинской помощью в последние 30 дней в марте 2004 года (Рисунок 6). Это представляет собой незначительный спад по сравнению с пропорциями в марте 2001 года (7% и 12% соответственно) и возможно не является удивительным в силу улучшения ситуации с заболеваемостью, отмеченной выше. Произошел спад в уровнях использования среди всех возрастных и половых групп (Таблица В1)



Однако другие 12 процентов мужчин и 18 процентов женщин сообщили, что нуждались в медицинской помощи, но не обращались за лечением (Рисунок 7). Произошло повышение по пропорциям 2001 года (10% и 16% соответственно). Доля воспринимаемой «неудовлетворенной потребности» в медицинской помощи увеличилась в период между 2001 и 2004 годами во всех возрастных и половых группах (Таблица В1).



Основная причина, по которой не обращались за медицинской помощью в 2004 году, заключалась в том, что человек занимался самолечением, используя либо лекарственные препараты (53% женщин и 70% мужчин), либо травы (11%; 6%). 7 процентов женщин и 2 процента мужчин думали, что проблема сама пройдет. Однако 11 процентов мужчин и 16 процентов женщин сообщили, что они не обращались за медицинской помощью, поскольку это «слишком дорого» (Рисунок 8). Это по сравнению с 14 процентами мужчин и 15 процентами женщин в 2001 году. Предполагается, что все еще существуют финансовые барьеры для доступа к медицинской помощи в Кыргызстане.

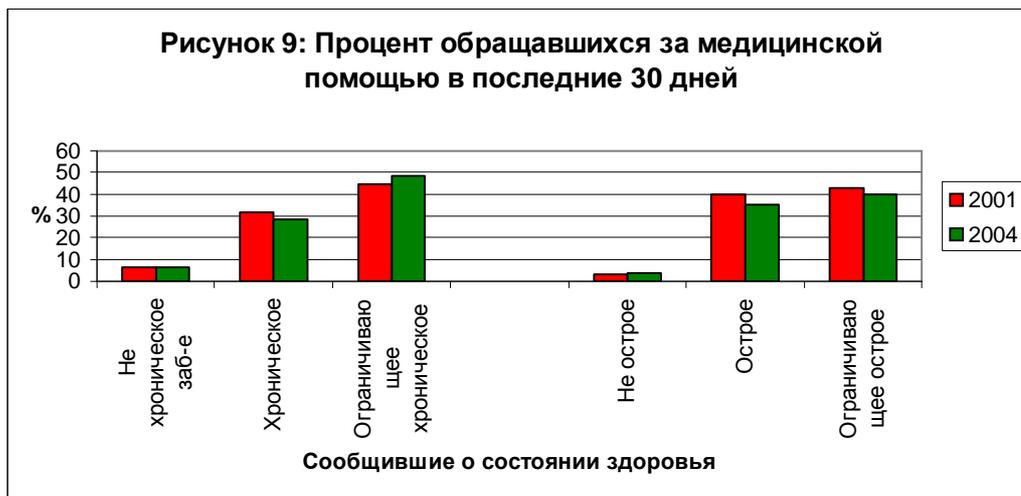


Образцы использования медицинской помощи и связанные с ней расходы исследуются далее. Интересно, однако, отметить изменения в обращаемости за помощью со временем. По причинам сравнимости, анализ ограничивается лишь теми, кто сообщает об острых болезнях в период прямо перед проведением обследования. В 1994 году, половина (50%) респондентов пострадавших от болезни или травмы в предшествующие 4 недели, сообщили, что они обращались за медицинской помощью или консультацией. К 2001 году, этот показатель снизился до 40 процентов. В марте 2004 года, только 35 процентов из тех, у кого были остро протекающие состояния в течение последних 30 дней, обращались за медицинской помощью – предполагая снижение в обращаемости за помощью через некоторое время.

3.1 Образцы использования медицинской помощи

3.1.1 Доля консультаций

Обращаемость за медицинской помощью сильно связана с плохим здоровьем. В 2004 году, только шесть процентов из тех, у кого не было хронических состояний, сообщали, что получали медицинские консультации в течение последних 30 дней, по сравнению с 28 процентами из тех, у кого были хронические состояния, и 48 процентами из тех, чья хроническая болезнь или инвалидность ограничивали их деятельность. Доля консультаций среди тех, у кого были остро протекающие состояния, составила 35 процентов по сравнению с только четырьмя процентами лиц, которые не имели острых заболеваний (Рисунок 9). При рассмотрении изменений в доле консультаций в период между 2001 и 2004 годами после учета состояния здоровья подтверждается, что доля консультаций сократилась, за исключением тех, у кого хроническая болезнь ограничивала их деятельность.



Более половины всех консультаций в 2004 году (60%) были связаны с физическими болезнями, только менее одной шестой с травмами (14%) (Таблица В4). Случаи по родовспоможению насчитывают 12 процентов посещений женщинами в возрасте 16-54 лет. Консультации по проблемам психического здоровья были относительно редкими, насчитывая только 2 процента всех посещений.

В 2001 году, четверть всех детских консультаций были связаны с прививками – и в этих случаях родители обеспечивали шприцы для прививок в 47 процентах случаев. К 2004 году, прививки насчитывали только 13 процентов детских консультаций (18% для мальчиков и 8%). Хорошие новости заключаются в том, что медицинские службы обеспечивали шприцы в трех четвертях случаев – однако, спад в доле прививок в общем количестве посещений среди детей настораживает в отсутствие какого-либо увеличения в использовании медицинской помощи и является основанием для дальнейшего изучения.

Показатели консультирования варьируют в зависимости от возраста и пола, где женщины, похоже, больше обращаются за помощью, чем мужчины, а самые высокие показатели консультаций – среди людей пожилого возраста (Таблица В1). Вероятность получения консультации у медицинского специалиста также варьирует в зависимости от экономического статуса домохозяйства, когда те, что входят в самую богатую квинтильную группу по потреблению более чем в два раза чаще обращаются за помощью, чем те, что входят в самую бедную квинтильную группу (Таблица В2). Данные образцы отчасти отображают различия в состоянии здоровья, что обсуждалось выше. Однако, доля сообщающих, что нуждались в обращении за помощью, но не обратились за ней, увеличилась в период между 2001 и 2004 годами во всех квинтильных группах, за исключением самой богатой.

Чтобы исследовать каким образом уровни консультаций варьируют по различным подгруппам населения, в Таблице В3 представлены результаты серии логистических регрессий. Зависимой переменной является обращение за медицинской помощью по какой-либо из причин в течение последних 30 дней. Много-вариабельный анализ подтверждает, что состояние здоровья является важным предсказателем получения консультации. Лица, страдавшие от острых заболеваний в последние 30 дней, которые ограничили их обычную деятельность, почти в 15 раз больше обращались за медицинской помощью, чем те, у кого не было острых состояний. Интересно, что после осуществления контроля, дети в возрасте 0-4 лет в два раза чаще консультировались по сравнению с другими возрастными группами, тогда как люди старшего поколения сейчас не чаще

консультируются, чем другие взрослые. Женщины в 1.5 раза чаще получают консультации, чем мужчины.

По результатам осуществления контролинга здоровья, люди, проживающие в сельской местности, чуть чаще обращаются за медицинской помощью, чем те, что живут в городе, возможно отображая более ограниченный доступ к лекарственным препаратам и возможности самолечения. Существуют значительные региональные различия в уровнях консультаций, где люди, проживающие в Жалал-Абадской, Баткенской и Таласской областях больше консультируются по сравнению с соответствующей группой населения в Иссык-Кульской области, тогда как проживающие в Чуйской области, Бишкеке и Оше меньше делали это, и в Нарыне происходило то же самое.

И, наконец, даже после осуществления контроля различий в состоянии здоровья, сохраняется значительная разница в вероятности обращения за медицинской помощью в зависимости от социально-экономической группы, где те, что относятся к более зажиточным квинтильным группам более чем в 1.5 раза чаще консультируются, чем те, что входят в самую бедную квинтильную группу – подтверждая, что вопросы доступа к первичной медико-санитарной помощи среди очень бедных остаются проблемой.

3.1.2 Тип медицинского учреждения и специалисты, с которыми консультировались

В 2004 году, огромное большинство консультаций продолжали иметь место в медицинском учреждении; и только одна из десяти имела место у пациента дома. Почти треть всех консультаций проводилась в ГСВ, куда был приписан пациент (Рисунок 10). В период между 2001 и 2004 годами, наиболее примечательным изменением стало сокращение консультаций в поликлиниках, где нет ГСВ и увеличение посещений в ГСВ, куда пациент приписан, что отражает распространение ГСВ по стране. (Таблица В5).

Рисунок 10: Место получения консультации



В целом, появилась заметная стабильность в распределении медицинской помощи по поставщикам с течением времени. Хотя, категории ответов слегка отличались в обследовании 1994 года, чем в двух последующих обследованиях, в 1994 году 14 процентов респондентов посетили врач или медсестра на дому, 52 процента посещали диспансер или поликлинику, 7 процентов - фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), 12 процентов - кабинет врача, 8 процентов - сельскую больницу, 2 процента - другой стационар, 2 процента - диагностический центр, 1 процент - частный кабинет и 3 процента - другой тип учреждения.

Тип посещенного учреждения различался между селом и городом, где люди, живущие в городской местности, намного больше посещают ГСВ/поликлинику, тогда как в сельской местности больше посещают больницу или ФАП (Таблица В5).

В 2004 году, большинство (68%) людей, консультировавшихся у специалиста в течение 30 дней до интервью, посетили государственного врача. Только четыре процента посетили частного врача и менее одного процента «целителя». Остальные посещали стоматолога (7%), медсестру (5%), акушерку (13%), фельдшера (4%), и фармацевта (менее 1%). В период между 2001 и 2004

годами, доля посещавших акушерку/медсестру выросла (с 11% до 19%), тогда как доля посещавших государственного врача снизилась (с 73% до 68%).

Связь между экономическим статусом и *видом* использованной медицинской помощи проливает свет на вопросы экономической и физической доступности медицинской помощи. В Таблице В6 показано, что большая доля бедных продолжает пользоваться услугами учреждений и поставщиков ПМСП, такими как медсестры и фельдшера, по сравнению с не бедными – которые больше могут позволить себе высокие расходы на поликлинику и третичную помощь. Те, кто проживает в самых бедных обследованных домохозяйствах, больше лечатся на дому (о чем свидетельствуют посещения фельдшеров и медсестер), или в ФАПх (фельдшерско-акушерские пункты) или в СВА по сравнению с теми, кто живут в богатых домохозяйствах и больше лечатся у врачей в ГСВ или поликлинике. Более того, разрыв в образцах использования помощи между богатыми и бедными фактически расширился за последние 3 года.

3.1.3 Физический доступ к услугам и качество помощи

Физический доступ к медицинским услугам может быть оценен в соответствии с двумя различными индикаторами, географической близостью (т.е. расстояние от дома пациента до медицинского учреждения) и временем, которое занимает больного, чтобы добраться до медицинского учреждения. Последнее варьирует в зависимости от географического расстояния, а также вида транспорта, используемого, чтобы преодолеть расстояние.

В Таблице В7 представлена информация по среднему преодолеваемому расстоянию в зависимости от типа медицинского учреждения и региона. Учреждения ПМСП чаще находятся относительно близко от домов пациентов, где медианное расстояние составляет около 1-2 км, тогда как учреждения третичного уровня предполагают большее расстояние. Не удивительно, что средние расстояния также больше в менее густо населенных районах страны, а самое большое – в Нарыне. Время, затрачиваемое на то, чтобы добраться до медицинского учреждения значительно больше в Нарынской области, где пятая часть посещений медицинских учреждений предполагает путешествие более часа

(Таблица В8). Большая часть пациентов (81%) затрачивают менее получаса на дорогу, когда как направляющиеся в учреждения третичного уровня в большинстве своем испытывают более длительные путешествия.

Только более двух из пяти респондентов, которые обращались за медицинской помощью в течение 30 дней до проведения обследования, понесли расходы по дороге в медицинское учреждение (Таблица В9). Эта доля варьирует в зависимости от региона, где 24 процента проживающих на Иссык-Куле имели транспортные расходы по сравнению с 56 процентами проживающих в Оше и 49 процентами в Нарыне. Оплачиваемая сумма также варьирует в зависимости от региона в среднем от 10 сомов в Бишкеке до 50 сомов в Нарыне. Транспортные расходы тесно связаны с преодолеваемым расстоянием и видом транспорта, где те, что добираются на скорой помощи, несут самые высокие расходы.

Как только люди добрались до медицинской помощи, одним из показателей качества получаемой помощи является время, которое затрачивает пациент, ожидая приема. В целом, среднее время ожидания является довольно непродолжительным. Большинство людей ожидают приема специалиста в течение 15 минут (Таблица В10). Интересно, что по сравнению с ситуацией в 2001 году, в 2004 году не существовало разницы во времени ожидания приема частным и государственным врачом.

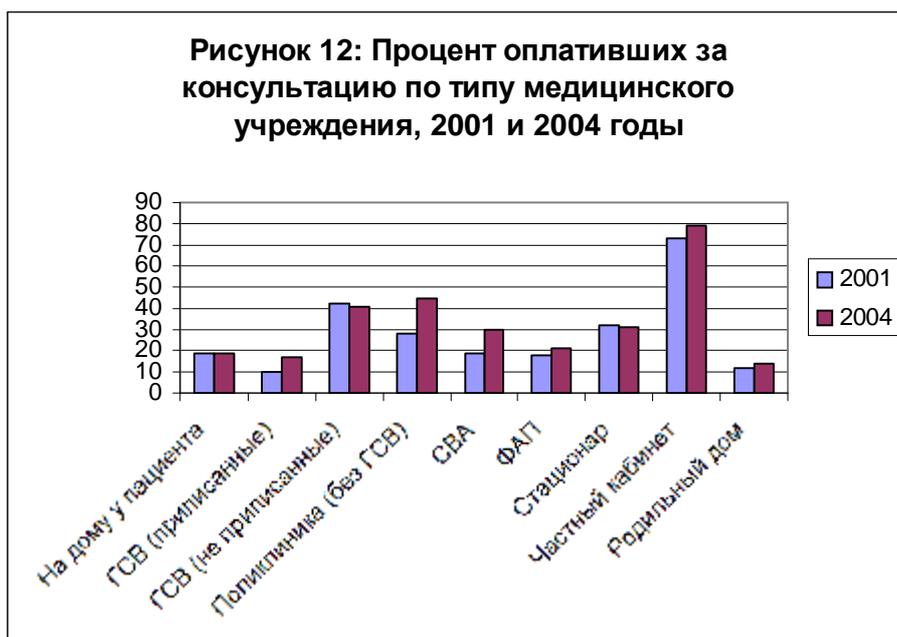
3.1.4 Оплата за консультацию

а) оплата поставщикам

Доля оплачивающих за ПМСП увеличилась в период между 2001 и 2004 годами. В целом, 27 процентов из тех, кто сообщил, что обращался за медицинской помощью в течение последних 30 дней, оплачивали за консультацию в 2004 году, по сравнению с 22 процентами в 2001 году (Таблица В11) и 25 процентами в 1994 году. Самый большой подъем в период между 2001 и 2004 годами произошел среди посещавших стоматолога (до 84% с 63%) и акушерку (до 22% с только 3% в 2001 году). Доля сообщающих о том, что оплачивали посещение медсестры, снизилась, тогда, как оплативших посещение государственного врача слегка увеличилась с 17 процентов до 21 процента (Рисунок 11).



Процент внесших оплату также варьирует в зависимости от типа посещенного учреждения (Рисунок 12 и Таблица В11). Как того можно было ожидать, меньшая доля людей, которые посещали ГСВ, куда они были приписаны, сообщают о том, что что-либо оплачивали (17%) по сравнению с теми, кто посещал ГСВ, куда они не были приписаны (41%) или поликлинику без ГСВ (45%). Однако, доля оплачивающих увеличилась в период между 2001 и 2004 годами с 10 процентов до 17 процентов.



Средняя оплачиваемая сумма также варьирует в зависимости от учреждения, с более высокими средними (и медианными) суммами,

оплачиваемыми в ГСВ, когда лицо не являлось приписанным³ и в поликлиниках по сравнению с ГСВ, куда был приписан респондент. Такие же суммы оплачивались за консультации в ГСВ, куда респондент был приписан и в ФАП или СВА (медианные 20-30 сомов). Как ожидалось, оплата была самой высокой за визиты в частные учреждения, но и также очень высокой за посещения родильных домов. Оплата также была выше у врачей, чем у медсестер, а стоматологи получали самые высокие гонорары.

Существуют значительные региональные различия в доле обращающихся за медицинской помощью, которые платили за консультацию (Таблица В12), варьируя от 40 процентов в Оше и Чуе до 10 процентов на Иссык-Куле. Удивительно, что доля сообщающих о том, что вносили оплату, выше в сельской, чем в городской местности, что противоречит качественным данным, которые предполагают, что неофициальная оплата является главным образом проблемой для города. Однако, по нашим предположениям средний уровень оплаты выше в городской местности. В Таблице В13 этот вопрос исследуется подробнее, где рассматриваются средние выплаты по типу поставщика и учреждениям в городской и сельской местности. Хотя, в целом доли оплачивающих выше в сельской местности, уровень средней оплаты там ниже.

В обследовании представлена суть функционирования системы освобождений от **оплаты**. Из всех респондентов обращающихся за медицинской помощью в течение последних 30 дней, только менее 6 процентов попали под одну из категорий «освобожденных», детализированную в вопросе 8 анкеты. Из них, только 15 процентов из освобожденных людей сообщают, что вносили оплату за консультацию по сравнению с 27 процентами не освобожденных. Хотя это указывает на то, что существует в определенной степени целевое решение проблемы, все еще остаются проблемы исключения.

Людей также спрашивали о том, охвачены ли они **ФОМС**. Существуют некоторые различия в вероятности внесения оплаты за консультацию между теми, кто охвачен ФОМС (25%) и теми, кто нет (33%).

³ Необходимо иметь в виду то, что поскольку такие случаи являются редкими, эти цифры основаны на относительно низких подсчетах.

Когда задавался вопрос о получении **квитанции на оплату**, 73 процента всех респондентов ответили 'трудно ответить', остальные сообщили, что квитанцию получали. Это является улучшением с 2001 года, когда только 6 процентов положительно ответили, что получали квитанцию.

Чтобы дать оценку факторам, связанным с оплатой за ПМСП, в Таблице В14 представлены результаты много-вариабельного анализа с использованием логистической регрессии. Похоже, что новая система функционирует хорошо в плане целевого решения проблемы. Люди, охваченные ФОМС, меньше оплачивали, чем неохваченные, также как и освобожденные. Люди с ограничивающими хроническими состояниями вполнину меньше платили по сравнению с теми, что не являлись хронически больными после осуществления контролинга этих факторов. Более того, бедные меньше платили, чем богатые. Однако сохраняются значительные региональные неравенства, где люди в Оше в четыре раза чаще платят, чем те, что живут на Иссык-Куле. Результаты, полученные для Чуйской области, заводят в тупик. В Таблице В3 показано, что уровень использования был ниже в Чуйской области по сравнению с другими регионами, и данные результаты предполагают, что среди тех, кто получал консультацию, больший процент вносили оплату. Здесь требуется дальнейшее изучение.

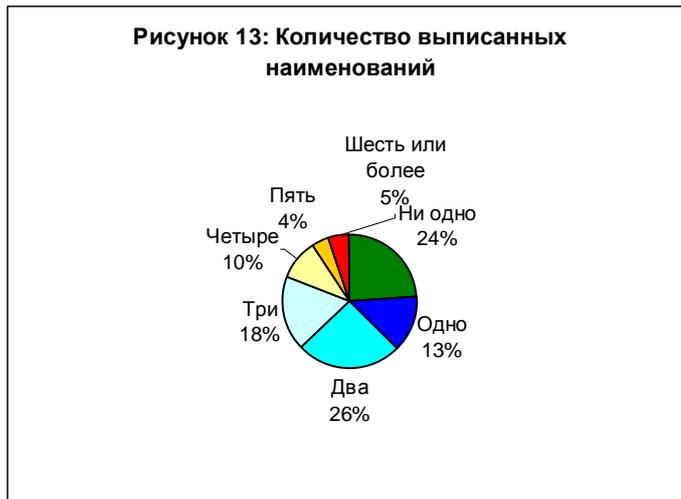
b) другая оплата

Только 17 процентов людей сообщили, что вносили «другую оплату» в связи с консультацией, такую как оплата за диагностические анализы, по сравнению с 32 процентами в 2001 году и 55 процентами в 1994 году (Таблица В15). Кроме того, только два процента сообщили, что делали **подарки** медицинскому персоналу во время консультации. В этом смысле, похоже, что новый механизм оплаты, т.е. сооплата работает.

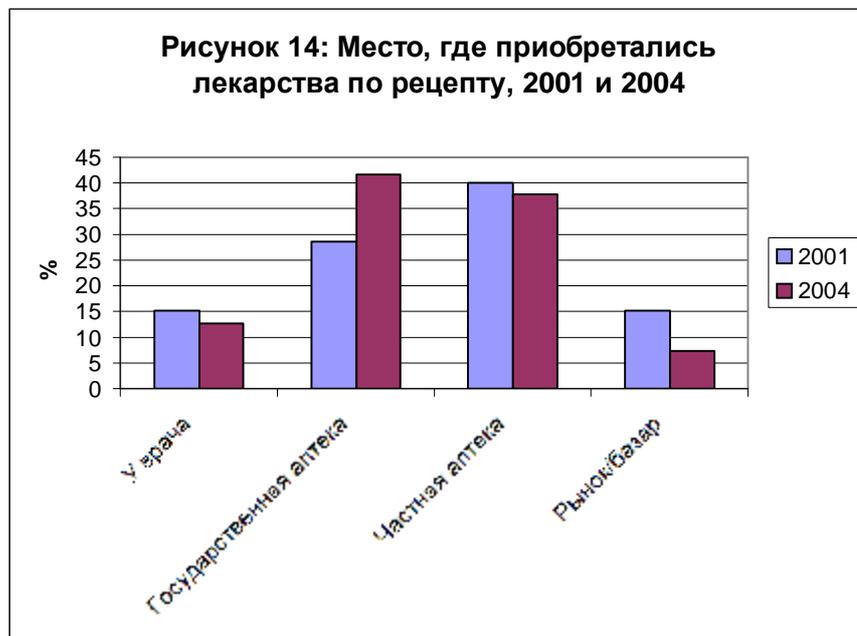
3.2 Рецепты

Из тех, кто консультировался с медицинским специалистом в течение последнего месяца в 2004 году, 76 процентов получали рецепт, по меньшей мере,

на одно наименование (Рисунок 13). Это можно сравнить с 65 процентами в 2001 году. Почти 20 процентов получали рецепт на 4 или более наименований.



Большинство респондентов смогли приобрести все выписанные наименования (91%), а остальные 6 процентов приобрели только некоторые из наименований. Только 3 процента не приобрели ни одно из наименований (Таблица В16). Это значительное улучшение ситуации 2001 года, когда только 77 процентов приобретали все выписанные медикаменты, 14 процентов приобретали только часть и 9 процентов не приобрели ни одно из наименований, и также подтверждает то, что Дополнительный Лекарственный Пакет работает. Когда задавался вопрос о том, почему не приобретали лекарства, только более половины (54%) респондентов в 2004 году указали на то, что лекарства были слишком дорогими по сравнению с 61 процентом в 2001 году.



Две пятые респондентов с рецептом (42%) сообщили, что приобрели все препараты в государственной аптеке (Рисунок 14). Опять же это значительное улучшение ситуации 2001 года, когда только 29% могли найти лекарства, которые им были необходимы в государственной аптеке (Рисунок 14 и Таблица В17). Медианная оплачиваемая сумма варьировала в зависимости от места от 80 сомов у врача до 150 сомов в частной аптеке (Таблица В18).

Один из шести (16%) из общей выборки сообщают, что приобрели какие-то препараты без рецепта в течение последнего месяца по средней стоимости - 82 сомов.

3.3 Общая оплата, связанная с консультацией

В 2004 году, средняя оплачиваемая сумма в связи с консультацией среди всех, кто консультировался с медицинским специалистом, составила 245 сомов. Более половины всех людей вообще ничего не платили за услуги, в том числе транспортные расходы, в результате медианная оплата равнялась нулю (Таблица В19). Расходы на рецепты составляют самую большую долю в общих расходах (75%), с оплатой за консультации, которая идет следующей по наибольшей важности (13%).

При изучении расходов на медицинскую помощь *только* среди тех, кто *действительно понес расходы*, медианная (средняя) общая оплачиваемая сумма в связи с консультацией составляла 120 (276) сомов в 2004 году по сравнению с 86 (193) сомами в 2001 году (Таблица В20). Имеются незначительные региональные различия в уровнях оплаты в связи с консультацией у медицинского специалиста в 2004 году по сравнению с 2001 годом (Таблица В21), с самой высокой средней оплатой в Чуйской области и Бишкеке и самой низкой в Жалал-Абаде.

Рассматривая бремя расходов на медицинскую помощь среди тех, кто консультировался в течение последнего месяца, общая оплата за консультации составляла в среднем почти 8 процентов от обычных ежемесячных расходов домохозяйства. Очень похоже на то, что было обнаружено в 2001 году (Таблица В22). Оплата за медицинскую помощь представляет собой большее бремя для бедных, чем для богатых, когда расходы на медицинскую помощь в среднем насчитывают 8.3 процентов от общих расходов домохозяйства для самых бедных домохозяйств по сравнению с 7.5 процентами среди самых богатых. Однако, относительный разрыв сократился с 2001 года, демонстрируя то, что реформы стали прогрессивными по своей сути. Тем не менее, слишком рано радоваться, поскольку для некоторых бедных домохозяйств расходы на медицинскую помощь, связанные с консультацией представляли собой почти в три раза больше их обычных ежемесячных расходов.

3.4 Барьеры к доступу?

На вышеуказанном Рисунке 7 придается большое значение тому факту, что большая доля мужчин и женщин среди тех, которые считали, что им необходима медицинская помощь в течение последних 30 дней, не обратились за лечением, и эта доля увеличилась со временем. В Таблицах В23-25 представлены причины не использования по различным характеристикам. Самая большая доля сообщающих об **экономической доступности** как о причине, по которой не использовалась медицинская помощь, обнаружена в Чуйской области (31%); такая же ситуация была в 2001 году.

Экономическая доступность, по-видимому, является большей проблемой для пенсионеров мужского пола, чем для других возрастных групп, но удивительно, что нет сильной связи с экономическим благосостоянием домохозяйства, **хотя подсчеты по клеткам низкие**. Однако, много-вариабельный анализ (Таблица В3) показывает, что существует значительные различия в вероятности обращения за медицинской помощью в зависимости от социально-экономической группы даже после осуществления контролинга здоровья, возраста и региона, где те, что относятся к самой бедной квинтильной группе, значительно меньше обращаются за консультацией. Таким образом, вопросы улучшения доступа к ПМСП среди очень бедных необходимо продолжать решать лицам, определяющим политику.

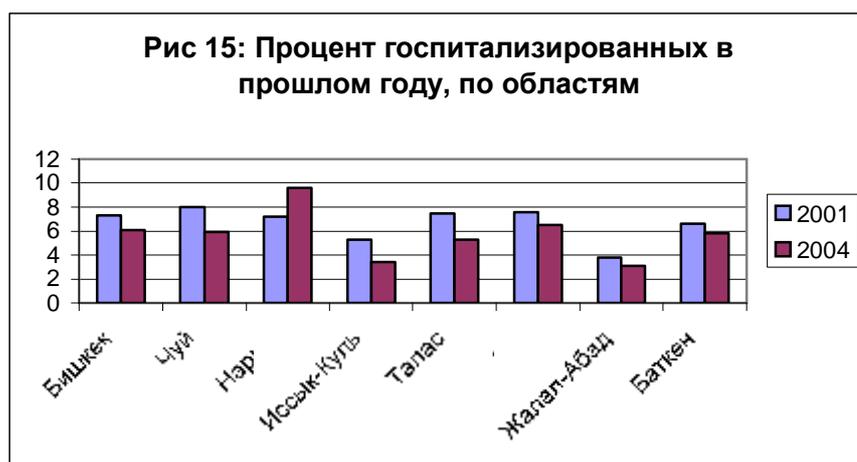
4. Госпитализация в прошлом году

4.1 Образцы использования госпитальной помощи

В течение 12 месяцев до обследования 5.5 процентов всех респондентов сообщали, по меньшей мере, об одном пребывании в стационаре (по сравнению с 6.6% в 2001 году). Из них, 10 процентов были госпитализированы дважды и 3 процента три и более раз.

4.1.1 Уровни госпитализации

Уровни госпитализации варьируют в зависимости от возраста и пола (Таблица С1), самые высокие уровни госпитализации отмечаются среди мужчин старшего поколения (10%) и женщин трудоспособного возраста (10%). Существуют значительные региональные различия в уровнях госпитализации; самый высокий в 2004 году отмечается в Нарыне (10%), а самый низкий в Жалал-Абаде (3%) (Рисунок 15). Не существовало разницы в уровнях госпитализации между городским и сельским населением. Уровни госпитализации понизились во всех регионах в период между 2001 и 2004 годами, за исключением Нарына.



В 2001 году, значительные различия существовали в уровнях госпитализации в зависимости от экономического статуса с уровнем использования среди самых богатых (9%) почти *в два раза* выше, чем среди самых бедных (5%) (Таблица С2). Состоятельные люди не только больше использовали госпитальную службу, они также имели большее среднее арифметическое количество

госпитализаций (1.29). К 2004 году, различия по социально-экономическим группам отмечались намного меньше. Уровни госпитализации у низшей квинтильной группы оставались неизменными по сравнению с 2001 годом. Однако показатели у квинтиля самых богатых снизились с 9 процентов только до 6 процентов. Это может отражать тот факт, что реформы сдерживали необоснованное использование услуг третичного уровня. Однако, альтернативным, более пессимистичным объяснением может быть то, что даже богатые сейчас меньше могут себе позволить госпитальную помощь.

Опять же, эти образцы использования госпитальной службы могут отражать различия в состоянии здоровья между группами. Для дальнейшего изучения того, каким образом уровни госпитализации варьируют по различным подгруппам населения, в Таблице С3 представлены результаты логистической регрессии. Зависимой переменной является пребывание в стационаре в течение последних 12 месяцев. После контролинга состояния здоровья, возраста и пола, различия в госпитализации по социально-экономическим группам, показанные в Таблице С2, значительно сократились и фактически те, что входят в квинтиль самых богатых фактически меньше госпитализировались, чем те, что входят в квинтиль самых бедных. Интересно, однако, что большие региональные различия остаются, с большей вероятностью госпитализации во всех других регионах, по сравнению с Иссык-Кулем, а самые высокие уровни обнаружены в Нарыне.

4.1.2 Состояния, при которых госпитализировались пациенты

Состояния, при которых респонденты госпитализировались в значительной степени, отображают образец характерных возрастных хронических состояний, определенных выше. Среди детей, основными причинами госпитализации являются инфекционные и паразитарные заболевания, а также респираторные проблемы. Более половины всех госпитализаций среди женщины в возрасте 16-54 лет связаны с беременностью (Таблица С4). Данные образцы остаются очень схожими с теми, что были обнаружены в обследовании 2001 года.

4.1.3 Тип учреждения

Почти треть людей были госпитализированы в Центральную Районную Больницу (ЦРБ), четверть в родильные дома, а другая пятая часть в Городскую больницу. Областные и Республиканские больницы насчитывали около одной из десяти госпитализаций, тогда как частные больницы насчитывали менее одного процента (Рисунок 16). Тип учреждения, куда направлялся человек, различается по регионам, с республиканскими больницами, насчитывающими 21 процент человек, госпитализированных из Бишкека по сравнению только с 1 процентом человек из Жалал-Абадской и Ошской областей.



Тип учреждения также различается в зависимости от экономического статуса (Таблица С5). Лица, живущие в пятой части самых бедных домохозяйств все еще больше госпитализируются в ЦРБ (31%) по сравнению с пятой частью самых богатых (22%), хотя данный разрыв меньше отмечен, чем это было в 2001 году. В противовес, самый богатая квинтильная группа в десять раз больше получала помощь в республиканских больницах, чем те, что составляют самый бедный квинтиль.

Среди госпитализированных в 2004 году сейчас не существует четких различий в распределении видов лечения, полученного квинтильной группой, где бедные больше подвергались хирургическим вмешательствам и интенсивной терапии, чем богатые. Отмечается улучшение с 2004 года. В целом, пятая часть госпитализированных в течение 12 месяцев до мартовского обследования 2004 года оперировались по сравнению с только 10 процентами в 2001 году. Это можно аргументировать тем, что введение фиксированной оплаты за хирургические вмешательства имели эффект содействия тому, что больше людей имели такие вмешательства. Однако, при условии, что в целом госпитализации сократились, это также может означать, что те, кто госпитализировался – это те, у кого очень плохое здоровье и большая нужда, и это объясняет более высокую долю испытавших хирургические вмешательства.

4.1.4 Вид направления

Большинство госпитализированных направляются из первичного медико-санитарного учреждения, такого как ГСВ (31%), поликлиник (20%) и ФАПов (13%) (Рисунок 17). Произошло небольшое снижение в доле самонаправленных до 19 процентов в 2004 году с 22 в 2001 году. Можно отнести большее сокращение к более высокой оплате за такие направления. Однако важно принимать во внимание тип учреждения (Таблица С6). В 2001 году, 44 процента посещений в СУБ составили самонаправленные; к 2004 году произошло снижение до только 9 процентов. Интересно все же, что в 2001 году 11 процентов посещений в Республиканскую больницу составили самонаправленные; а к 2004 году произошло увеличение до 19 процентов. Таким образом, в основном проблема самонаправлений существует на республиканском уровне.

Рисунок 17: Источники направлений в больницу



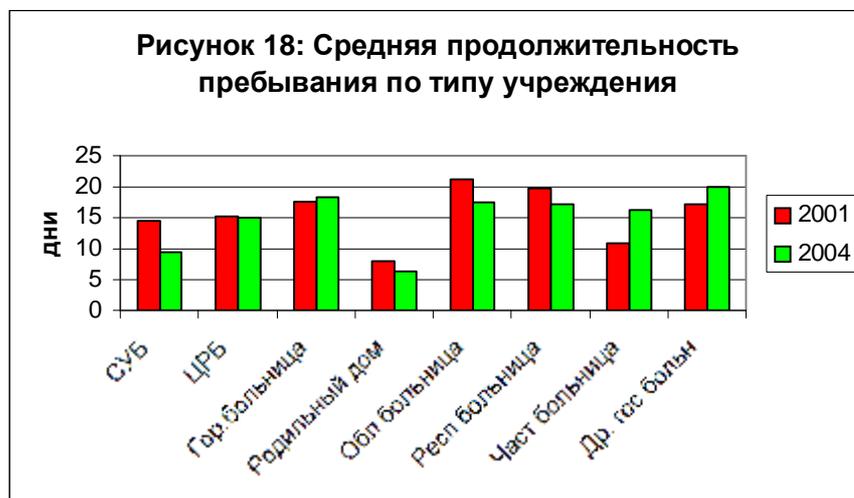
В Таблице С7 рассматриваются различия в направлениях по социально-экономическим группам. В целом, живущие в домохозяйствах, которые составляют 60 процентов самых бедных по благосостоянию, больше всего самонаправляются в больницы за получением медицинской помощи, с только 12 процентами в самой богатой квинтильной группе по сравнению с 26 процентами в средней квинтильной группе и 19 процентами в самой бедной квинтильной группе. Не существует четких различий в типе помощи, за которой обращаются самонаправленные, с большинством самонаправленных из самой бедной квинтильной группы в родильные дома (62%). Наоборот, те, кто находится на вершине распределения благосостояния больше самонаправляются в республиканские или частные больницы.

4.1.5 Продолжительность пребывания

Средняя продолжительность стационарного пребывания в 2004 году составила 3.8 дней, а медианная величина составила 10 дней. Произошло снижение с 2001 года, когда средняя арифметическая (медианная) продолжительность пребывания составляла 15.3 (12) дней; и стала значительно короче, чем это было в 1994 году, когда средняя арифметическая (медианная) продолжительность

пребывания составляла 26.0 (15) дней. Таким образом, по-видимому, продолжающиеся усилия Министерства здравоохранения по сокращению времени пребывания больных в стационаре являются успешными.

Неудивительно, что средняя арифметическая продолжительность пребывания варьирует значительно в зависимости от типа учреждения, от 6 дней в родильном доме до 18 дней в городской больнице (Рисунок 18). В период между 2001 и 2004 годами, продолжительность пребывания сократилась наиболее эффективно в АТН (раньше СУБ), и в республиканских больницах, но фактически увеличилась, в среднем, в городских больницах.



4.2 Расходы на госпитализацию

4.2.1 Транспортные расходы

Как и было в 2001 году, большинство людей находились в больнице рядом с домом. Медианное расстояние составляло только 8 км. Однако существовала очень большая степень варьирования, с минимумом в 100 метров и максимумом в 900 км (Таблица С8). Расстояние варьировало в зависимости от типа больницы, когда люди ездили самое далеко в республиканские больницы, частные и областные больницы. Время путешествия также широко варьировало. В целом, около двух третьих пациентов должны были ехать менее получаса. Однако, шесть процентов –

более четырех часов; и почти треть из тех, что посещали республиканскую больницу, затрачивали более четырех часов, чтобы добраться до туда (Таблица С9).

Существуют четкие различия в виде транспорта, использованного для того, чтобы добраться до госпитальной службы по виду учреждения и по региону (Таблица С10). Одиннадцать процентов всех стационарных больных были доставлены в больницу на скорой помощи⁴. Данная цифра выросла до 20 процентов для пациентов городских больниц.

4.2.2 Поддержка семьи

Госпитализация представляет собой большие расходы для большинства домохозяйств. Общепринято для семей пациента компенсировать некоторые из расходов путем предоставления продуктов и постельного белья и тем, что они берут на себя ответственность за выполнение задач по личному уходу, такие как купание и кормление своего больного члена семьи. Однако, также, похоже, что ряд семей, берут на себя и другие обязанности, формально выполняемые медсестрами и врачами, такие как прием лекарств и выполнение инъекций. Учитывая изменения, которые произошли в период с 2001 по 2004 год, обеспечение персонального ухода увеличилось (Рисунок 19а). Меньше семей обеспечивают питание и белье, но больше обеспечивают медикаменты (Рисунок 19б). Больше потрясло то, что доля оказывающих помощь путем выполнения инъекций увеличилась с 6 процентов в 2001 году до 18 процентов в 2004 году (Рисунок 19с).
проверить статистическую значимость изменений, произошедших со временем

⁴ В 2001 году, 9% всех госпитализированных были доставлены в больницу на скорой помощи; в 1994 году эта цифра составляла 14%.

Рис 19а: Процент семей, осуществляющих личный уход во время пребывания больного в стационаре

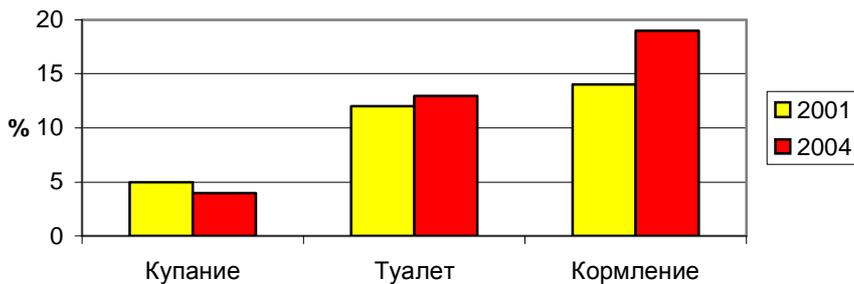


Рис 19б: Процент семей, обеспечивающих избранные предметы во время пребывания больного в стационаре

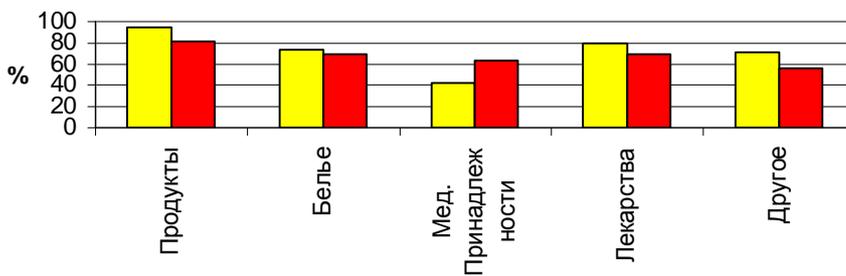
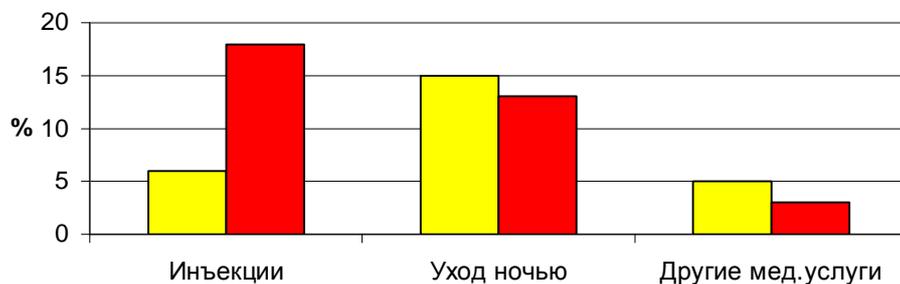


Рис 19с: Процент семей, оказывающих избранные услуги во время пребывания больного в стационаре

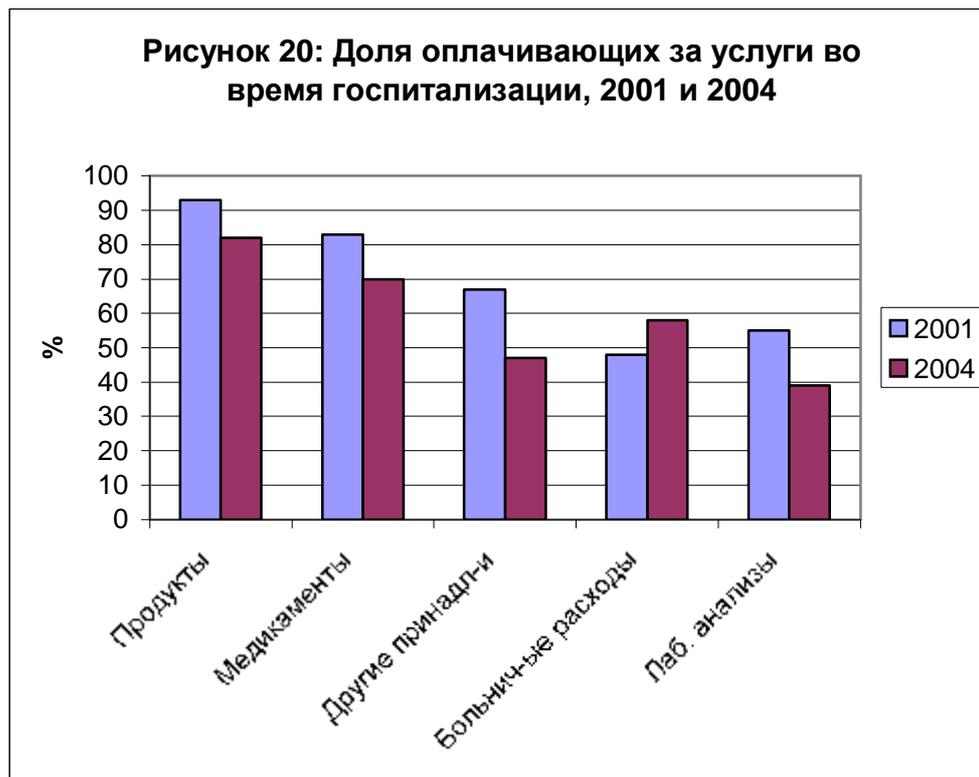


Существуют различия в образцах натуральных взносов в зависимости от социально-экономической группы, где те, что из более богатых домохозяйств больше обеспечиваются бельем или лекарствами, чем те, что из бедных домохозяйств, тогда как бедные больше приносят продуктами (Таблица С11). Интересно, что социально-экономические различия в натуральном обеспечении в целом уменьшились в период между 2001 и 2004 годами.

4.2.3 Оплата за медикаменты и услуги

Как показано на Рисунке 20, хотя доля оплаты госпитальных расходов увеличилась в период между 2001 и 2004 годами, доля осуществляющих другие категории оплаты снизилась, что говорит о том, что политика сооплаты сама по себе начала действовать.

Хотя это и отличные новости, важно отметить, что доля оплачивающих за медикаменты и услуги во время госпитализации остается очень высокой. В 2004 году среди всех пациентов, 82 процента оплачивали питание, 70 процентов – за медикаменты, 47 процентов – за другие принадлежности, 58 процентов – госпитальные расходы и 39 процентов – за лабораторные анализы. Больше половины людей, оплачивающих стационарные и лабораторные издержки, сообщили, что *не* получали квитанций, затрудняя определение того, являлись ли эти выплаты официальными или неофициальными.



Существуют данные о том, что в 2004 году меньшая доля бедных оплачивала больничные расходы и лабораторные анализы по сравнению с богатыми, но они больше платили за питание и медикаменты (Таблица С12). Более того, самая низшая квинтильная группа оплачивала меньшую сумму. Но даже тогда расходы на оплату и медикаменты могут быть чрезмерными. Медианная оплата за медикаменты для низшей квинтильной группы составляла 300 сомов (см. также сопровождающий документ исследования по катастрофическим выплатам).

4.2.4 Оплата персоналу

В Таблице С12 представлена некоторая информация по доле сделанных выплат/подарков непосредственно персоналу во время госпитализации. Различия по экономическому статусу отчасти отражают различия в видах полученного лечения во время госпитализации, поскольку данные в Таблице С13 - по *всем* стационарным пациентам, а не по тем, что могут иметь 'риск оплаты'. Например, вряд ли от пациентов ожидается оплата за услуги гинеколога, если они не беременны или не рожают! Таким образом, тот факт, что доля оплачивающих

наличными гинекологу в два раза выше у бедных (25%), чем у богатых (11%) можно объяснить тем, что (как показано в Таблице С5) бедные вероятно меньше посещают родовспомогательные учреждения, чем богатые (36% по сравнению с 11%).

В целом, небольшая доля стационарных больных сообщают о прямых выплатах персоналу. Однако когда они так поступают, размер выплат может быть значительным – особенно хирургам. Появились некоторые данные о том, что оплата - это требование персонала стационаров, в частности анестезиологов (Таблица С14), хотя в большинстве случаев больные сообщали, что платой был подарок.

4.3.5 Общие расходы

В целом, средние арифметические общие расходы, понесенные в период пребывания в стационаре в течение года до проведения обследования, составляли 1956 сомов (медианные - 1240 сомов). Это по сравнению с 1270 сомами (медианные - 720) в 2001 году. Из этого, лекарства составляли 45%, питание - 26%, а больничные расходы - 31%.

Средние расходы варьировали значительно по областям:

§ Жалал-Абад	1,219 сомов (медианные - 980)
§ Иссык-Куль	1,258 сомов (медианные - 885)
§ Баткен	1,503 сомов (медианные - 820)
§ Талас	1,552 сомов (медианные - 1040)
§ Нарын	2,034 сомов (медианные - 1130)
§ Бишкек	2,074 сомов (медианные - 1700)
§ Чуй	2,127 сомов (медианные - 1470)
§ Ош	2,335 сомов (медианные - 1560)

Распределение по областям изменяется в зависимости от того, применялись средние арифметические или медианные расходы. Средние арифметические являются самыми низкими в Жалал-Абаде и самыми высокими в Оше. Однако в Оше расходы искажены, где на средние арифметические повлияли несколько случаев с очень высокими расходами. При использовании медианных расходов,

общие расходы являются самыми высокими в Бишкеке и Чуйской области, а самые низкие в Баткенской, как это и было в 2001 году.

Больничные расходы также варьируют в зависимости от возраста и пола:

§ Дети до 16

§ Мальчики 1563 сомов (медианные - 1100)

§ Девочки 1,348 сомов (медианные - 1150)

§ Трудоспособный возраст

§ Мужчины 2,482 сомов (медианные - 1850)

§ Женщины 1,843 сомов (медианные - 1100)

§ Пенсионный возраст

§ Мужчины 1,994 сомов (медианные - 1470)

§ Женщины 2,058 сомов (медианные - 1500)

Уровень расходов детей и лиц после пенсионного возраста удивляет из-за того, что обе эти группы теоретически охвачены ФОМС.

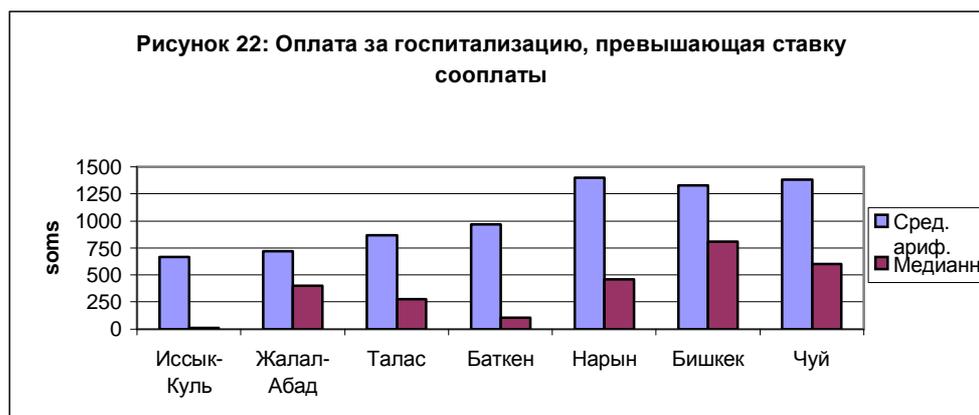


Общие расходы на госпитализацию также варьировали в зависимости от экономического статуса от средних арифметических (медианных) 1727 (830) сомов для живущих в самой бедной пятой части домохозяйств до 2460 (1920) для живущих в самой богатой пятой части домохозяйств (Рисунок 21). Таким образом, при рассмотрении в абсолютном виде уровни оплаты, больничные выплаты являются прогрессирующими. Однако, хотя бедные платят меньше в среднем за пребывание в стационаре, чем это делают богатые, эти расходы представляют собой большую долю общих средств домохозяйств (Таблица С15). В среднем,

пребывание в стационаре отдельного лица составляет около 5 процентов годовых расходов домохозяйств (либо половину обычных ежемесячных расходов домохозяйства) среди бедных по сравнению с 3 процентами среди богатых.

4.3 Со-оплата и расходы домохозяйства на медицинскую помощь

При условии, что основная цель обследования – предоставить данные для проведения оценки нового механизма сооплаты за стационарное пребывание, было бы полезно изучить, как распределяется оплата в связи с новыми пределами сооплаты. Невозможно определить каким было пребывание больного в стационаре в 2003 или 2004 годах. Однако, поскольку обследование проводилось в марте 2004 года, справедливо предположить, что большая часть имела место в 2003 году. Используя ставки сооплаты 2003 года в сочетании с информацией о статусе пациента, т.е. освобожденные, застрахованные, незастрахованные, без направления и включала ли госпитализация хирургию или нет, возможно определить была ли фактическая оплата больше или выше ожидаемой сооплаты. Новые ставки сооплаты не были введены в Оше в 2003 году, и поэтому эта область исключена из анализа, представленного в Таблице С16 и на Рисунке 22 ниже.



Существует несколько моментов, которые стоит отметить. Во-первых, существенные расходы больше и выше ставки сооплаты за пребывание в стационаре имели место, в частности в Бишкеке, Нарыне и Чуе. Однако медианные уровни оплаты были намного ниже, чем средние арифметические выплаты, указывающие на то, что значительная доля пациентов ничего не платят или совсем не намного больше и выше ставок сооплаты, хотя несколько человек оплачивали

значительные суммы (см 3ю колонку в Таблице С16). Во-вторых, средние превышающие выплаты намного ниже в Иссык-Кульской, Жалал-Абадской, Таласской и Баткенской областях, чем в Нарыне, Бишкеке и Чуе. Третье, если исключить расходы на питание, тогда больничные расходы будут намного ниже и фактически медианные превышающие выплаты равны нулю везде, за исключением Нарынской и Чуйской областей – указывая на то, что, по меньшей мере, половина всех стационарных больных не платят больше, чем ставка сооплаты. Таким образом, новые ставки сооплаты работают.

В Таблице С17 представлен такой же анализ для социально-экономических групп, за исключением Оша. Средние превышающие выплаты – ниже для нижней квинтильной группы, которая составляет 60 процентов, чем для высшей квинтильной группы – 40 процентов, опять же демонстрируя улучшение справедливости. Однако слишком рано радоваться и все еще есть некоторые бедные люди, которые оплачивают значительные суммы. Влияние оплаты за медицинскую помощь на благосостояние домохозяйства дальше изучается в отдельном документе по катастрофическим выплатам.

5. Общие частные расходы на здравоохранение

Результаты ОФДМП могут использоваться для подсчета общих расходов домохозяйства, как на амбулаторную, так и на стационарную помощь для населения в целом. В Таблице D1 приложения показаны средние расходы на душу населения по ряду различных компонентов медицинской помощи. Это цифры по последней консультации в предыдущие 30 дней или по самому последнему пребыванию в стационаре в течение прошлого года. Среди консультировавшихся в последние 30 дней, пациенты сообщали в среднем о 1.46 визитах с медианным 1 посещением и максимальными 9. Подобным же образом, среди находившихся в стационаре в прошлом году, среднее количество пребываний составило 1.12 с медианным числом 1 и максимальным - 3.

Для того чтобы получить годовые подсчеты для населения в целом нам

а) необходимо помножить амбулаторные данные на коэффициент 12. Это предполагает, что последний месяц был характерным для этого года. Поскольку обследование проводилось в марте, 30 дней до проведения исследования охватили февраль. Можно предположить ухудшение ситуации с острыми заболеваниями в зимние месяцы, в результате мы можем переоценить годовые расходы на амбулаторную помощь.

б) отрегулировать данные с учетом среднего числа посещений в рассматриваемый период. Это может быть сделано двумя способами. Первое, можно помножить данные для каждого респондента на *фактическое* число сообщенных посещений. Здесь предполагается, что расходы на последнее посещение являются характерными для всех посещений. Однако это может переоценить общие расходы, особенно для тех людей, которые сообщают о большом количестве посещений. Альтернативой является использование *среднего* количества посещений.

в) сгруппировать данные для различных демографических групп для получения общих по населению. Здесь, мы используем суммарный равновес выборки, предоставленной НСК.

Полная картина результатов этих альтернативных подходов показана в Таблице D2, которая включает 3 варианта: А, В и С. В Варианте А отображается нижняя граница, предполагая, что респонденты сообщали обо всех расходах, связанных с медицинской помощью, а также связанных с последним посещением. В действительности, в вопроснике не оговаривается четко, чтобы респонденты ограничивали свои ответы последним посещением, так что вероятно, что некоторые респонденты фактически объединили все расходы за все амбулаторные и стационарные посещения за рассматриваемый период, связанные со своими хроническими или острыми заболеваниями. По Варианту В выверяются данные с использованием фактических посещений и пребывания в стационаре, и отображается верхняя граница. По варианту С выверяются данные с использованием среднего количества посещений. В сумме, общие частные расходы на медицинскую помощь в 2003 году выровнялись с 2.3 миллиардов сом до 3.2 миллиардов сом, со средним пределом, составляющим 2.9 миллиарда.

	Средние арифметические расходы на душу (сомы)	Общие расходы на население Миллионы сомов (население = 503727)
Вариант А		
Годовые частные расходы на здоровье, за исключением транспортных и питания	471	2,375
Из которых годовые частные расходы на лекарства	371	1,867
Вариант В		
Годовые частные расходы на здоровье, за исключением транспортных и питания	648	3,266
Из которых годовые частные расходы на лекарства	488	2,457
Вариант С		
Годовые частные расходы на здоровье, за исключением транспортных и питания	584	2,943
Из которых годовые частные расходы на лекарства	453	2,284

6. Осведомленность и отношение к реформам здравоохранения

6.1 Охват ФОМС

Осведомленность об охвате Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) сейчас довольно хорошая (Таблица D1). 82 процента мальчиков и девочек сейчас охвачены, по сравнению с только 14 процентами мальчиков и девочек в 2001 году. Среди пенсионеров, осведомленность также высокая – примерно четыре из пяти знают, что они застрахованы.

6.2 Приписка к ГСВ

В марте 2004 года более половины всех домохозяйств (51%) сообщили, что приписаны к Группам Семейных Врачей (ГСВ). Неудивительно, что эта доля была намного выше в тех областях страны, где ГСВ были введены в первую очередь (Рисунок 23).



Большинство приписанных домохозяйств (83.5%) сообщили, что не должны платить ничего в ГСВ. Из меньшинства, которые сообщают, что платили, 31 процентов платят за то, чтобы попасть на прием к врачу, 39 процентов – открыть персональную карточку, 36 процентов – за процедуры, 19 процентов за диагностические услуги и 13 процентов за направление.

6.3 Право на и использование скидок

Шесть процентов домохозяйств сообщили, что, по меньшей мере, один член семьи имел право на покупку медикаментов со скидкой. Из них:

- § 52% всегда пользовались этим правом
- § 10% не пользовались этим правом из-за отсутствия документов
- § 21% не пользовались этим правом из-за отсутствия медикаментов
- § 5% не пользовались этим правом из-за того, что врачи неохотно выписывают рецепты
- § 6% не пользовались этим правом, даже со скидкой, так как медикаменты трудно себе позволить
- § 2% не пользовались этим правом из-за отсутствия средств на уровне учреждения

Таким образом, получается, что продолжают оставаться как административные, так и финансовые препятствия, проблему которых надо решать для того, чтобы совершенствовать действие схемы рецептурных скидок.

6.4 Доступ к медицинской помощи

Только в очень редких случаях (2%) домохозяйства действительно сообщили, что им когда-либо *отказывали* в услугах. Из них, 40 процентов сказали, что это произошло, потому что они не смогли позволить себе эти услуги. Однако, более трети (39%) домохозяйств сообщили, что кто-то из них болел, но не обращался за медицинской помощью.

Из них:

- § 65% занимались самолечением, используя традиционные травы
- § 31% занимались самолечением, используя медикаменты, которые у них уже были
- § 15% отказались от получения помощи, поскольку не смогли позволить ее себе
- § 14% думали, что им станет лучше без ничего - само пройдет
- § 2% удержало от обращения за помощью недоверие врачам

§ 2% удержало от обращения за помощью их осознание некачественных услуг

Таким образом, меньшая часть домохозяйств все еще отказываются от обращения за медицинской помощью из-за финансовых барьеров. Более того, качественные интервью показали, что многие люди занимаются самолечением, чтобы избежать расходов на официальное обращение за медицинской помощью. Таким образом, фактическая доля отказывающихся от официального обращения за медицинской помощью в Кыргызстане из-за ее стоимости может в действительности быть значительно выше.

Кроме того, в 4% домохозяйств был кто-то, кто направлялся в стационар, но не госпитализировался. Из них:

- § 78% не госпитализировались, потому что не могли позволить себе это
- § 15% думали, что поправятся сами по себе
- § 8% отказались от обращения за помощью из-за недоверия врачам
- § 1% были направлены в другой стационар
- § 1% не смогли физически добраться до медицинского учреждения

7. Выводы

По балансу анализ ОФД за 2004 год показывает некоторые обнадеживающие признаки, что справедливость внутри сектора здравоохранения улучшилась с 2001 года. Социально-экономические различия в заболеваемости, по-видимому, уменьшились, также как и различия в уровнях госпитализации и оплаты за медицинскую помощь.

	Направление социально-экономических различий 2001 – 2004 годы
Хроническая заболеваемость	сужается
Острая заболеваемость	сужается
Показатели консультаций	расширяется
Оплата за амбулаторную помощь	сужается
Показатели госпитализаций	сужается
Оплата за стационарную помощь	сужается

Однако в анализе также придается большое значение тому, что до сих пор существуют области, которые нуждаются в незамедлительном политическом внимании. Особую озабоченность вызывает рост неофициальных выплат за ПМСП. Свыше четверти людей сообщили, что их просили произвести оплату за свою последнюю консультацию и три четверти платили за рецепт. Кроме того, средний уровень оплаты повысился за последние три года, оплата за медицинскую помощь представляет собой большую долю от общих расходов бедных домохозяйств.

Существуют четкие региональные различия в наклонности платить за амбулаторную помощь, где Ошская и Чуйская области демонстрируют самые высокие уровни.

Ситуация с наличием рецептов на лекарственные препараты также улучшилась, с более 90 процентами, получающими все прописанные наименования

– отражая успешное введение Дополнительного пакета по лекарственным препаратам.

Показатели госпитализации сократились во всех регионах, за исключением Нарына, указывая на то, что новая система сооплаты становится эффективной в снижении необоснованных госпитализаций. Также, получается, что система сооплаты сократила количество самонаправлений, особенно в сельские медицинские учреждения. Однако самонаправления остаются проблемой на республиканском уровне, где они насчитывают почти пятую часть посещений. Самонаправления в республиканские больницы выше среди высших социально-экономических групп, отражая их большую способность оплачивать более высокие ставки сооплаты.

Общие расходы на госпитализации остаются высокими, хотя новая система стала эффективной в области сокращения неофициальной оплаты с большей половиной всех пациентов, не производящих оплату более чем порог сооплаты, с учетом расходов на питание.

Осведомленность о новых реформах высокая и большинство пенсионеров и детей знали о том, что охвачены ФОМС. Однако приписка к Группам Семейных Врачей остается на низком уровне в некоторых регионах, в особенности, в Нарыне, Таласе и Оше.

Наконец, небольшое меньшинство сообщают об отказе от обращения за медицинской помощью из-за осознаваемых расходов. Предполагается, что если осведомленность о реформах здравоохранения будет продолжать распространяться, число их может сократиться. Однако остается важным продолжать улучшать целевое оказание услуг тем, кто больше всех в них нуждается.

Приложение I Таблицы

Большая часть анализа основана на взвешенных данных, взвешенные данные представлены для того, чтобы обеспечить репрезентативность выборки на областном уровне. Однако меньшая часть таблиц, такие как виды хронических и острых состояний представлены с использованием не взвешенных данных, так как сумма данных в клетке небольшая и не рекомендуется присваивать высокий вес ни одному случаю.

Список таблиц

Таблица А1 Доля хронических и острых заболеваний по возрасту и полу в %, 2001 и 2004 гг.....	50
Таблица А2 Доля хронических и острых случаев в % по экономическому состоянию (квинтиль на душу от общей суммы расходов домохозяйства в месяц), 2001 и 2004 гг.....	50
Таблица А3 Из хронических случаев доля различных поврежденных частей тела, 2004 г.	51
Таблица А4 Из случаев острых заболеваний или травм за последние 30 дней доля различных поврежденных частей тела, 2004 г.	52
В. Использование медицинских услуг	53
Таблица В1 Использование медицинских услуг по возрасту и полу, 2001 и 2004 гг.....	53
Таблица В2 Использование медицинских услуг по экономическому состоянию (квинтиль общих расходов домохозяйства на душу), 2001 и 2004 гг.....	53
Таблица В3: Случайные коэффициенты оказания медицинской помощи за последние 30 дней.	54
Таблица В4 Состояния, при которых обращались за медицинской помощью, по возрасту и полу (%), 2004 г.....	55
Таблица В5 Тип посещенных ЛПУ по месту проживания (город/село), 2001 и 2004 гг.....	55
Таблица В6 Категории медицинского персонала, оказавшего медицинскую помощь и посещенные ЛПУ по квинтильным группам экономического состояния (%)	56
Тип посещенного ЛПУ	56
Таблица В7 Среднее расстояние от дома больного до ЛПУ (км), 2004 г.	57
Таблица В8 Время, затраченное на проезд до ЛПУ (%), 2004 г.....	57
Таблица В9 Средняя сумма, затраченная на проезд до ЛПУ, по типу учреждения, 2004 г.	58
Таблица В10 Среднее время ожидания (минуты) по категориям медицинского персонала, оказавшего медицинскую помощь и по типу посещенного ЛПУ, 2004 г.....	59
Таблица В11 Доля платежей за консультацию и средние произведенные платежи в в %, по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и по виду посещенных ЛПУ, 2001 и 2004 гг.....	60

Таблица В13 Разброс данных в % между селом\городом в части платежей за консультацию и средние произведенные платежи по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и типу посещенного ЛПУ, 2004 г.	61
Таблица В14: Случайные коэффициенты по платежам за консультацию среди всех, кто оказывал медицинскую помощь в последние 30 дней.	62
Таблица В15 Доля других платежей в % за консультацию и средние платежи по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и по типу посещенного ЛПУ, 2001 и 2004 гг.	63
Таблица В16 Из тех, у кого имелся рецепт доля тех (в %), кто смог приобрести выписанные медикаменты; и среди тех, кто обосновал причину почему нет.	64
Таблица В17 Место приобретения препаратов по рецепту.....	65
Таблица В18 Сумма средних платежей за препараты по рецепту, по месту приобретения, 2004 г.	65
Таблица В19 Средняя сумма платежей за консультацию, среди <i>всех</i> кто обратился за консультацией, 2001 и 2004 гг.	65
Table В20 Средняя сумма платежей за консультацию медицинского специалиста, среди тех оплатил такие услуги, 2001 и 2004 гг.	65
Таблица В21 Средняя сумма общих платежей за консультацию медицинских специалистов по регионам, типу населенного пункта и возрастной категории, 2001 и 2004 гг.	66
Таблица В22 Общие выплаты за консультацию медицинского специалиста как доля в общей ежемесячной сумме расходов домохозяйства, по экономическому состоянию домохозяйства, 2001 и 2004 гг.	66
Таблица В23 Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтилям расходов домохозяйства на душу (%), 2004.....	67
Таблица В24 Причины по которым респонденты не обратились за медицинской помощью, по возрасту и полу (%)	67
Таблица В25 Причины, по которым респонденты не обратились за медицинской помощью по квинтилям общих расходов домохозяйства на душу (%)	67
С. Госпитализация	68
Таблица С1 Использование стационарных услуг в прошлом году по возрасту и полу, 2001 и 2004 гг.	68
Таблица С2 Использование стационарных услуг в прошлом году по квинтилям общих расходов домохозяйства на душу (%), 2001 и 2004 гг.	68
Таблица С3: Случайные коэффициенты по госпитализации за последние 12 месяцев.	69
Таблица С4 Состояния, по которым больные госпитализировались, 2004 г.	70
Таблица С5 Тип посещенного ЛПУ и полученное лечение по квинтилям экономического состояния (%), 2004 г.	70
Таблица С6 Посещенное стационарное учреждение по виду направления (%)...	71
Таблица С7 Доля самонаправленных в различные ЛПУ, по социально-экономическим группам.....	71
Таблица С8 Среднее расстояние от дома больного до больницы (км), 2004 г.	72
Таблица С9 Время проезда до больницы (%), 2004.....	73
Таблица С10 Вид транспортного средства, использованного для проезда до больницы (%)	73

Таблица С11 Доля услуг, оказанных членами семьи, по квинтилю экономического состояния (%), 2001 и 2004 гг.....	74
Таблица С12 Доля платежей за услуги, оказанные во время госпитализации, средние значения (медиана) среди оплативших, по квинтилю экономического состояния (%), 2001 и 2004 гг.....	74
Таблица С13 Доля стационарных больных, которые оплатили\преподнесли подарок персоналу больницы за время госпитализации, средние значения (медиана) среди тех, кто оплатил, по квинтилю экономического состояния (%), 2004 г.	75
Таблица С14 Среди стационарных больных, которые заплатили, обоснование причин произведенных платежей в денежном и натуральном выражении отдельному медицинскому персоналу, 2004 г.....	75
Таблица С15 Всего платежей за госпитализацию (не вкл. питание) в % выражении от годовой суммы расходов, по экономическому состоянию домохозяйства.....	76
Таблица С16 Средняя сумма платежей сверх ставки со-оплаты, по регионам.....	77
Таблица С17 Средняя сумма платежей сверх ставки со-оплаты, по социально-экономическим категориям.	77
D. Общие частные расходы на медицинскую помощь.....	78
Таблица D1 Составляющие суммы средних и общих частных платежей за медицинскую помощь.....	78
Таблица D2 Средняя и общая сумма платежей домохозяйства за медицинские услуги	79
E. Знания и отношение к реформам здравоохранения	81
Таблица E1 Доля сообщивших о том, что охвачены Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС), по возрасту и полу.....	81

А. Состояние здоровья

Таблица А1 Доля хронических и острых заболеваний по возрасту и полу в %, 2001 и 2004 гг.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2001						
Хронические заболевания, продолжительностью более, чем 3 месяца	3.4	10.2	31.4	3.1	15.1	45.7
<i>Ограничивающие хронические заболевания</i>	0.8	3.6	13.0	1.0	5.1	19.7
Острые заболевания за последние 30 дней	13.7	11.4	23.5	16.5	20.4	38.9
<i>Ограничивающие острые заболевания</i>	10.0	7.8	20.1	11.8	13.2	27.1
2004						
Хронические заболевания продолжительностью более, чем 3 месяца	1.8	7.8	26.8	1.9	10.0	39.3
<i>Ограничивающие хронические заболевания</i>	0.5	2.5	10.4	0.5	3.2	17.1
Острые случаи за последние 30 дней	15.1	8.9	19.7	16.5	14.7	28.2
<i>Ограничивающие острые заболевания</i>	8.8	5.9	14.2	10.7	9.3	21.5

Примечание: критерий хи-квадрат по разбросу возраста для мужчин и женщин является значимым при ($p < 0.001$)

Примечание: трудоспособный возраст определен как 16-54 для женщин и 16-59 для мужчин.

Пенсионный возраст определен как 55 и старше для женщин и 60 лет и старше для мужчин.

Таблица А2 Доля хронических и острых случаев в % по экономическому состоянию (квнтиль на душу от общей суммы расходов домохозяйства в месяц), 2001 и 2004 гг.

	Квнтиль расходов на душу в месяц					
	Нижний	2	3	4	Верхний	Всего
2001						
Хронические случаи, продолжительностью более чем 3 месяца	5.8	7.3	11.0	13.3	23.8	11.8
<i>Ограничивающие хронические заболевания</i>	2.0	2.2	4.5	5.3	8.1	4.3
Острые случаи за последние 30 дней	13.2	12.0	15.7	21.3	25.2	17.1
<i>Ограничивающие острые заболевания</i>	9.9	8.4	11.1	14.6	17.5	12.1
2004						
Хронические случаи продолжительностью более, чем 3 месяца	4.5	4.9	7.5	9.8	16.6	8.7
<i>Ограничивающие хронические заболевания</i>	1.4	2.1	2.8	3.8	5.2	3.1
Острые случаи за последние 30 дней	12.6	10.9	14.2	15.8	18.0	14.3
<i>Ограничивающие острые заболевания</i>	7.6	6.6	9.8	10.7	12.3	9.4

Примечание: критерий хи-квадрат по разбросу экономического состояния является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица А3 Из хронических случаев доля различных поврежденных частей тела, 2004 г.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Инфекционные / Паразитарные заболевания	1.8	2.5	1.9	8.8	2.0	0.5
Опухоль		0.2	0.2	0.7	0.9	0.5
Заболевания крови и кровообразительных органов	8.3	8.2	6.4	7.9	6.6	14.3
Эндокринные заболевания	4.4	3.0	2.3	8.0	5.3	5.0
Психические заболевания	5.9	6.0	1.7	4.8	3.3	1.2
Нервная система	20.9	7.9	7.1	5.1	8.3	7.2
Глаза	6.5	4.7	6.1	3.8	3.6	5.8
Уши	3.5	4.3	3.4		1.0	1.5
Циркуляторные проблемы	6.4	9.6	22.5	5.7	10.4	22.2
Респираторные заболевания	19.8	14.8	18.4	34.1	14.9	11.9
Система пищеварения	2.5	18.3	10.0	3.3	18.7	11.7
Кожные заболевания	5.2	0.6	0.4		1.6	0.7
Костно-мышечная система	4.7	9.5	12.7	5.6	6.2	12.4
Мочеполовые органы	3.1	5.2	4.7	4.6	13.8	3.7
Врожденные аномалии	4.3	1.2	0.3	5.1	0.6	0.4
Травмы и отравления	2.6	3.6	1.6	2.5	1.4	0.2
Прочие диагностированные состояния		0.3	0.5		1.1	0.9
Беременность					0.4	
Всего (N)	100.0% (84)	100.0% (344)	100.0% (129)	100.0% (86)	100.0% (556)	100.0% (349)

**Таблица А4 Из случаев острых заболеваний или травм за последние 30 дней
доля различных поврежденных частей тела, 2004 г.**

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Простуда/Грипп	88.5	65.6	48.6	86.8	65.1	53.9
Желудок	0.3	6.0	6.4	1.1	3.0	2.6
Диарея		0.3	0.6	0.1		
Ухо-горло-нос	3.4	2.2	2.9	4.4	3.4	0.9
Печень	0.1	1.3	2.3		2.2	2.6
Почки	0.5	2.1	6.5	0.2	4.4	2.7
Головная боль	0.9	7.6	14.4	1.7	8.4	16.7
Сердце	0.1	2.8	7.4	0.4	1.1	7.8
Легкие	0.1	1.5	1.6	0.5	1.1	2.1
Зубы	3.1	4.2	1.9	2.4	2.6	0.5
Кожа	1.2	0.4	0.6	0.9	0.7	1.0
Переломы	0.2	1.0	0.4		1.0	0.8
Другие травмы	0.2	2.6	2.2	.03	1.6	0.5
Беременность, роды					2.7	
Прочие заболевания	1.3	2.2	4.2	1.2	2.5	8.0
Всего	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
(N)	(355)	(389)	(99)	(413)	(781)	(304)

В. Использование медицинских услуг

Таблица В1 Использование медицинских услуг по возрасту и полу, 2001 и 2004 гг.

<i>Обращались за медицинской помощью за последние 30 дней</i>	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2001						
Да	8.2	5.3	13.7	9.4	11.0	22.3
Нуждались, но не обратились	9.6	9.3	17.8	11.7	15.7	31.1
2004						
Да	7.9	4.2	13.4	9.0	9.7	19.7
Нуждались, но не обратились	13.0	9.8	21.6	13.6	16.4	35.1

Примечание: критерий хи-квадрат по разбросу возраста является значимым при ($p < 0.001$) для мужчин и женщин

Таблица В2 Использование медицинских услуг по экономическому состоянию (квintиль общих расходов домохозяйства на душу), 2001 и 2004 гг.

<i>Обращались за медицинской помощью за последние 30 дней</i>	Квintиль расходов на душу в месяц					
	Нижний	2	3	4	Верхний	Все
2001						
Да	6.3	6.2	8.8	12.5	14.3	9.4
Нуждались, но не обратились	10.4	9.9	12.6	14.1	20.2	13.2
2004						
Да	5.9	8.0	8.5	9.1	11.1	8.5
Нуждались, но не обратились	12.1	10.9	12.7	17.4	19.8	14.6

Примечание: критерий хи-квадрат по разбросу по экономическому состоянию является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В3: Случайные коэффициенты оказания медицинской помощи за последние 30 дней.

	(1)	(2)	(3)
<i>Точка отсчета. Нет острых случаев</i>	1.00	1.00	1.00
Не ограничивающие острые случаи	8.17 ***	8.80 ***	9.10 ***
Ограничивающие острые случаи	13.31 ***	14.93 ***	14.84 ***
<i>Точка отсчета. Нет хронических случаев</i>	1.00	1.00	1.00
Не ограничивающие хронические случаи	2.09 ***	2.51 ***	2.67 ***
Ограничивающие хронические случаи	9.38 ***	10.56 ***	10.03 ***
<i>Точка отсчета. 0-4</i>	1.00	1.00	1.00
5-15	0.46 ***	0.45 ***	0.42 ***
16-39	0.41 ***	0.41 ***	0.39 ***
40-59	0.40 ***	0.40 ***	0.35 ***
60-74	0.57 ***	0.56 ***	0.50 ***
75+	0.46 ***	0.45 ***	0.42 ***
<i>Точка отсчета. мужчины женщины</i>	1.00	1.00	1.00
	1.58 ***	1.56 ***	1.56 ***
<i>Точка отсчета. городские сельские</i>		1.00	1.00
		1.08 ***	1.03 ***
<i>Точка отсчета. Иссык-Куль</i>		1.00	1.00
Жалалабат		1.22 ***	1.20 ***
Нарын		0.92 ***	0.98
Баткен		1.08 ***	1.08 ***
Ош		0.90 ***	0.92 ***
Талас		1.02	1.05 ***
Чуй		0.54 ***	0.53 ***
Бишкек		0.97 ***	0.91 ***
<i>Точка отсчета. Нижний 20-й квинтиль</i>			1.00
квинтиль==2			1.64 ***
квинтиль ==3			1.53 ***
квинтиль ==4			1.56 ***
Верхний 20-й квинтиль			1.70 ***
Константа	-2.875	-2.872	-3.138
R-квадрат Кокса	0.132	0.134	0.137
Наблюдения	20672	20672	18690

Для взвешенных данных использован вес 1 для модели (1) и (2) и вес 2 для модели (3).

* является значительным при $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; **** $p < 0.001$.

Таблица В4 Состояния, при которых обращались за медицинской помощью, по возрасту и полу (%), 2004 г.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Физическое заболевание	52	70	57	63	59	63
Психическое заболевание	1	3	10	<1	2	4
Травмы	14	11	24	13	11	24
Материнство	-	-	-	-	13	-
Контрацепция	-	-	-	-	1	-
Прививки детям	18	-	-	8	<1	-
Стоматология	9	12	4	9	8	2
Другие профилактические услуги	7	3	5	7	5	8
Услуги по выдаче справок	<1	1	-	-	<1	-
Итого	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(N)	(281)	(259)	(102)	(285)	(579)	(288)

Таблица В5 Тип посещенных ЛПУ по месту проживания (город/село), 2001 и 2004 гг.

	Город		Село	
	2001	2004	2001	2004
На дому больного	12	14	9	12
ГСВ (приписанные)	47	53	20	23
ГСВ (не приписанные)	3	4	2	3
Поликлиника (без ГСВ)	24	13	21	16
СВА	<1	-	4	4
ФАП	<1	<1	19	26
Больница	9	9	19	10
Частные клиники	2	3	2	3
Роддома	2	<1	2	1
Другие	2	1	2	2
Итого	100%	100%	100%	100%

Примечание: критерий хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В6 Категории медицинского персонала, оказавшего медицинскую помощь и посещенные ЛПУ по квинтильным группам экономического состояния (%)

	2001			2004		
	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Все	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Все
Категории медперсонала, проводившего консультацию						
Частнопрактикующий врач	<1	5	2	4	6	4
Врач государственного учреждения	69	70	73	55	69	68
Медсестра/акушерка	18	5	11	28	12	19
Фельдшер	5	4	4	5	2	4
Стоматолог	5	12	8	8	11	7
Целитель	3	1	1	1	1	1
Прочие (вкл. фармацевтов)	1	3	2	-	<1	<1
Итого	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Тип посещенного ЛПУ						
На дому больного	13	11	11	16	13	13
ГСВ (приписанные)	16	32	32	24	41	36
ГСВ (не приписанные)	1	5	2	1	5	3
Поликлиника (без ГСВ)	18	24	22	15	15	15
СВА	6	-	2	6	-	3
ФАП	21	6	11	31	11	16
Больница	21	13	14	7	8	9
Частные клиники	1	2	2	1	5	3
Роддома	2	1	2	<1	<1	1
Другие	2	5	2	-	2	2
Итого	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: критерий хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В7 Среднее расстояние от дома больного до ЛПУ (км), 2004 г.

	Среднее ое	Медианн ое	Минимальн ое	Максимальн ое
Тип посещенного ЛПУ				
ГСВ (приписанные)	2.6	1.0	0.1	300
ГСВ (не приписанные)	3.3	2.0	0.1	25
Поликлиника (без ГСВ)	10.7	3.0	0.1	420
СВА	2.6	2.0	0.3	8
ФАП	3.2	1.0	0.1	35
Больница	23.4	7.0	0.1	420
Частные клиники	19.6	5.0	0.3	500
Родильные дома	9.4	8.0	0.6	30
Частные аптеки	0.4	0.3	0.1	2
Прочие	20.2	10.0	1.0	100
Всего	6.7	1.0	0.1	500
Регион				
Бишкек	2.1	1.0	0.1	13.0
Иссык-Куль	5.4	0.6	0.1	300
Жалалабат	6.4	1.0	0.1	400
Нарын	28.0	0.8	0.1	500
Баткен	5.4	1.0	0.1	80
Ош	5.1	2.0	0.1	110
Талас	16.7	1.0	0.1	100
Чуй	5.2	2.0	0.1	100
Итого	6.7	1.0	0.1	500

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В8 Время, затраченное на проезд до ЛПУ (%), 2004 г.

	Менее получаса	Менее часа	1-4 часа	Более 4 часов
Тип посещенного ЛПУ				
ГСВ (приписанные)	84	15	1	-
ГСВ (не приписанные)	80	12	8	-
Поликлиника (без ГСВ)	78	15	7	1
СВА	72	12	16	-
ФАП	94	6	-	-
Больница	59	23	15	3
Частные клиники	82	11	4	3
Родильные дома	93	8	-	-
Частные аптеки	100	-	-	-
Прочие	47	34	29	-
Итого	81	14	5	1
Регион				
Бишкек	84	15	1	-
Иссык-Куль	86	11	3	-
Жалалабат	69	23	8	<1
Нарын	60	20	14	6
Баткен	71	21	7	1
Ош	93	6	1	-
Талас	68	25	3	4
Чуй	80	11	8	1
Всего	81	14	5	1

Примечание: критерий хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В9 Средняя сумма, затраченная на проезд до ЛПУ, по типу учреждения, 2004 г.

	% оплаты	Средняя оплаченная сумма (сомы)	Медианная оплаченная сумма (сомы)
Тип посещенного ЛПУ			
ГСВ (приписанные)	27	18	10
ГСВ (не приписанные)	39	35	15
Поликлиника (без ГСВ)	67	29	15
СВА	11	30	30
ФАП	30	17	15
Больница	58	71	40
Частные клиники	73	50	15
Родильные дома	89	72	100
Прочие	86	52	50
Специалисты в ЦСМ	42	50	50
Специалисты в частной клинике	76	289	400
Всего	41	35	15
Регион			
Бишкек	36	18	10
Иссык-Куль	24	24	10
Жалалабат	37	31	16
Нарын	49	137	50
Баткен	28	53	30
Ош	56	24	15
Талас	43	58	30
Чуй	39	41	26
Всего	41	35	15

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В10 Среднее время ожидания (минуты) по категориям медицинского персонала, оказавшего медицинскую помощь и по типу посещенного ЛПУ, 2004 г.

	Среднее (мин.)	Медианн ое (мин.)	Максимальное (мин.)
<i>Категория медперсонала, проводившего консультацию</i>			
Частнопрактикующий врач	20	10	120
Врач госучреждения	20	10	240
Медсестра\акушерка	11	10	120
Фельдшер	18	15	180
Стоматолог	24	15	180
Целитель	8	5	40
Всего	18	10	240
<i>Тип посещенного ЛПУ</i>			
ГСВ (приписанные)	21	10	240
ГСВ (не приписанные)	20	15	240
Поликлиника (без ГСВ)	20	15	240
СВА	12	10	30
ФАП	11	10	60
Больница	20	10	240
Частные клиники	26	15	240
Родильные дома	7	1	20
Прочие	12	10	40
Специалисты ЦСМ	25	10	45
Специалисты частной клиники	7	1	20
Всего	18	10	240

Примечание: критерий хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В11 Доля платежей за консультацию и средние произведенные платежи в в %, по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и по виду посещенных ЛПУ, 2001 и 2004 гг.

	% платежей за консультацию		Средняя сумма платежей (сом)	Медиана суммы платежей (сом)
	2001	2004	2004	2004
Категория медперсонала, оказавшего консультацию				
Частнопрактикующий врач	46	45	132	60
Врач госучреждения	17	21	93	30
Медсестра	19	12	129	35
Фельдшер	33	32	130	200
Акушерка	3	22	38	20
Стоматолог	63	84	203	50
Целитель	60	37	114	100
Итого	22	27	118	40
Тип посещенного ЛПУ				
На дому у больного	19	19	117	30
ГСВ (приписанные)	10	17	44	25
ГСВ (не приписанные)	42	41	210	50
Поликлиника (без ГСВ)	28	45	105	40
СВА	19	30	37	30
ФАП	18	21	42	20
Больница	32	31	179	50
Частные клиники	73	79	325	60
Родильные дома	12	14	199	300
Другие	49	36	187	100
Специалист ЦСМ	n/a	58	60	60
Специалисты частной клиники	n/a	76	62	25
Всего	22	27	118	40

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В12 Доля платежей за консультацию и средние платежи в % по регионам, 2004 г.

	% платежей за консультацию			Средняя сумма платежей (сом)	Средняя сумма платежей (сом)
	Все	Город	Село	Город	Село
Иссык-Куль	10	13	8	238	84
Жалалабат	19	23	17	53	36
Нарын	12	14	12	226	132
Баткен	14	23	10	32	109
Ош	40	33	42	68	52
Талас	20	40	18	88	59
Чуй	40	18	46	80	184
Бишкек	21	21		247	
Итого	27	23	29	159	98

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В13 Разброс данных в % между селом\городом в части платежей за консультацию и средние произведенные платежи по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и типу посещенного ЛПУ, 2004 г.

	% платежей за консультацию		Средняя сумма платежей (сом)	Средняя сумма платежей (сом)
	Город	Село	Город	Село
Категории медперсонала, проводившего консультацию				
Частнопрактикующий врач	51	41	192	80
Врач госучреждения	18	24	101	87
Медсестра	15	12	352	44
Фельдшер	45	27	78	166
Акушерка	22	22	88	37
Стоматолог	72	88	405	150
Целитель	43	31		
Итого	23	29	159	98
Тип посещенного ЛПУ				
На дому у больного	13	23	172	94
ГСВ (приписанные)	15	18	48	39
ГСВ (не приписанные)	26	56	531	57
Поликлиника (без ГСВ)	36	47	181	78
СВА	-	31	-	38
ФАП	-	21	-	42
Больница	30	31	81	230
Частные клиники	91	71	336	316
Родильные дома	8	15	-	218
Другие	48	31	344	89
Специалист ЦСМ	100	-	60	-
Специалисты частной клиники	49	100	142	25
Всего	23	29	159	98

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В14: Случайные коэффициенты по платежам за консультацию среди всех, кто оказывал медицинскую помощь в последние 30 дней.

<i>Точка отсчета. Нет острых случаев</i>	1.00
Не ограничивающие острые случаи	1.83 ***
Ограничивающие острые случаи	1.21 ***
<i>Точка отсчета. Нет хронических случаев</i>	1.00
Не ограничивающие хронические случаи	0.54 ***
Ограничивающие хронические случаи	0.71 ***
<i>Точка отсчета. 0-4</i>	1.00
5-15	1.08 ***
16-39	1.57 ***
40-59	1.36 ***
60-74	0.92 ***
75+	0.60 ***
<i>Точка отсчета. Городское</i>	1.00
Сельское население	1.14 ***
<i>Точка отсчета. Иссык-Куль</i>	1.00
Жалалабат	1.84 ***
Нарын	1.32 ***
Баткен	1.24 ***
Ош	4.50 ***
Талас	2.16 ***
Чуй	5.12 ***
Бишкек	2.19**
<i>Точка отсчета. Нижний 20й квинтиль</i>	1.00
квинтиль==2	1.71 ***
квинтиль ==3	1.71 ***
квинтиль ==4	1.17 ***
Верхний 20й квинтиль	2.40 ***
<i>Точка отсчета. Да, Охвачен ФОМС</i>	1.00
НЕТ	1.10 ***
Трудно сказать	1.08 ***
<i>Точка отсчета Освобожденные</i>	1.00
Не освобожденные	1.61 ***
Константа	-2.907
R-квадрат Кокса	0.134
Наблюдения	18690

Взвешенные данные с использованием веса 2

* является значимым при $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; **** $p < 0.001$.

Таблица В15 Доля других платежей в % за консультацию и средние платежи по категориям медперсонала, оказавшего медпомощь и по типу посещенного ЛПУ, 2001 и 2004 гг.

	Доля других платежей за консультацию		Средняя сумма платежей (сомы)	Медиана суммы платежей (сомы)
	2001	2004	2004	2004
Категории медперсонала, проводившего консультацию				
Частнопрактикующий врач	22	10	80	50
Врач госучреждения	42	19	97	50
Медсестра	-	19	27	22
Фельдшер	83	22	32	20
Акушерка	-	13	16	10
Стоматолог	10	3	49	30
Целитель	-	3	100	100
Итого	32	17	81	33
Тип посещенного ЛПУ				
На дому больного	20	8	53	45
ГСВ (приписанные)	28	16	77	27
ГСВ (не приписанные)	-	14	70	100
Поликлиника (без ГСВ)	29	19	144	60
СВА	49	13	18	10
ФАП	30	18	25	10
Больница	57	29	102	60
Частные клиники	17	18	93	60
Родильные дома	47	11	35	35
Другие	-	7	59	50
Специалисты ЦСМ	n/a	42	150	150
Специалисты частной клиники	n/a	52	90	90
Всего	32	17	81	33

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В16 Из тех, у кого имелся рецепт доля тех (в %), кто смог приобрести выписанные медикаменты; и среди тех, кто обосновал причину почему нет.

	1994	2001	2004
Да, приобрел все медикаменты	66	77	91
Да, но приобрел только некоторые	23	14	6
Не приобрел ничего	11	9	3
	100%	100%	100%
<i>Среди тех, кто не приобрел все медикаменты, обоснование причины:</i>			
Не смог найти	49	11	17
Слишком дорогие	35	61	54
Не захотел\а		67	3
Прочие	72	22	26

Примечание в 1994, процент тех, кто не приобрел препараты не составляет в целом 100 %, так как респондентам разрешили давать более одного ответа.

Таблица В17 Место приобретения препаратов по рецепту

	2001	2004
У врача	15.2	12.7
Госаптека	28.6	41.5
Частная аптека	39.9	37.8
Рынок\базар	15.2	7.5
Прочее	1.1	0.5
Всего	100%	100%

Таблица В18 Сумма средних платежей за препараты по рецепту, по месту приобретения, 2004 г.

	Средняя сумма платежей (сом)	Медиана суммы платежей (сом)
У врача	260	80
Госаптека	252	113
Частная аптека	258	150
Рынок\базар	225	140
Прочее	241	200
Всего	253	120

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В19 Средняя сумма платежей за консультацию, среди всех кто обратился за консультацией, 2001 и 2004 гг.

	Транспор тные расходы	Консульта ция	Подарок за консультацию	Другие платежи	Другие подарки	Рецепты	Всего расходы
2001							
Медиана (сом)	0	0	0	0	0	25	50
Средняя (сом)	13	24	7	9	1	94	148
Доля статьи в общей сумме расходов	9%	16%	5%	6%	<1%	64%	100%
2004							
Медиана (сом)	0	0	0	0	0	70	0
Средняя (сом)	13	31	4	13	1	183	245
Доля статьи в общей сумме расходов	5%	13%	2%	5%	<1%	75%	100%

Table В20 Средняя сумма платежей за консультацию медицинского специалиста, среди тех оплатил такие услуги, 2001 и 2004 гг.

	Транспор тные расходы	Консульта ция	Подарок врачу за консультацию	Другие платежи	Другие подарки	Рецепты	Всего расходы
% платежей по статьям							
2001	31%	21%	3%	32%	2%	58%	77%
2004	36%	27%	2%	17%	1%	72%	88%
Платежи в среднем 2001							
Медиана (сом)	10	30	0	25	40	85	86
Средняя (сом)	42	111	7	51	78	163	193

Платежи в среднем 2004							
Медиана (сом)	15	40	100	33	59	130	120
Средняя (сом)	35	118	181	81	66	253	276

Таблица В21 Средняя сумма общих платежей за консультацию медицинских специалистов по регионам, типу населенного пункта и возрастной категории, 2001 и 2004 гг.

	2001		2004	
	Средняя сумма платежей (сом)	Медианная сумма платежей (сом)	Средняя сумма платежей (сом)	Медианная сумма платежей (сом)
Регион				
Бишкек	126	50	290	150
Иссык-Куль	170	35	207	100
Жалалабат	186	90	134	60
Нарын	128	40	264	100
Баткен	254	115	291	120
Ош	190	90	241	80
Талас	132	55	229	130
Чуй	97	20	297	140
Тип населенного пункта				
Город	134	50	263	130
Село	160	50	234	85
Возрастная категория				
Дети	99	25	112	30
Трудоспособные	190	70	302	135
Пенсионеры	131	60	333	150

Примечание: Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица В22 Общие выплаты за консультацию медицинского специалиста как доля в общей ежемесячной сумме расходов домохозяйства, по экономическому состоянию домохозяйства, 2001 и 2004 гг.

	Квintиль от расходов на душу населения					
	Нижний	2	3	4	Верхний	Все
2001						
Средняя	10.4	9.8	7.6	7.6	5.2	7.7
Медиана	6.2	2.3	3.3	2.9	1.7	2.8
Максимум	323	287	96	87	84	323
2004						
Средняя	8.3	7.2	6.9	7.5	7.5	7.4
Медиана	2.6	2.8	3.0	3.4	2.9	2.9
Максимум	299	104	128	233	196	299

Примечание: Обычные расходы домохозяйства рассчитаны как средние за последние 12 месяцев. Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица В23 Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтилям расходов домохозяйства на душу (%), 2004

	Бишкек	Иссык-Куль	Жала-лабат	Нарын	Баткен	Ош	Талас	Чуй
Самолечение при помощи трав	12	12	24	1	13		2	12
Самолечение при помощи лекарств	63	82	27	61	58	77	92	32
Думали, что проблема решится	3	6		9	4	20		
Слишком далеко/некачественные услуги	22		4	19			7	13
Слишком дорого			6	5	13	1		31
Нет времени			25		3			6
Прочие			14	5	9	2		6

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В24 Причины по которым респонденты не обратились за медицинской помощью, по возрасту и полу (%)

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Самолечение при помощи трав	12	5		15	5	19
Самолечение при помощи лекарств	78	64	70	66	47	59
Думали, что проблема решится		3	1		12	2
Слишком далеко/некачественные услуги		18			3	3
Слишком дорого	9	6	25	20	15	18
Нет времени		1			10	
Прочие		4	4		9	

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица В25 Причины, по которым респонденты не обратились за медицинской помощью по квинтилям общих расходов домохозяйства на душу (%)

	Самые бедные 20%	2	3	4	Самые богатые 20%	Все
Самолечение при помощи трав	11	9	2	17	9	9
Самолечение при помощи лекарств	84	57	53	66	55	60
Думали, что проблема решится		31	<1	1	3	6
Слишком далеко/некачественные услуги		3	20	1	1	3
Слишком дорого	3	<1	20	1	21	13
Нет времени						
Прочие	2		5	3	6	4

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

С. Госпитализация

Таблица С1 Использование стационарных услуг в прошлом году по возрасту и полу, 2001 и 2004 гг.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2001						
Госпитализированные в прошлом году (%)	3.4	4.8	10.6	3.6	10.6	13.3
<i>Среди этих госпитализированных:</i>						
Среднее количество случаев госпитализации	1.12	1.23	1.44	1.08	1.15	1.17
Средняя длительность пребывания (дни - среднее)	13	20	19	16	13	17
Средняя длительность пребывания (дни - медиана)	10	15	13	12	10	14
2004						
Госпитализированные в прошлом году (%)	2.3	3.8	10.2	2.1	9.8	9.0
<i>Среди этих госпитализированных:</i>						
Среднее количество случаев госпитализации	1.07	1.22	1.19	1.07	1.14	1.25
Средняя длительность пребывания (дни - среднее)	13	18	17	12	12	17
Средняя длительность пребывания (дни - медиана)	10	13	15	10	7	14

Примечание: хи-квадрат по разбросу по возрастам является значимым при ($p < 0.001$) для мужчин и женщин

Таблица С2 Использование стационарных услуг в прошлом году по квинтилям общих расходов домохозяйства на душу (%), 2001 и 2004 гг.

	Самые бедные 20%	2	3	4	Самые богатые 20%	Все
	2001					
Госпитализированные в прошлом году (%)	5.2	5.0	6.3	7.8	8.8	6.5
<i>Среди этих госпитализированных:</i>						
Среднее количество случаев госпитализации	1.17	1.21	1.11	1.15	1.29	1.18
Средняя длительность пребывания (дни - среднее)	15	14	16	17	16	15
Средняя длительность пребывания (дни - медиана)	12	11	12	14	11	12
2004						
Госпитализированные в прошлом году (%)	5.1	4.6	5.4	6.8	5.8	5.5
<i>Среди этих госпитализированных:</i>						
Среднее количество случаев госпитализации	1.14	1.17	1.11	1.17	1.18	1.15
Средняя длительность пребывания (дни - среднее)	13	12	13	14	16	14
Средняя длительность пребывания (дни - медиана)	8	10	10	11	12	10

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица С3: Случайные коэффициенты по госпитализации за последние 12 месяцев.

	(1)	(2)	(3)
<i>Точка отсчета. Нет острых случаев</i>	1.00	1.00	1.00
Не ограничивающие острые случаи	1.64 ***	1.56 ***	1.59 ***
Ограничивающие острые случаи	1.95 ***	1.92 ***	1.86 ***
<i>Точка отсчета. Нет хронических случаев</i>	1.00	1.00	1.00
Не ограничивающие хронические случаи	3.09 ***	3.47 ***	3.78 ***
Ограничивающие хронические случаи	6.73 ***	7.38 ***	7.24 ***
<i>Точка отсчета. 0-4</i>	1.00	1.00	1.00
5-15	0.51 ***	0.52 ***	0.60 ***
16-39	1.98 ***	2.07 ***	2.29 ***
40-59	1.12 ***	1.20 ***	1.24 ***
60-74	1.31 ***	1.43 ***	1.57 ***
75+	1.11 ***	1.22 ***	1.37 ***
<i>Точка отсчета. мужчины</i>	1.00	1.00	1.00
женщины	1.85 ***	1.87 ***	1.97 ***
<i>Точка отсчета. Городское</i>		1.00	1.00
Сельское население		1.22 ***	1.20 ***
<i>Точка отсчета. ИссыкКуль</i>		1.00	1.00
Жалалабат		1.16 ***	1.16 ***
Нарын		2.97 ***	2.75 ***
Баткен		2.01 ***	2.06 ***
Ош		2.17 ***	2.24 ***
Талас		1.72 ***	1.72 ***
Чуй		1.21 ***	1.47 ***
Бишкек		1.48 ***	1.47 ***
<i>Точка отсчета. Нижний 20й квинтиль</i>			1.00
квинтиль ==2			0.89 ***
квинтиль ==3			0.94 ***
квинтиль ==4			1.17 ***
Верхний 20й квинтиль			0.87 ***
Константа	-2.875	-4.514	-4.599
R-квадрат Кокса	0.041	0.046	0.047
Наблюдения	20672	20672	18690

Для взвешенных данных использован вес 1 для модели (1) и (2) и вес 2 для модели (3).

* значим при $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; **** $p < 0.001$.

Таблица С4 Состояния, по которым больные госпитализировались, 2004 г.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Инфекционные / Паразитарные заболевания	16	9		25	4	1
Опухоль	3		2	1	1	2
Заболевания крови и кровообразительных органов	1	4	2	3	2	4
Эндокринные заболевания		1	1		1	3
Психические заболевания		2	1		2	1
Болезни нервной системы		8	15	5	6	12
Глаза	4	1	5		1	8
Ухо	5	1	4	5	2	
Циркуляторные проблемы		9	17	2	4	18
Респираторные заболевания	19	11	15	36	6	16
Пищеварительная система	9	18	9	10	6	16
Кожные заболевания	5	1	2		1	
Мышечно-костная система	5	3	10	1	4	10
Мочеполовая система	3	9	12	4	7	3
Беременность/Родовспомо жения	1	2		1	51	
Врожденные аномалии	8	1			1	
Травмы и отравления	17	17	5	7	2	3
Не точно диагностированные состояния	3	4		1	1	3
Всего (N)	100.0% (90)	100.0% (230)	100.0% (80)	100.0% (79)	100.0% (560)	100.0% (149)

Таблица С5 Тип посещенного ЛПУ и полученное лечение по квинтилям экономического состояния (%), 2004 г.

	2001		2004	
	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%
<i>Тип посещенного ЛПУ</i>				
СУБ	2	2	7	<1
ЦРБ	45	25	31	22
Городская больница	13	28	14	28
Родильный дом	26	14	36	11
Областная больница	12	9	11	17
Республиканская больница	3	19	2	21
Частная больница	-	1	<1	1
Другие государственные больницы	-	2	-	-
Всего	100%	100%	100%	100%
<i>Прооперированные</i>	4	16	20	22

Примечание: хи-квадрат является значимым при (p<0.001)

Таблица С6 Посещенное стационарное учреждение по виду направления (%)

	СУБ	ЦРБ	Городская больница	Родильный дом	Областная больница	Республиканская больница	Частная
Источник направления							
ГСВ	45	33	32	25	34	38	4
Поликлиника	<1	22	25	16	19	21	8
ФАП	15	18	9	15	16	2	
СВА	29	6	<1	4	3	<1	22
Спецполиклиника		2	4	2	2	6	
Самонаправленные	9	15	14	28	19	19	53
Скорая помощь		4	15	10	5	9	1
Прочие	2	1	<1	<1	2	5	12
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица С7 Доля самонаправленных в различные ЛПУ, по социально-экономическим группам

Тип посещенного ЛПУ	Самые бедные 20%	Следующие 20%	Средние 20%	Следующие 20%	Самые богатые 20%	Все
% самонаправленных	19	24	26	18	12	20
Из них направленные в:						
СУБ	4	3	-	-	3	4
ЦРБ	9	17	44	11	25	28
Городскую больницу	10	7	12	18	23	18
Родильный дом	62	54	25	27	22	26
Областную больницу	13	16	12	12	12	13
Республиканскую больницу	2	2	4	30	9	10
Частную больницу	-	1	4		6	1
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.05$).

Обратите внимание, что доля самонаправленных внутри учреждения не обязательно совпадает с Таблицей С6 из-за отсутствия значений социально-экономических переменных и разницы веса выборки используемой переменной. Это больше характерно для частных больниц, где значения в клетках низкие.

Таблица С8 Среднее расстояние от дома больного до больницы (км), 2004 г.

	Среднее	Медиана	Минимальное	Максимально е
Тип посещенного ЛПУ				
СУБ	3.4	2	0.5	20
ЦРБ	16.6	10	0.1	380
Городская больница	23.3	6	0.1	420
Родильный дом	12.1	7	0.1	375
Областная больница	52.0	20	0.1	690
Республиканская больница	153.4	30	0.1	900
Частная больница	155.2	12	1.0	500
Всего	36.1	8	0.1	900
Регион				
Бишкек	4.8	3.0	0.5	50
Иссык-Куль	64.9	20	0.1	550
Жалалабат	33.7	6	0.3	690
Нарын	120.8	38	0.1	500
Баткен	50.9	8	0.2	890
Ош	24.2	8	0.1	900
Талас	65.4	15	0.3	500
Чуй	19.7	15	0.1	140
Всего	36.1	8	0.1	900

Анализ вариантов (ANOVA) между группой разброса является значимым при ($p < 0.001$).

Таблица С9 Время проезда до больницы (%), 2004

	Менее получаса	Менее 1 часа	1-4 часа	Более 4 часов
Тип посещенного ЛПУ				
СУБ	72	15	13	-
ЦРБ	63	23	11	2
Городская больница	67	19	12	3
Родильный дом	78	17	5	-
Областная больница	43	29	22	6
Республиканская больница	29	24	17	31
Частная больница	26	27	12	34
Всего	62	21	12	6
Регион				
Бишкек	77	16	7	-
Иссык-Куль	39	26	22	13
Жалалабат	55	18	19	9
Нарын	34	28	15	24
Баткен	58	18	20	5
Ош	75	18	5	2
Талас	56	21	15	1
Чуй	52	31	15	1
Всего	62	21	12	6

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица С10 Вид транспортного средства, использованного для проезда до больницы (%)

	Скорая помощь	Собственна я машина	Такси	Обществен ный транспорт	Пешком	Прочее	Всего
Тип посещенного ЛПУ							
СУБ		5	16	12	68		100%
ЦРБ	5	7	57	18	13	<1	100%
Городская больница	20	4	27	39	10		100%
Родильный дом	14	9	54	14	9	<1	100%
Областная больница	6	13	40	34	6	1	100%
Республиканская больница	13	19	27	41	<1	2	100%
Частная больница	1		44	46	9		100%
Всего	11	9	44	25	11	<1	100%
Регион							
Бишкек	36	12	10	33	9	1	100%
Иссык-Куль	6	11	42	19	19	3	100%
Жалалабат	6	1	57	25	11		100%
Нарын	5	5	72	7	10	<1	100%
Баткен	5	15	40	23	17	1	100%
Ош	3	5	54	28	11	<1	100%
Талас	8	3	52	26	11	1	100%
Чуй	10	16	36	27	10	1	100%
Всего	11	9	44	25	11	1	100%

Примечание: хи-квадрат является значимым при ($p < 0.001$)

Таблица С11 Доля услуг, оказанных членами семьи, по квинтилю экономического состояния (%), 2001 и 2004 гг.

	2001			2004		
	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Всего по Кыргызстану	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Всего по Кыргызстану
<i>Помощь в виде:</i>						
Купания	3	5	5	7	4	4
Туалет	8	17	12	16	12	13
Кормление	10	21	15	15	26	19
<i>Предоставление:</i>						
Питания	98	93	95	80	75	82
Белья	62	79	74	67	77	69
Медицинских материалов	45	34	43	64	66	63
Медикаменты	73	84	81	65	74	69
Другие материалы	53	73	71	62	58	56
<i>Оказание помощи в виде:</i>						
Уколов	14	3	6	20	19	18
Помощи в ночное время	11	19	15	16	11	13
Другие медицинские услуги	5	9	5	<1	7	3

Примечание: разница по экономическому состоянию для всех услуг является значимой при (p<0.001)

Таблица С12 Доля платежей за услуги, оказанные во время госпитализации, средние значения (медиана) среди оплативших, по квинтилю экономического состояния (%), 2001 и 2004 гг.

	Самые бедные 20%		Самые богатые 20%		По всему Кыргызстану	
	% оплативших	Среднее (медиана)	% оплативших	Среднее (медиана)	% оплативших	Среднее (медиана)
2001						
Питание	98	248 (200)	92	469 (400)	93	372 (300)
Медикаменты	78	335 (200)	83	795 (360)	83	572 (300)
Другие материалы	51	108 (50)	65	175 (100)	67	142 (90)
Больничные расходы	36	38 (20)	46	331 (50)	48	156 (30)
Лаб анализы	51	25 (10)	37	116 (50)	55	64 (20)
2004						
Питание	80	434 (300)	75	593 (500)	82	498 (350)
Медикаменты	74	916 (300)	71	1269 (690)	70	867 (450)
Другие материалы	58	144 (100)	49	348 (150)	47	220 (100)
Больничные расходы	50	413 (200)	69	735 (600)	58	600 (420)
Лаб анализы	36	114 (50)	39	180 (100)	39	123 (70)

Таблица С13 Доля стационарных больных, которые оплатили\преподнесли подарок персоналу больницы за время госпитализации, средние значения (медиана) среди тех, кто оплатил, по квинтилю экономического состояния (%), 2004 г.

	Самые бедные 20%		Самые богатые 20%		Всего по Кыргызстану	
	% оплаты вших	Среднее (медиана)	% оплативших	Среднее (медиана)	% оплативших	Среднее (медиана)
Услуги врача <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	10	337 (300) 112 (100)	14	231 (100) 249 (200)	12	367 (200) 225 (200)
Хирурга <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	15	753 (500) 433 (200)	15	832 (500) 2412 (1200)	14	986 (500) 792 (300)
Педиатра <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	4	99 (100) 167 (200)	6	82 (50) 208 (200)	6	88 (100) 148 (100)
Гинеколога <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	25	361 (100) 147 (100)	11	303 (200) 146 (100)	19	396 (100) 147 (150)
Анестезиолога <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	4	- -	11	276 (200) -	5	370 (300) -
Вспом. персонала <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	19	76 (50) 74 (50)	13	80 (50) 92 (50)	18	110 (50) 90 (50)
Другие платежи <i>в ден. выраж.</i> <i>в нат. выраж.</i>	17	682 (220) 99 (100)	13	906 (200) 103 (100)	18	859 (520) 184 (100)

Таблица С14 Среди стационарных больных, которые заплатили, обоснование причин произведенных платежей в денежном и натуральном выражении отдельному медицинскому персоналу, 2004 г.

	Это был подарок	Лицо попросило заплатить	Лицо намекнуло	Затрудняюсь сказать	Всего
Услуги врача	72	4	11	10	100%
Хирурга	58	26	7	9	100%
Педиатра	61	12	28	-	100%
Гинеколога	71	12	12	4	100%
Анестезиолога	28	46	5	21	100%
Вспом. персонала	78	13	6	3	100%

**Таблица С15 Всего платежей за госпитализацию (не вкл. питание) в %
выражении от годовой суммы расходов, по экономическому состоянию
домохозяйства**

	Квintиль ежемесячных расходов на душу					Все
	Нижний	2	3	4	Верхний	
Средние	4.7	3.1	2.6	3.1	2.6	3.2
Медианные	1.7	1.9	1.7	1.9	1.8	1.8
Максимальные	67	31	37	41	17	67

Примечание: Годовая сумма расходов домохозяйства рассчитана как сумма за последние 12 месяцев.

Анализ вариантов (ANOVA) при разбросе между группами является значимым при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица С16 Средняя сумма платежей сверх ставки со-оплаты, по регионам.

	Расходы вкл. питание			Расходы искл. питание		
	Среднее	Медиана	Макс.	Среднее	Медиана	Макс.
Иссык-Куль	669	10	8,150	367	0	6,950
Жалалабат	718	400	8,850	467	0	8,250
Талас	867	275	7,250	620	0	5,850
Баткен	968	100	28,530	334	0	26,530
Нарын	1,396	460	31,920	1,061	60	29,920
Бишкек	1,326	810	18,438	734	0	16,438
Чуй	1,379	600	13,345	984	30	13,245

Примечание: Соответствующие ставки со-оплаты были рассчитаны с учетом того, вносилась ли со-оплата только за госпитализацию с установлением диагноза и лечением, либо за госпитализацию с хирургическим вмешательством, а также с учетом статуса больного, т.е. освобожден, застрахован, не застрахован или без направления.

Таблица С17 Средняя сумма платежей сверх ставки со-оплаты, по социально-экономическим категориям.

	Расходы вкл. питание			Расходы не вкл. питание		
	Среднее	Медиана	Макс.	Среднее	Медиана	Макс.
Самые бедные 20%	829	0	18,438	477	0	16,438
2	825	0	10,380	439	0	6,620
3	738	340	11,780	394	0	10,480
4	1,267	780	28,530	836	80	26,530
Самые богатые 20%	1,607	966	13,345	1,020	0	13,245

Примечание: за искл. Оша

D. Общие частные расходы на медицинскую помощь

Таблица D1 Составляющие суммы средних и общих частных платежей за медицинскую помощь.

	Средняя сумма расходов на душу (сом)	Общие расходы на население (население = 503727)
Консультации за последние 30 дней		
Расходы на проезд	1.05	5274984
Расходы на консультацию	2.61	13152135
Подарки за консультацию?	.32	1603932
Другие платежи за консультацию	1.13	5681394
Другие подарки за консультацию	.05	262198
Расходы на рецепт	15.26	76851579
Другие медицинские расходы	12.87	64850460
Госпитализации за последние 12 месяцев		
Расходы на питание	22.70	114356411
Расходы на лекарства	33.03	166394484
Расходы на другие материалы	5.93	29860544
Расходы на больницу	19.19	96685659
Квитанция за больничные платежи	.09	446761
Расходы на лаб анализы	2.60	13100079
Расходы на врача (в ден. выраж.)	1.80	9070663
Расходы на врача (в нат. выраж.)	.39	1966611
Расходы на хирурга (в ден. выраж.)	7.36	37072396
Расходы на хирурга (в нат. выраж.)	.79	3989560
Расходы на педиатра (в ден. выраж.)	.22	1110781
Расходы на педиатра (в нат. выраж.)	.08	387720
Расх. на акушер-гинеколог. (в ден. выраж.)	2.70	13621876
Расх. на акушер-гинеколог. (в нат. выраж.)	.55	2777660
Расходы на анестез. (в ден. выраж.)	1.04	5258977
Расходы на анестез. (в нат. выраж.)	.06	291984
Расх. на вспомог. перс. (в ден. выраж.)	.86	4318062
Расх. на вспомог. перс. (в нат. выраж.)	.20	993282
Прочее (в ден. выраж.)	7.61	38334663
Прочее (в нат. выраж.)	.19	936130

Примечание : Эти цифры относятся к самым последним консультациям или пребываниям в стационаре.

Среднее количество консультаций среди тех, кто обращался за консультацией за последние 30 дней составило 1.42.

Среднее количество пребывания в стационаре среди тех, кто пребывал в стационаре за прошлый год составило 1.18.

Таблица D2 Средняя и общая сумма платежей домохозяйства за медицинские услуги

Предположим, что все расходы респондентов связаны с консультациями и пребыванием в стационаре	Вариант А:	Средние расходы на душу (сом)	Общие расходы на население (население = 503727)
Амбулаторная помощь (месячные)			
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь		33	167676682
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд		32	162401698
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд и медикаменты		4	20699659
Общая сумма расходов на медикаменты на амбулаторном уровне		28	141702038
Стационарная помощь (годовые)			
Общая сумма расходов на стационарное лечение		107	540527541
Общая сумма расходов на стационарное лечение за искл. питания		85	426171130
Из них расходы на медикаменты в больнице		33	166394484
Общая сумма частных расходов на медпомощь			
Частные расходы на медпомощь в год вкл. проезд		507	2552647727
Частные расходы на медпомощь в год не вкл. проезд		494	2489347920
Годовые частные расходы на медпомощь не вкл. проезд и питание		471	2374991510
Из них годовые частные расходы на лекарства		371	1866818945

Предположим, что расходы респондентов связаны с последними консультациями и пребыванием в стационаре (значения последних посещений помножены на фактическое число посещений)	Вариант В:	Средняя сумма расходов на душу (сом)	Общие расходы на население (население = 503727)
Амбулаторная помощь (месячные)			
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь		47	236710596
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд		45	228240159
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд и медикаменты		8	41690663
Общая сумма расходов на медикаменты на амбулаторном уровне		37	186549495
Стационарная помощь (годовые)			
Общая сумма расходов на стационарное лечение		133	668929083
Общая сумма расходов на стационарное лечение не вкл. питание		105	527151446
Из них расходы на медикаменты в больнице		43	218083778
Общая сумма частных расходов на медпомощь			
Частные расходы на медпомощь в год вкл. проезд		697	3509456244
Частные расходы на медпомощь в год не вкл. проезд		677	3407810993
Частные расходы на медпомощь не вкл. проезд и питание в год		648	3266033357
Из них частные расходы на лекарства в год		488	2456677729

ВАРИАНТ С: Предположим, что расходы респондентов связаны с последними консультациями и пребыванием в стационаре (значения последних посещений помножены на <u>фактическое</u> число посещений)	Средняя сумма расходов на душу (сом)	Общие расходы на население (население = 503727)
Амбулаторная помощь (месячные)		
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь	42	210863695
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд	40	203373218
Общая сумма расходов в месяц на амбулаторную помощь не вкл. расходы на проезд и медикаменты	6	29393517
Общая сумма расходов на медикаменты на амбулаторном уровне	35	173979701
Стационарная помощь (в год)		
Общая сумма расходов на стационарное лечение	127	637822498
Общая сумма расходов на стационарное лечение не вкл. питание	100	502881934
Из них расходы на медикаменты в больнице	39	196345491
Общая сумма частных расходов на медпомощь		
Частные расходы на медпомощь в год вкл. проезд	629	3168186846
Частные расходы на медпомощь в год не вкл. проезд	611	3078301121
Годовые частные расходы на медпомощь не вкл. проезд и питание	584	2943360556
Из них годовые частные расходы на лекарства	453	2284101909

Е. Знания и отношение к реформам здравоохранения

Таблица Е1 Доля сообщивших о том, что охвачены Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС), по возрасту и полу.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Да	82	62	81	82	62	78
Нет	16	35	17	17	34	19
Затрудняюсь сказать	2	4	3	1	4	3
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: хи-квадрат разброса возраста для мужчин и женщин является значимым при ($p < 0.001$)