ЗдравПлюс/ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY
HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ:

Гендерные различия в использовании ресурсов первичной помощи в Центральной Азии

Technical Report:
Gender Differences in Primary Care Resource Utilization in Central Asia

Авторы:

Майкл Боровитц, MD, PhD, MPH, Старший советник по вопросам здравоохранения FSU, DFID, UK

Шерил Викам, MS, Заместитель директора по техническим вопросам, ЗдравРеформ

Ольга Зюзь, MA, Экономист здравоохранения, ЗдравПлюс

15 января, 2000г.
Семипалатинск, Казахстан
Фергана, Узбекистан

USAID

FUNDED BY:
THE U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

Abt

IMPLEMENTED BY:
ABT ASSOCIATES INC.
CONTRACT NO. 115-C-00-00-00011-00

№ ДОКУМЕНТА: CAR_TD_1(R)

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ:

Гендерные различия в использовании ресурсов первичной помощи в Центральной Азии

Авторы:

Майкл Боровитц, MD, PhD, MPH, Старший советник по вопросам здравоохранения FSU, DFID, UK

Шерил Викам, MS, Заместитель директора по техническим вопросам, ЗдравРеформ

Ольга Зюзь, MA, Экономист здравоохранения, ЗдравПлюс

15 января, 2000г.
Семипалатинск, Казахстан
Фергана, Узбекистан

Содержание

I. Резюме 1
II. Краткое содержание 2
III. Введение 3
IV. Реформы первичной медико-санитарной помощи 3
V. Данные и методология 4
VI. Результаты 5
A. Абсолютное потребление 5
B. Затраты и использование подушевого финансирования 8
VII. Политические вопросы 9
VIII. Заключения 10

I. Резюме

Данное исследование рассматривает, как и почему в странах Центральной Азии ресурсы первичной медико-санитарной помощи традиционно использовались для улучшения здоровья детей и женщин. Взятые в качестве примера более 36,000 визитов в городе Семипалатинск и Ферганской области показывают, что на основе сочетания потребления медицинской помощи и затрат, на женщин репродуктивного возраста затрачивается в 1.5 раза больше ресурсов, чем на мужчин. сследование показывает, какие политические решения были приняты покупателем медицинских услуг в трех экспериментальных регионах в результате этой информации для того, чтобы охватить мужчин первичной помощью. Предполагается, что эти политические решения приведут к сокращению затрат на госпитализацию и, главным образом, к укреплению системы в целом.

II. Краткое содержание

Проект ЗдравРеформ совместно с региональными управлениями здравоохранения Семипалатинска и Ферганской области (два экспериментальных региона по реформе здравоохранения) провели исследование по гендорным различиям в использовании ресурсов первичной медико-санитарной помощи в центральной Азии. сследование проводилось для того, чтобы лучше понять какие виды помощи оказываются на уровне сектора первичной помощи в настоящее время, как распределяются ресурсы, и какие виды помощи используются населением в разрезе пола и возраста. Затем, результаты исследования использовались для усовершенствования системы подушевого финансирования с применением поправочных коэффициентов с целью компенсации затрат медицинских учреждений на оказание медицинской помощи различным демографическим группам.

В качестве примера использовались данные по более, чем 36,000 посещениям в учреждения первичной помощи: 15,699 в городе Семипалатинск, 3,782 в сельском регионе Семипалатинска, и 16,797 в Ферганской области, Узбекистан. Каждый пациент заполнил детальную анкету. Кроме того, как данные на уровне пациента, так и данные на уровне медицинского учреждения собирались в каждом учреждении ПМСП, охваченном данным исследованием.

Анализ абсолютного потребления медицинской помощи показал, что приблизительно половина всех посещений приходится на женщин, а более 80% на женщин и детей с небольшими расхождениями между селом и городом. На взрослых мужчин приходится менее 25% всех посещений в городе Семипалатинск, и 18.9 и 11.8% в сельском регионе Семипалатинска и Ферганской области соответственно. Визиты по вопросам репродуктивного здоровья только частично объясняют высокий уровень потребления медицинских услуг женщинами. Например, в группе женщин фертильного возраста, такие визиты составляют только 26% от общего числа визитов.

Абсолютные данные по потреблению медицинских услуг были сопоставлены с данными по структуре населения с целью расчета уровня потребления услуг на душу населения в каждой группе. Результаты показали, что на основе комбинации потребления услуг и затрат, женщины репродуктивного возраста потребляют почти в 1.5 раза превышает средний объем подушевого финансирования в то время как мужчины той же возрастной группы потребляют приблизительно половину среднего объема подушевого финансирования. Расхождение значительно в сельском регионе, что частично объясняется высоким уровнем рождаемости на селе и частично высоким уровнем потребления первичной помощи мужчинами в городе. Различия между потреблением первичной помощи мужчинами и женщинами уменьшается после 50 лет, хотя женщины потребляют на 50% больше чем мужчины. Поэтому любые программы направленные на укрепление первичной помощи в Центральной Азии традиционно направляют ресурсы на улучшение здоровья женщин и детей.

Результаты показывают различия в использовании ресурсов первичной помощи. Некоторые различия могут объясняться различными потребностями в медицинской помощи. Другие различия могут иметь корни в советской системе здравоохранения и различных бюрократических процедурах контроля, требующих от медицинских учреждений выполнения визитов на дом или улучшения показателей рождаемости и

детской смертности с меньшим акцентом на уровень заболеваемости и смертности взрослых.

С учетом этих различий в каждом регионе было принято решение выделять поставщикам немного больше, чем предполагалось согласно данным ресурсов для обслуживания взрослых мужчин и немного меньше для женщин фертильного возраста и детей. Предполагается, что такое решение будет стимулировать поставщиков привлекать больше мужчин в систему первичной помощи и, следовательно, позволит сократить расходы на госпитализацию.

Данные, собиравшиеся для проведения исследования, предоставляют уникальную возможность увязать индивидуальные характеристики с потреблением услуг и затратами. Необходимо отметить, что данное исследование не основывается на случайных примерах и поэтому может быть сложным для приведения статистически обоснованного заключения, хотя общие результаты говорят сами за себя.

III. Введение

В странах Центральной Азии бывшего Советского Союза осуществляются реформы здравоохранения направленные на повышение затратной эффективности, качества и устойчивости системы здравоохранения посредством укрепления первичной медико-санитарной помощи. Хотя реформа первичной помощи в Центральной Азии направлены на все население в целом, дополнительные ресурсы, выделяемые на первичную помощь, скорее всего, будут использоваться для оказания медицинской помощи женщинам и детям. Как в абсолютном, так и в подушевом выражении основными потребителями первичной помощи в Центральной Азии являются женщины фертильного возраста и дети до пяти лет. Данное исследование показывает, что на основе комбинации потребления медицинских услуг и затрат, женщины фертильного возраста женщины репродуктивного возраста потребляют почти в 1.5 раза превышает средний объем подушевого финансирования в то время как мужчины той же возрастной группы потребляют приблизительно половину среднего объема подушевого финансирования. Визиты по вопросам репродуктивного здоровья только частично объясняют высокий уровень потребления медицинских услуг женщинами. Женщины больше обращаются в ПМСП по вопросам общей профилактики, диагностики и лечения болезней. Поэтому любые программы направленные на укрепление первичной помощи в Центральной Азии традиционно направляют ресурсы на улучшение здоровья женщин и детей.

IV. Реформы первичной медико-санитарной помощи

При советской системе здравоохранения, доступная первичная помощь теоретически являлась высшим приоритетом. Клинические возможности и общая роль ПМСП в системе здравоохранения, со временем, снизилась, поскольку в реальности учреждения ПМСП не соответствовали высоким приоритетам системы и фактически были подотчетны специализированным учреждениям и стационарам.

Начиная с 1995г. в Семипалатинском регионе Восточно-Казахстанской области Республики Казахстан осуществлялись комплексные реформы здравоохранения, направленные на укрепление городской и сельской первичной помощи. Ферганская область Республики Узбекистан начала реформы в трех сельских регионах в 1998г. В этих областях системы оказания медицинской помощи реструктурируются для формирования независимых учреждений ПМСП, что предоставит им финансовую и административную независимость от учреждений боле высокого уровня. Новые самостоятельные учреждения

ПМСП клинически укрепляются посредством обеспечения оборудованием и обучения. В дополнение, было введено подушевое финансирование первичной помощи с целью перемещения ресурсов в первичную помощь, создания финансовых стимулов для повышения эффективности и стимулирования профилактики заболеваний, а также для предоставления учреждениям большего контроля над своими ресурсами.

В Семипалатинске и Фергане, обзор оказания первичной помощи проводился в качестве части процесса развития системы подушевого финансирования ПМСП. Задачей обзора являлось достижение лучшего понимания структуры услуг предоставляемых в секторе первичной помощи, методологи распределения ресурсов и какие услуги оказываются каким группам населения, т.е. по полу и возрасту. Результаты обзора были использованы в качестве первого шага для усовершенствования системы подушевого финансирования посредством внедрения поправочных коэффициентов для компенсации затрат учреждений ПМСП по оказанию услуг различным демографическим группам населения.

В идеале, ставки поправочных коэффициентов отражают реальные различия в потребности различных групп населения в медицинской помощи и фактические затраты на покрытие этих нужд. Различия в медицинской помощи в большой степени зависят от структуры заболеваемости и смертности по возрасту и полу.

Ресурсы, необходимы для оказания медицинской помощи, включают полную стоимость диагностики и лечения, включая помощь на дому и профилактику. Поэтому для анализа различий в реальной потребности в медицинской помощи необходимы данные по всему населению, включая пользователей и не пользователей системы здравоохранения. Такие данные могут быть получены только посредством обзора населения. По причине ограниченности ресурсов, поправочные коэффициенты были разработаны с использованием детального исследования потребления медицинской помощи на душу населения в первом приближении к фактической потребности населения в медицинской помощи.

V. Данные и методология

Региональные управления здравоохранения Семипалатинской и Ферганской областей провели исследование при техническом содействии ЗдравРеформ. В качестве примера использовались данные по более, чем 36,000 посещениям в учреждения первичной помощи: 15,699 в городе Семипалатинск, 3,782 в сельском регионе Семипалатинска, и 16,797 в Ферганской области, Узбекистан. Данные собирались по всем медицинским учреждениям и посещениям на дому за один месяц по пяти сельских учреждениях Семипалатинской области, обслуживающих смешанное население, которое составило 8,961. Также, за две недели из двенадцати городских учреждений в Семипалатинске, обслуживающих смешанное население, которое составило 89,756, и по 24 сельским учреждениям ПМСП в Фергане, которые обслуживают в целом 336,102 человек.

Данные по пациентам и медицинским учреждениям собирались в каждом учреждении ПМСП, включенном в исследование. На каждое посещение все учреждения ПМСП, имевшие контакты с пациентами заполнили детальную анкету. Анкета, разработанная в тесном сотрудничестве с врачами ПМСП, включала информацию по полу, возрасту пациента, назначенным лекарственным средствам, транспорте и времени поездки, и времени затраченному медицинским персоналом на консультацию, процедуры и анализы, сделанные во время посещения (визита). Данные на уровне учреждения собирались по

бюджету, количеству и демографической структуре обслуживаемого населения, и оборудованию и помещениям.

Относительное потребление ресурсов по группам населения и половозрастные поправочные коэффициенты были разработаны посредством расчета средней стоимости услуги на уровне ПМСП, с последующим анализом потребления услуг подгруппами населения для определения относительных затрат на услуги ПМСП для каждой группы населения. Анализ состоял из трех стадий: (1) расчет стоимости каждой единицы услуги из 40 услуг ПМСП посредством поступенчатого отнесения затрат; (2) анализ потребления услуг на душу населения по подгруппам; и (3) сочетание данных по затратам и потреблению услуг для определения относительной стоимости услуг ПМСП каждой группой населения.

VI. Результаты

A. Абсолютное потребление

Анализ абсолютного потребления показал, что женщины и дети являются принципиальными пользователями ПМСП как в городе, так и на селе. Как показано в Таблице 1, взрослые женщины составляют приблизительно половину всех визитов в ПМСП, а более 80 процентов визитов приходится на женщин и детей с небольшой разницей между городом и селом. На взрослых мужчин приходится менее 25% всех посещений в городе Семипалатинск, и 18.9 и 11.8% в сельском регионе Семипалатинска и Ферганской области соответственно.

Таблица 1. Потребление ПМСП в разбивке по полу и возрасту

Половозрастная категория	% всех визитов			
	Семипалатинск город	Семипалатинск село	Фергана село	Всего
Дети				
Дети до 5	11.9	10.4	24.5	17.6
Дети 5-14	16.4	17.5	18.1	17.4
Всего	**28.3**	**27.9**	**42.6**	**35.0**
Взрослые Женщины				
15-49	32.0	38.2	42.7	37.6
50 и старше	16.2	15.1	2.9	9.8
Всего	**48.2**	**53.3**	**45.6**	**47.4**
Взрослые мужчины				
15-49	15.5	11.4	9.4	12.3
50 и старше	8.0	7.4	2.4	5.3
Всего	**23.5**	**18.8**	**11.8**	**17.6**

Результат исследования также показал, что визиты по вопросам репродуктивного здоровья только, частично объясняют высокий уровень потребления услуг женщинами. Как показывает Таблица 2, визиты по вопросам репродуктивного здоровья составляет только 9 и 12.5 процентов от всех визитов в ПМСП. Как показывает Таблица 3, даже в группе женщин фертильного возраста визиты по вопросам репродуктивного здоровья составляют только 26% от общего числа визитов.

Таблица 2. Потребление ПМСП в разбивке по типу услуг

Тип услуг	% от всех визитов			
	Семипалатинск город	Семипалатинск село	Фергана село	Всего
Консультации (в медицинском учреждении)	44.6	25.1	31.8	36.6
Гинеколог/Планирование семьи	9.1	9.0	12.5	10.7
Лабораторные анализы	7.7	18.2	16.1	12.7
Функциональная диагностика	2.0	0.0	0.1	0.9
Первичная хирургия, инфекции, прочие процедуры	7.3	18.7	14.5	11.8
Физиотерапия	4.1	1.7	7.5	5.9
Профилактика	15.3	1.0	4.2	8.7
Визиты на дом	9.9	21.8	13.3	12.7
Всего	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Таблица 3. Потребление ПМСП в разбивке по полу и возрасту

Тип услуг	Всего	% от всех визитов в структуре визитов по полу и возрасту					
		Дети до 5	Дети 5-14	Женщины 15-49	Женщины 50 и старше	Мужчины 15-49	Мужчины 50 и старше
Консультации (в медицинском учреждении)	36.6	39.0	48.8	27.3	34.7	45.4	38.1
Гинеколог/Планирование семьи	10.7	0.5	0.4	26.1	6.7	0.2	0.1
Лабораторные анализы	12.7	6.5	12.5	17.7	9.1	11.0	9.2
Функциональная диагностика	0.9	0.0	0.4	0.7	0.8	3.6	0.9
Первичная хирургия, инфекции, прочие процедуры	11.8	9.6	9.5	10.3	18.9	13.1	21.3
Физиотерапия	5.9	3.4	6.9	4.9	6.6	9.7	7.4
Профилактика	8.7	16.0	10.8	5.1	5.7	9.3	6.8
Визиты на дом	12.7	25.0	10.7	7.9	17.5	7.7	16.2
Всего	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Тип услуг	**Всего**	**% от всех визитов в структуре визитов по полу и возрасту**					
		Дети до 5	**Дети 5-14**	**Женщины 15-49**	**Женщины 50 и старше**	**Мужчины 15-49**	**Мужчины 50 и старше**
Консультации (в медицинском учреждении)	100.0	18.7	23.1	28.1	9.3	15.3	5.5
Гинеколог/Планирование семьи	100.0	0.8	0.6	92.4	6.2	0.0	0.0
Лабораторные анализы	100.0	9.2	17.0	52.4	7.0	10.6	3.8
Функциональная диагностика	100.0	0.6	7.4	28.5	8.6	49.7	5.2
Первичная хирургия, инфекции, прочие процедуры	100.0	14.4	13.9	32.9	15.6	13.6	9.6
Физиотерапия	100.0	10.2	20.5	31.1	11.0	20.5	6.7
Профилактика	100.0	32.5	21.7	22.0	6.4	13.2	4.2
Визиты на дом	100.0	34.7	14.5	23.2	13.4	7.4	6.8
Всего		**17.6**	**17.4**	**37.6**	**9.8**	**12.3**	**5.3**

B. Затраты и использование подушевого финансирования

Для анализа различий в использовании ресурсов первичной помощи различными половозрастными группами, были применены данные по структуре населения для расчета подушевого потребления в каждой группе. Затем, подушевые нормативы для каждой из 40 услуг были сгруппированы по стоимости за услугу для определения подушевых нормативов для каждой половозрастной группы. Стоимость по группам услуг представлена в Таблице 4. Относительное подушевое потребление по половозрастным группам представлено в Таблице 5.

Таблица 4. Относительная стоимость за единицу услуги

Тип услуги	Относительная стоимость услуги		
	Семипалатинск город	Семипалатинск село	Фергана село
Консультации (в медицинском учреждении)	1.07	1.00	1.02
Гинеколог/Планирование семьи	0.81	1.14	1.01
Лабораторные анализы	1.16	0.41	0.81
Функциональная диагностика	0.96	0.00	13.00
Первичная хирургия, инфекции, прочие процедуры	0.77	0.44	1.25
Физиотерапия	1.05	0.61	1.04
Профилактика	0.83	0.94	1.51
Визиты на дом	1.26	2.02	0.80
Всего	**1.00**	**1.00**	**1.00**

Таблица 5. Относительное подушевое потребление по половозрастным группам

Site	Относительное среднее потребление на душу населения					
	Дети до 5	Дети 5-14	Женщины 15-49	Женщины 50 и старше	Мужчины 15-49	Мужчины 50 и старше
Семипалатинск город	5.2	1.1	1.1	1.2	0.7	0.8
Семипалатинск село	5.0	0.8	1.4	1.3	0.5	0.9
Фергана село	2.7	0.8	1.9	0.6	0.4	0.4

Результаты в Таблице 5 показывают, показывает, что на основе комбинации потребления медицинских услуг и затрат, женщины фертильного возраста женщины репродуктивного возраста потребляют почти в 1.5 раза превышает средний объем подушевого финансирования в то время как мужчины той же возрастной группы потребляют приблизительно половину среднего объема подушевого финансирования. Как показывает анализ, визиты по вопросам репродуктивного здоровья и дородовой помощи только частично объясняют различия. Также, женщины больше мужчин обращаются в ПМСП по вопросам общей профилактики, диагностики и лечения болезней.

Общее расхождение в потреблении первичной помощи мужчинами и женщинами больше на селе, чем в городе. В городе Семипалатинске женщины детородного возраста потребляют на 60% больше ресурсов, чем мужчины той же возрастной группы, тогда как в сельском регионе Семипалатинска и Ферганы женщины этой же возрастной группы потребляют ресурсов на 180 и 375 процентов больше, чем мужчины. Различия между городом и селом частично объясняются высоким уровнем фертильности на селе и

частично высоким уровнем потребления первичной помощи мужчинами в городе. Расхождение в потреблении первичной помощи мужчинами и женщинами старше 50 лет сокращается, но женщины продолжают потреблять около 50% ресурсов первичной помощи, чем мужчины.

В дополнение, результаты показывают, что хотя относительное потребление ресурсов близко связано со структурой использования ресурсов, поскольку абсолютный уровень использования сам по себе не является адекватным показателем относительного потребления первичной помощи по половозрастным группам. Например, хотя на детей до пяти лет приходится менее 20 процентов первичной помощи, то в плане подушевого финансирования эта группа потребляет от 2.7 до 5.2 раза больше среднего объема подушевого финансирования ПМСП.

VII. Политические вопросы

Результаты исследования показывают большие различия в потреблении ресурсов ПМСП по половозрастным группам. Эти различия частично могут объясняться различными потребностями в медицинской помощи. Существуют также и другие факторы, которые могут влиять на политику здравоохранения и, соответственно, на различия в структуре использования ресурсов. Например, существуют характеристики первичной помощи, унаследованные от советской системы здравоохранения, которые предполагают чрезмерное использование медицинских услуг некоторыми группами населения, стимулируемое поставщиком. Существуют жесткие бюрократические протоколы, такие как, требования к поставщикам первичной помощи проводить визиты на дом к детям в течение первого года жизни. Кроме того, Министерство здравоохранения жестко обязало поставщиков первичной помощи нети ответственность за исход беременности и детскую смертность, с меньшей ответственностью за заболеваемость и смертность взрослых. Также существуют различия в возможной стоимости времени и отношения мужчин и женщин к системе здравоохранения, что, возможно, также объясняет различия в потребности в медицинской помощи и может быть изменено посредством изменения оказания медицинской помощи и предоставления информации населению.

При этих различиях в потреблении ресурсов по половозрастным группам, покупатели медицинских услуг в трех экспериментальных регионах возникал вопрос компенсировать или не компенсировать поставщиков по этим различиям. Было приинято решение в каждом регионе, что половозрастные поправочные коэффициенты должны использоваться в качестве инструмента для влияния на структуру затрат на уровне первичной помощи.

Коэффициенты во всех трех регионах изменяются для компенсации поставщиков несколько больше за оказание услуг взрослым мужчинам и несколько меньше за оказание услуг женщинам фертильного возраста и детям. Дополнительные ресурсы первичной помощи, выделяемые на мужчин, создадут стимулы для поставщиков привлекать взрослых мужчин в систему ПМСП посредством специальных целевых программ. Эти политические решения рассматривались, как возможность увеличить общий объем ресурсов для ПМСП в будущем посредством повышения использования ПМСП взрослыми мужчинами, в частности, по профилактике и таким хроническим заболеваниям, как сердечно-сосудистые заболевания, таким образом, сокращая расходы на госпитализацию.

VIII. Заключения

сследование является первым шагом в процессе анализа структуры затрат и использования подушевого финансирования в странах Центральной Азии. В отличие от официальных данных по использованию ресурсов, данные, собранные для данного анализа, обеспечивают уникальную возможность увязать индивидуальные характеристики с потреблением услуги и стоимостью услуги. Поскольку исследование не основывается на случайно выбранном примере визитов в медицинские учреждения, то может быть сложно дать статистически обоснованные результаты или обобщить их. Однако результаты вызывают важные вопросы, которые необходимо рассмотреть посредством проведения детального анализа индивидуальных данных и дополнительного качественного анализа.

Даже при несовершенном статистическом методе, результаты исследования показывают, что дети и взрослые женщины потребляют большую часть ресурсов ПМСП. Поэтому любые программы, которые направлены на укрепление системы ПМСП в Центральной Азии, традиционно направляют ресурсы на улучшение здоровья детей и женщин. Кроме того, стратегия и тактика, направленные на увеличение потребления первичной помощи мужчинами могут в будущем переместить ресурсы из стационаров в ПМСП, что, в свою очередь, укрепит ту часть системы здравоохранения, которая ориентирована на детей и женщин. Поэтому необходимо провести больше исследований для объяснения гендерных различий в структуре потребления первичной помощи и принятия соответствующих стратегии и тактики с целью достижения оптимального потребления первичной помощи и распределения ресурсов.