



Исследовательский документ политики №46

Здоровье, обращение за медицинской помощью и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане, 2007

**Джейн Фолкингэм¹
Бактыгуль Акказиева²
и
Анжела Бачьери³**

Ноябрь, 2007

¹ Центр Всемирной Охраны Здоровья, Населения, Бедности и Политики (GHP3), Школа Социальных Наук, Университет Саусхэмптон

² Евро-ВОЗ, Бишкек, Кыргызстан

³ Центр демографических исследований, Лондонская Школа Гигиены и Тропической Медицины

Содержание

Основные выводы.....	3
1. Введение.....	5
2. Общее состояние здоровья.....	7
2.1 Хроническая заболеваемость.....	9
2.2 Острая заболеваемость.....	11
3. Использование медицинских услуг на уровне ПМСП.....	14
3.1 Образцы использования медицинской помощи.....	17
3.1.1 Доля консультаций.....	17
3.1.2 Тип медицинского учреждения и специалисты, к которым обращались за консультацией.....	20
3.1.3 Физическая доступность услуг и качество помощи.....	21
3.1.4 Оплата за консультации.....	22
3.2 Рецепты.....	27
3.3 Общие платежи в связи с консультацией.....	28
3.4 Барьеры в доступности?.....	30
4. Госпитализация за последний год.....	32
4.1 Структура использования стационарной помощи.....	32
4.1.1 Уровни госпитализации.....	32
4.1.2 Тип учреждения.....	34
4.1.3 Вид направления.....	35
4.1.4 Продолжительность пребывания.....	36
4.2 Затраты на госпитализацию.....	37
4.2.1 Расходы на проезд.....	37
4.2.2 Поддержка семьи.....	38
4.2.3 Оплата за медикаменты и услуги.....	40
4.2.4 Оплата персоналу.....	41
4.3.5 Общие расходы.....	42
4.3 Сооплата и расходы домохозяйств на медицинскую помощь.....	45
5. Общие частные расходы на здравоохранение.....	47
6. Доступ к медицинским услугам.....	49
6.1 Охват ФОМС.....	49
6.2 Доступ к медицинской помощи.....	49
7. Выводы.....	52
Приложение I Таблицы.....	53

Основные выводы

Общая доступность к медицинским услугам

Основной вывод # 1: Финансовые барьеры к доступу медицинских услуг сокращаются: доля пациентов сообщаящих о том, что они нуждались в медицинской помощи, но не обращались из-за расходов или расстояния до учреждения снизилась с 14.7% в 2001 г. до 5.7% в 2004 г. и до 3.6% в 2007 г.

Доступность к медицинским услугам на уровне ПМСП

Основной вывод # 2: Процент оплачивающих государственным поставщикам снизился с 27% в 2004 году до 20% в 2007 году.

Основной вывод # 3: Функционирование системы льгот на первичном уровне улучшилось.

Основной вывод # 4: Значительно улучшилась ситуация с приобретением выписанных медикаментов: 92% пациентов приобрели все выписанные медикаменты в 2007 году по сравнению с 77% в 2001 году.

Основной вывод #5: Несмотря на то, что общая доступность к медицинской помощи на первичном уровне улучшилась, но бремя выплат за медицинскую помощь для бедного слоя населения все еще остается существенным из-за увеличения расходов на амбулаторные медикаменты.

Доступность к медицинским услугам на стационарном уровне

Основной вывод #6: Уровень использования стационарной помощи повысился в период с 2004 по 2007 годы, и этот показатель вернулся к тому же, что и наблюдался в 2001 году. Разница в уровне госпитализации между богатыми и бедными увеличилась в в период с 2004 по 2007 годы. В течени 12 месяцев до марта 2007г., те люди, которые проживали в более богатых домохозяйствах на 50% больше прибывали в стационаре, чем те, которые проживают в более бедных домохозяйствах.

Основной вывод #7: Предоставление помощи семьей во время пребывания в стационаре изменилось со способа сократить расходы на способ повысить комфорт пациента.

Основной вывод #8: Общие расходы на стационарную помощь значительно снизились, и улучшилась справедливость в период с 2004 по 2007 годы. Доля пациентов осуществляющих выплаты за медикаменты и медицинские товары, лабораторные анализы и питание снизилась, однако частота выплат медицинскому персоналу увеличилась немного.

Основной вывод #9: Более половины всех стационарных больных не платят сверх ставки сооплаты; хотя, все еще некоторые бедные слои населения производят значительные платежи.

1. Введение

Данный отчет представляет собой результаты обследования домохозяйств, проведенного в Кыргызстане в марте 2007 года по поручению Министерства здравоохранения. Оно проводилось Национальным Статистическим Комитетом (НСК) при технической и финансовой поддержке ВОЗ и Департамента по международному развитию, Англия (DfID). Обследование способствовало непрерывной работе по проведению мониторинга деятельности системы здравоохранения, поскольку несколько индикаторов были взяты из национальной программы «Манас Таалими».

Обследование организовано в форме дополнительного модуля Кыргызского Интегрированного Обследования Домохозяйств (КИОД), которое проводится НСК на регулярной основе. Путем включения модуля по здравоохранению в регулярно проводящееся КИОД, было возможно связать данные по использованию медицинской помощи и расходам связанными с ними с подробной информацией по потреблению домохозяйств за предыдущий год. Это позволило сделать анализ размеров справедливости и бедности по программе «Манас Таалими», рассчитать бремя расходов на медицинскую помощь и вычислить степень катастрофических расходов на медицинскую помощь.

Настоящее обследование стало повторением Обследования Домохозяйств 2001 и 2004 годов с незначительными поправками в вопроснике для того, чтобы провести сравнительный анализ со временем там, где это возможно. Инструмент исследования состоял из пяти разделов, которые охватывают следующее:

- общая демографическая информация о домохозяйстве и его членах;
- использование медицинских услуг за последние 30 дней и расходы, связанные с такой медицинской помощью;
- госпитализация за последний год;
- знания главы домохозяйства относительно прав людей в рамках Пакета государственных гарантий (ПГГ), разработанного Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС);

- информация о состоянии здоровья каждого из членов домохозяйства старше 18 лет и о том, охвачены ли они Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС). Кроме того, вопросы, связанные с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), такими как гипертония, избыточный вес, курение.

Структура выборки КИОД представляет собой национально репрезентативные данные, а взвешенные значения представлены так, чтобы выборка была репрезентативной на областном уровне. Общее количество домохозяйств, принимавших участие в обследовании, составило 5,005, в которое входит приблизительно 21,257 человек. Большую часть анализа в данном отчете составляют взвешенные данные. Однако, не взвешенные данные используются для меньшей части таблиц, где случаи являются редкими и где может быть недостоверным придавать большое удельное значение какому-либо случаю.

Настоящий отчет представляет результаты по пяти основным пунктам: (а) общее состояние здоровья, (b) использование медицинских услуг на уровне ПМСП за последние 30 дней, (c) госпитализация за последний год, (d) общие расходы на здравоохранение и (e) доступность к медицинским услугам. Основные таблицы настоящего отчета представлены в Приложении I.

Следующие дополнительные подробные анализы представлены в отдельных документах исследований политики: осведомленность населения об основных факторах риска ССЗ, в частности, гипертония, знание о правах населения в рамках ПГТ, и уровень катастрофических платежей на медицинскую помощь.

2. Общее состояние здоровья

Здоровье является комплексным и многомерным понятием. В Кыргызском Обследовании Домохозяйств по Здравоохранению (КОДЗ) была собрана информация по двум разным показателям состояния здоровья: хронические болезни, подразделяющиеся на ограничивающие и не ограничивающие хронические заболевания; и на острые заболевания, связанные с болезнью или травмой за последние 30 дней, также же подразделяющиеся на ограничивающие и не ограничивающие состояния (см. Рамку 1). В 2007 году, в отличие от предыдущих лет, вопросы о состоянии здоровья задавались только членам домохозяйств в возрасте 18 лет и старше. Таким образом, цифры за 2001 и 2004 годы, представленные в этом разделе, не могут быть непосредственно сопоставлены с теми, что представлены в ранних отчетах, поскольку относятся только к взрослому населению (18+).

Рамка 1. Вопросы о состоянии здоровья в рамках КОДЗ

- Хроническое заболевание

‘Страдает ли [ИМЯ] каким-то хроническим заболеванием или инвалидностью, которая длится более 3 месяцев (включая тяжелую депрессию)?’

Если да,

‘Сколько дней в течение последнего месяца не был/а [ИМЯ] в состоянии выполнять обычную деятельность из-за своей болезни или инвалидности?’

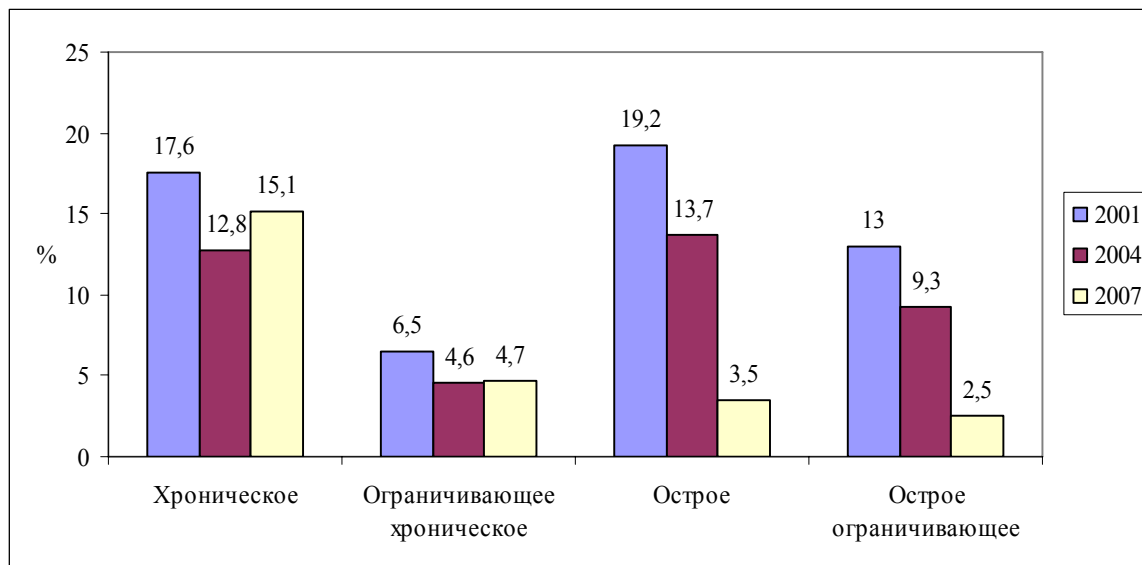
- Острое заболевание

‘В течение последних 30 дней было ли у [ИМЯ] какое-то острое (внезапное) заболевание или травма?’

Если да,

‘Сколько дней в течение последнего месяца не был/а [ИМЯ] в состоянии выполнять обычную деятельность из-за острой (внезапной) болезни или травмы?’

Рисунок 1: Процент населения в возрасте 18 лет и старше, сообщающих о заболевании, Кыргызстан, 2001, 2004, 2007 годы



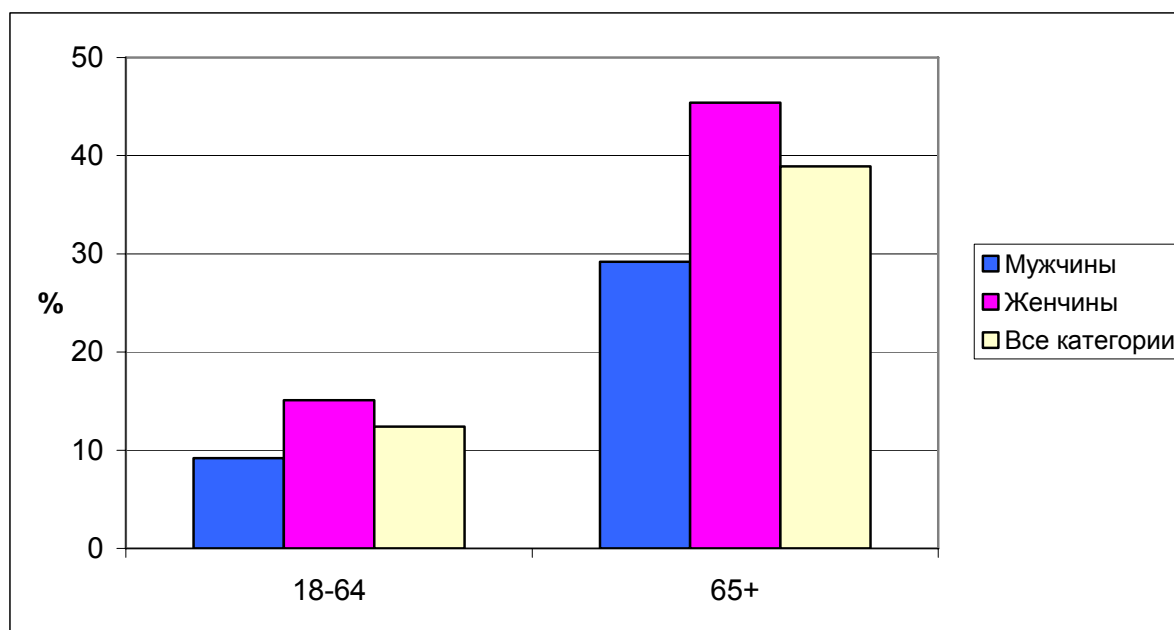
В 2007 году ситуация с заболеваемостью, по собственной оценке состояния здоровья, является несколько смешанным по сравнению с предыдущими годами КОДЗ. Хроническая заболеваемость была несколько выше в марте 2007 года по сравнению с тем же календарным месяцем 2004 года, тогда как острая заболеваемость была намного ниже. В марте 2007 года 15 процентов всех мужчин и женщин в КР в возрасте 18 лет и старше сообщали, что страдают от хронического заболевания или инвалидности, которая длится более 3 месяцев, тогда как только 3.5 процента сообщили, что страдали от острого заболевания или травмы за последние 30 дней. А в 2004 году эти же показатели составили 13 и 14 процентов соответственно (Рисунок 1). Учитывая 'серьезность' заболевания (в зависимости от того, ограничивалась ли их ежедневная деятельность из-за хронической или острой болезни), то в 2007 году только менее 5 процентов людей сообщили об ограничивающих деятельность хронических состояниях, что также соответствует уровню 2004 года. Однако только 2.5 процента населения в возрасте 18 лет и старше сообщили об ограничивающих острых состояниях, что значительно ниже того, что было отмечено в 2004 (9%) и 2001 (13%) годах. Ограничивающее острое состояние является очень чувствительным показателем, на который воздействуют сезонные изменения, и возможно весной 2007 года было меньше простуд и гриппа, чем в 2001 и 2004 годах. Поскольку значительная доля консультаций на уровне ПМСП является результатом острых заболеваний, то

можно предположить наименьшую распространенность острых заболеваний, которая отразится на уровне консультаций (к этому мы вернемся позже).

2.1 Хроническая заболеваемость

Распространенность хронических заболеваний варьирует в зависимости от возраста и пола, так люди старшего поколения сообщают о хронических заболеваниях чаще, чем молодое поколение, а женщины больше жалуются на здоровье, чем мужчины того же возраста. Например, 9 процентов мужчин трудоспособного возраста (18-64) утверждали, что страдали хроническими заболеваниями по сравнению с 15 процентами женщин того же возраста (Рисунок 2 и Таблица А1, Приложение 1). Среди тех, кому 65 и старше 29% мужчин сообщили, что страдают хроническими заболеваниями по сравнению с 45% женщин.

Рисунок 2: Процент населения в возрасте 18 лет и старше, сообщающих о хроническом заболевании по возрасту и полу, 2007 год



Вероятность возникновения хронических заболеваний безусловно связана с экономическим статусом домохозяйства респондента, т.е. заболеваемость, по

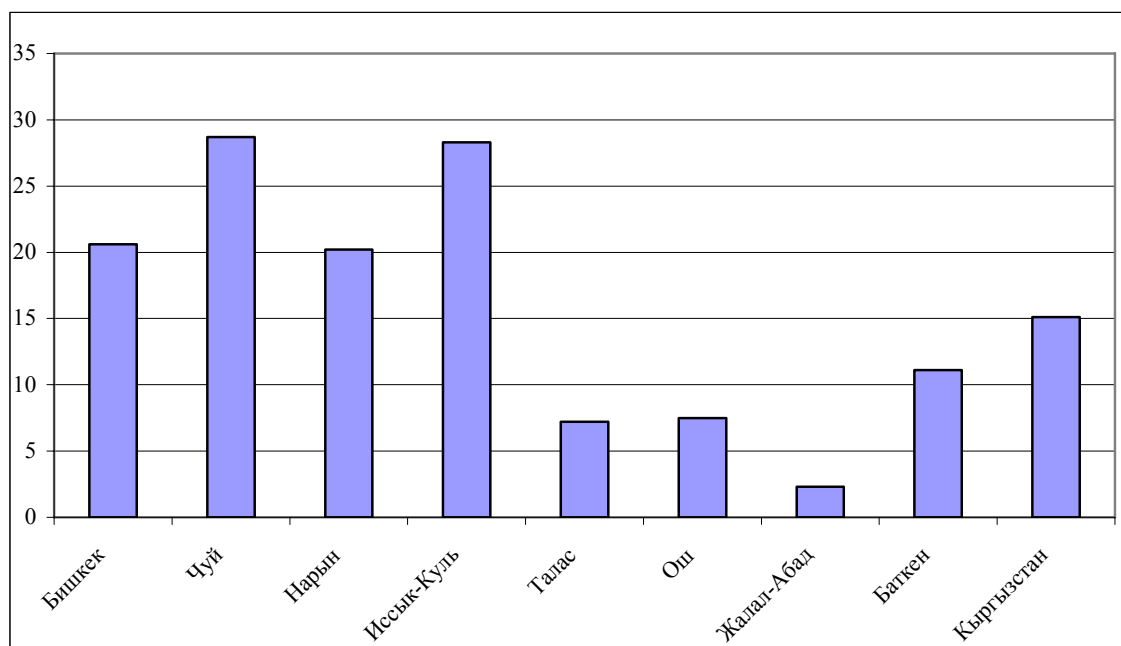
собственной оценке респондентов, выше среди более богатых⁴. 20 процентов взрослых в домохозяйствах, сообщающие о хронических заболеваниях, находятся в верхней квинтильной группе по сравнению с 6 процентами, которые находятся в нижней квинтильной группе (Таблица А2, Приложение 1). Такая обратная взаимосвязь между здоровьем и экономическим статусом была также обнаружена в 2001 и 2004 годах, и наблюдалась в нескольких других странах региона. Это может отражать различия в восприятии здоровья среди социально-экономических групп, когда бедные люди определяют свое здоровье более хуже, нежели те, кто является более богатыми. Плохое состояние здоровья может приравниваться к тому, что необходимо что-то делать с этим, и чем беднее, тем меньше они могут уделять время своему здоровью или покрыть расходы на медицинскую помощь, и тем меньше они хотят определять себя больными. Необходимо провести более детальную качественную работу, чтобы глубже раскрыть этот феномен.

Интересно отметить, что градиент хронической заболеваемости по социально-экономическому статусу среди населения в возрасте 18 лет и старше, практически не изменился за последние 6 лет. В 2007 году соотношение между самой богатой квинтильной группой и самой бедной квинтильной группой составило 3.2 (т.е. в 3.2 раза больше людей в самой богатой квинтильной группе сообщили о хроническом заболевании, чем те, кто находятся в самой бедной квинтильной группе); тогда как в 2004 году этот показатель составил 3.0, а в 2001 году - 3.1 (Таблица А2, Приложение 1).

Остаются значительные региональные различия в распространенности хронических заболеваний с четким разделением между севером и югом страны. Самая высокая распространенность хронических заболеваний была выявлена в Чуйской области (29%), далее следует Иссык-Кульская область (28%), тогда как самый низкий уровень распространенности обнаружен в Джалал-Абадской области (2%) (Рисунок 3). Такие географические различия в состоянии здоровья отражают региональные различия в возрастном и социально-экономическом составе, при том, что области, в которых ниже процент населения в возрасте старше 65 лет, также могут похвастаться самыми низкими показателями распространенности хронических заболеваний.

⁴ Мера экономического благосостояния, используемая здесь - это расходы домохозяйства на человека (включая вмененную стоимость потребления домашней продукции), как определялось в Обследовании Бюджета Домохозяйств в предыдущем году (2006).

Рисунок 3: Процент людей в возрасте 18 лет и старше, сообщающих о хроническом заболевании по областям, 2007 год

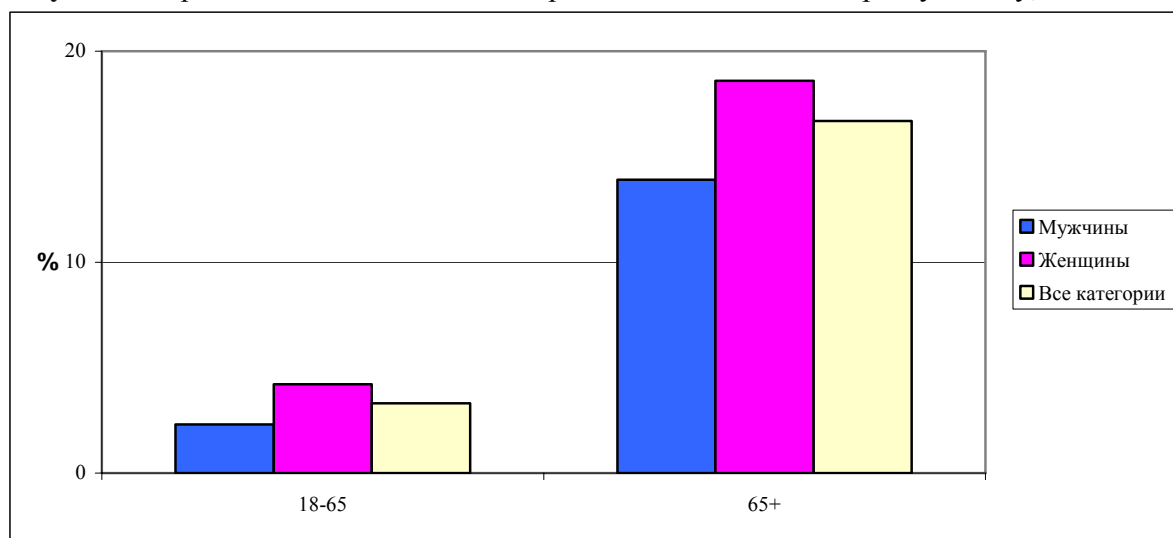


Примечание: хи-квадрат для различий по регионам имеет значение при ($p < 0.001$)

2.2 Острая заболеваемость

Распространенность острых заболеваний также варьирует в зависимости от возраста и пола, где женщины в каждой возрастной группе больше сообщают о случаях заболевания, нежели мужчины. Например, среди тех, кому 65 и старше, 3 процента мужчин по сравнению с 10 процентами женщин сообщили об остром заболевании в течение 30 дней до проведения обследования (Рисунок 4). Внутри каждой поло-возрастной группе отмечается заметный спад в доле сообщающих об острых заболеваниях за последние 30 дней в период между 2001 и 2007 годами (Таблица А1, Приложение 1).

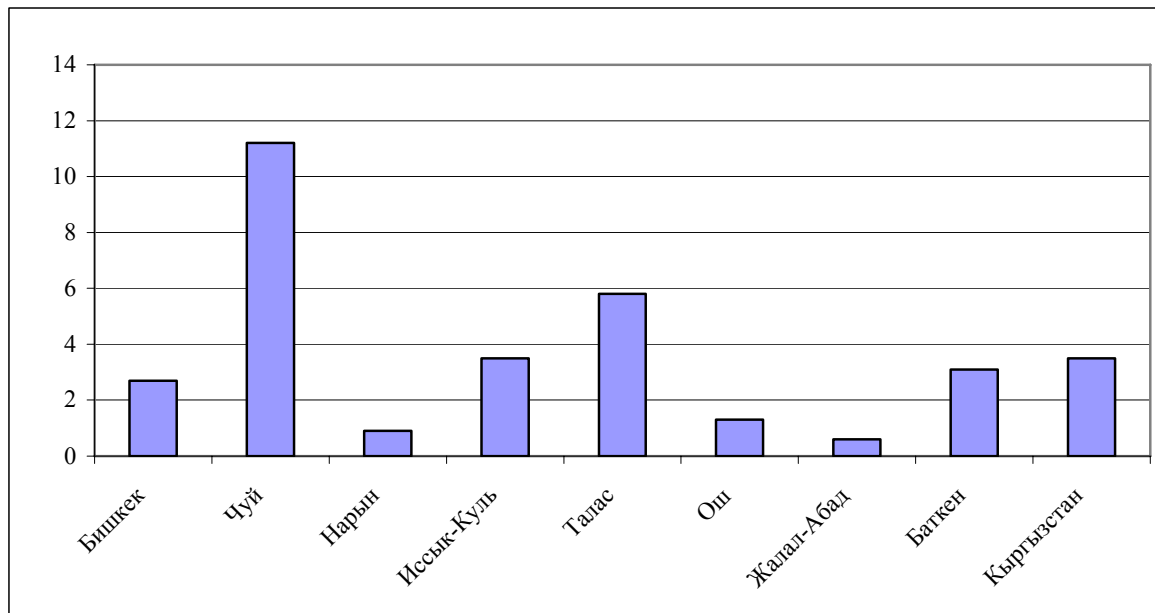
Рисунок 4: Процент сообщающих об остром заболевании по возрасту и полу, 2007 год



Примечание: хи-квадрат для различий по регионам, имеющий значение при ($p < 0.001$)

Также существует вполне определенная связь между заболеваемостью и экономическим статусом, где 1.6 процентов взрослых, проживающих в домохозяйствах самой бедной квинтильной группы, сообщают о случаях острого заболевания по сравнению с 4.6 процентами среди домохозяйств самой богатой квинтильной группы (Таблица А2, Приложение 1). Поскольку общая распространенность острых заболеваний снизилась со временем, разница между здоровьем 'богатых' и 'бедных' увеличилась – соотношение между высшей и низшей квинтильными группами увеличилось с 2.0 в 2001 году до 2.9 в 2007 году.

Рисунок 5: Процент населения в возрасте 18 лет и старше, сообщающих об остром заболевании по областям, 2007 год



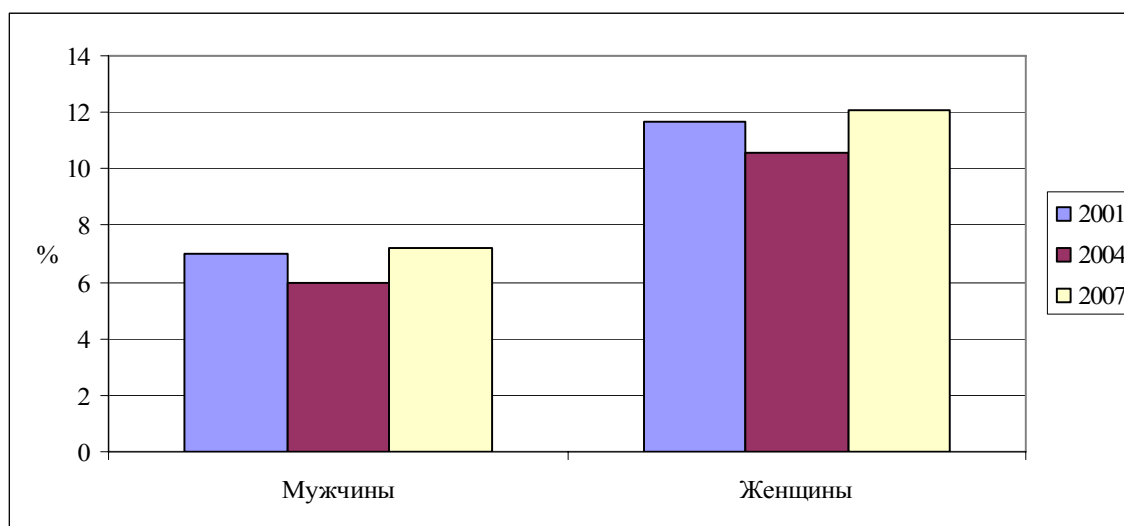
Примечание: хи-квадрат для различий по регионам, имеющий значение при ($p < 0.001$)

Существуют значительные различия в распространенности заболеваний по регионам (Рисунок 5). В Чуйской области была обнаружена самая высокая распространенность острых заболеваний (11%), тогда как самый низкий показатель заболеваемости отмечен в Джалал-Абадской области (ниже 1%).

3. Использование медицинских услуг на уровне ПМСП

В целом 7 процентов мужчин и 12 процентов женщин КР сообщили, что они обращались за медицинской помощью за последние 30 дней в марте 2007 года (Рисунок 6). Это представляет небольшое увеличение по сравнению с тем же периодом в 2004 году, но аналогично показателям отмеченным в 2001 году. Показатели использования медицинских услуг на уровне ПМСП имеют одинаковую тенденцию в течение всего обследуемого периода во всех поло-возрастных группах (Таблица В1, Приложение 1). Удивительно то что, показатели использования медицинской помощи остаются такими стабильными в течении всего обследуемого периода при том, что произошел значительный спад сообщаемых о болезни, особенно острых заболеваний, что отмечалось выше. Однако важно отметить, что в КОДЗ в 2007 году расположение вопросов, касающихся здоровья, в вопроснике изменилось, по сравнению с 2001 и 2004 годами, и возможно это повлияло на полученные результаты относительно заболеваний, представленные в предыдущем разделе.

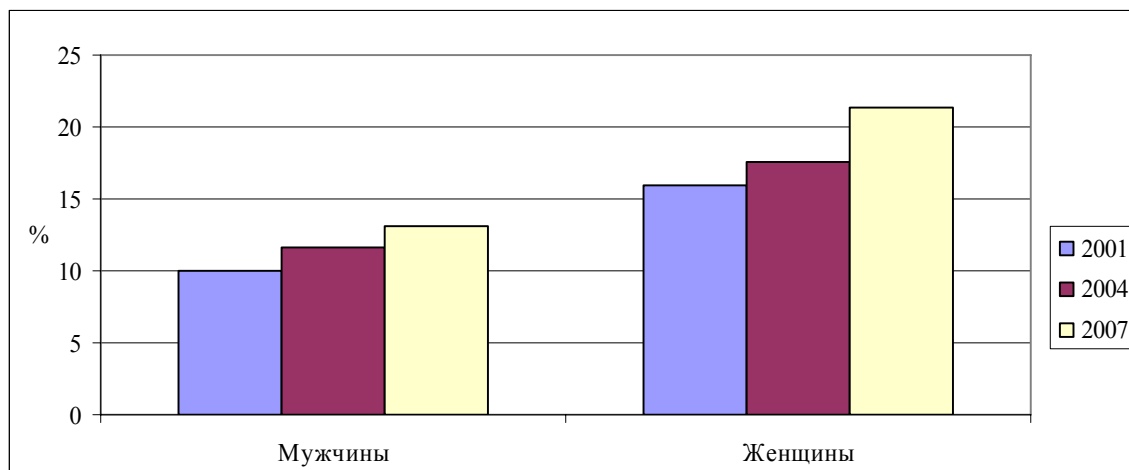
Рисунок 6: Процент обратившихся за медицинской помощью в последние 30 дней, 2001, 2004 и 2007 годы



Кроме тех, кто обращался за медицинской помощью, другие 13 процентов мужчин и 21 процент женщин сообщили, что нуждались в медицинской помощи, но не обращались за лечением (Рисунок 7). По сравнению с предыдущими обследованиями видно увеличение в пропорциях. Доля людей отметившие

‘неудовлетвореную потребность’ в медицинской помощи увеличилась за период 2001-2007 годы во всех поло-возрастных группах, за исключением мужчин пожилого возраста (Таблица В1, Приложение 1).

Рисунок 7: Процент тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не консультировался в последние 30 дней, 2001, 2004 и 2007 годы



В 2007 году основной причиной не обращения за медицинской помощью было то, что люди занимались самолечением, применяя либо лекарственные препараты (82%), либо травы (9%). 3 процента мужчин и 2 процента женщин посчитали, что проблема пройдет сама собой. Только 4 процента и мужчин и женщин сообщили, что они не обратились за медицинской помощью, поскольку это было ‘слишком дорого’, когда как в 2004 году этот показатель составил среди мужчин 11 процентов и среди женщин 16 процентов (Рисунок 8 а и б).

Рисунок 8а: Причины, по которым женщины не обращались за медицинской помощью, 2004 и 2007 годы

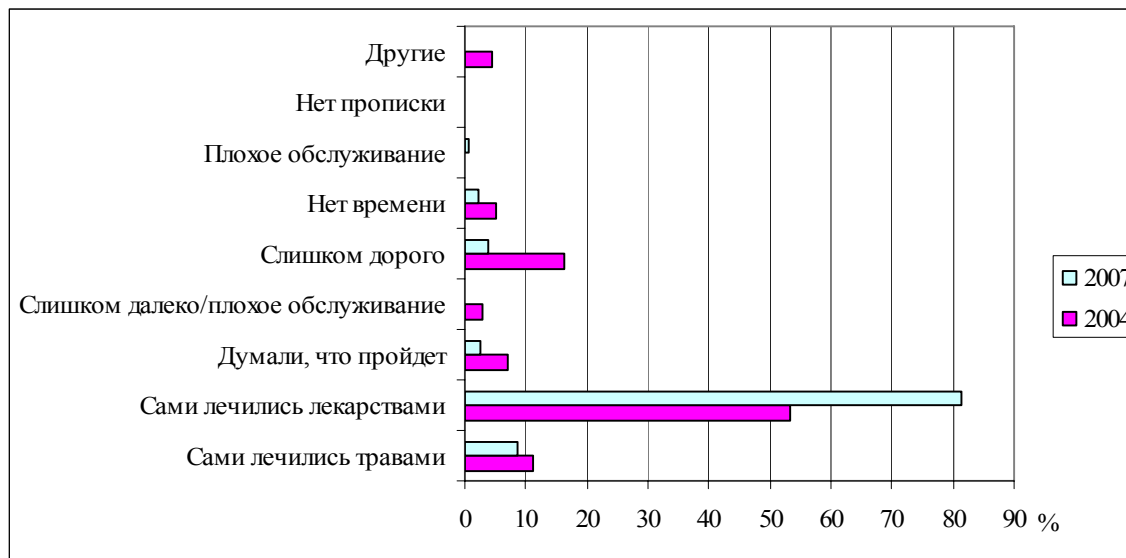
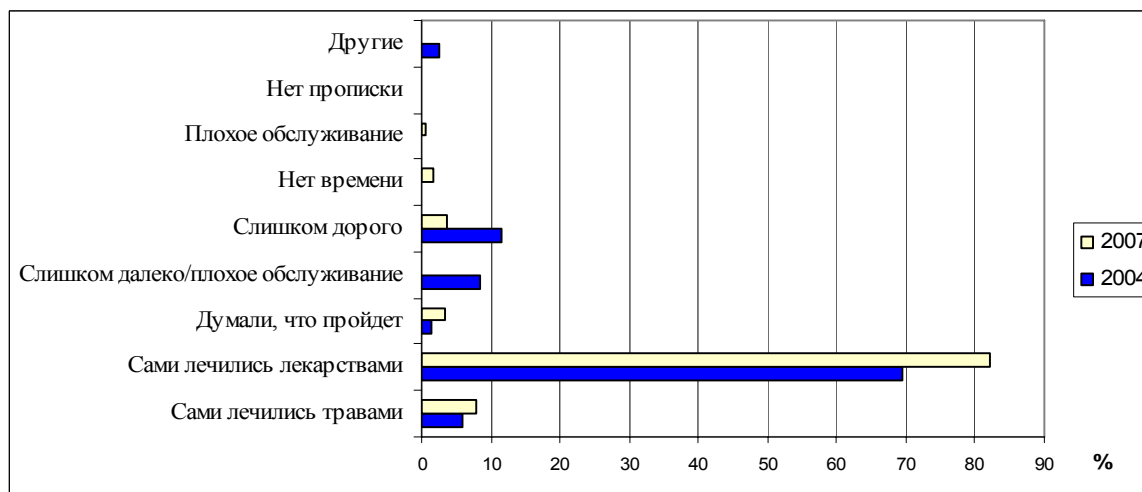


Рисунок 8б: Причины, по которым мужчины не обращались за медицинской помощью, 2004 и 2007 годы



Первым индикатором панели управления Программы «Манас Таалими» по ‘Доступности и Справедливости Медицинских Услуг’ является “доля населения, не обратившихся за необходимой медицинской помощью из-за отсутствия денег и отдаленности медицинского учреждения”. В соответствии с анализом, проведенным в рамках КОДЗ в 2001-2007 гг. а) доля населения, сообщивших о том, что нуждались в медицинской помощи, но не обращались за ней, и назвавших в качестве основной причины - расходы или расстояние до учреждения, снизилась с

14.7% в 2001 году до 5.7% в 2004 году и до 3.6% в 2007 году; б) доля *общего населения* (независимо от заявленной потребности), не обратившихся за медицинской помощью из-за расходов или расстояния до учреждения, снизилась с 1.9% в 2001 году до 0.9% в 2004 году и до 0.6% в 2007 году. Таким образом, ясно, что реформы здравоохранения достигли значительного прогресса в сокращении финансовых барьеров в доступности к медицинской помощи в Кыргызстане.

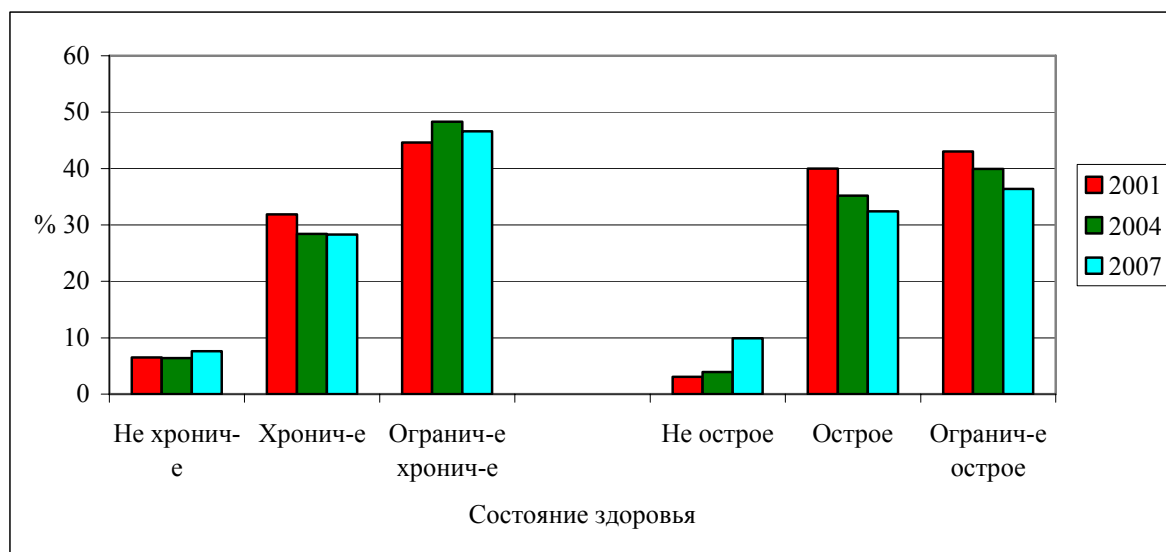
ОСНОВНОЙ ВЫВОД #1: ФИНАНСОВЫЕ БАРЬЕРЫ К ДОСТУПУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СОКРАЩАЮТСЯ: ДОЛЯ НАСЕЛЕНИЯ, СООБЩИВШИХ О ТОМ, ЧТО НУЖДАЛИСЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НО НЕ ОБРАЩАЛИСЬ ЗА НЕЙ ИЗ-ЗА РАСХОДОВ ИЛИ РАССТОЯНИЯ ДО УЧРЕЖДЕНИЯ, СНИЗИЛАСЬ С 14.7% В 2001 ГОДУ ДО 5.7% В 2004 ГОДУ И ДО 3.6% В 2007 ГОДУ.

3.1 Образцы использования медицинской помощи

3.1.1 Доля консультаций

Обращение за медицинской помощью сильно связана с плохим здоровьем. В 2007 году, только 7 процентов из тех, у кого не было хронического заболевания, сообщили о получении медицинской консультации на уровне ПМСП в течение последних 30 дней, по сравнению с 28 процентами из тех, кто отметил наличие хронического заболевания и 47 процентами из тех, чье хроническое заболевание или инвалидность ограничивали их деятельность. Доля консультаций среди тех, у кого было острое заболевание, составляют 32 процента по сравнению с 10 процентами лиц, у кого не было острых заболеваний (Рисунок 9).

Рисунок 9: Процент обратившихся за медицинской помощью в последние 30 дней



В таблице В4 Приложения 1 представлены данные по типам состояний, по причине которых люди обращались за медицинской помощью, в разрезе по возрасту и полу. В 2007 году доля консультаций связанных с беременностью составила 17 процентов среди женщин в возрасте 16-54 лет по сравнению с 12% в 2004 году. Консультации по проблемам психического здоровья были относительно низкими, насчитывая только 2 процента из всех посещений. В 2001 году, четверть всех детских консультаций состоялись по причине вакцинации – при этом в 47 процентах случаев родителям предоставлялись шприцы для прививок, а в 2007 году, доля получения прививок насчитывала около 17 процентов из всех детских консультаций.

Показатели обращений за консультациями варьируются в зависимости от возраста и пола, где женщины больше обращаются за помощью, чем мужчины, а самый высокий уровень обращений за консультациями было отмечено среди пожилых людей (Таблица В1, Приложение 1). Вероятность получения консультации у медицинского специалиста также варьируется в зависимости от экономического положения домохозяйства; в частности те, кто входят в самую богатую квинтильную группу по потреблению в полтора раза чаще обращаются за медицинской помощью, чем те, кто входит в самую бедную квинтильную группу (Таблица В2, Приложение 1). Данные показатели отчасти отражают различия в состоянии здоровья, отмеченные выше. Интересно, что относительная разница между богатыми и бедными, представленная соотношением между самой богатой квинтильной группой (Q5) и

самой бедной квинтильной группой (Q1) сократилась в течение обследуемого периода с 2.3 до 1.6. Однако, процент сообщивших, что *нуждались в медицинской помощи, но не обращались за ней*, увеличился за период 2001 - 2007 годы во всех квинтильных группах. Как мы видели выше, большинство людей не говорят о расходах, как первопричине не обращения за помощью, а большая часть полагается на самолечение. Однако, такое может происходить из-за стоимости лекарств, которая если мы посмотрим, составляет львиную долю расходов, связанных с консультацией.

Для того, чтобы изучить каким образом доля получивших консультации варьируются по различным подгруппам населения, в Таблице В3 Приложения 1 представлены результаты серии логических регрессий. Зависимой переменной является обращение за медицинской помощью по какой-либо причине за последние 30 дней. Много-переменный анализ подтверждает, что состояние здоровья является важным прогнозирующим фактором в получении консультации. Лица, страдавшие острым заболеванием в последние 30 дней, которые ограничили их обычную деятельность, почти в четыре раза больше обращались за медицинской помощью, нежели те, у кого не было острого заболевания. Женщины в два раза чаще консультировались, чем мужчины, а вероятность получения консультации самая высокая среди тех, кому за 60 лет.

После осуществления контролинга здоровья, люди, проживающие в сельской местности, немного чаще обращаются за медицинской помощью, чем те, кто проживают в городской местности, возможно отражая более ограниченный доступ к госпитальному уровню и к лекарственным пунктам, а также возможности самолечения. Существуют значительные региональные различия в долях получения консультаций; так, люди, проживающие в Джалал-Абадской и Нарынской областях больше консультируются по сравнению с контрольной группой в Иссык-Кульской области, тогда как те, кто проживает в других областях еще реже консультируются.

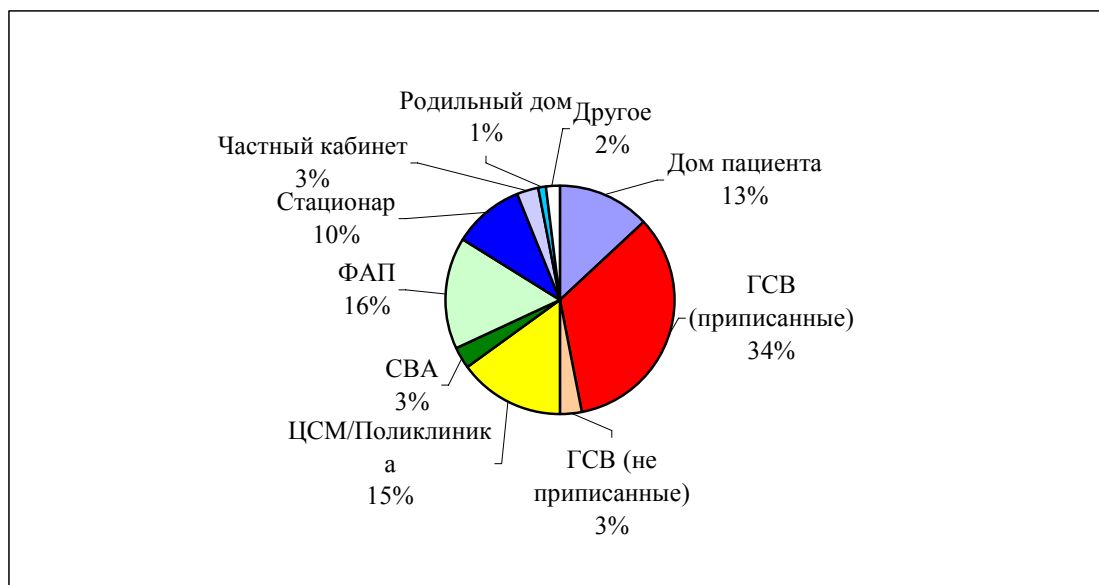
И наконец, даже после осуществления контроля различия в состоянии здоровья, сохраняется значительная разница в вероятности обращения за медицинской помощью в зависимости от социально-экономической группы, где, те, кто относятся к более богатым квинтильным группам имеют возможность консультироваться где-то на 20-30% чаще, чем те, кто входят в самую бедную квинтильную группу. Одной из причин этого возможно то, что богатые обращаются за консультацией чрезмерно больше.

Однако, градиент соотношений шансов по kvinительным группам был менее резок, чем это было обнаружено в таком же много-переменном анализе, проведенном в 2004 году, указывая на снижение несправедливости в доступности.

3.1.2 Тип медицинского учреждения и специалисты, к которым обращались за консультацией

Поскольку процесс реформирования продолжает оказывать воздействие, место прохождения консультации сместилось (Рисунок 10). В 2007 году, наибольшее количество консультаций проходило в медицинских учреждениях; так, менее чем одна из десяти (8%) консультаций проходила в доме больного. Почти половина консультаций проходила в ГСВ, где приписан пациент; в 2007 году - 44% по сравнению с 2004 годом, когда этот показатель составил 34%, это отражает расширение охвата населения ГСВ по стране (см. также Таблицу В5, Приложение 1).

Рисунок 10: Место консультации, 2004 год



Тип посещенного учреждения различался между городской и сельской местностью, где люди, живущие в городе, намного больше посещают ГСВ/поликлинику, в то время как в селе больше посещают стационар или ФАП (Таблица В5, Приложение 1). Одним примечательным изменением с 2004 года является увеличение доли посещений частных кабинетов, как в городской, так и в сельской местности, так в 2004 году это составило 3%, а в 2007 году - 9%.

В 2007 году, большинство людей (74%), консультировавшиеся у медицинского специалиста в течение 30 дней до проведения интервью, посетили государственного врача. Только четыре процента посетили частного врача и менее одного процента – традиционного целителя. Остальные посещали стоматолога (6%), медсестру (4%), акушерку (6%), фельдшера (5%) и фармацевта (менее 1%). Произошло небольшое изменение в распределении помощи по медицинскому персоналу в течение обследуемого периода (см. Таблицу В6 приложения 1).

Взаимосвязь между экономическим статусом и *видом* использованной медицинской помощи проливает свет на вопросы экономической и физической доступности медицинской помощи. В Таблице В6 приложения 1 показано, что большая часть бедных продолжает пользоваться услугами учреждений ПМСП и их поставщиками, такими как медсестры и фельдшера, по сравнению с небедными слоями населения – которые больше могут позволить себе высокие расходы на поликлинику и третичную медицинскую помощь. Те, кто проживает в самых бедных обследованных домохозяйствах, больше лечатся на дому, нежели богатые домохозяйства, так это отражает посещение фельдшера или медсестры (8% по сравнению с 5%), либо ФАПа (фельдшерско-акушерские посты) (14% по сравнению с 4%). Однако, разница в тенденциях использования медицинской помощи между богатыми и бедными уменьшилась в течение обследуемого периода. В 2001 году только 16% из самой бедной части домохозяйств посещали врача ГСВ, где они приписаны, а в 2007 этот процент увеличился до 53%.

3.1.3 Физическая доступность услуг и качество помощи

Физическая доступность медицинских услуг может оцениваться по двум разным индикаторам - географическая близость (т.е. расстояние от дома пациента до медицинского учреждения) и время, которое занимает больной, чтобы добраться до медицинского учреждения. Последнее варьируется в зависимости от географического расстояния и вида транспорта, используемого, чтобы преодолеть расстояние.

В Таблице В7 приложения 1 представлена информация по среднему преодолеваемому расстоянию в зависимости от типа медицинского учреждения и региона. Учреждения ПМСП чаще находятся относительно недалеко от домов пациентов, где среднее расстояние составляет около 1-2 км, тогда как учреждения третичного уровня находятся намного дальше. Не удивительно, что средние

расстояния также больше в менее густо населенных регионах страны, так например, самые большие расстояния в Нарынской области. Время, затраченное на то, чтобы добраться до медицинского учреждения, также значительно больше в Нарынской области, где пятая часть посещений медицинских учреждений предполагает путешествие более часа (Таблица В8, Приложение 1). Большинство пациентов (83%) затрачивали на проезд меньше, чем получаса, тогда как те, кто посещали медицинские учреждения третичного уровня, наверняка имели опыт более длительных путешествий. Незначительное изменение произошло с 2004 года.

Только больше половины всех респондентов, которые обращались за медицинской помощью за последние 30 дней до интервью, понесли затраты на проезд до медицинского учреждения (Таблица В9, Приложение 1). Эта доля варьирует в зависимости от региона, где 30 процентов проживающих в Джалал-Абадской области, сообщили о некоторых затратах на проезд по сравнению с 65 процентами среди проживающих в Ошской и 68 процентами в Чуйской области. Оплаченная сумма также варьирует в зависимости от региона в среднем от 10 сомов в Джалал-Абадской области и 20 сомов в г.Бишкеке до 80 сомов в Нарынской области. Транспортные расходы тесно связаны с преодолеваемым расстоянием и видом транспорта, где, те, кто добираются на скорой помощи несут наибольшие затраты.

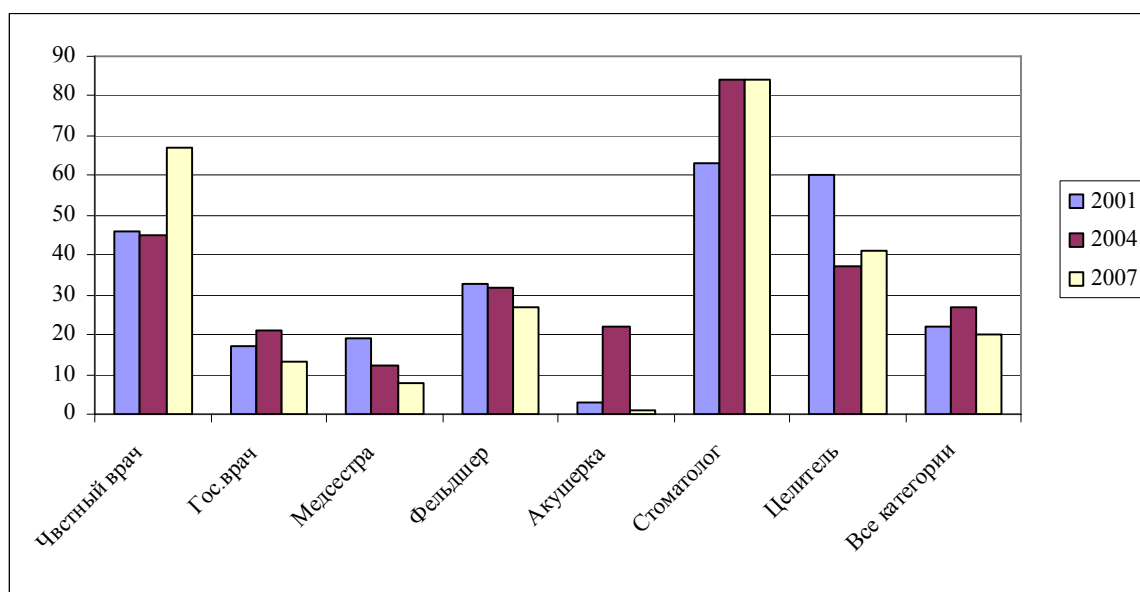
Как только люди добрались до медицинской помощи, одним из показателей качества полученной помощи является время, которое затрачивает пациент, ожидая приема врача. В целом, среднее время ожидания является довольно непродолжительным. Половина всех респондентов отметили, что были осмотрены специалистом в течение 15 минут (Таблица В10, Приложение 1). Время ожидания немного увеличилось в период между 2004 и 2007 годами, хотя разница небольшая.

3.1.4 Оплата за консультации

а) оплата поставщикам

Доля оплачивающих за ПМСП снизилась в период между 2004 и 2007 годами. В целом, 20 процентов из тех, кто сообщил о том, что обращался за медицинской помощью в последние 30 дней, платили за консультацию в 2007 году по сравнению с 27 процентами в 2004 году, 22 процентами в 2001 году и 25 процентами в 1994 году (Таблица В11, Приложение 1).

Рисунок 11: Процент оплачивающих за консультацию по типу медицинского персонала, 2001, 2004, 2007 годы



В период между 2004 и 2007 годами самый большой спад произошло среди тех, кто посещал акушерку (до 1% в 2007 г. с 22% в 2004 г.) и государственного врача (до 13% с 21%), тогда как доля тех, кто оплачивал частному врачу увеличилась с 45% в 2004 году до 67% в 2007 году (Рисунок 11).

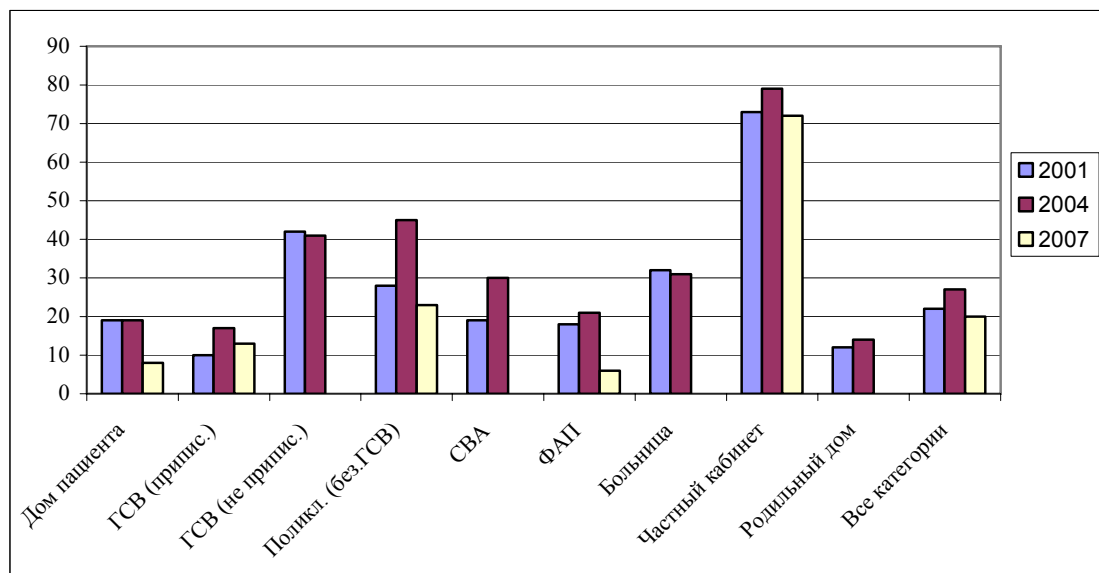
ОСНОВНОЙ ВЫВОД #2: ПРОЦЕНТ ОПЛАЧИВАЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ПОСТАВЩИКАМ СНИЗИЛСЯ С 27% В 2004 ГОДУ ДО 20% В 2007 ГОДУ.

Необходимо отметить, что в 2007 году ряд типов медицинских учреждений, не были включены в вопросник, таких как посещения населения в ГСВ, в которое не приписан, СВА, стационары и родильные дома. В связи с этим, представлен ниже анализ расходов, производимых за консультацию по типу, тех медицинских учреждений, которые были включены также и в 2007 году. Процент внесших оплату также варьирует в зависимости от типа посещенного учреждения (Рисунок 12 и Таблица В11, Приложение 1).

Отмечен положительный момент, что доля людей, посетивших ГСВ, куда они были приписаны и сообщившие, что осуществляли какие-то платежи, снизилась с 17% в 2004 году до 13% в 2007 году, а процент тех, кто производил оплату в

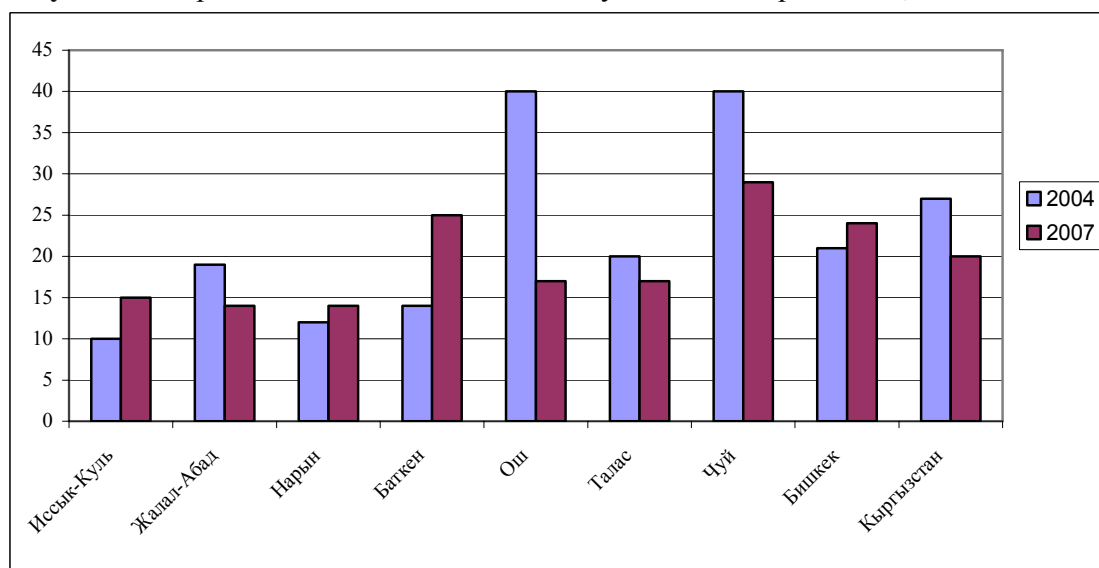
поликлинике/ЦСМ снизился с 45% в 2004 году до 23% в 2007 году. В 2007 году ни один человек не платил за прием в ГСВ, где они были приписаны.

Рисунок 12: Процент оплачивающих за консультацию по типу медицинского учреждения, 2001, 2004, 2007 годы



Те же самые суммы оплачивались за консультации в ГСВ, куда приписан респондент, в поликлинике и в ФАПе (в среднем 50 сом). Как и предполагалось, оплата была самой высокой за частные приемы. Оплата за консультации также была выше врачам, нежели медсестрам, причем стоматологи получают самые большие суммы.

Рисунок 13: Процент оплачивающих за консультацию по регионам, 2004 и 2007 годы



Существующие региональные различия в доле обращающихся за медицинской помощью, которые платили за консультацию сохраняются (Рисунок 13, Таблица В12, Приложение 1). Хотя, заметно, что различия стали намного меньше по сравнению с 2004 годом, когда 40 процентов пациентов в Ошской и Чуйской областях сообщали о произведенных выплатах; а к 2007 году эта доля снизилась до 17% и 29% соответственно. Интересно, что доля производящих выплаты фактически увеличилась в 4х из 7 областей, при чем в Баткенской области наблюдается самый большой скачек, с 14% в 2004 году до 25% в 2007 году.

Существует небольшая разница между сельской и городской местностью в доле пациентов, сообщивших о произведенных выплатах, хотя все же средний уровень выплат выше в городской местности. В Таблице В13 Приложения 1 данный вопрос исследуется подробнее, где рассматриваются средние выплаты по типу поставщика и учреждениям в городской и сельской местностях. В 2007 году в среднем оплата государственным врачам в городской местности составляла 163 сома, тогда как в сельской местности - 97 сом.

Обследование предоставляет возможность глубже понять функционирование системы льгот. В среднем, в 2007 году только менее 10% населения сообщили, что обращались за медицинской помощью за последние 30 дней. Однако 27% людей относящихся к одной из 'освобожденных' категорий (подробно описанных в вопросе 8 анкеты) обращались за медицинской помощью; и эти 'освобожденные' категории составили 8% от всех консультаций. Только 9 процентов освобожденных людей сообщили, что производили выплаты за консультацию по сравнению с 21 процентом не освобожденных. Это значительное улучшение по сравнению с 2004 годом, когда 15% освобожденных пациентов производили выплаты. Это указывает на то, что система льгот работает более эффективно.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #3: ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЬГОТ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ УЛУЧШИЛОСЬ.

Людям также задавался вопрос о том, охвачены ли они *Фондом обязательного медицинского страхования*. В 2007 году 80% респондентов ответили утвердительно. Не было отмечено различий в уровнях консультации между застрахованными и незастрахованными; хотя, застрахованные респонденты немного меньше сообщали о

том, что производили оплату за консультацию (19% среди тех, кто охвачен ФОМС и 22% из неохваченных).

Когда их спрашивали о том, получали ли они *квитанцию на оплату*, 90 процентов всех респондентов, которые оплачивали, ответили ‘трудно сказать’, тогда как остальные ответили, что получили квитанцию. Это является ухудшением по сравнению с 2004 годом, когда около четверти из тех, кто оплачивал, положительно отвечали, что получали квитанцию. Однако, поскольку общая доля плативших снизилась, то абсолютные числа остались на том же уровне.

Для того, чтобы дать оценку факторам, связанным с оплатой за ПМСП, в Таблице В14, Приложения 1 представлены результаты много-переменного анализа, с использованием логистической регрессии. Видно, что новая система функционирует хорошо в плане целевого решения проблем. Люди, охваченные ФОМС, меньше производили выплаты, чем не застрахованные, поскольку они являются теми, кто имеют льготы. После осуществления контролинга на другие факторы было выявлено, что две трети людей, с ограничивающими хроническими заболеваниями, производили выплаты, так же как и те, кто не являлся хроническим больным. Все еще сохраняются значительные региональные различия, например люди в Чуйской области в 2.5 раза больше платят, чем в Иссык-Кульской области. Здесь необходимо дальнейшее изучение. Также заметно, люди входящие в низшую квинтильную группу, платят больше, чем другие группы, несмотря на то, что градиент по социально-экономической группе не является линейным.

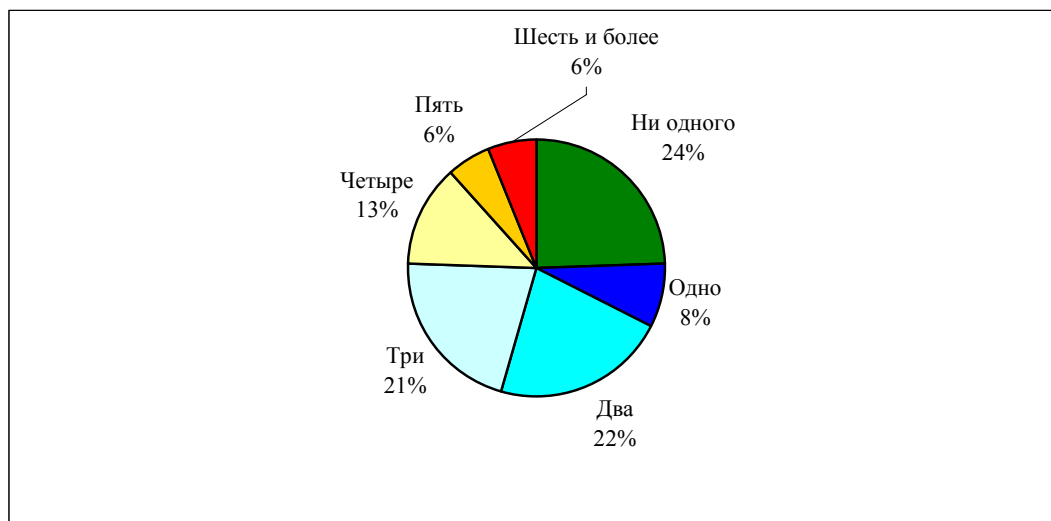
b) другие выплаты

На том же уровне остаются ‘другие выплаты’, произведенные в связи с консультацией, например такие как оплата за диагностические анализы. Так в 2004 году этот показатель составил 17 %, а в 2004 году - 20%. Это заметное снижение по сравнению с 32 процентами в 2001 году и 55 процентами в 1994 году (Таблица В15, Приложение 1). Кроме того, необходимо отметить, что меньше чем два процента сообщили о преподнесении **подарка** медицинскому персоналу во время консультации. В этой связи, выходит, что новый механизм взимания единовременной сооплаты работает хорошо.

3.2 Рецепты

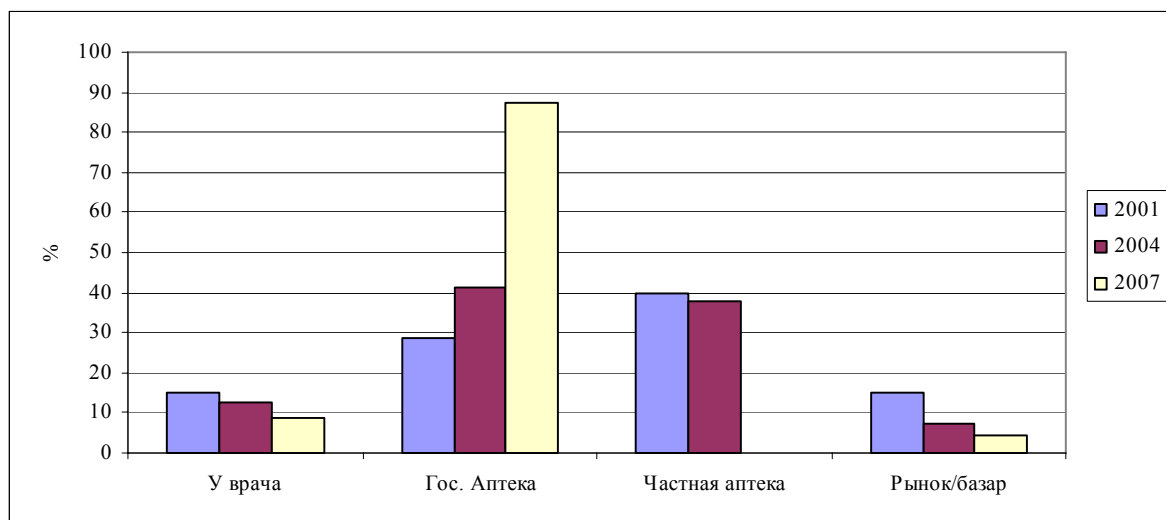
Из тех, кто консультировался с медицинским специалистом в течение последнего месяца в 2007 году, 76 процентов получили рецепт как минимум на одно наименование (Рисунок 14). Такая же картина наблюдалась и в 2004 году по сравнению с 65 процентами в 2001 году. Впрочем, четверть (25%) получили рецепт на 4 или больше наименований (с 20% в 2004 году).

Рисунок 14: Количество назначенных наименований



Большинство респондентов смогли приобрести все выписанные лекарственные препараты (92%), и 5 процентов приобрели некоторые из этих наименований. Только 3 процента не приобрели никаких лекарств (Таблица В16, Приложение 1). Это показывает значительное улучшение ситуации по сравнению с 2001 года, когда только 77 процентов приобрели все предписанные медикаменты, 14 процентов приобрели только часть, а 9 процентов не приобрели ничего. Данный положительный факт можно объяснить (i) расширением фармацевтической сети по республике, благодаря чему лекарства становятся более доступными населению, (ii) экономическим ростом (население становится более богаче) и (iii) возможно Дополнительный Лекарственный Пакет ОМС работает. Когда задавался вопрос населению, почему они не приобрели медикаменты, 43% респондентов в 2007 году сослались на то, что лекарства слишком дорогие, тогда как данный показатель составил 54% в 2004 году и 61% в 2001 году.

Рисунок 15: Место приобретения препаратов по рецепту, 2001, 2004, 2007



Почти 90% респондентов, получивших рецепт, сообщили, что приобрели лекарства в государственных аптеках (Рисунок 15). Медианная оплачиваемая сумма немного варьировала в зависимости от места приобретения медикаментов, от 150 сом в аптеке, 160 сом у врача и 175 сом на базаре (Таблица В18, Приложение 1).

Одна пятая часть населения (21%) от общей выборки сообщают, что приобрели какие-то медикаменты без рецепта в течение последнего месяца средней стоимости - 87 сом.

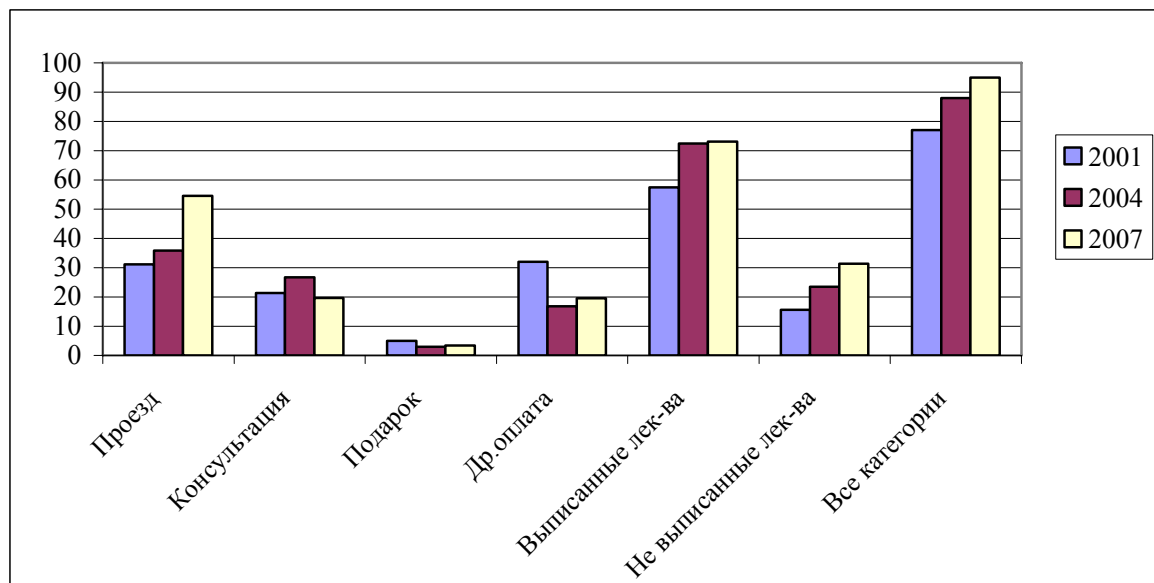
ОСНОВНОЙ ВЫВОД #4: ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШИЛАСЬ СИТУАЦИЯ С ПРИОБРЕТЕНИЕМ ВЫПИСАННЫХ МЕДИКАМЕНТОВ: 92% ПАЦИЕНТОВ ПРИОБРЕЛИ ВСЕ ВЫПИСАННЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ В 2007 ГОДУ ПО СРАВНЕНИЮ С 77% В 2001 ГОДУ.

3.3 Общие платежи в связи с консультацией

В 2007 году, средняя оплачиваемая сумма в связи консультацией среди всех, кто консультировался с медицинским специалистом, составила только чуть больше 350 сомов (среднее значение 170 сомов) (Таблица В19, Приложение 1). Расходы на лекарства (с и без рецепта) составляли наибольшую долю от общих расходов (74%), а следующие по значимости идет оплата за консультацию (11%). Конечно, не все, кто

обращался за медицинской помощью за последние 30 дней, производили выплаты, и, фактически, среднее значение многих видов выплат среди всех консультаций составило ноль. Это указывает то, что меньше половины всех пациентов понесли определенные виды затрат, как показано на Рисунке 16.

Рисунок 16: Из тех, кто консультировался, процент сообщивших о понесении различных расходов: 2001,2004, 2007 годы



При изучении расходов на медицинскую помощь *только* среди тех, кто *действительно понес какие-то расходы*, медианная (средняя) общая выплачиваемая сумма в связи с консультацией составляла 180 (374) сомов в 2007 году по сравнению с 120 (276) соммами в 2004 году и 86 (193) соммами в 2001 году (Таблица В20, Приложение 1). Все еще продолжается сохраняться региональные различия в уровнях оплаты. Было отмечено, что самые высокие средние выплаты были в Чуйской области и городе Бишкеке, а самые низкие в Таласской и Нарынской областях. Видно, что в Нарыне средние выплаты намного выше, чем медианные, но это указывает на то, что распределение платежей искажено несколькими людьми, которые произвели очень высокие выплаты (*замечание: необходимо обратить внимание на то, что платежи, которые отклоняются по двум стандартам от среднего национального показателя, перекрываются на этом уровне*) (Таблица В21, Приложение 1).

Рассматривая бремя расходов на медицинскую помощь среди тех, кто консультировался в течение последнего месяца, общая оплата за консультации

составляла в среднем почти 7 процентов от обычных общих ежемесячных расходов домохозяйства. Оплата за медицинскую помощь представляет собой наибольшее бремя для бедных слоев населения, нежели богатых. Так, для самых бедных домохозяйств расходы на медицинскую помощь в среднем насчитывают почти 8 процентов от общих расходов домохозяйства, а для самых богатых - 6 процентов. Однако, в бедных домохозяйствах обычно больше проживают людей, чем в богатых домохозяйствах. Если рассматривать расходы на амбулаторную помощь, как долю расходов домохозяйства *на душу населения*, то в среднем такие расходы насчитывают 34% подушевых расходов домохозяйства в самой бедной квинтильной группе, а в самой богатой - только 16% (и 24% для всех домохозяйств). Таким образом, в бедных домохозяйствах, болезнь одного человека, и в частности, расходы связанные с ней могут составить примерно треть обычного потребления одного человека.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #5: НЕСМОТЯ НА ТО, ЧТО ОБЩАЯ ДОСТУПНОСТЬ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ УЛУЧШИЛАСЬ, НО БРЕМЯ ВЫПЛАТ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЛЯ БЕДНОГО СЛОЯ НАСЕЛЕНИЯ ВСЕ ЕЩЕ ОСТАЕТСЯ СУЩЕСТВЕННЫМ ИЗ-ЗА УВЕЛИЧЕНИЯ РАСХОДОВ НА АМБУЛАТОРНЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ.

3.4 Барьеры в доступности?

На вышеуказанном рисунке 7 выделяется тот факт, что больший процент мужчин и женщин, посчитали, что им необходима медицинская помощь в последние 30 дней, но не обратились за лечением, чем те, кто обратился за ней; кроме того, этот процент увеличился со временем. А Таблицах В23-25 приложения 1 представлены причины, по которым не использовалась медицинская помощь. Как и в предыдущие годы, самый высокий процент сообщивших о **финансовой (экономической) доступности** как одну из причин не использования помощи, стала Чуйская область; однако, заметно снижение этого показателя с 31% в 2004 году до 10% в 2007 году. Хотя интересно, что финансовая доступность, по всей видимости, стала также проблемой в Иссык-Кульской области, где 11 процентов из тех, кто отказался обратиться за лечением, назвали стоимость как основную причину, по которой не обратились за консультацией (с нуля в 2004 году). (*Замечание:* эти региональные

различия могут в некоторой степени отображать региональные различия в средней оплате за амбулаторную помощь; так, самая высокая оплата был произведена в Чуйской области, это отображено в Таблицах b26 и b27, Приложение 1).

По видимому, финансовая доступность до сих пор является более серьезной проблемой для пенсионеров мужского пола, чем для других возрастных групп, но удивительно, что это нет сильной связи с экономическим благосостоянием домохозяйства, хотя подсчеты по клеткам низкие. Однако, много-переменный анализ (Таблица В3, Приложение 1) показывает, что существуют значительные различия в вероятности обращения за медицинской помощью в зависимости от социально-экономической группы даже после осуществления контролинга здоровья, возраста и региона, где те, кто относятся к самой бедной квинтильной группе, значительно меньше обращаются за консультацией. Таким образом, лицами определяющими политику следует продолжать решать вопросы улучшения доступности к услугам ПМСП среди очень бедных слоев населения.

4. Госпитализация за последний год

4.1 Структура использования стационарной помощи

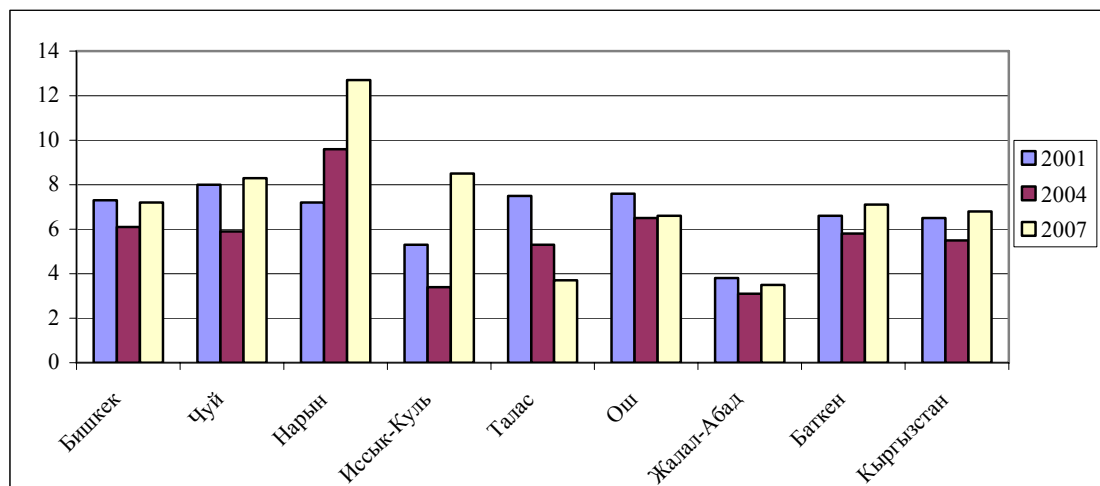
В течение 12 месяцев до обследования (февраль 2006 - февраль 2007), 6.4 процентов всех респондентов сообщили, что, по меньшей мере, один раз находились на лечении в стационаре (по сравнению с 5.5% в 2004 году). Из них, 7 процентов были госпитализированы дважды и 4 процента три и более раз.

4.1.1 Уровни госпитализации

Уровни госпитализации варьируют в зависимости от возраста и пола (Таблица С1, Приложение 1), причем самые высокие показатели госпитализации были отмечены среди пожилых мужчин (10%) и женщин (14%), а также женщин трудоспособного возраста (11%). Средняя длительность пребывания в стационаре постепенно сокращается со временем во всех возрастных группах. В 2007 году, средняя продолжительность пребывания в стационаре из всех обследованных госпитализаций составила около 12.7 дней.

Существуют значительные региональные различия в уровнях госпитализации; самый высокий показатель в Нарыне (13%), а самый низкий в Джалал-Абаде (3.5%), такая же картина наблюдалась и в 2004 году (Рисунок 17). Не было отмечено различий в уровнях госпитализации между городским и сельским населением. Во всех областях уровни госпитализации повысились в период между 2004 и 2007 годами, за исключением Таласской области.

Рисунок 17: Процент госпитализированных за последний год по областям



В предыдущем отчете по КОДЗ за 2004 год отмечалось, что различия в уровнях госпитализации по социально-экономическим группам уменьшились в период между 2001 и 2004 годами. Так, уровни госпитализации у самой бедной квинтильной группы остались неизменными по сравнению с 2001 годом, тогда как показатели самой богатой квинтильной группы снизились с 9 процентов до менее, чем 6 процентов. В период между 2004 и 2007 годами, расхождение в использовании госпитальных услуг снова расширилось таким образом, что в 2007 году соотношение использования между квинтильной группой 1 (самые бедные 20%) и квинтильной группой 5 (самые богатые 20%) было в сущности таким же, как и в 2001 году.

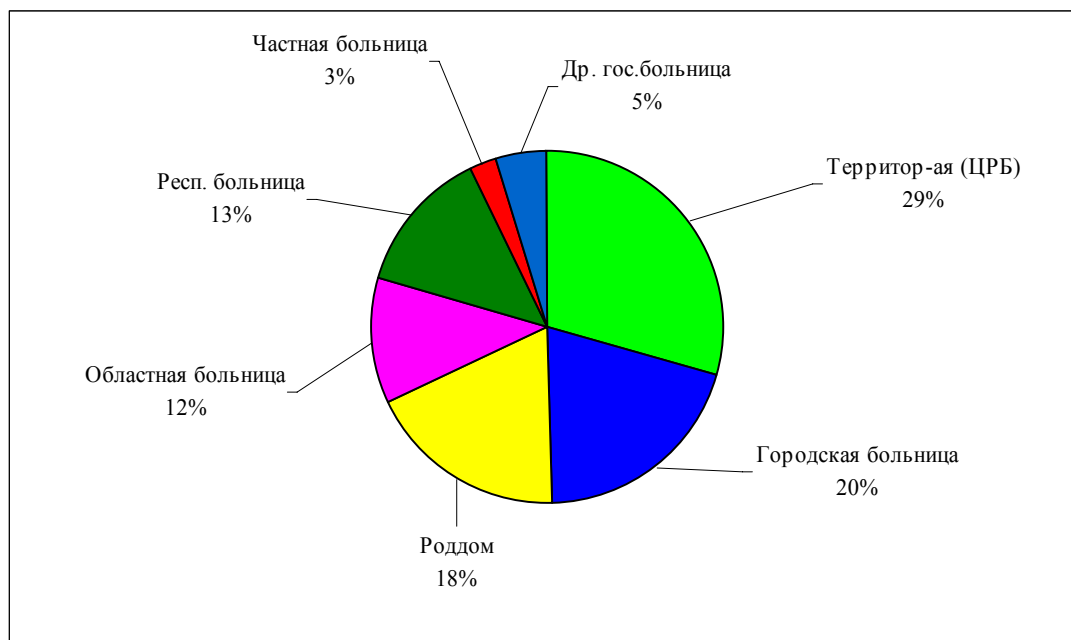
Эти тенденции использования стационарной помощи могут отражать различия в возрастном составе и состоянии здоровья между разными социально-экономическими группами. Для дальнейшего изучения того, каким образом уровни госпитализации варьируются по различным подгрупп населения, в Таблице С3 Приложения 1 представлены результаты логистической регрессии для всех респондентов достигших 18 лет и старше (поскольку в обследовании 2007 года вопрос о состоянии здоровья задавался только взрослым). Зависимой переменной является пребывание в стационаре в течение последних 12 месяцев. После контроллинга состояния здоровья, возраста и пола, различия в госпитализации по социально-экономическим группам сохраняются; в частности, те, кто входит в самую богатую квинтильную группу почти на 50% больше госпитализируются, чем те, кто находится в самой бедной квинтильной группе. Отчетливые региональные различия также остаются, с меньшей вероятностью госпитализации во всех других регионах, по сравнению с Иссык-Кульской областью, за исключением Нарынской.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #6: УРОВНЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПОВЫСИЛСЯ В ПЕРИОД С 2004 ПО 2007 ГОДЫ, И ЭТОТ ПОКАЗАТЕЛЬ ВЕРНУЛСЯ К ТОМУ ЖЕ, ЧТО И НАБЛЮДАЛСЯ В 2001 ГОДУ. РАЗНИЦА В УРОВНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ МЕЖДУ БОГАТЫМИ И БЕДНЫМИ УВЕЛИЧИЛАСЬ В ПЕРИОД С 2004 ПО 2007 ГОДЫ. В ТЕЧЕНИИ 12 МЕСЯЦЕВ ДО МАРТА 2007Г., ТЕ ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЛИ В БОЛЕЕ БОГАТЫХ ДОМОХОЗЯЙСТВАХ НА 50% БОЛЬШЕ ПРИБЫВАЛИ В СТАЦИОНАРЕ, ЧЕМ ТЕ, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В БОЛЕЕ БЕДНЫХ ДОМОХОЗЯЙСТВАХ.

4.1.2 Тип учреждения

Почти треть людей были госпитализированы в Территориальные Больницы (ТБ) (ранее они назывались Центральными Районными Болницами), пятая часть в Городские больницы, а другая пятая часть в родильные дома. Областные и республиканские больницы насчитывают примерно одну десятую долю госпитализаций, тогда как частные больницы насчитывают около трех процентов (Рисунок 18). Такое распределение аналогично тому, что наблюдалось в предыдущие годы, хотя доля посетивших частные стационары постепенно увеличивается – с менее 1 % в 2001 году до 3% в 2007 году. Тип учреждений, куда направлялся человек, различается по регионам, так в республиканские больницы направлялись 30 процентов людей из числа людей госпитализированных из Бишкека по сравнению с менее, чем 1 процентом людей из Ошской области.

Рисунок 18: Тип учреждения, 2007 год



Тип учреждения также различается в зависимости от экономического положения (Таблица С4, Приложение 1). Лица, проживающие в пятой части самых бедных домохозяйств, по-прежнему намного больше сообщают о случаях госпитализаций в ТБ (30%) по сравнению с самой богатой квинтильной группой (21%). В противовес, самая богатая квинтильная группа получала медицинскую

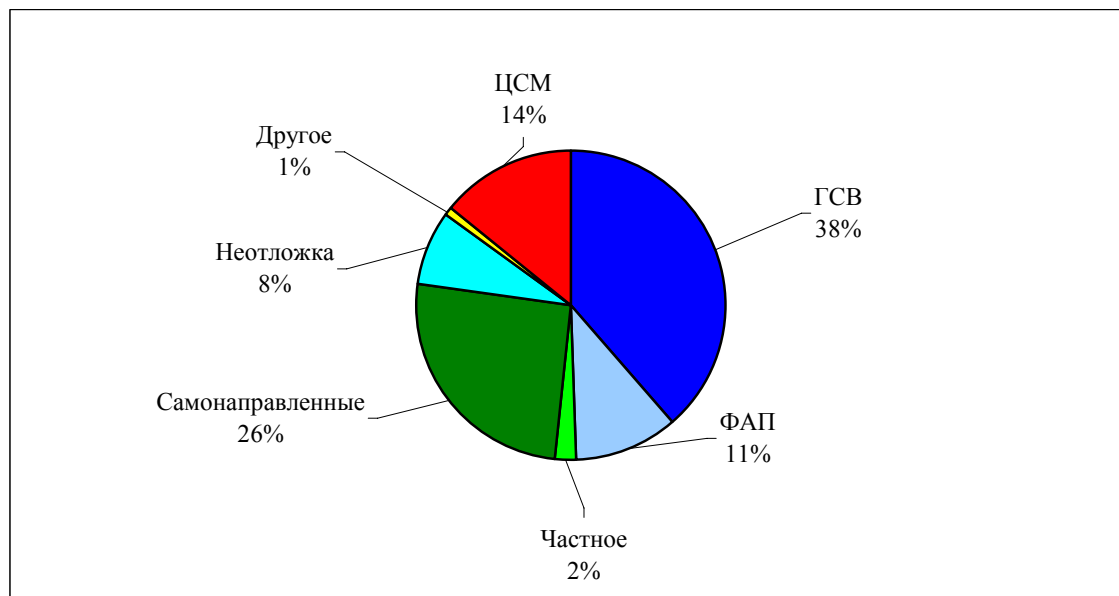
помощь в республиканских больницах в два раза больше, чем те, кто входит в самую бедную квинтильную группу (14% в сравнении с 6%).

Среди госпитализированных в 2007 году существуют выраженные различия в распределении видов лечения, полученного квинтильной группой, где бедные слои населения вполнину раз больше подвергались хирургическому вмешательству и интенсивной терапии по сравнению с богатыми (14% и 29%), тогда как богатые больше госпитализируются для родов (25% и 19%) или медикаментозного лечения (53% и 38%). В целом, 16% госпитализированных в последние 12 месяцев до обследования в марте 2007 года, перенесли операцию по сравнению с 20 процентами в 2004 году.

4.1.3 Вид направления

Большинство госпитализированных людей направляются из медицинских учреждений первичного уровня, таких как ГСВ (39%), ЦСМ (14%) и ФАП (11%) (Рисунок 19). Доля самонаправленных увеличилась до 26 процентов по сравнению с 19 процентами в 2004 году. Это удивительно, принимая во внимание то, что сооплата выше за такие направления. Однако, важно учитывать тип учреждения (Таблица С5, Приложение 1). В 2001 году, 11 процентов из госпитализированных в Республиканскую больницу составили самонаправленные; к 2004 году эта доля увеличилась до 19 процентов, а к 2007 году – до 28%. Таким образом, основная проблема самонаправлений соответственно остается на республиканском уровне; 15% *всех* самонаправлений имеют место на этом уровне.

Рисунок 19: Вид направления, 2007



В Таблице С6 Приложения 1 рассматриваются различия в самонаправлениях по социально-экономическим группам. В целом, те, кто проживают в самых бедных домохозяйствах, которые составляют 60 процентов бедных по благосостоянию (3, 4, 5 квинтили), больше всего самонаправляются в больницу за получением медицинской помощи, и только 14 процентов из самой богатой квинтильной группы по сравнению с 36 процентами из средней квинтильной группы и 45 процентами из второй самой бедной квинтильной группы. Кроме того, эта разница увеличилась с 2004 года – возможно указывая на то, что люди, проживающие в бедных домохозяйствах менее информированы о процессе реформирования сектора здравоохранения. Как это ни парадоксально, но это означает, что те, кто находятся в более низком уровне распределения по благосостоянию, больше сталкиваются с более высокими уровнями сооплаты, чем те, что находятся на вершущке.

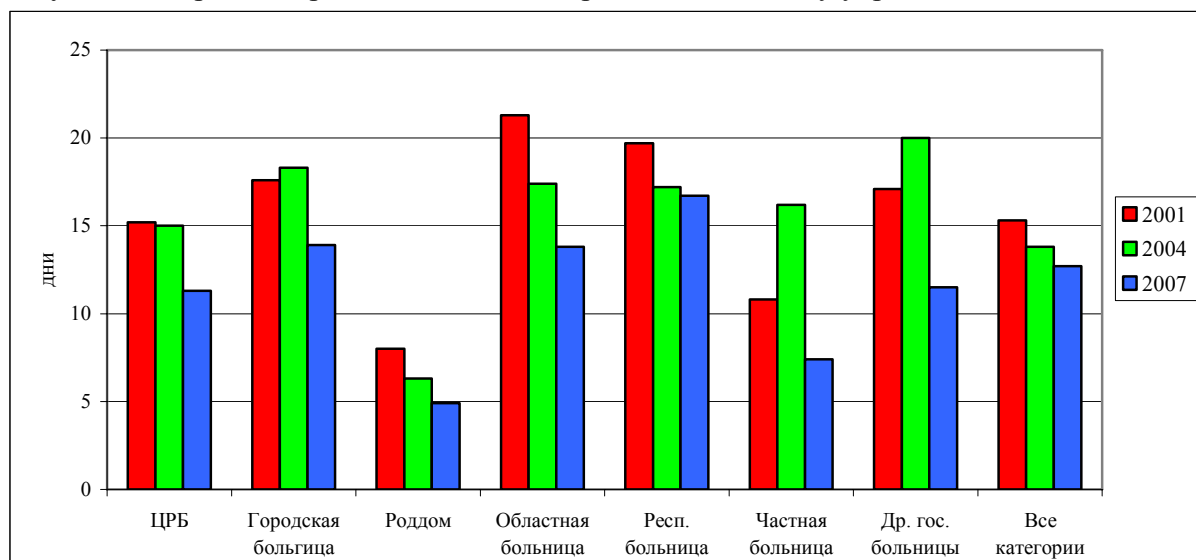
4.1.4 Продолжительность пребывания

Средняя продолжительность пребывания в стационаре в 2007 году составила 12.7 дней, а медианная величина составила 10 дней. Произошло снижение с 2001 года, когда средняя (медианная) продолжительность пребывания составляла 15.3 (12) дней; и стала значительно короче, чем это было в 1994 году, когда средняя (медианная) продолжительность пребывания составляла 26.0 (15) дней. Таким образом,

получается, что продолжающиеся усилия Министерства здравоохранения по сокращению времени пребывания пациентов в стационаре являются успешными.

Средняя продолжительность пребывания варьирует значительно в зависимости от типа учреждения, от 5 дней в родильном доме до 17 дней в республиканской больнице (Рисунок 20). В период между 2001 и 2007 годами, продолжительность пребывания сократилась во всех типах стационаров, причем в областных больницах отмечено самое большое снижение. (*Примечание: 'Другие стационары' в 2007 году исключают противотуберкулезные больницы, так что сравнение во времени не возможно. В противотуберкулезных больницах в 2007 году средняя продолжительность пребывания составила 61 день.*)

Рисунок 20: Средняя продолжительность пребывания по типу учреждения



4.2 Затраты на госпитализацию

4.2.1 Расходы на проезд

Как и в предыдущие годы, большинство людей госпитализировались в больницу рядом со своим домом. Медианное расстояние составляло только 5 км. Однако существовала очень большая степень варьирования, с минимальным расстоянием в 10 метров и максимальным в 1,100 км (Таблица С7, Приложение 1). Расстояние варьировало в зависимости от типа стационара, например когда люди ездили самое далеко в республиканские, частные и областные больницы. Время,

потраченное на дорогу, тоже варьирует значительно. В целом, около 58% пациентов должны были ехать менее получаса. Однако семь процентов добирались более четырех часов; а более трети из тех, кто посетил республиканскую больницу потратили свыше 4 часов, добираясь до туда (Таблица С8, Приложение 1).

Существуют четкие различия в виде транспорта, использованного для того, чтобы добраться до стационарной помощи по виду учреждения и по региону (Таблица С9, Приложение 1). Только десять процентов из всех стационарных больных были доставлены в больницу на скорой помощи. Данная цифра выросла до 15 процентов для пациентов, госпитализированных в родильные дома.

4.2.2 Поддержка семьи

Госпитализация представляет собой крупные расходы для большинства домохозяйств. Общепринято для семей пациента компенсировать некоторые из расходов путем предоставления питания и постельного белья, а также 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, которые обычно выполняются медсестрами и врачами, такие как прием медикаментов и выполнение инъекций. Учитывая изменения, которые произошли за период с 2001 по 2007 год, очевидно, что обеспечение личного ухода увеличилось в период между 2001 и 2004 годом, а затем несколько снизилось (Рисунок 21а). В 2007 году большая доля пациентов сообщили, что члены семьи помогают с кормлением, но ниже процент помогающих с купанием, если сравнивать с 2001 годом. Уровень предоставления питания больному членом семьи остался такой же, но процент предоставления лекарства больному снизился. Это является положительным моментом, поскольку это должно входить в 'услуги', предоставляемые больницей после внесения сооплаты пациентом (Рисунок 21b). Доля оказавших помощь членом семьи в выполнении инъекций больному приблизительно осталась на том же уровне: 6 процентов в 2001 году и 5 процентов в 2007 году (Рисунок 21с).

Рисунок 21а: Процент сообщающих о помощи семьи в выполнении задач по личному уходу во время пребывания в стационаре

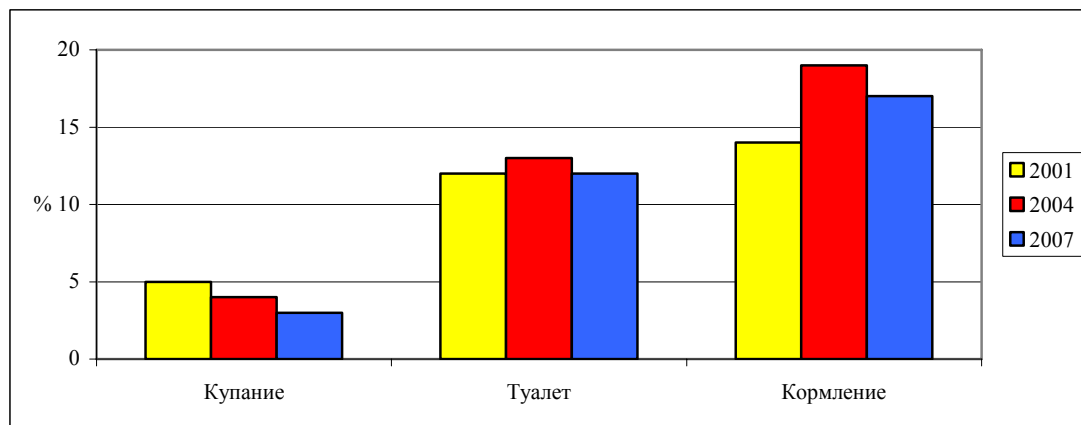


Рисунок 21б: Процент сообщающих о предоставлении семьей избранных предметов во время пребывания в стационаре

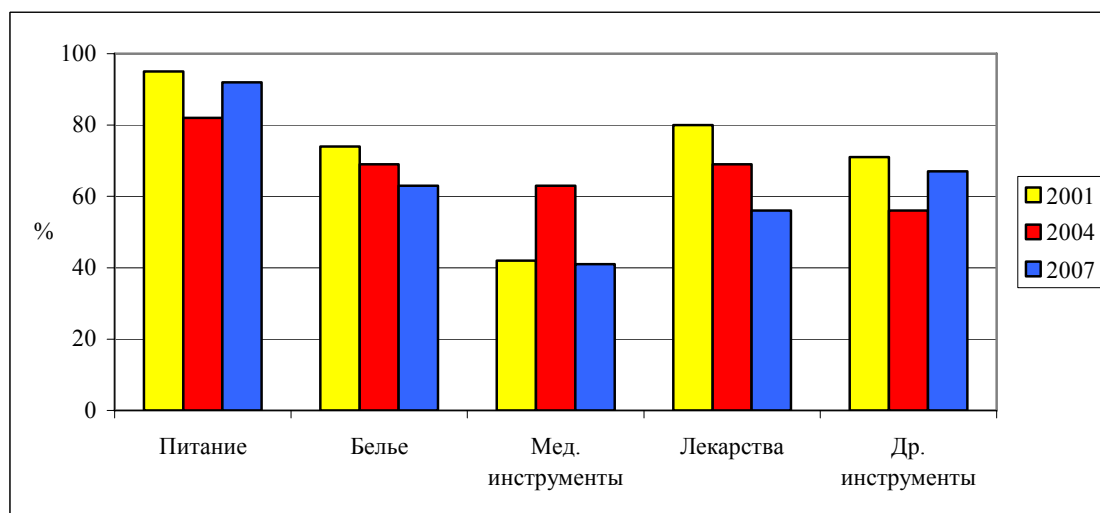
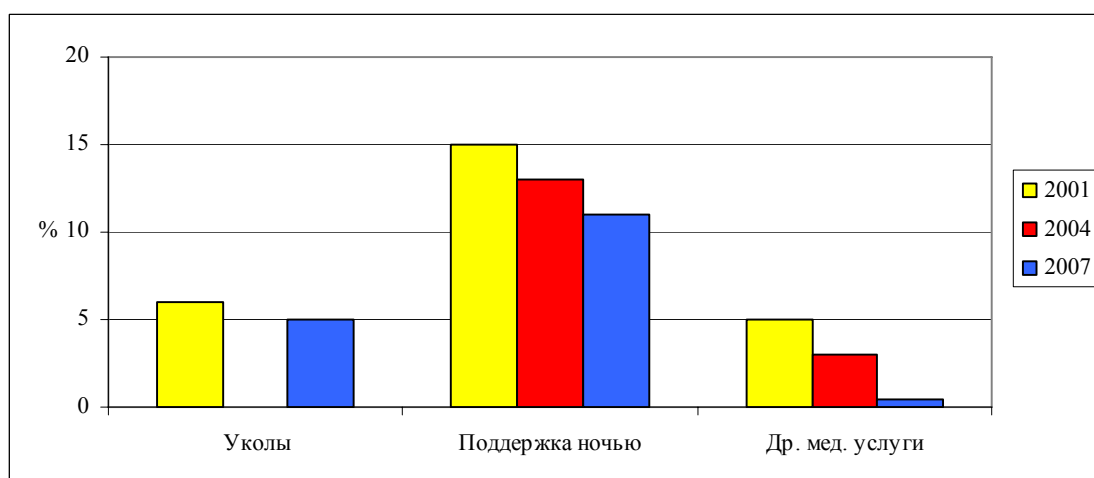


Рисунок 21с: Процент сообщающих о том, что семья предоставляла избранные услуги во время пребывания в стационаре



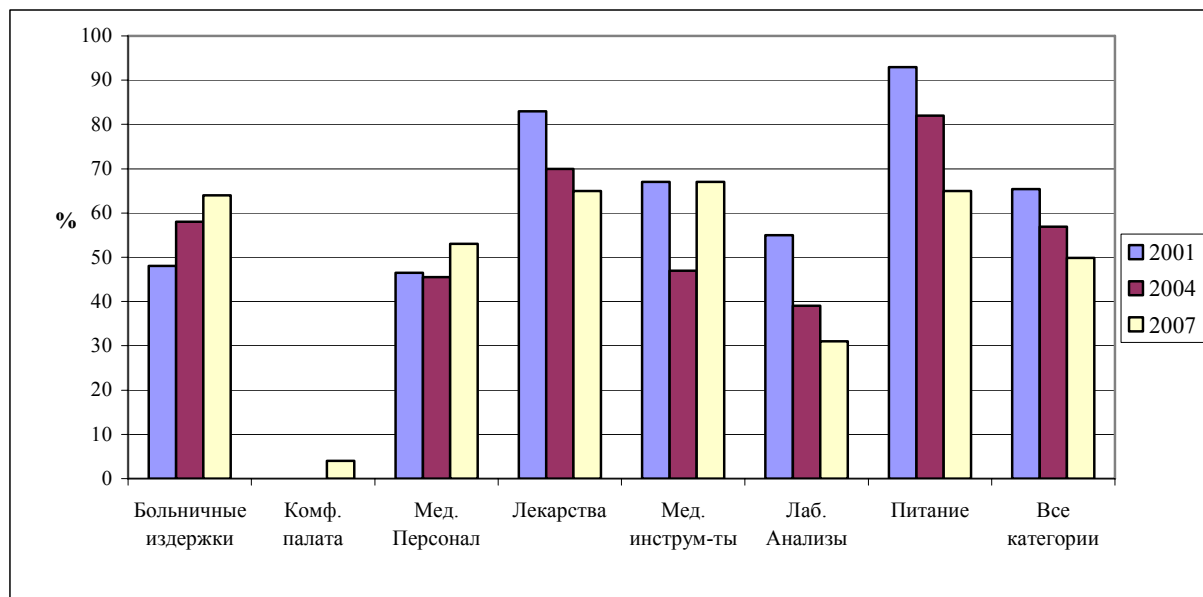
Существуют различия в схемах предоставления натуральных взносов в зависимости от социально-экономической группы, где те, кто из более богатых домохозяйств больше обеспечиваются бельем или продуктами, чем те, кто из бедных домохозяйств, тогда как бедные больше приносят только продукты питания (Таблица С10, Приложение 1). Интересно, что социально-экономические различия в натуральном обеспечении в целом уменьшились в период между 2001 и 2007 годами, а в 2007 году, видно, что предоставление помощи семьей было переориентировано со способа сократить расходы на способ повысить комфорт пациента; когда люди из самых богатых домохозяйств могут насладиться свежим бельем и приготовленной дома едой.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #7: ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОМОЩИ СЕМЬЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ИЗМЕНИЛОСЬ СО СПОСОБА СОКРАТИТЬ РАСХОДЫ НА СПОСОБ ПОВЫСИТЬ КОМФОРТ ПАЦИЕНТА.

4.2.3 Оплата за медикаменты и услуги

В целом, выплаты, производимые за медицинские услуги во время пребывания в больнице, снизились за период с 2001 по 2007 годы (Рисунок 22). Если посмотреть на расходы пациентов на стационарном уровне по отдельности, то доля выплат за госпитальные расходы увеличилась за обследуемый период; однако доля расходов на медикаменты, лабораторные анализы и питание снизилась. Это говорит о влиянии политики, оказываемое единовременной сооплатой. Несмотря на этот положительный момент, важно отметить, что доля сообщающих о том, что производили оплату медицинскому персоналу увеличилась. Другой момент, который вызывает беспокойство и его необходимо принять во внимание это, то что доля производящих выплаты за медикаменты и другие услуги во время госпитализации все еще остается высокой. В 2007 году, среди всех стационарных больных, 65 процентов сообщают, что оплачивали за питание, 65 процентов за медикаменты, 64 процента за больничные издержки и 31 процент за лабораторные анализы. Четыре процента стационарных больных сообщили о том, что вносили дополнительную официальную плату за комфортабельную палату. Более половины людей, которые оплачивали больничные и лабораторные издержки, сообщили, что *не* получали квитанции, затрудняя определение того, являлись ли эти выплаты официальными или неофициальными.

Рисунок 22: Процент оплачивающих за услуги во время госпитализации, 2001, 2004 и 2007 годы



В 2007 году процент бедных оплачивающих больничные расходы и другие услуги немного снизился по сравнению с богатыми (Таблица С11, Приложение 1). Кроме того, те, кто относится к самой низкой квинтильной группе оплачивали в среднем меньшую сумму. Но даже тогда расходы на больничные услуги и медикаменты могут быть чрезмерно высокими. Медианная оплата за медикаменты для низшей квинтильной группы составляла 500 сом, которая является дополнительной к официальной сооплате в 500 сом (см. также документ исследования по катастрофическим платежам).

4.2.4 Оплата персоналу

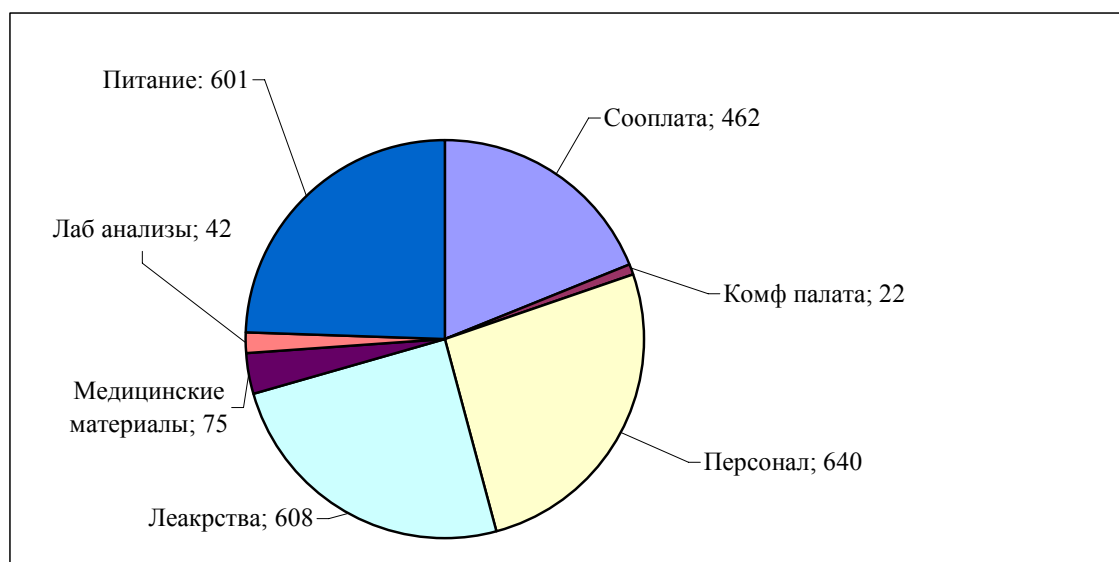
В Таблице С12 приложения 1 представлена информация по уровню осуществленных выплат/подарков непосредственно персоналу во время госпитализации. Различия по социально-экономическому статусу отчасти отражают различия в видах лечения, получаемого во время госпитализации, поскольку данные в Таблице С12 приложения 1 отражают *всех* стационарных больных, а не тех, кто могут иметь риск оплаты. В целом, доля стационарных больных, относящиеся к самой низкой квинтиле, сообщивших о произведенных выплатах непосредственно персоналу низкая, по сравнению с больными из самой богатой квинтиле (Таблица С12, Приложение 1). Однако, в целом размер выплат является значительным, в

особенности выплаты хирургам, где медианная оплата составляет 1,000 сом. Существуют данные, что больничный персонал требует оплату, в частности анестезиологи (Таблица С13, Приложение 1). Хотя в большинстве случаев стационарные больные сообщили, что оплата была подарком.

4.3.5 Общие расходы

В целом, средние общие затраты, понесенные во время пребывания в больнице в течение года до проведения обследования, составляли 2,452 сомов (медианные – 1,650 сомов). Из этого, сооплата составила 19%, лекарства - 25%, оплата персоналу - 25% и питание - 25%.

Рисунок 23: Средняя общая оплата за госпитализацию среди всех пациентов (включили), 2007 год



Средние расходы, за исключением питания, варьировали значительно по областям:

- Джалал-Абад 958 сомов (медианные 550)
- Баткен 1,194 сомов (медианные 720)
- Нарын 1,387 сомов (медианные 631)
- Ош 1,535 сомов (медианные 850)
- Иссык-Куль 1,684 сомов (медианные 960)

- Талас 1,704 сомов (медианные 1110)
- Бишкек 2,054 сомов (медианные 1450)
- Чуй 3,202 сома (медианные 2050)
- Весь Кыргызстан 1,850 сомов (медианные 1070)

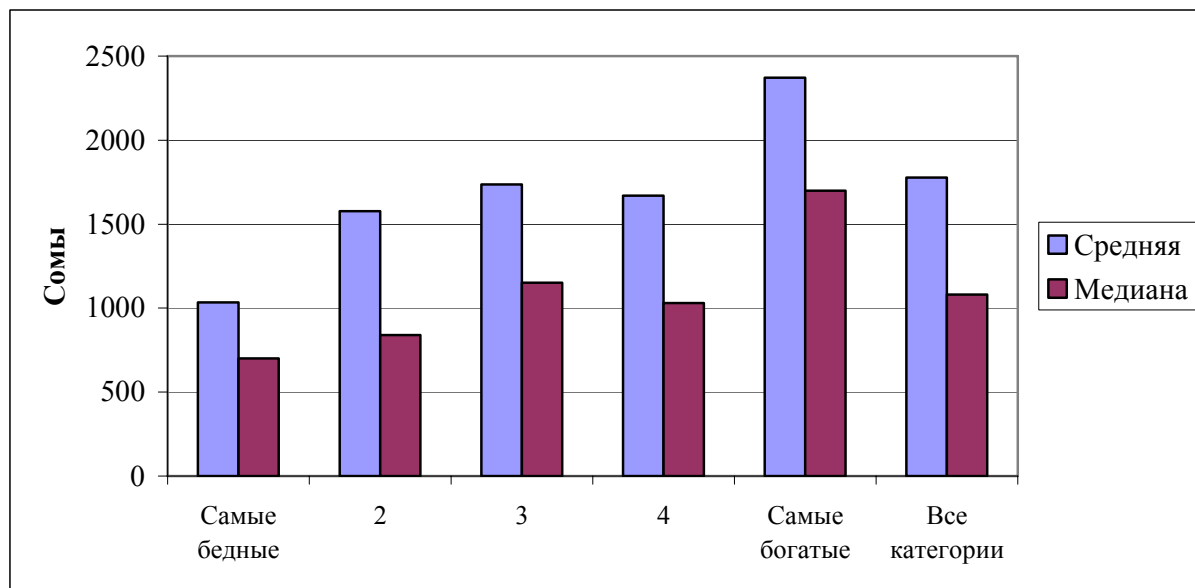
Средние расходы являются самыми низкими в Джалал-Абаде и Баткене, а самыми высокими в Чуйской области и городе Бишкек, схожая картина была в 2001 году.

Больничные затраты также варьировали в зависимости от возраста и пола:

- Ребенок до 16 лет
 - Мальчик 1,127 сомов (медианные 846)
 - Девочка 2,321 сомов (медианные 1500)
- Трудоспособный возраст
 - Мужчина 2,400 сомов (медианные 1700)
 - Женщина 1,485 сомов (медианные 860)
- Пенсионный возраст
 - Мужчина 2,758 сомов (медианные 1700)
 - Женщина 1,514 сомов (медианные 880)

Поражает уровень расходов детей и людей старше пенсионного возраста учитывая, что обе эти группы теоретически охвачены ФОМС. Хотя, этот уровень ниже того, что был зарегистрирован в обследовании в 2004 году.

Рисунок 24: Общие расходы на госпитализацию (исключая питание) по экономическому положению, 2007 год



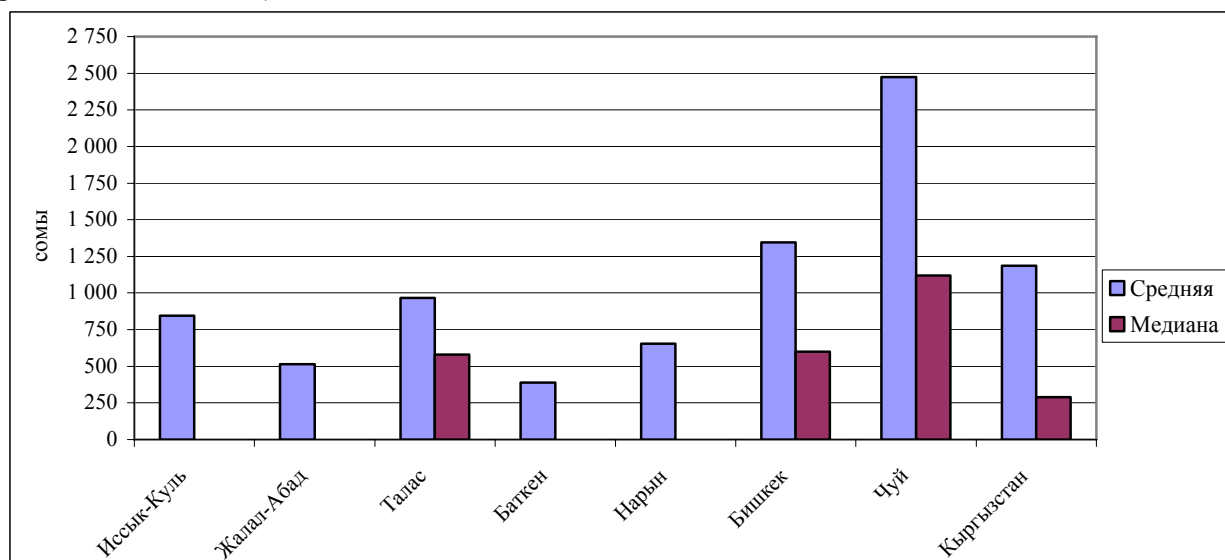
Общие расходы на госпитализацию, за исключением питания, также варьировали в зависимости от экономического статуса от средних (медианных) 1,035 (700) сомов для живущих в самой бедной пятой части домохозяйств до 2,373 (1,700) для живущих в самой богатой пятой части домохозяйств (Рисунок 24). Таким образом, при рассмотрении в абсолютном виде уровни оплаты, больничные выплаты оказались прогрессирующими. В Таблице С14 приложения 1 представлены данные по затратам на госпитализацию как *доля* от общих средств домохозяйств. Существуют два обнадеживающих фактора; первый – то, что общая доля расходов домохозяйства на стационарную помощь снизилась с 3.2% до 2.6%. Во-вторых, разница между богатыми и бедными стерлась. Это является положительным фактом, несмотря на то, что выше отмечалось, что обычно количество людей в бедных домохозяйства больше, чем в богатых, и следовательно, потребление на одного человека является ниже.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #8: ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИЛИСЬ, И УЛУЧШИЛАСЬ СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ПЕРИОД С 2004 ПО 2007 ГГ. ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ВЫПЛАТЫ ЗА МЕДИКАМЕНТЫ И МЕДИ. ТОВАРЫ, ЛАБ. АНАЛИЗЫ И ПИТАНИЕ СНИЗИЛАСЬ, ОДНАКО ЧАСТОТА ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ УВЕЛИЧИЛАСЬ НЕМНОГО.

4.3 Сооплата и расходы домохозяйств на медицинскую помощь

В связи с тем, что одной из основных целей данного обследования было предоставление данных для проведения оценки новых ставок официальной сооплаты за пребывание в стационаре, необходимо изучить распределение выплат относительно пороговых уровней сооплаты. Применяя существующие ставки сооплаты в сочетании с информацией о статусе пациента (освобожденные, застрахованные, незастрахованные, без направления, госпитализация для оперативного вмешательства или нет) можно рассчитать фактическую оплату сверх и дополнительно к ожидаемой сооплате. Анализ представлен в Таблице С15 приложения 1 и на Рисунке 25 ниже.

Рисунок 25: Оплата за госпитализацию дополнительно к ставке сооплаты (искл. расходы на питание), 2007 год



Существует несколько моментов, которые следует отметить. Во-первых, значительные расходы сверх и дополнительно к ставке сооплаты имеют место за больничное пребывание, особенно в городе Бишкек и Чуйской области. Однако, медианные уровни оплаты намного ниже, чем средние выплаты; это указывает на то, что значительная часть пациентов не платит ничего или платит очень мало сверх и дополнительно к ставкам сооплаты, однако, небольшое количество людей производят значительные выплаты (см. 3-я колонка в Таблице С15, Приложение 1). Во-вторых, если исключить расходы на питание, тогда больничные затраты намного ниже и фактически медианная дополнительная оплата равна нулю везде за исключением Талаской и Чуйской областей, а также города Бишкек. Это указывает, что по меньшей

мере, половина всех стационарных больных не платят больше, чем ставка сооплаты. Таким образом, новые уровни сооплаты, по-видимому, работают.

В Таблице С16 приложения 1 представлен тот же анализ для социально-экономических групп. Средняя дополнительная оплата была ниже для людей находящихся на нижних 40 процентов квинтиля, по сравнению с верхними 60 процентам квинтиля, это также демонстрирует улучшение справедливости в системе госпитальной службы. Однако, все же еще существуют такие бедные слои населения, которые производят значительные платежи. В отдельном исследовательском документе по катастрофическим выплатам представлен более детальный анализ о влиянии выплат за медицинскую помощь на благосостояние домохозяйств.

ОСНОВНОЙ ВЫВОД #9: БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ВСЕХ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ ПЛАТЯТ СВЕРХ СТАВКИ СООПЛАТЫ; ХОТЯ, ВСЕ ЕЩЕ НЕКОТОРЫЕ БЕДНЫЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОИЗВОДЯТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ.

5. Общие частные расходы на здравоохранение

Результаты КОДЗ могут использоваться для подсчета общих расходов домохозяйств, как на амбулаторную, так и на стационарную помощь для населения в целом. В Таблице D1 приложения 1 представлены средние расходы на душу населения по ряду различных компонентов медицинской помощи. Эти цифры относятся к последней консультации за предшествующие 30 дней или к самому последнему пребыванию в стационаре в течение последнего года. Среди тех, кто консультировался в последние 30 дней, пациенты сообщили в среднем о 1.43 посещениях с медианным 1 посещением и максимальным 15. Аналогичным образом, среди тех, кто пребывал в стационаре в течение последнего года, среднее количество пребываний составило 1.16 с медианным показателем 1 и максимальным - 5.

Чтобы получить годовые расчеты для населения в целом, нам:

а) необходимо умножить амбулаторные данные на коэффициент 12. Это предполагает, что последний месяц был характерным для всего года. Поскольку обследование проводилось в марте, 30 дней перед обследованием охватили Февраль. Можно предположить ухудшение ситуации с острыми заболеваниями в зимние месяцы, в результате чего 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. Во-первых, можно умножить данные для каждого респондента на *фактическое* число сообщенных посещений. Здесь предполагается, что расходы на последнее посещение являются характерными для всех посещений. Это показано как Вариант А ниже. Однако, это может переоценить общие расходы, особенно для тех людей, которые сообщают о большом количестве посещений. Альтернативой является использование *среднего* количества посещений, показанное как Вариант В.

в) сгруппировать данные для различных демографических групп для получения общих данных для населения. Здесь мы используем общие суммарные удельные значения выборки, предоставленной НСК.

Полная картина результатов этих альтернативных подходов показаны в Таблице D2 приложения 1, которая включает два варианта: А и В. 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. В Варианте В, соответственно, стандартизируются данные по населению, с применением *среднего* числа посещений. В сумме, общие частные расходы на медицинскую помощь в 2006-07 годах колеблются от 3.6 миллиардов сомов до 5 миллиардов сомов.

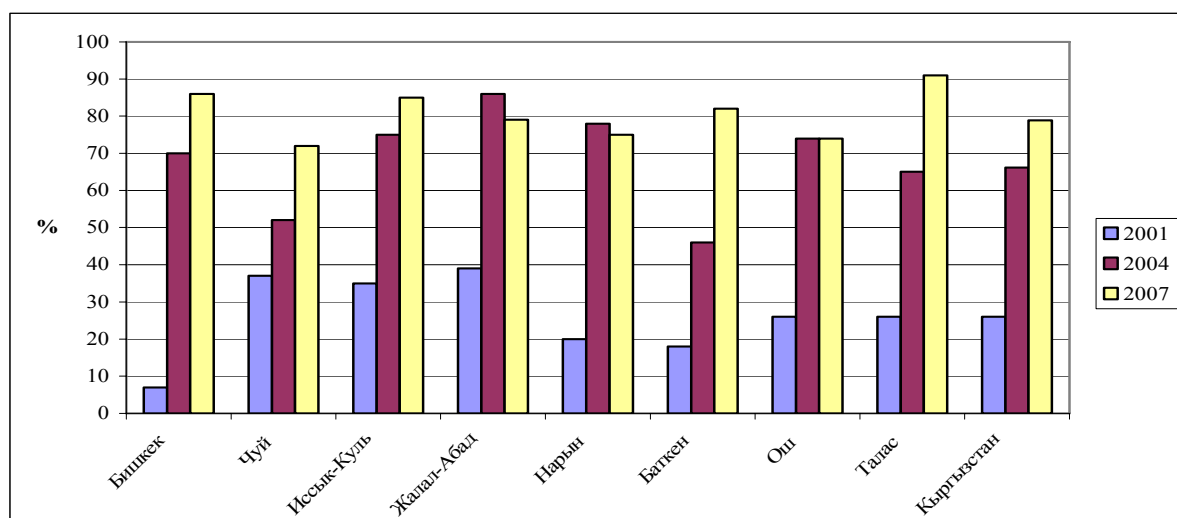
	Средние расходы на душу населения (сомы)	Общие расходы по населению Миллионы Сом (население = 5,189,837)
Вариант А		
Годовые частные расх на здравоох-ие, искл транспортные и питание	690	3,581,590,655
Из них, годовые частные расходы на лекарства	538	2,795,994,984
Вариант В		
Годовые частные расх на здравоох-ие, искл транспортные и питание	958	4,972,052,753
Из них, годовые частные расходы на лекарства	759	3,938,605,358

6. Доступ к медицинским услугам

6.1 Охват ФОМС

Уровень осведомленности об охвате Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) продолжает улучшаться, особенно в Баткенской области, где уровень осведомленности в 2004 году был относительно низок (Рисунок 26). В 2007 году, около 75 процентов мальчиков и девочек сообщили, что на данный момент являются охваченными ФОМС, по сравнению только с 14 процентами в 2001 году. Среди пенсионеров, уровень осведомленности также является высоким, когда примерно девять из десяти знают о том, что они застрахованы (Таблица Е1, Приложение 1). Хотя, несмотря на то, что осведомленность об охвате ФОМС повысилась, но все же остается беспокойство, что около четверти родителей думают, что их дети до года либо не охвачены ФОМС, либо они вообще не знают об этом.

Рисунок 26: Процент лиц, сообщающих о том, что они охвачены ФОМС



6.2 Доступ к медицинской помощи

Только в очень редких случаях (2%) домохозяйства сообщили, что им когда-либо *отказывали* в получении медицинских услуг (такой же процент, как и в 2004 году). Из них, 48 процентов сказали, что это произошло, потому что они не могли себе позволить эти услуги. Хотя, свыше двух пятых (42%) домохозяйств сообщили, что кто-то из них болел, но не обращался за медицинской помощью.

Из них:

- 58% лечились самостоятельно, используя традиционные травы;
- 37% лечились самостоятельно, применяя медикаменты, которые у них уже были;
- 17% думали, что поправятся, не делая ничего;
- 14% отказались от помощи, потому что не могли себе позволить ее;
- 7% удержались от обращения за помощью из-за недоверия врачам;
- 3% удержались от обращения за помощью, посчитав, что услуги плохого качества;

Таким образом, видно, что 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, связанных с официальным посещением медицинского учреждения. Поэтому, фактическая доля отказывающихся от официального обращения за медицинской помощью в Кыргызстане из-за ее стоимости может в действительности быть значительно выше.

Кроме того, в 10% домохозяйств был кто-то, кого направлялся в стационар, но он не был госпитализирован (выше, чем в 2004 году, когда эта цифра составила 4%).

Из них:

- 53% не поступали в стационар, потому что не могли себе этого позволить;
- 42% думали, что поправятся сами, ничего не делая ;
- 13% уклонились от обращения за помощью из-за недоверия врачам;
- 3% были направлены в другой стационар;
- 2% не смогли физически добраться до медицинского учреждения.

Четыре из десяти домохозяйств сообщили, что было ‘трудно’ или ‘очень трудно’ найти деньги, чтобы оплатить медицинскую помощь за последние 12 месяцев до проведения обследования в Марте 2007 года (Рисунок 27). Эти домохозяйства использовали разнообразные схемы преодоления трудностей, включая снижение

потребления и расходов, использование сбережений и одалживание денег (Рисунок 28).

Рисунок 27: Процент домохозяйств, сообщающих о трудностях нахождения денег, чтобы оплатить медицинскую помощь за последний год

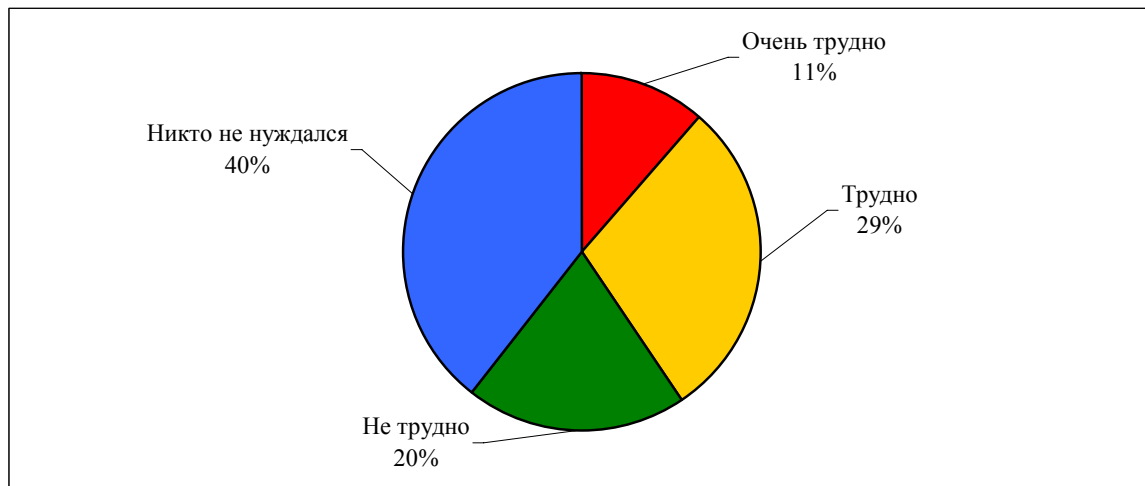
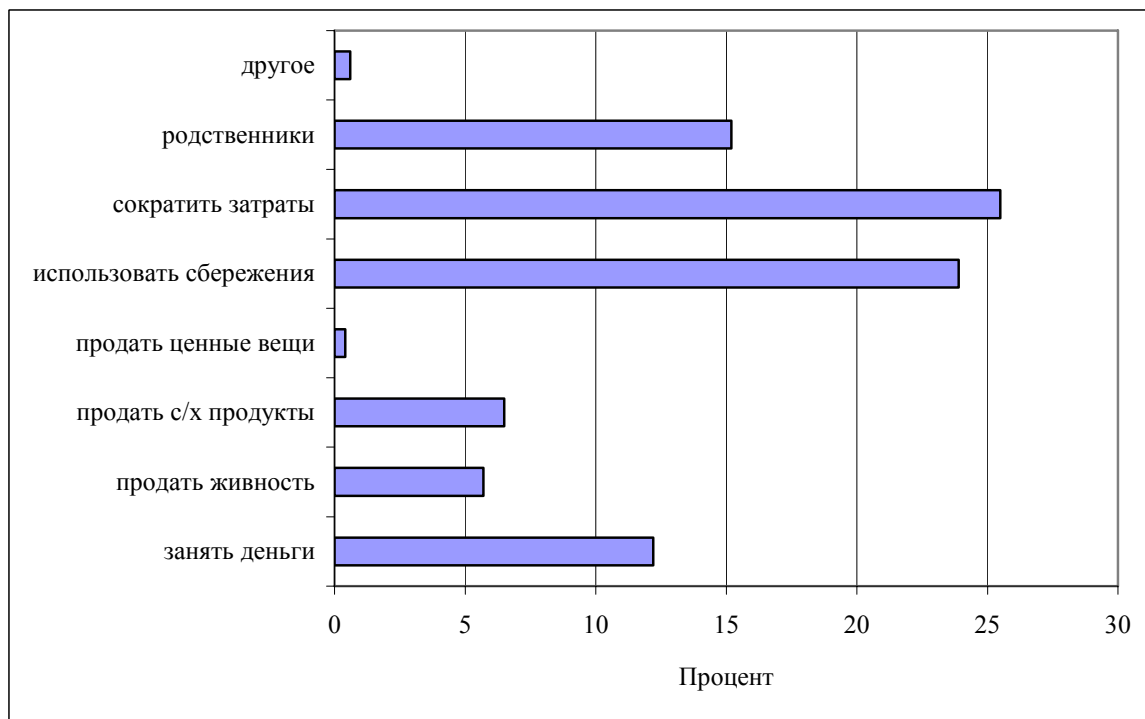


Рисунок 28: Доля домохозяйств, сообщающих о различных стратегиях выхода из положения с целью оплатить медицинскую помощь за последние 12 месяцев



7. Выводы

В итоге, анализ КОДЗ за 2007 год показывает обнадеживающие факторы того, что справедливость внутри сектора здравоохранения улучшилась с 2001 года. Финансовые барьеры к доступу снижаются. Процент оплачивающих государственным поставщикам на первичном уровне сократился в период с 2004 по 2007 год, а финансовая доступность для получения консультаций связанных с беременностью улучшилась. Система льгот на первичном уровне лучше функционирует. Очень мало людей сообщают о том, что делали подарки – указывая на спад в этих видах неофициальных платежей. Однако, несмотря на то, что финансовая доступность амбулаторного лечения улучшилась, бремя платежей за медицинскую помощь для бедных все еще остается значительным.

Уровни использования госпитализации повысились в период с 2004 по 2007 год, и показатели вернулись к тем же уровням, что наблюдались в 2001 году. Разница в уровнях госпитализации между богатыми и бедными увеличилась в период между 2004 и 2007 годами. За 12 месяцев до марта 2007 года те, кто входит в самые богатые домохозяйства, составляют 50% из тех, кто пребывал в стационаре по сравнению с теми, кто входит в самые бедные домохозяйства.

Предоставление помощи семьей во время пребывания в стационаре, по всей видимости, сместилось со способа сократить расходы на способ улучшить комфорт больного.

Меньше пациентов сообщают об оплате медицинскому персоналу, но когда производят – оплата является высокой, особенно хирургам и анестезиологам. Общие расходы на стационарную помощь слегка снизились, а справедливость улучшилась. Больше половины всех стационарных больных не производят оплату дополнительно к ставке сооплаты; хотя, еще есть некоторые бедные слои населения, которые производят значительные выплаты.

Приложение I Таблицы

Анализ проводился на взвешенных данных; взвешенные величины необходимы для обеспечения репрезентативности выборки на областном уровне.

Перечень таблиц

A. Состояние здоровья

Таблица А1. Процент сообщающих о хроническом и остром заболевании старше 18 лет по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007

Таблица А2. Процент сообщающих о хронических и острых заболеваниях людей старше 18 лет по экономическому статусу (квинтильная группа по общим ежемесячным расходам домохозяйства на человека), 2001, 2004 и 2007 годы

B. Использование медицинских услуг

Таблица В1. Использование медицинских услуг по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В1а. Использование медицинских услуг по возрастным группам и полу, более детально, 2007

Таблица В2. Использование медицинских услуг по экономическому статусу (квинтиль общих ежемесячных расходов домохозяйства на человека), 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В4. Состояние, при котором обращались за медицинской помощью, по возрасту и полу (%), 2007

Таблица В5. Тип посещенного учреждения по месту жительства (город/село), 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В6. Тип медицинского персонала, оказывающего помощь, и посещенного учреждения по экономическому статусу (расходы домохозяйства на человека, включая товары длительного пользования), 2001, 2004, 2007 годы (%)

Таблица В7. Среднее расстояние от учреждения до дома пациента (км), 2004 и 2007 годы

Таблица В8. Время путешествия до медицинского учреждения (процент), 2004 и 2007 годы

Таблица В10. Среднее время ожидания (минуты) по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2004 и 2007 годы

Таблица В11. Процент сообщающих об оплате за консультацию и средние произведенные платежи по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В14: Отношение шансов оплаты за консультацию среди тех, кто обращался за медицинской помощью в последние 30 дней, 2007

Таблица В15. Процент сообщающих об осуществлении других платежей, связанных с консультацией, и средние произведенные платежи по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В16 Из тех, кто получил рецепт процент сообщающих о том, что они смогли приобрести выписанные препараты; а среди тех, кто не смог, причины, по которым так произошло, 1994 - 2007

Таблица В17 Место приобретения препаратов по рецептам, 2001, 2004, 2007

Таблица В18 Средняя сумма, оплаченная за выписанные препараты по месту их приобретения, 2004 и 2007

Таблица В19 Средние оплаченные суммы среди *всех, кто консультировался с медицинским специалистом в последние 30 дней*, 2001, 2004 и 2007 годы (вкл нули)

Таблица В20 Средние оплаченные суммы среди тех, кто консультировался за последние 30 дней, среди тех, кто оплачивал эту услугу (т.е. исключая нули), 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В21 Средние общие выплаты среди тех, кто консультировался в последние 30 дней (не вкл. нули) по регионам, типу поселения и возрастным группам, 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица В22 Общая оплата среди тех, кто консультировался в последние 30 дней как процент от обычных ежемесячных общих расходов домохозяйства (вкл. товары длительного пользования), по экономическому статусу домохозяйства, 2007

Таблица В23 Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтильным группам расходов домохозяйства на человека (%), 2004 и 2007 годы

Таблица В25 Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтилям расходов домохозяйства на человека, 2004 и 2007 годы (%)

Таблица В26. Общие расходы на здравоохранение, включая подарки, среди тех, кто обращался за медицинской помощью в течение последних 30 дней, 2007 год

Таблица В27. Общие расходы на здравоохранение, исключая транспортные, среди тех, кто обращался за медицинской помощью в течение последних 30 дней, 2007

С. Госпитализация

Таблица С1 Использование больничных услуг в течение последнего года по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица С2 Использование больничных услуг в течение последнего года по квинтилям расходов домохозяйства на человека (%), 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица С3: Соотношение шансов для госпитализации в течение последних 12 месяцев, 2007 год. Только взрослые.

Таблица С4 Тип посещенного больничного учреждения и полученное лечение по квинтилям экономического статуса (%), 2001, 2004 и 2007 годы

Таблица С5 Посещенное больничное учреждение по типу направления (%), 2007 год

Таблица С6 Процент самонаправленных по социально-экономическим группам, 2004 и 2007 годы.

Таблица С8 Время поездки до больницы (процент), 2007

Таблица С9 Вид транспорта, использованного для того, чтобы добраться до больницы (процент), 2007

Таблица С10 Процент сообщающих об услугах, предоставленных членами семьи, по квинтилям экономического статуса (%), 2007

Таблица С11 Процент оплачивающих за услуги во время госпитализации со средними (медианными) величинами среди тех, кто оплачивал, по квинтилям экономического положения (%), 2007

Таблица С12 Процент стационарных больных, производящих оплату/подарок персоналу во время госпитализации, со средними (медианными) величинами среди тех, которые оплачивал, по квинтилю экономического положения (%), 2007

Таблица С13 Среди тех пациентов, которые оплачивали, причины, по которым платежи наличными или в натуральном виде производились избранному медицинскому персоналу, 2007

Таблица С15 Средние платежи дополнительно к ставкам сооплаты по регионам, 2007 год

Таблица С16 Средние платежи дополнительно к ставкам сооплаты по социально-экономическим группам, 2007 год

Д. Общие частные расходы на здравоохранение

Таблица D1 Компоненты средних и общих частных платежей за медицинскую помощь, 2007 год

Таблица D2 Средняя и общая оплата домохозяйств за медицинскую помощь

Е. Охват ФОМС

Таблица E1 Процент сообщающих о том, что они охвачены Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) по возрасту и полу, 2007.

А. Состояние здоровья

Таблица А1. Процент сообщающих о хроническом и остром заболевании старше 18 лет по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007

	Мужчины		Женщины	
	18-64	65+	18-64	65+
2001				
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	11.5	37.3	17.9	48.3
Ограничивающее хроническое заболевание	4.1	13.8	6.3	22.0
Острое заболевание за последние 30 дней	11.8	25.9	22.8	39.3
Ограничивающее острое заболевание	8.2	21.8	14.7	28.1
2004				
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	8.4	29.1	12.5	42.4
Ограничивающее хроническое заболевание	2.6	12.1	3.3	19.6
Острое заболевание за последние 30 дней	8.8	20.8	16.3	28.3
Ограничивающее острое заболевание	5.8	15.1	10.4	22.2
2007				
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	9.2	29.2	15.1	45.5
Ограничивающее хроническое заболевание	2.3	13.9	4.2	18.6
Острое заболевание за последние 30 дней	2.5	3.1	3.6	10.0
Ограничивающее острое заболевание	1.7	2.3	2.4	7.9

Примечание: хи-квадрат для различий по возрасту для мужчин и женщин имеет значение при ($p < 0.001$)
Примечание: вопросы, связанные с состоянием здоровья задавались людям старше 18 лет. Возрастные группы были разделены на 2 простые группы, поскольку трудоспособный возраст определен как 16-57 для женщин и 16-63 для мужчин. Пенсионный возраст определен как 57 и старше для женщин и 63 и старше для мужчин. Таким образом, мы анализируем 2 группы: 18-64 и 65 и старше.

Таблица А2. Процент сообщающих о хронических и острых заболеваниях людей старше 18 лет по экономическому статусу (квильная группа по общим ежемесячным расходам домохозяйства на человека), 2001, 2004 и 2007 годы

	Квиль расходов на душу в месяц						
	Нижний	2	3	4	Верхний	Все	Соотношение Q5:Q1
2001							
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	9.4	11.8	16.5	19.4	29.0	17.6	3.1
Ограничивающее хроническое заболевание	3.6	3.8	6.8	7.9	10.2	6.6	2.8
Острое заболевание за последние 30 дней	13.3	13.2	17.3	23.2	26.6	19.0	2.0
Ограничивающее острое заболевание	9.8	8.9	12.0	15.5	18.3	13.1	1.9
2004							
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	7.0	7.5	11.1	13.9	21.0	12.8	3.0
Ограничивающее хроническое заболевание	2.4	3.4	4.3	5.3	6.6	4.6	2.8
Острое заболевание за последние 30 дней	10.1	9.1	13.8	15.3	18.0	13.7	1.8
Ограничивающее острое заболевание	6.4	5.8	9.6	10.2	12.9	9.3	2.0
2007							
Хроническое заболевание, продолжающееся больше 3 месяцев	6.3	8.6	13.5	17.1	20.2	13.5	3.2
Ограничивающее хроническое заболевание	2.6	2.7	4.6	6.5	4.7	4.3	1.8
Острое заболевание за последние 30 дней	1.6	1.0	2.3	4.6	4.6	2.9	2.9
Ограничивающее острое заболевание	1.4	0.4	1.6	3.2	3.3	2.1	2.4

Примечание: хи-квдрат для различий по экономическому статусу имеет значение при ($p < 0.001$)

В. Использование медицинских услуг

Таблица В1. Использование медицинских услуг по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007 годы

Обращавшиеся за мед. помощью в последние 30 дней	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 обращались	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 обращались	13.0	9.8	21.6	13.6	16.4	35.1
2007						
Да	7.2	5.1	17.7	9.7	11.9	20.8
Нуждались, но не обращались	19.3	10.0	16.0	19.1	20.3	36.4

Таблица В1а. Использование медицинских услуг по возрастным группам и полу, более детально, 2007

Обращавшиеся за мед. помощью в последние 30 дней	Мужчины									
	0-4	5-9	10-15	16-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65+
2007										
Да	15.2	6.1	5.2	3.3	4.1	6.0	7.4	12.5	11.3	18.1
Нуждались, но не обращались	17.7	15.5	12.9	8.6	9.8	11.5	12.9	17.6	15.5	23.1
Женщины										
Да	15.3	8.9	5.9	8.1	10.6	13.6	15.0	18.3	23.5	20.7
Нуждались, но не обращались	15.3	14.1	15.0	11.8	19.0	26.5	29.3	34.9	33.9	36.0

Примечание: хи-квадрат для различий по возрасту имеет значение при ($p < 0.001$) как для мужчин, так и для женщин

Таблица В2. Использование медицинских услуг по экономическому статусу (квинтиль общих ежемесячных расходов домохозяйства на человека), 2001, 2004 и 2007 годы

Обращавшиеся за мед. помощью в последние 30 дней	Квинтиль расходов на душу в месяц					
	Нижний	2	3	4	Верхний	Соотношение Q5: Q1
2001						
Да	6.3	6.2	8.8	12.5	14.3	2.3
Нуждались, но не обращались	10.4	9.9	12.6	14.1	20.2	1.9
2004						
Да	5.9	8.0	8.5	9.1	11.1	1.9
Нуждались, но не обращались	12.1	10.9	12.7	17.4	19.8	1.6
2007						
Да	7.6	7.3	11.6	11.0	12.1	1.6
Нуждались, но не обращались	14.0	17.6	18.3	19.9	20.7	1.5

Примечание: хи-квадрат для различий по экономическому статусу имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В3: Отношение шансов обращения за медицинской помощью за последние 30 дней, 2007

	(3)
<i>Контр. Без острого заболевания</i>	1.00
Не ограничивающее острое	1.92 ***
Ограничивающее острое	3.91 ***
<i>Контр. Без хронического заболевания</i>	1.00
Не ограничивающее хроническое	2.43 ***
Ограничивающее хроническое	7.71 ***
<i>Контр. 18-24</i>	1.00
25-34	1.31 ***
35-44	1.02 *
45-54	1.06 ***
55-59	1.21 ***
60-64	2.87 ***
65+	1.62 ***
<i>Контр. мужчины</i>	1.00
женщины	2.00 ***
<i>Контр. город</i>	1.00
селов	1.06 ***
<i>Контр. Иссык-Куль</i>	1.00
Джалал-Абад	1.11 ***
Нарын	1.19 ***
Баткен	0.80 ***
Ош	0.86 ***
Талас	0.67 ***
Чуй	0.56 ***
Бишкек	0.92 ***
<i>Контр. Низший 20й квинтиль</i>	1.00
квинтиль==2	1.31 ***
квинтиль==3	1.23 ***
квинтиль==4	1.15 ***
Высший 20й квинтиль	1.44 ***
Константа	-3.175
Пропорциональные риски Кокса	0.144
Наблюдения	11357

Взвешенные (данные).

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

Таблица В4. Состояние, при котором обращались за медицинской помощью, по возрасту и полу (%), 2007

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2007						
Беременность/Родовспоможение	-	-	-	-	17.4	-
Контрацепция	-	-	-	-	0.7	<0.01
Прививка ребенку	17.2	-	-	16.6	-	-
Обычная простуда	33.6	20.7	18.2	31.7	26.4	13.5
Сильная простуда с постоянными кашлем и температурой	20.5	16.1	20.9	31.7	9.7	20.1
Диарея	0	<0.01	-	0.3	0	-
Анемия	3.7	0	2.1	1.0	1.8	1.6
Астма	-	1.6	4.6	-	1.9	5.2
Язва	1.1	1.9	2.1	0	2.8	4.5
ТБ	<0.01	2.3	0	0	0.6	0.2
Травма	1.7	5.4	0.3	1.1	0.5	2.7
Психическое расстройство	2.1	2.2	2.4	<0.01	2.1	0.9
Другие	20.1	49.8	49.4	17.5	36.2	51.3
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Таблица В5. Тип посещенного учреждения по месту жительства (город/село), 2001, 2004 и 2007 годы

	Город			Село		
	2001	2004	2007	2001	2004	2007
Дом пациента	12	14	6	9	12	10
ГСВ (приписанные)	47	53	51	20	23	37
ГСВ (не приписанные)	3	4	-	2	3	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	24	13	29	21	16	21
СВА	<1	-	-	4	4	-
ФАП	<1	<1	3	19	26	19
Стационар	9	9	-	19	10	-
Частный кабинет	2	3	9	2	3	9
Родильный дом	2	<1	-	2	1	-
Другие	2	1	3	2	2	3
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Таблица В6. Тип медицинского персонала, оказывающего помощь, и посещенного учреждения по экономическому статусу (расходы домохозяйства на человека, включая товары длительного пользования), 2001, 2004, 2007 годы (%)

	Самые бедные 20%			Самые богатые 20%			Все		
	2001	2004	2007	2001	2004	2007	2001	2004	2007
<i>Тип медицинского персонала, с которым консультировались</i>									
Частный врач	<1	4	1	5	6	2	2	4	4
Государственный врач	69	55	77	70	69	77	73	68	74
Медсестра/акушерка*	18	28	5	5	12	2	11	19	4
Акушерка	-	-	3	-	-	3	-	-	6
Фельдшер	5	5	12	4	2	5	4	4	5
Стоматолог	5	8	1	12	11	8	8	7	6
Целитель	3	1	<1	1	1	1	1	1	1
Фармацевт*	-	-	<1	-	-	2	-	-	1
Другие (вкл фармацевта)	1	-	1	3	<1	1	2	<1	<1
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Тип посещенного учреждения</i>									
Дом пациента	13	16	8	11	13	5	11	13	8
ГСВ (приписанные)	16	24	53	32	41	44	32	36	44
ГСВ (не приписанные)	1	1	-	5	5	-	2	3	-
Поликлиника/ЦСМ	18	15	23	24	15	31	22	15	24
СВА	6	6	-	-	-	-	2	3	-
ФАП	21	31	14	6	11	4	11	16	12
Стационар	21	7	-	13	8	-	14	9	-
Частный кабинет	1	1	3	2	5	12	2	3	9
Родильный дом	2	<1	-	1	<1	-	2	1	-
Другие	2	-	<1	5	2	4	2	2	3
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

*В 2001 и 2004 годах медсестры и акушерки вошли в одну категорию, в 2007 году они были разделены на две категории

Таблица В7. Среднее расстояние от учреждения до дома пациента (км), 2004 и 2007 ГОДЫ

	Среднее		Медиана		Мин		Макс	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
<i>Тип посещенного учреждения</i>								
ГСВ (приписанные)	2.6	4.5	1.0	1	0.1	0.02	300	400
ГСВ (не приписанные)	3.3	-	2.0	-	0.1	-	25	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	10.7	11.9	3.0	2	0.1	0.02	420	380
СВА	2.6	-	2.0	-	0.3	-	8	-
ФАП	3.2	2.4	1.0	1	0.1	0.03	35	50
Стационар	23.4	-	7.0	-	0.1	-	420	-
Частный кабинет	19.6	28.6	5.0	2	0.3	0.01	500	740
Родильный дом	9.4	-	8.0	-	0.6	-	30	-
Частная аптека	0.4	-	0.3	-	0.1	-	2	-
Другие	20.2	60.1	10.0	1.8	1.0	0.2	100	380
Всего	6.7	9.5	1.0	1.0	0.1	0.01	500	740
<i>Регион</i>								
Бишкек	2.1	1.7	1.0	0.6	0.1	0.01	13.0	30
Иссык-Куль	5.4	23.2	0.6	1.1	0.1	0.01	300	355
Джалал-Абад	6.4	3.2	1.0	0.8	0.1	0.01	400	300
Нарын	28.0	42.0	0.8	2.0	0.1	0.01	500	421
Баткен	5.4	16.1	1.0	2.0	0.1	0.01	80	740
Ош	5.1	3.6	2.0	1.2	0.1	0.01	110	120
Талас	16.7	4.4	1.0	1.0	0.1	0.01	100	360
Чуй	5.2	8.6	2.0	2.0	0.1	0.01	100	160
Всего	6.7	9.5	1.0	1.0	0.1	0.01	500	740

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при (p<0.001)

Таблица В8. Время путешествия до медицинского учреждения (процент), 2004 и 2007
ГОДЫ

<i>Тип посещенного учреждения</i>	Менее 1/2 часа		Менее 1 часа		1-4 часа		Более 4 часов	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
ГСВ (приписанные)	84	93	15	5	1	2	-	0
ГСВ (не приписанные)	80	-	12	-	8	-	-	-
Поликлиника (без ГСВ)	78	73	15	18	7	8	1	1
СВА	72	-	12	-	16	-	-	-
ФАП	94	81	6	17	-	2	-	-
Стационар	59	-	23	-	15	-	3	-
Частный кабинет	82	74	11	15	4	8	3	3
Родильный дом	93	-	8	-	-	-	-	-
Частная аптека	100	-	-	-	-	-	-	-
Другие	47	49	34	26	29	12	-	13
Всего	81	83	14	12	5	5	1	1
<i>Регион</i>								
Бишкек	84	85	15	15	1	<1	-	-
Иссык-Куль	86	60	11	27	3	10	-	4
Жалалабад	69	97	23	2	8	<1	<1	1
Нарын	60	70	20	10	14	16	6	4
Баткен	71	84	21	14	7	1	1	2
Ош	93	94	6	6	1	<1	-	-
Талас	68	73	25	22	3	5	4	1
Чуй	80	73	11	14	8	13	1	-
Всего	81	83	14	12	5	5	1	1

Прим: Хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

Таблица В9. Средняя сумма, потраченная на поездку до медицинского учреждения, по типу учреждения, 2004 и 2007 годы

	% оплачивающих		Средняя сумма (сомы)		Медиана (сомы)	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007
<i>Тип посещенного учреждения</i>						
ГСВ (приписанные)	27	48	18	35	10	20
ГСВ (не приписанные)	39	-	35	-	15	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	67	63	29	57	15	30
СВА	11	-	30	-	30	-
ФАП	30	27	17	37	15	24
Стационар	58	-	71	-	40	-
Частный кабинет	73	61	50	120	15	20
Родильный дом	89	-	72	-	100	-
Другие	86	55	52	163	50	80
Специалист в ЦСМ	42	-	50	-	50	-
Специалист в частном кабинете	76	-	289	-	400	-
Всего	41	50	35	57	15	20
<i>Регион</i>						
Бишкек	36	54	18	36	10	20
Иссык-Куль	24	40	24	115	10	50
Жалалабад	37	30	31	41	16	10
Нарын	49	41	137	207	50	80
Баткен	28	40	53	120	30	30
Ош	56	65	24	27	15	30
Талас	43	42	58	48	30	30
Чуй	39	68	41	43	26	25
Всего	41	50	35	57	15	25

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В10. Среднее время ожидания (минуты) по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2004 и 2007 годы

	Среднее (минуты)		Медиана (минуты)		Максим (минуты)	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007
<i>Тип медицинского персонала, с которым консультировались</i>						
Частный врач	20	22	10	10	120	120
Государственный врач	20	23	10	20	240	360
Медсестра/акушерка*	11	13	10	10	120	240
Фельдшер	18	21	15	15	180	180
Акушерка	-	13	-	10	-	40
Фармацевт	-	6	-	5	-	10
Стоматолог	24	24	15	20	180	150
Целитель	8	28	5	30	40	180
Другие	-	56	-	60	-	200
Всего	18	22	10	15	240	360

<i>Тип посещенного учреждения</i>						
ГСВ (приписанные)	21	24	10	20	240	300
ГСВ (не приписанные)	20	-	15	-	240	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	20	24	15	20	240	360
СВА	12	-	10	-	30	-
ФАП	11	15	10	10	60	90
Стационар	20	-	10	-	240	-
Частный кабинет	26	21	15	15	240	180
Родильный дом	7	-	1	-	20	-
Другие	12	20	10	20	40	150
Специалист в ЦСМ	25	-	10	-	45	-
Специалист в частном кабинете	7	-	1	-	20	-
Всего	18	22	10	15	240	360

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

* В 2001 и 2004 годах медсестры и акушерки входили в одну категорию, а в 2007 году были разделены на две категории

Таблица В11. Процент сообщающих об оплате за консультацию и средние произведенные платежи по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2001, 2004 и 2007 годы

	Процент сообщающих об оплате за консультацию			Средняя сумма (сомы)		Медиана (сомы)	
	2001	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Тип медицинского персонала, с которым консультировались							
Частный врач	46	45	67	132	441	60	100
Государственный врач	17	21	13	93	130	30	50
Медсестра	19	12	8	129	82	35	100
Фельдшер	33	32	27	130	85	200	60
Акушерка	3	22	1	38	33	20	25
Фармацевт	-	-	1	-	60		60
Стоматолог	63	84	84	203	382	50	125
Целитель	60	37	41	114	97	100	50
Другие	-	-	4		50		50
Всего	22	27	20	118	234	40	60
Тип посещенного учреждения							
Дом пациента	19	19	8	117	102	30	100
ГСВ (приписанные)	10	17	13	44	86	25	50
ГСВ (не приписанные)	42	41	-	210	-	50	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	28	45	23	105	131	40	50
СВА	19	30	-	37	-	30	-
ФАП	18	21	6	42	121	20	50
Стационар	32	31	-	179	-	50	-
Частный кабинет	73	79	72	325	482	60	150
Родильный дом	12	14	-	199	-	300	-
Другие	49	36	19	187	244	100	200
Специалист в ЦСМ	n/a	58	-	60	-	60	-
Специалист в частном кабинете	n/a	76	-	62	-	25	-
Всего	22	27	20	118	234	40	60

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В12. Процент сообщающих об оплате за консультацию и средние произведенные выплаты по регионам, 2004 и 2007 годы

Область	Процент сообщающих об оплате за консультацию						Средняя сумма (сомы)			
	Все		Город		Село		Город		Село	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Иссык-Куль	10	15	13	20	8	14	238	233	84	218
Жалалабад	19	14	23	16	17	13	53	34	36	46
Нарын	12	14	14	38	12	9	226	115	132	66
Баткен	14	25	23	13	10	29	32	52	109	67
Ош	40	17	33	11	42	23	68	665	52	68
Талас	20	17	40	39	18	13	88	140	59	213
Чуй	40	29	18	19	46	34	80	885	184	277
Бишкек	21	24	21	24	-	-	247	269	-	-
Всего	27	20	23	19	29	20	159	344	98	147

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В13. Различия в процентах сообщающих об оплате за консультацию и средних произведенных платежах между городом/селом, по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2004 и 2007 годы

	Процент сообщающих об оплате за консультацию				Средняя сумма (сомы)		Средняя сумма (сомы)	
	Город		Село		Город		Село	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007
<i>Тип медицинского персонала, с которым консультировались</i>								
Частный врач	51	61	41	72	192	801	80	190
Государственный врач	18	13	24	13	101	163	87	97
Медсестра	15	9	12	7	352	51	44	100
Фельдшер	45	32	27	23	78	108	166	57
Акушерка	22	-	22	1	88	-	37	33
Фармацевт	-	1	-	-	-	-	-	60
Стоматолог	72	97	88	79	405	763	150	220
Целитель	43	82	31	26	-	124	-	66
Другие	-	8	-	-	-	50	-	-
Всего	23	19	29	20	159	344	98	147

Тип посещенного учреждения

Дом пациента	13	5	23	10	172	82	94	107
ГСВ (приписанные)	15	9	18	18	48	-	39	-
ГСВ (не приписанные)	26	-	56	-	531	-	57	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	36	25	47	21	181	167	78	84
СВА	-	-	31	-	-	-	38	-
ФАП	-	17	21	5	-	154	42	108
Стационар	30	-	31	-	81	-	230	-
Частный кабинет	91	69	71	75	336	779	316	262
Родильный дом	8	-	15	-	-	-	218	-
Другие	48	28	31	13	344	164	89	349
Специалист в ЦСМ	100	-	-	-	60	-	-	-
Специалист в частном кабинете	49	-	100	-	142	-	25	-
Всего	23	19	29	20	159	344	98	147

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В14: Отношение шансов оплаты за консультацию среди тех, кто обращался за медицинской помощью в последние 30 дней, 2007

<i>Контр. Не острое заболевание</i>	1.00
Не ограничивающее острое	1.08 ***
Ограничивающее острое	2.43 ***
<i>Контр. Не хроническое заболевание</i>	1.00
Не ограничивающее хроническое	0.70 ***
Ограничивающее хроническое	0.66 ***
<i>Контр. 18-24</i>	1.00
25-34	2.00 ***
35-44	2.34 ***
45-54	2.76 ***
55-59	0.97
60-64	1.39 ***
65+	0.62 ***
<i>Контр. Город</i>	1.00
село	0.91 ***
<i>Контр. Иссык-Куль</i>	1.00
Джалал-Абад	0.57 ***
Нарын	1.40 ***
Баткен	1.64 ***
Ош	1.24 ***
Талас	1.20 ***
Чуй	2.58 ***
Бишкек	1.70 ***
<i>Контр. Низший 20й квинтиль</i>	1.00
квинтиль==2	0.62 ***
квинтиль==3	0.49 ***
квинтиль==4	1.32 ***
Высший 20й квинтиль	0.83 ***
<i>Контр. Да, охваченные ФОМС</i>	1.00
Нет	1.66 ***
Трудно сказать	0.40 ***
<i>Контр. Льготники</i>	1.00
Не льготники	2.03 ***
Константа	-2.409
Пропорциональные риски Кокса	0.157
Наблюдения	1243

Взвешенные данные

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

Таблица В15. Процент сообщающих об осуществлении других платежей, связанных с консультацией, и средние произведенные платежи по типу медицинского персонала, оказывающего помощь, и типу посещенного учреждения, 2001, 2004 и 2007 годы

	Процент сообщающих о других произведенных платежах в связи с консультацией			Средняя сумма (сомы)		Средняя сумма (сомы)	
	2001	2004	2007	2004	2007	2004	2007
<i>Тип медицинского персонала, с которым консультировались</i>							
Частный врач	22	10	27	80	336	50	50
Государственный врач	42	19	23	97	136	50	40
Медсестра	-	19	1	27	37	22	40
Фельдшер	83	22	27	32	153	20	90
Акушерка	-	13	3	16	32	10	26
Стоматолог	10	3	<1	49	130	30	130
Целитель	-	3	5	100	50	100	50
Другие	-	-	1		50		50
Всего	32	17	20	81	148	33	50

<i>Тип посещенного учреждения</i>							
Дом пациента	20	8	2	53	78	45	70
ГСВ (приписанные)	28	16	22	77	77	27	40
ГСВ (не приписанные)	-	14	-	70	-	100	-
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	29	19	21	144	221	60	50
СВА	49	13	-	18	-	10	-
ФАП	30	18	19	25	43	10	20
Стационар	57	29	-	102	-	60	-
Частный кабинет	17	18	23	93	434	60	90
Родильный дом	47	11	-	35	-	35	-
Другие	-	7	16	59	52	50	20
Специалист в ЦСМ	n/a	42	-	150	-	150	-
Специалист в частном кабинете	n/a	52	-	90	-	90	-
Всего	32	17	20	81	148	33	50

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В16. Из тех, кто получил рецепт процент сообщающих о том, что они смогли приобрести выписанные препараты; а среди тех, кто не смог, причины, по которым так произошло, 1994 - 2007

	1994	2001	2004	2007
Да, приобрели все	66	77	91	92
Да, но приобрели только некоторые	23	14	6	5
Не приобрели никакие	11	9	3	3
	100%	100%	100%	100%
<i>Среди тех, кто не приобрел препараты, причины по которым так получилось :</i>				
Не смогли найти	49	11	17	6
Слишком дорогие	35	61	54	43
Не захотели		67	3	47
Аптека слишком далекая				3
Другие	72	22	26	

Имейте в виду, в 1994 году проценты для причин, по которым препараты не были приобретены, не суммируются до 100%, поскольку респондентам не было разрешено давать больше одного ответа

Таблица В17. Место приобретения препаратов по рецептам, 2001, 2004, 2007

	2001	2004	2007
У врача	15.2	12.7	9
Государственная аптека	28.6	41.5	87
Частная аптека	39.9	37.8	-
Рынок/базар	15.2	7.5	4
Другое	1.1	0.5	1
Всего	100%	100%	100%

Таблица В18. Средняя сумма, оплаченная за выписанные препараты по месту их приобретения, 2004 и 2007

	Средн. опл. сумма (сомы)		Медиана (сомы)	
	2004	2007	2004	2007
У врача	260	475	80	160
Государственная аптека	252	341	113	150
Частная аптека	258	-	150	-
Рынок/базар	225	315	140	175
Другое	241	175	200	120
Всего	253	351	120	150

Примечание: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Примечание: Не существует разделения между частными и государственными аптеками в последнее время. Любая аптека (частная и государственная) могла иметь контракт с ФОМСом на обслуживание населения в рамках Доп.Пакета.

Таблица В18б. Сумма, оплаченная за субсидированные медикаменты льготниками, 2007 год

Льготные группы	(N)	% оплачивающих	Средняя сумма (сомы)	Медиана (сомы)
	(316,620)	6	198	100
Участник ВОВ или инвалид	(655)	-		
Воин-интернационалист 3	(95)	-		
Лицо, пострадавшее от аварии на Чернобыльской АЭС	(21)	100	200	200
Лицо, награжденное орденом “Батыр Эне” 8	(1,359)	-		
Персональный пенсионер 9	(571)	-		
Работник тыла	(1,115)	5	150	150
Член семьи военнослужащего	(45)	-		
Инвалид детства I и II групп	(804)	3	36	36
Инвалид детства до 16 лет	(1,608)	50	342	342
Инвалид I и II групп по общему заболеванию, инвалид по зрению или слуху	(12,575)	12	177	200
Сахарный и несахарный диабет	(6,279)	13	1,557	56
Больные бронхиальной астмой 19	(1,124)	52	57	25
Больной психическим заболеванием	(324)	-		
Больной апластической анемией, лейкоемией и гемофилией	(155)	15	42	42
Больной туберкулезом	(2,874)	-		
Онкологический больной, 4 степень	(522)	-		
Ребенок до 1 года из семьи, которые получают ЕЕР	(314)	17	40	40
Всего	(347,060)	7	245	100

Таблица В19. Средние оплаченные суммы среди *всех, кто консультировался с медицинским специалистом в последние 30 дней, 2001, 2004 и 2007 годы* (вкл нули)

	Медиана (сомы)			Средние (сомы)			Доля от общих расходов		
	2001	2004	2007	2001	2004	2007	2001	2004	2007
Транспортные расходы	0	0	0	13	13	26	9%	5%	7%
Консультация	0	0	0	24	31	38	16%	13%	11%
Подарок за консультацию	0	0	0	7	4	3	5%	2%	1%
Другие платежи	0	0	0	9	13	23	6%	5%	7%
Другие подарки	0	0	0	1	1	2	<1%	<1%	<1%
Лекарства с рецептами	25	70	100	94	183	228	64%	75%	64%
Лекарства без рецептов	-	-	0	-	-	37	-	-	10%
Общие расходы	50	0	170	148	245	355	100%	100%	100%

Прим. Случаи, когда расходы превышают на 2станд.отклонения.средние перекрываются на этом уровне. Результаты могут отличаться от прежних опубликованных результатов.

Таблица В20. Средние оплаченные суммы среди тех, кто консультировался за последние 30 дней, среди тех, кто оплачивал эту услугу (т.е. исключая нули), 2001, 2004 и 2007 годы

	трансп расходы	консультац ия	подарок за консультац ию	другие платежи	другие подарки	рецепты	общие расходы
% оплачивающих за ед.							
2001	31%	21%	3%	32%	2%	58%	77%
2004	36%	27%	2%	17%	1%	72%	88%
2007	55%	20%	3%	20%	-	73%	95% *
Средняя выплата 2001							
Медиана (сомы)	10	30	0	25	40	85	86
Средняя (сомы)	42	111	7	51	78	163	193
Средняя выплата 2004							
Медиана (сомы)	15	40	100	33	59	130	120
Средняя (сомы)	35	118	181	81	66	253	276
Средняя выплата 2007							
Медиана (сомы)	25	60	100	50	70	150	180
Средняя (сомы)	57	182	180	117	82	311	374

Прим. Случаи, когда расходы превышают на 2ст.откл. средние перекрываются на этом уровне. Результаты могут отличаться от прежних опубликованных результатов.

В 2007 году общие расходы включают расходы на лекарства не по рецепту (средние; медианные 60 сомов)

Таблица В21. Средние общие выплаты среди тех, кто консультировался в последние 30 дней (не вкл. нули) по регионам, типу поселения и возрастным группам, 2001, 2004 и 2007 годы

	2001		2004		2007	
	Средн. опл. сумма (сомы)	Медиана (сомы)	Средн. опл. сумма (сомы)	Медиана (сомы)	Средн. опл. сумма (сомы)	Медиана (сомы)
Область						
Бишкек	126	50	290	150	489	340
Иссык-Куль	170	35	207	100	268	140
Жалалабад	186	90	134	60	277	120
Нарын	128	40	264	100	431	107
Баткен	254	115	291	120	312	220
Ош	190	90	241	80	298	170
Талас	132	55	229	130	207	130
Чуй	97	20	297	140	557	280
Тип поселения						
Город	134	50	263	130	380	
Село	160	50	234	85	369	
Возрастная группа						
Дети	99	25	112	30	166	110
Трудоспособный возраст	190	70	302	135	483	270
Пенсионеры	131	60	333	150	346	180

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица В22. Общая оплата среди тех, кто консультировался в последние 30 дней как процент от обычных ежемесячных общих расходов домохозяйства (вкл. товары длительного пользования), по экономическому статусу домохозяйства, 2007

	Квintиль ежемесячных расходов на человека					
	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
Максимальная	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
Максимальная	299	104	128	233	196	299
2007						
Средняя	7.6	10.0	5.2	6.6	5.8	6.7
Медиана	3.6	4.8	3.1	2.9	3.3	3.3
Максимальная	124	64	115	89	122	124

Прим: Обычные ежемесячные общие расходы домохозяйства определены как средние за предыдущие 12 месяцев. Анализ включает только пациентов. Включает пациентов, которые не производили платежи (нули), но исключает тех, кто не консультировался.

ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица В23. Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтильным группам расходов домохозяйства на человека (%), 2004 и 2007 годы

	Бишкек	Иссык-Куль	Жала-Абад	Нарын	Баткен	Ош	Талас	Чуй
2004								
Лечились сами травами	12	12	24	1	13		2	12
Лечились сами лекарствами	63	82	27	61	58	77	92	32
Думали, что пройдет	3	6		9	4	20		
Слишком далеко/плохое обслуживание	22		4	19			7	13
Слишком дорого			6	5	13	1		31
Нет времени			25		3			6
Другие			14	5	9	2		6
2007								
Лечились сами, травами	3	18	3	6	10	4	8	29
Лечились сами лекарствами	85	55	92	84	80	94	83	54
Думали, что пройдет	2	8	3	1	8	1	4	1
Слишком далеко/плохое обслуживание	1	<1	-	<1	-	-	<1	1
Плохое обслуживание	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	4
Слишком дорого	4	11	1	3	2	1	4	10
Нет времени	4	7	1	1	1	<1	2	2
Другие	-	-	-	4	-	-	<1	<1

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

Таблица В24 Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по возрасту и полу, 2004 и 2007 годы (%)

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2004						
Сами лечились травами	12	5		15	5	19
Сами лечились лекарствами	78	64	70	66	47	59
Думали, что пройдет		3	1		12	2
Слишком далеко/плохое обслуживание	-	18			3	3
Слишком дорого	9	6	25	20	15	18
Нет времени		1			10	
Другие		4	4		9	
2007						
Сами лечились травами	4	13	14	2	10	14
Сами лечились лекарствами	95	75	64	95	78	76
Думали, что пройдет	1	2	11	1	2	4
Слишком далеко/плохое обслуживание	-	<1	-	<1	<1	<1
Плохое обслуживание	1	1	1	1	1	1
Слишком дорого	<1	6	7	1	5	4
Нет прописки	-	<1	-	-	<1	-
Нет времени	<1	3	4	1	3	1
Другие	-	<1	1	<1	<1	1

Прим: хи-вадрат имеет значение при (p<0.001)

Таблица В25. Причины, по которым респонденты не обращались за медицинской помощью, по квинтилям расходов домохозяйства на человека, 2004 и 2007 годы (%)

	Самые бедные	2	3	4	Самые богатые	Все
	20%				20%	
2004						
Сами лечились травами	11	9	2	17	9	9
Сами лечились лекарствами	84	57	53	66	55	60
Думали, что пройдет		31	<1	1	3	6
Слишком далеко/плохое обслуживание		3	20	1	1	3
Слишком дорого	3	<1	20	1	21	13
Нет времени						
Другие	2		5	3	6	4
2007						
Сами лечились травами	3	4	6	10	12	7
Сами лечились лекарствами	87	91	86	80	78	84
Думали, что пройдет	4	2	2	3	3	3
Слишком далеко/плохое обслуживание	-	1	-	<1	-	<1
Плохое обслуживание	<1	-	1	1	1	<1
Слишком дорого	4	1	3	3	3	3
Нет времени	1	1	2	3	3	3
Нет прописки	-	-	<1	-	-	<1
Другие	1	-	<1	-	-	<1

Примечание: хи-квадрат значим при (p<0.001)

Таблица В26. Общие расходы на здравоохранение, включая подарки, среди тех, кто обращался за медицинской помощью в течение последних 30 дней, 2007 год

	% оплачивающих	Сред. опл. сумма (сомы)	Медиана (сомы)
Тип посещенного учреждения			
Дом пациента	8	297	116
ГСВ	13	337	174
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	23	342	175
ФАП	6	182	110
Частный кабинет	72	738	340
Другие	19	427	340
Всего	20	359	170
Тип медицинского персонала, с которым консультировались			
Частный врач	67	816	675
Государственный врач	13	356	180
Медсестра	8	98	40
Фельдшер	27	427	195
Акушерка	1	99	70
Фармацевт	1	122	120
Стоматолог	84	287	130
Целитель	41	799	1340
Другие	4	120	90
Всего	20	359	170
Регион			
Бишкек	24	463	310
Иссык-Куль	15	243	130
Жалалабад	14	266	116
Нарын	14	397	90
Баткен	25	296	220
Ош	17	289	160
Талас	17	178	100
Чуй	29	538	260
Всего	20	359	170

Прим. Случаи, где расходы превышают на 2ст.откл. средние перекрываются на этом уровне

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

Таблица В27. Общие расходы на здравоохранение, исключая транспортные, среди тех, кто обращался за медицинской помощью в течение последних 30 дней, 2007

	Средн. опл. сумма (сомы)	Медиана (сомы)
Тип посещенного учреждения		
Дом пациента	297	116
ГСВ	321	157
Поликлиника (без ГСВ)/ЦСМ	302	150
ФАП	172	105
Частный кабинет	664	300
Другие	338	220
Всего	329	150
Тип медицинского персонала, с которым консультировались		
Частный врач	760	656
Государственный врач	329	157
Медсестра	92	40
Фельдшер	413	195
Акушерка	69	55
Фармацевт	121	120
Стоматолог	272	125
Целитель	642	1010
Другие	69	90
Всего	329	150
Регион		
Бишкек	460	300
Иссык-Куль	199	120
Жалалабад	255	115
Нарын	319	78
Баткен	249	160
Ош	274	140
Талас	158	90
Чуй	511	200
Всего	329	150

Прим. Случаи, где расходы превышают на 2ст.откл. средние перекрываются на этом уровне
Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$)

С. Госпитализация

Таблица С1. Использование больничных услуг в течение последнего года по возрасту и полу, 2001, 2004 и 2007 годы

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
2001						
Госпитализированные в последний год (%)	3.4	4.8	10.6	3.6	10.6	13.3
<i>Среди госпитализированных:</i>						
Среднее количество раз (госпитализаций)	1.12	1.23	1.44	1.08	1.15	1.17
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – среднее)	13	20	19	16	13	17
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – медиана)	10	15	13	12	10	14
2004						
Госпитализированные в последний год (%)	2.3	3.8	10.2	2.1	9.8	9.0
<i>Среди госпитализированных:</i>						
Среднее количество раз (госпитализаций)	1.07	1.22	1.19	1.07	1.14	1.25
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – среднее)	13	18	17	12	12	17
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – медиана)	10	13	15	10	7	14
2007						
Госпитализированные в последний год (%)	2.1	4.9	10	3.5	10.9	14.4
<i>Среди госпитализированных:</i>						
Среднее количество раз (госпитализаций)	1.08	1.09	1.11	1.16	1.20	1.21
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – среднее)	12	16	17	19	9	14
Средняя продолжительность пребывания (кол-во дней – медиана)	10	12	12	10	9	12

Прим: хи-квадрат для различий по возрасту значим при ($p < 0.001$) и для мужчин, и для женщин

Таблица С2. Использование больничных услуг в течение последнего года по квинтилям расходов домохозяйства на человека (%), 2001, 2004 и 2007 годы

Госпитализированные за последний год (%)	Самые бедные 20%	2	3	4	Самые богатые 20%	Все	Q1: Q5
2001	5.2	5.0	6.3	7.8	8.8	6.5	0.59
2004	5.1	4.6	5.4	6.8	5.8	5.5	0.88
2007	5.6	4.9	5.1	7.0	9.6	6.4	0.58

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

Таблица С3. Соотношение шансов для госпитализации в течение последних 12 месяцев, 2007 год. Только взрослые.

<i>Контр. Без острого заболевания</i>	1.00
Не ограничивающее острое	1.11 ***
Ограничивающее острое	1.48 ***
<i>Контр. Без хронического заболевания</i>	1.00
Не ограничивающее хроническое	2.31 ***
Ограничивающее хроническое	4.21 ***
<i>Контр. 16-24</i>	1.00
25-34	1.26 ***
35-44	1.13 ***
45-54	1.06 ***
55-59	1.34 ***
60-64	1.22 ***
65+	0.87 ***
<i>Контр. мужчины</i>	1.00
женщины	2.39 ***
<i>Контр. город</i>	1.00
село	1.76 ***
<i>Контр. Иссык-Куль</i>	1.00
Джалал-Абад	0.48 ***
Нарын	1.62 ***
Баткен	0.91 ***
Ош	0.98 **
Талас	0.55 ***
Чуй	0.60 ***
Бишкек	0.89 ***
Контр. низший 20ый квинтиль	1.00
квинтиль==2	1.03 **
квинтиль==3	0.66 ***
квинтиль==4	1.08 ***
Высший 20ый квинтиль	1.49 ***
Константа	-3.34
Пропорциональные риски Кокса	0.047
Наблюдения	11357

Взвешенные данные

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

Таблица С4. Тип посещенного больничного учреждения и полученное лечение по квинтилям экономического статуса (%), 2001, 2004 и 2007 годы

	2001		2004		2007	
	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%
<i>Тип посещенного учреждения</i>						
Территориальная (бывшая ЦРБ) больница	45	25	31	22	30	21
Городская больница	13	28	14	28	19	26
Родильный дом	26	14	36	11	23	24
Областная больница	12	9	11	17	14	6
Республиканская больница	3	19	2	21	6	14
Частная больница	-	1	<1	1	<1	3
Др. гос. больницы	2	4	7	<1	8	6
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Перенесшие операции 4 16 20 22 12 19

Прим: хи-квадрат значим при (p<0.001)

Таблица С5 Посещенное больничное учреждение по типу направления (%), 2007 год

	Территориальная (бывшая ЦРБ)	Городская	Роддом	Областная	Республиканская	Частное	Другое
<i>Источник направления</i>							
ГСВ	42	47	33	36	34	3	70
ФАП	16	11	8	13	6	<1	<1
ЦСМ	7	12	17	19	21	1	-
Частное	<1	3	4	-	3	15	-
Сами	25	16	28	25	28	81	29
Скорая помощь	9	10	10	6	5	-	-
Другие	<1	-	-	-	-	-	-
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Прим: хи-квадрат значим при (p<0.001)

Таблица С6. Процент самонаправленных по социально-экономическим группам, 2004 и 2007 годы.

% самонаправлений	Самые бедные 20%	Следующие 20%	Средние 20%	Следующие 20%	Самые богатые 20%	Все
2004	19	24	26	18	12	20
2007	22	45	36	19	14	25

Прим: Хи-квадрат значим при (p<0.05).

Таблица С7 Среднее расстояние до местонахождения стационара от дома пациента (км), 2007

	Среднее	Медиана	Мин	Макс
Тип посещенного учреждения				
Территориальная (ЦРБ)	11	2	0.1	180
Городская больница	33	5	0.01	530
Родильный дом	8	2	0.1	260
Областная больница	35	8	.02	365
Республиканская больница	194	75	0.4	1100
Частная больница	63	40	0.1	370
Др. гос. больница	115	15	0.4	430
Всего	45	5	0.01	1100
Регион				
Бишкек	5	3	0.03	30
Иссык-Куль	112	45	0.1	460
Жалалабад	37	1	0.2	750
Нарын	134	35	0.01	530
Баткен	75	7	0.3	1100
Ош	24	5	0.2	600
Талас	46	6	0.4	452
Чуй	16	3	0.1	150
Всего	45	5	0.01	1100

Прим: ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$).

Таблица С8. Время поездки до больницы (процент), 2007

	Меньше получаса	Меньше 1 часа	1-4 часа	Более 4 часов	Всего
Тип посещенного учреждения					
Территориальная (ЦРБ)	65	25	10	-	100%
Городская больница	56	25	16	3	100%
Родильный дом	79	19	3	-	100%
Областная больница	53	26	15	6	100%
Республиканская больница	25	18	20	37	100%
Частная больница	43	20	31	6	100%
Др гос. больница	66	-	8	26	100%
Всего	58	23	12	7	100%
Регион					
Бишкек	65	33	2	-	100%
Иссык-Куль	27	23	25	26	100%
Джалал-Абад	71	15	9	5	100%
Нарын	38	19	20	23	100%
Баткен	59	30	5	5	100%
Ош	58	26	13	3	100%
Талас	54	27	12	8	100%
Чуй	71	15	14	<1	100%
Всего	58	23	12	7	100%

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

Таблица С9. Вид транспорта, использованного для того, чтобы добраться до больницы (процент), 2007

	Скорая	Личная машина	Такси	Обществ. транспорт	Пешком	Другой	Всего
<i>Тип посещенного учреждения</i>							
Территориальная (ЦРБ)	12	19	19	22	27	1	100%
Городская больница	11	13	40	31	4	<1	100%
Родильный дом	15	15	45	17	6	2	100%
Областная больница	6	7	49	30	7	<1	100%
Республиканская больница	5	10	36	48	<1	1	100%
Частная больница	-	13	29	58	1	-	100%
Др гос. больница	-	55	28	3	15	-	100%
Всего	10	14	34	29	12	1	100%
<i>Регион</i>							
Бишкек	20	14	17	44	4	-	100%
Иссык-Куль	3	20	27	43	8	-	100%
Джалал-Абад	3	30	14	33	21	-	100%
Нарын	11	5	71	4	9	1	100%
Баткен	2	10	41	32	10	6	100%
Ош	10	8	42	19	21	-	100%
Талас	13	5	56	26	-	-	100%
Чуй	11	20	28	31	8	2	100%
Всего	10	14	34	29	12	1	100%

Прим: хи-квадрат значим при ($p < 0.001$)

Таблица С10. Процент сообщающих об услугах, предоставленных членами семьи, по квинтилям экономического статуса (%), 2007

	2007		
	Самые бедные 20%	Самые богатые 20%	Весь Кыргызстан
<i>Помощь с:</i>			
Купанием	1	<1	3
Туалетом	11	12	12
Кормлением	12	18	17
<i>Предоставление:</i>			
Питания	81	96	92
Белья	60	74	63
Мед. инструментов	40	41	41
Лекарств	57	59	56
Других принадлеж-й	65	68	67
<i>Осуществление:</i>			
Уколов	7	9	5
Помощи ночью	7	13	11
Другие медицинские услуги	<1	<1	<1

Прим: различия по экономическому статусу для всех услуг значимы при (p<0.001)

Таблица С11. Процент оплачивающих за услуги во время госпитализации со средними (медианными) величинами среди тех, кто оплачивал, по квинтилям экономического положения (%), 2007

	Самые бедные 20%		Самые богатые 20%		Весь Кыргызстан	
	% оплачивающих	Средние (медиана)	% оплачивающих	Средние (медиана)	% оплачивающих	Средние (медиана)
Больничные издержки	65	491 (500)	69	1076 (750)	64	751 (530)
Питание	59	552 (400)	69	785 (600)	65	644 (500)
Медикаменты	61	568 (450)	69	1063 (500)	65	988 (500)
Другие инструменты	65	114 (100)	68	125 (60)	67	121 (60)
Лабораторные анализы	23	126 (100)	31	197 (120)	31	135 (90)
Комфортабельная палата	0		10	700 (700)	4	728 (700)
Мед. персонал						

Таблица С12. Процент стационарных больных, производящих оплату/подарок персоналу во время госпитализации, со средними (медианными) величинами среди тех, которые оплачивал, по квинтилю экономического положения (%), 2007

	Самые бедные 20%		Самые богатые 20%		Весь Кыргызстан	
	% оплачива ющих	Средняя (медиана)	% оплачива ющих	Средняя (медиана)	% оплачива ющих	Средняя (медиана)
Услуги врача	20		8			
<i>Наличные</i>		293 (200)		427 (500)	13	352 (300)
<i>В натур. виде</i>		118 (100)		225 (200)		175 (150)
Хирург	10		18		14	
<i>Наличные</i>		1185 (300)		5527 (1000)		3372 (1000)
<i>В натур. виде</i>		528 (500)		392 (350)		475 (350)
Педиатр	2		7		5	
<i>Наличные</i>		128 (100)		374 (500)		262 (150)
<i>В натур. виде</i>		102 (100)		120 (120)		119 (100)
Гинеколог	18		22		18	
<i>Наличные</i>		191 (200)		1072 (500)		586 (200)
<i>В натур. виде</i>		129 (100)		174 (150)		196 (150)
Анестезиолог	2		9		5	
<i>Наличные</i>		197 (200)		454 (300)		489 (300)
<i>В натур. виде</i>		-		108 (100)		176 (200)
Вспомогательн ый персонал	6		10		8	
<i>Наличные</i>		99 (100)		159 (100)		196 (100)
<i>В натур. виде</i>		68 (50)		97 (120)		95 (100)
Другие платежи	11		11		17	
<i>Наличные</i>		1544 (500)		1288 (200)		702 (200)
<i>В натур. виде</i>		211 (100)		237 (200)		236 (200)

Таблица С13. Среди тех пациентов, которые оплачивали, причины, по которым платежи наличными или в натуральном виде производились избранному медицинскому персоналу, 2007

	Это был подарок	Человек просил об этом	Человек намекал на это	Трудно сказать	Всего
Услуги врача	65	5	17	13	100%
Хирург	55	22	13	11	100%
Педиатр	84	13	2	1	100%
Гинеколог	63	12	15	9	100%
Анестезиолог	44	47	2	7	100%
Вспомогательный персонал	67	19	9	5	100%

Таблица С14 Общая оплата в связи с госпитализацией (искл питание) как процент от годовых общих расходов домохозяйства, по экономическому положению домохозяйства

	Квintиль расходов на душу в месяц					
	Нижний	2	3	4	Верхний	Все
2004						
Средняя	4.7	3.1	2.6	3.1	2.6	3.2
Медианная	1.7	1.9	1.7	1.9	1.8	1.8
Максимальная	67	31	37	41	17	67
2007						
Средняя	2.3	3.0	2.8	2.4	2.7	2.6
Медианная	1.8	1.6	1.5	1.2	1.4	1.5
Максимальная	32	21	30	20	29	32

Примечание: Ежегодно расходы домохозяйства рассчитываются как сумма за последние 12 месяцев.

ANOVA для различий между группами имеет значение при ($p < 0.001$) для всех переменных

Таблица С15. Средние платежи дополнительно к ставкам сооплаты по регионам, 2007 год

	Расходы вкл питание			Расходы искл питание		
	Средние	Медиана	Макс	Средние	Медиана	Макс
Иссык-Куль	1119	200	13423	846	0	12423
Джалал-Абад	642	160	6161	515	0	5761
Талас	1224	880	9711	968	580	8711
Баткен	695	0	8561	389	0	8061
Нарын	989	130	8861	654	0	7861
Бишкек	1936	1230	13350	1346	600	11850
Чуй	3287	202	20200	2473	1120	17210
Весь Кыргызстан	1688	890	20200	1185	290	17210

Прим: Соответствующие ставки сооплаты рассчитывались с учетом того, производилась ли сооплата за госпитализацию только с диагностикой и лечением, или за госпитализацию с оперативным вмешательством, а также с учетом статуса пациента, напр. освобожденные, застрахованные, незастрахованные или без направления.

Таблица С16. Средние платежи дополнительно к ставкам сооплаты по социально-экономическим группам, 2007 год

	Расходы вкл питание			Расходы искл питание		
	Средние	Медиана	Макс	Средние	Медиана	Макс
Самые бедные 20%	891	462	13423	531	30	12423
2	1169	340	13350	835	0	11850
3	1520	710	8862	1014	170	7861
4	1462	910	9911	1008	470	8011
Самые богатые 20%	2404	1600	9973	1670	1000	9420

D. Общие частные расходы на здравоохранение

Таблица D1. Компоненты средних и общих частных платежей за медицинскую помощь, 2007 год

	Средние расходы на человека (сомы)	Общие расходы на население (население = 5,189,837)
Консультация за последние 30 дней		
Расходы на проезд	2.39	12,417,301
Расходы на консультацию	4.20	21,775,154
Подарки за консультацию	0.27	1,417,967
Другие платежи, связанные с консультацией	2.63	13,666,685
Другие подарки, связанные с консультацией	0.16	842,792
Расходы на рецепты	23.44	121,672,748
Расходы на др. медикаменты	17.90	92,910,949
Госпитализация за последние 12 месяцев		
Расх. на питание	40.05	207,866,037
Расх. на медикаменты	42.58	220,990,628
Расх. на др. инструм	5.48	28,443,858
Расх. на больнич. издержки	32.66	169,493,173
Комфортабельная палата	1.48	7,678,133
Расх на лаб. анализы	2.94	15,277,137
Расх. на врача (налич)	1.99	10,304,057
Расх на врача (натур)	0.34	1,764,190
Расх на хирурга (налич)	1.49	7,716,537
Расх на хирурга (натур)	0.02	85,037
Расх на педиатра (налич)	0.55	2,836,054
Расх на педиатра (натур)	0.15	756,821
Расх на акуш/гин (налич)	3.95	20,517,144
Расх на акуш/гин (натур)	0.94	4,896,380
Расх на анестез (налич)	1.61	8,343,772
Расх на анестез (натур)	0.11	554,334
Расх на вспомог персонал (налич)	0.67	3,461,995
Расх на вспомог персонал (натур)	0.26	1,337,560
Другие (налич)	8.87	46,019,053
Другие (натур)	0.71	3,679,260

Примечание: Эти цифры относятся к самой последней консультации или госпитализации.

Среднее количество консультаций среди тех, кто консультировался за последние 30 дней в 2007 году составило 1.43.

Среднее количество стационарных пребываний среди тех, кто госпитализировался в течение последнего года, составило 1.16.

Таблица D2. Средняя и общая оплата домохозяйств за медицинскую помощь

ВАРИАНТ А:			
Предполагается, что респонденты сообщили обо всех расходах, связанных с консультациями и стационарными пребываниями	Средние расходы на человека (сомы)	Общие расходы на население (население = 5,189,837)	
Амбулаторная помощь (ежемесячно)			
Общие ежемесячные расходы на ПМСП	51.00	264,703,596	
Общие ежемесячные расходы на ПМСП, за исключением транспортных расходов	48.61	252,286,294	
Общие ежемесячные расходы на ПМСП, за исключением транспортных и расх на лекарства	7.26	37,702,598	
Общие ежемесячные расходы на амбулаторные препараты	41.35	214,583,696	
Госпитальная помощь (ежегодно)			
Общие расходы на стационарное пребывание	146.83	762,021,160	
Общие расходы на стационарное пребывание, искл питание	106.78	554,155,123	
Из них, расходы на больничные лекарства	42.58	220,990,628	
Общие частные расходы на медицинскую помощь			
Ежегодные частные расх на здравоохранение, включая транспортные	758.88	3,938,464,309	
Ежегодные частные расх на здравоохранение, исключая транспортные	730.17	3,789,456,692	
Ежегодные частные расх на здравоохранение, искл транспортные и питание	690.12	3,581,590,655	
Из них, ежегодные частные расходы на лекарства	538.74	2,795,994,984	
ВАРИАНТ В:			
Предполагается, что респонденты сообщили о расходах, связанных только с последней консультацией и стационарным пребыванием (значения для последнего посещения помножены на среднее сообщенное количество посещений)	Средние расходы на человека (сомы)	Общие расходы на население (население = 5,189,837)	
Амбулаторная помощь (ежемесячно)			
Общие ежемесячные расходы на ПМСП	72.94	378,526,142	
Общие ежемесячные расходы на ПМСП, за исключением транспортных расходов	69.51	360,769,401	
Общие ежемесячные расходы на ПМСП, за исключением транспортных и расходов на лекарства	10.39	53,914,715	
Общие ежемесячные расходы на амбулаторные лекарства	59.13	306,854,686	
Госпитальная помощь (ежемесячно)			
Общие расходы на стационарное пребывание	170.32	883,944,546	
Общие расходы на стационарное пребывание, искл питание	123.86	642,819,943	
Из них, расходы на больничные лекарства	49.39	256,349,128	
Общие частные расходы на медицинскую помощь			
Общие частные расх на здравоохранение, включая транспортные	1045.55	5,426,258,249	
Общие частные расх на здравоохранение, исключая транспортные	1004.50	5,213,177,356	
Ежегодные частные расх на здравоохранение, искл транспортные и питание	958.04	4,972,052,753	
Из них, ежегодные частные расходы на лекарства	758.91	3,938,605,358	

Е. Охват ФОМС

Таблица Е1. Процент сообщающих о том, что они охвачены Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) по возрасту и полу, 2007.

	Мужчины			Женщины		
	0-15	16-59	60+	0-15	16-54	55+
Да	75	80	91	76	79	90
Нет	18	18	9	17	19	6
Затрудняюсь сказать	7	2	1	7	2	4
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: хи-квадрат для различий по возрасту для мужчин и женщин имеет значение при ($p < 0.001$)