

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:
Джон Холли
Октай Ахундов
Эллен Нолте

Редакторы:
Эллен Нолте
Лаура Мак-Лехоз
Мартин Мак-Ки

Азербайджан

2004



В Европейской обсерватории по системам здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАН**

© Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения, 2004

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK 2100 Copenhagen, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Используя те или иные географические и другие названия и обозначения, Европейская обсерватория по системам здравоохранения и организации, входящие в ее состав, не выражают своих взглядов на правовой статус какой бы то ни было страны, территории, города, области и органы власти, а также на государственные и административные границы. Названия стран и территорий соответствуют состоянию дел на момент создания первоначального документа.

Документ выражает взгляды его создателей и не обязательно отражает решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам здравоохранения и организаций, входящих в ее состав.

Ссылка на исходный документ:

Holley J, Akhundov O, Nolte E. *Health care systems in transition: Azerbaijan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения:

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Финляндии

Правительство Греции

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Правительство Швеции

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Общие сведения	1
Исторический очерк.....	11
Организационная структура и управление	13
Структура здравоохранения	13
Планирование, нормирование и управление	15
Децентрализация здравоохранения	16
Финансирование и затраты	19
Основная система финансирования.....	19
Набор медицинских услуг	20
Дополнительные источники финансирования	21
Расходы на здравоохранение.....	24
Медицинское обслуживание	31
Первичное медицинское обслуживание.....	31
Специализированное медицинское обслуживание	35
Медико-социальная помощь	39
Медицинские кадры.....	43
Лекарственные средства и медицинская техника.....	46
Распределение средств	49
Бюджет здравоохранения и распределение средств	49
Финансирование больниц	51
Зарботная плата медицинских работников.....	51
Реформы здравоохранения	55
Содержание реформ	56
Осуществление реформ.....	58
Заключение	63
Приложения	65
Литература	71

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и исследователям сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения в Европе. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются правила их составления. Помимо подробной инструкции правила включают перечень тем, которые должны быть рассмотрены, определения терминов и примеры. Вместе с тем правила предоставляют авторам достаточно свободы, чтобы они могли отразить особенности страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Получить данные по системам здравоохранения и результатам реформ во многих случаях бывает довольно трудно. Единый источник количественных данных отсутствует: их приходится получать в разных организациях, таких как Европейское региональное бюро ВОЗ (база данных «Здоровье для всех»), Организация экономического сотрудничества и развития, Всемир-

ный банк. Тем не менее определения и методы получения сведений, хотя и не полностью совпадают, но обычно согласуются в пределах каждой серии.

Обзоры служат источником описательных, свежих и сопоставимых данных о здравоохранении разных стран и позволяют руководителям извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Данные о результатах реформ сегодня собирают во всех европейских странах, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры, их рефераты и словарь терминов можно найти на сайте Обсерватории: www.observatory.dk

Благодарности

Обзор системы здравоохранения Азербайджана подготовили Джон Холли, Октай Ахундов и Эллен Нолте. Редакторы: Эллен Нолте, Лаура Мак-Лехоз и Мартин Мак-Ки (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Научный руководитель: Мартин Мак-Ки.

Рецензенты: Энис Барис (Всемирный банк) и Ширин Казимов (Проект реформы здравоохранения). Мы также благодарны за помощь Бакинскому бюро по связям ВОЗ.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. В рамках этой организации сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Группой сотрудников Обсерватории, готовящих обзоры систем здравоохранения, руководят генеральный секретарь Джозеп Фигерас и научные руководители Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта Сьюзенн Гросс-Тebb.

Производством и редактированием руководила Сьюзенн Гросс-Тebb при участии Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Миши Хёкстра и Джо Вудхеда (редактирование). Административными вопросами подготовки обзора занимались Кэролайн Уайт и Питер Херролен.

Отдельную благодарность авторы выражают: Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех»; Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Восточной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

В обзоре отражены данные, имевшиеся весной 2004 г.

Введение и историческая справка

Общие сведения

Азербайджан расположен на западном побережье Каспийского моря. Страна разделена на две части — автономную республику Нахичевань и основную территорию Азербайджана, между которыми находится территория Армении. Горы занимают около 50% территории страны. Климат преимущественно сухой, 70% возделываемых земель орошаются. Страна богата полезными ископаемыми, прежде всего нефтью, добыча и переработка которой на протяжении последних ста лет является основной отраслью народного хозяйства. В начале XX века Азербайджан поставлял почти половину всей мировой нефти, нефть и сегодня остается стержнем экономики страны. Кроме того, в Азербайджане развито сельское хозяйство: хлопчатник и виноград выращиваются в основном на экспорт, пшеница, овощи и табак потребляются в самой стране.

В 2002 г. в стране проживало 8 172 000 человек (1), из них 51% — в городах. 90,6% населения — азербайджанцы, 2,2% — лезгины, 1,8% — русские, 1,5% — армяне, остальные 3,9% — талыши, авары, турки, грузины, татары и другие меньшинства (2). Эти цифры не очень точны, что связано с движением населения из-за войны с Арменией (и оккупацией армянскими вооруженными силами 20% территории страны). По официальным данным, в Азербайджане свыше миллиона беженцев и вынужденных переселенцев, из них 650 000 — беженцы из Нагорного Карабаха и окрестных местностей (3). Кроме того, в 1990 г. в страну переселились 250 000 этнических азербайджанцев из Армении и 50 000 турок-месхетинцев из Центральной Азии. В сумме это составляют более 12% населения страны.

Территория нынешнего Азербайджана была заселена как минимум 3000 лет назад. Здесь жили скифы, зороастрийцы, турки, персы и русские. В 1828 г. Персия и Россия подписали договор в Туркманчае, разделивший Азербайджан на две части: Россия получила власть над северными землями Азербайджана, а южные отошли к Персии. В 1918 г. была провозглашена независимая Азербайджанская Республика, но ее независимость оказалась недолгой: в 1920 г. республика была занята Красной Армией. Азербайджан вошел в состав Советского Союза в качестве члена Закавказской Советской

Рисунок 1. Азербайджан¹

Федеративной Социалистической Республики, а после ее упразднения в 1936 г. — в качестве отдельной советской социалистической республики. Являясь частью Советского Союза, Азербайджан, как и остальные советские республики, претерпел коренные экономические и политические изменения. Бурно развивалась промышленность, прошла коллективизация сельского хозяйства, развивались системы образования и здравоохранения. К концу 1980-х гг. стали проявляться трения между армянами и азербайджанцами, прежде всего в Нагорном Карабахе, автономном районе Азербайджана, образованном в 1923 г. В 1988 г. начался исход этнических азербайджанцев из Нагорного Карабаха, в то же время многие этнические армяне покидали Азербайджан. Острота межэтнического конфликта быстро нарастала, одновременно усиливалась борьба за независимость Азербайджана. В 1990 г. это привело к вооруженным столкновениям в Баку, когда туда были введены советские войска для разгона демонстраций Народного фронта, требовавшего отставки коммунистических властей. Более 130 человек погибло, сотни получили ранения.

¹ Включенные в этот документ карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или ее партнеров на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

В 1991 г. произошел распад Советского Союза и республиканские власти объявили о независимости Азербайджана (18 октября), а в декабре 1991 г. он вошел в состав Содружества независимых государств. В том же году Нагорный Карабах провозгласил свою независимость, что привело к новому обострению ситуации, переросшему в широкомасштабную войну за Карабах в 1992 г. В 1994 г., после двух лет вооруженных конфликтов и массового переселения сотен тысяч людей, Азербайджан и Армения подписали соглашение о прекращении огня. После многократных усилий Минской группы Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе, созданной в 1992 г. для разрешения карабахского конфликта, удалось наконец провести мирные переговоры на высшем уровне между руководителями Азербайджана и Армении. Переговоры проходили в 2001 г. в г. Ки Уэст (штат Флорида). Стороны, однако, не сумели договориться, и процесс мирного урегулирования зашел в тупик. Лишь недавно Минская группа ОБСЕ возобновила усилия по проведению прямых переговоров между двумя странами по разрешению карабахского конфликта с применением новых подходов к мирному урегулированию (4).

В 2001 г. Азербайджан стал полноправным членом Совета Европы.

Государственно-политическое устройство

Азербайджан — президентская республика; конституция страны была принята на референдуме 12 ноября 1995 г. С октября 2003 г. главой исполнительной власти является президент Ильхам Алиев, сменивший на этом посту своего отца Гейдара Алиева, который был президентом с 1993 г. Глава правительства (сейчас премьер-министром является Артур Расизаде) назначается президентом и утверждается национальным собранием, так же как и совет министров (кабинет). Президент избирается всеобщим голосованием на пятилетний срок.

Законодательная ветвь власти состоит из однопалатного национального собрания (Миллий Меджлис), 125 членом которого избираются всенародным голосованием сроком на пять лет (5). В прошлых выборах за места в парламенте боролись 60 партий. Верховный суд, образованный в 1998 г., возглавляет судебную ветвь власти. Выборы в муниципальные органы власти впервые прошли в 1999 г., однако отношения местных и центральных властей все еще развиваются.

Демографические показатели и здоровье населения

У системы учета естественного движения населения, выстроенной по советскому образцу, много недостатков. Например, не регистрируются многие факты, происходящие вне стен учреждений Министерства здравоохранения, в частности в медицинских учреждениях других министерств и ведомств (обороны, путей сообщения), а также в частном секторе. К тому же вполне вероятно, что учреждения Министерства здравоохранения занижают данные по смертности. Согласно последним данным Всемирной органи-

зации здравоохранения, азербайджанская система учета естественного движения населения регистрирует лишь 75% смертей среди взрослого населения. Для детей аналогичный показатель еще ниже. Таким образом, официальные данные по смертности, скорее всего, не полные.

Официальная статистика, основывающаяся на данных несовершенной системы учета естественного движения населения, свидетельствует о моло-

Таблица 1. Демографические показатели, 1990–2001 гг.

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Население, млн	7,0	7,4	7,5	7,5	7,9	8,0	8,1	8,1	8,2
Доля населения моложе 15 лет, %	33,2	33,0	32,8	32,8	31,7	31,3	30,3	29,2	28,1
Доля населения от 65 лет и старше, %	4,8	5,6	5,7	5,7	5,6	5,6	5,8	6,1	6,4
Смертность на 1000 населения	6,1	6,8	6,4	6,2	5,9	5,8	5,8	5,6	5,7
Рождаемость на 1000 населения	26,1	19,3	17,3	17,5	16,7	14,7	14,5	13,6	13,6

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

дости населения Азербайджана: 29% населения страны моложе 15 лет (в Европейском союзе — 17%). За период с 1990 по 2001 г. рождаемость снизилась почти вдвое: сегодня у одной женщины в среднем два ребенка, а в 1990 г. — 2,8 (6).

Официальные данные отражают заметное сокращение средней продолжительности жизни в Азербайджане в 1990-х гг.: с 71,4 года в 1990 г. до 67,9 года лишь четырьмя годами позже. С тех пор она увеличивалась, как и в большинстве бывших советских республик. У мужчин сокращение было особенно значительным: на 5 лет за четыре года. В 2002 г. официальная средняя продолжительность жизни мужчин и женщин достигла 72,4 года, однако если бы были учтены более достоверные данные по детской смертности (см. далее), то истинная цифра была бы как минимум на 5 лет меньше. Так, по оценкам Всемирного банка, в 2001 г. средняя продолжительность жизни составляла 62 года у мужчин и 68 лет у женщин и была одной из самых низких в Европе, особенно для женщин.

Основными причинами преждевременной смерти (в возрасте до 65 лет) в Азербайджане (2002 г.) являются, в порядке убывания, сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, инсульт и другие; 105 на 100 000 населения), онкологические заболевания (68 на 100 000), травмы и отравления, включая самоубийства и дорожно-транспортный травматизм (24 на 100 000), а также инфекционные и паразитарные болезни (26 на 100 000) (6). Правда, и здесь следует отметить недостаточную точность данных. Война в Нагорном Карабахе в значительной мере способствовала росту смертности от травм в первой половине 1990-х гг. Позже, после заключения в 1994 г. соглашения о прекращении огня, этот показатель стал снижаться.

Таблица 2. Средняя продолжительность жизни, годы

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Официальные данные ^а									
Мужчины	67,1	65,4	66,4	67,0	68,1	68,3	68,7	69,7	69,8
Женщины	75,3	73,4	74,3	74,8	74,8	74,1	74,4	75,0	75,0
Данные Всемирного банка ^б									
Мужчины	67,0	65,2	–	63,8	–	–	61,7	61,8	–
Женщины	74,8	72,9	–	71,3	–	–	68,9	68,3	–

Источники: ^а база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, ^б 2003 World Development Indicators (7).

В 2002 г. официальный уровень смертности на первом году жизни составлял 12,8 на 1000 новорожденных (8). Однако, согласно проведенным в 1996–2000 гг. исследованиям (9, 10), смертность детей первого года жизни превышает эту величину в 6 раз, достигая 75 на 1000 новорожденных. В Азербайджане используется устаревшее, оставшееся с советских времен определение живого новорожденного. При его применении смертность оказывается на 25% ниже, чем при применении определения ВОЗ (11). Различия в определениях лишь частично объясняют разницу между результатами исследований и официальными данными. Очевидно, нередки случаи представления искаженных данных по рождаемости и детской смертности. В сельских районах смертность детей на первом году жизни в 2 раза выше, чем в городах, в бедных семьях в три раза выше, чем в хорошо обеспеченных (9). Судя по имеющимся данным, разница в смертности детей первого года жизни, рожденных в семьях вынужденных переселенцев, и детей, рожденных в прочих семьях, доходит до 50% (10).

Высокий уровень смертности детей первого года жизни отчасти объясняет относительно высокий уровень смертности детей в возрасте до 5 лет, хотя смертность среди детей в возрасте от 1 до 4 лет тоже довольно высока — 14‰, тогда как в соседних Армении и Грузии — от 3 до 4‰ (13). По смертности детей до 5 лет среди стран Европейского региона ВОЗ Азербайджан стоит на первом месте, а среди 197 стран мира он занимает 46-е место, непосредственно перед Туркменией (98‰) (12).

Вызывает беспокойство и уровень материнской смертности, хотя точно оценить динамику этого показателя затруднительно. По официальным дан-

Таблица 3. Смертность детей первого года жизни, ‰

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Официальные данные ^а	22,9	24,3	20,8	19,4	16,6	16,5	12,8	12,5	12,8
Данные Всемирного банка ^б	84	81	–	79,8	–	–	78	77	–
Данные ЮНИСЕФ ^в	–	34	34	34	36	34	–	74	74

Источники: ^а база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, ^б 2003 World Development Indicators (7), ^в UNICEF (12).

ным, в конце 1990-х гг. материнская смертность была на уровне 40 на 100 000 новорожденных, что вдвое выше средневропейского уровня (около 20 на 100 000 в 1999 г.) и почти в восемь раз выше среднего уровня в Европейском союзе старого состава (5,3 на 100 000 в 1999 г.) (6). Официальные данные за 2002 г. свидетельствуют о двукратном снижении материнской смертности до 19,9 на 100 000 новорожденных. Однако, по оценкам Детского фонда, Фонда народонаселения ООН и ВОЗ, материнская смертность возможно, достигает 94 на 100 000 (2000 г.) (14). Одна из вероятных причин — все более частые роды вне медицинских учреждений из-за недоступности медицинской помощи (9). По данным исследования репродуктивного здоровья (2001 г.), 35,5% сельских женщин рожают дома, в городах домашние роды случаются в два раза реже. Женщины из бедных семей рожают дома в четыре раза чаще, чем женщины из обеспеченных семей. Свой вклад в материнскую смертность вносят осложнения, связанные с абортами (10). Аборт считается важным способом регулирования рождаемости. Согласно результатам исследования, в 1996—1998 гг. на каждые роды приходилось по три искусственных аборта; в 1998—2000 г. частота абортот составляла 116 на 1000 женщин репродуктивного возраста в год. Из всех стран Европейского региона ВОЗ лишь в Грузии этот показатель выше (125 на 1000 в 1997—1999 гг.), чем в Азербайджане (13).

Как и его кавказские соседи, Азербайджан только начинает реформу здравоохранения, столкнувшись с двойным бременем болезней, связанных с нищетой и «европеизацией» образа жизни. Ситуация усугубляется развалом системы здравоохранения, затронувшим как профилактику, так и лечение заболеваний. В этом регионе отчетливо видно влияние обычных факторов риска, высок уровень заболеваемости, связанный с потреблением табака и алкоголя. Западные табачные компании активно продвигают свой товар на рынки Азербайджана, равно как и других бывших советских республик. Курение вносит значительный вклад в заболеваемость мужчин. По некоторым оценкам, в 2000 г. 17% смертей мужчин в возрасте 35—69 лет в Азербайджане могли быть связаны с курением (15). Среднестатистический взрослый житель страны потребляет около 0,8 кг табака в год (2). По данным Министерства здравоохранения, в возрастной группе от 30 до 39 лет распространенность курения превышает 40%, от 40 до 49 лет — 50% (16). Уровень потребления алкоголя тоже высок, что, по всей видимости, сказывается на уровне смертности. Согласно официальной статистике (почти наверняка заниженной), в 2000 г. уровень потребления алкоголя составил 5,5 л на взрослого человека (2).

В то же время Азербайджан сталкивается с такими проблемами, более характерными для бедных стран, как широкое распространение инфекционных заболеваний, в том числе детских инфекций, недостаточное питание детей. Последствия переходного периода можно проиллюстрировать на примере малярии, практически искорененной в советский период. Если в 1990 г. было зарегистрировано всего 20 случаев малярии, вызванной возбудителем *Plasmodium vivax*, то в 1996 г. их было уже 13 000. К концу 1990-х гг. заболеваемость вернулась к прежнему уровню, но в некоторых районах рас-

пространение малярии продолжается (17). Вспышка малярии в 1990-х гг. обусловлена целым рядом причин: это и ослабление профилактической и лечебной работы в первые годы независимости, и неустойчивая ситуация в юго-западной части страны после конфликта в Нагорном Карабахе и вызванного им перемещения местного населения, и ухудшение социально-экономических условий, и высокая мобильность населения юга страны (18). В Азербайджане, как и во многих странах этого региона, произошел всплеск и других инфекционных заболеваний, в частности туберкулеза и дифтерии. В 1990-е гг. заболеваемость туберкулезом почти удвоилась — с 37,3 на 100 000 населения в 1990 г. до 62,9 на 100 000 населения в 2002 г. (6). И это лишь зарегистрированные случаи, истинный же уровень заболеваемости, скорее всего, выше. В начале 1990-х гг. в Азербайджане, как и в других бывших советских республиках, возникла серьезная вспышка дифтерии (6). Распространенность венерических болезней остается пока низкой, но за годы независимости она увеличилась. Официальные данные по сифилису указывают на трехкратный рост заболеваемости: с 2,7 на 100 000 населения в 1990 г. до 7,2 на 100 000 населения в 1999 г. (6). Вероятно, эти цифры тоже занижены вследствие неполноты учета (19). Распространенность ВИЧ-инфекции относительно низка: по данным на июль 2003 г., всего ВИЧ-инфицированы 556 человек (20). Однако сохраняющаяся нищета населения Азербайджана и близость к Афганистану (источнику контрабандного героина) создают условия для дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Основным источником имеющихся данных о здоровье детей является многоиндикаторное кластерное исследование, проведенное ЮНИСЕФ (Детским фондом ООН) (9). Согласно его результатам, более четверти детей младше пяти лет весят меньше нормы и нередко сильно истощены. Дети беженцев особенно подвержены риску диареи, являющейся одной из важных причин плохого здоровья населения страны. У каждого четвертого ребенка из семей беженцев отмечалась диарея в последние две недели перед опросом. У четверти населения нет доступа к качественной питьевой воде (9). Вновь встают казавшиеся бы решенными в прошлом задачи. Так, прекращение производства йодированной соли в годы независимости привело к росту заболеваний, связанных с дефицитом йода. Сейчас эта работа снова начинается. Одним из успехов является искоренение полиомиелита. В 1990-х гг. в стране было зарегистрировано наибольшее число случаев полиомиелита во всем Европейском регионе. Была проведена большая работа, и в 1996 г. республика получила статус страны, свободной от полиомиелита (16).

Социально-экономические показатели

Распад Советского Союза сильно повлиял на показатели социально-экономического развития Азербайджана. Серьезные трудности и неразбериха в политической, военной и финансовой сферах в первые годы независимости, плохо работающие остатки разваливающейся государственной системы, унаследованной от советской эпохи, мешали проведению реформ и исключали надежду на быстрое достижение экономического процветания.

Война в Нагорном Карабахе стала тяжелым испытанием для медицинских и социальных служб (21). Коренные экономические преобразования начались лишь в 1995 г., после заключения в 1994 г. соглашения о прекращении огня в Нагорном Карабахе. К концу 1995 г., после шести лет падения ВВП составлял лишь 34% от уровня 1988 г. (22). Темпы роста экономики страны постепенно росли, инфляция упала с 1600% в 1994 г. до 2–3% в 2002 г. Несмотря на впечатляющие показатели макроэкономического роста, особенно в 2000-е гг., реальный ВВП в 2000 г. все еще составлял лишь 55% от уровня 1990 г. Азербайджан, чей валовой национальный доход на душу населения в 2002 г. равнялся 710 долларов США, относится к странам с низкими доходами (23). Для сравнения, средний показатель для стран Юго-Восточной Европы и бывших республик Советского Союза — 2160 долларов США, а для стран Европейского валютного союза — 20 230 долларов США. Новая валюта, азербайджанский манат, введена в 1992 г. и сначала обращалась наряду с российским рублем. В январе 1994 г. манат стал единственным законным платежным средством и в последние годы был довольно устойчив: в 2002 г. обменный курс держался на уровне порядка 4880 манатов за доллар США (5170 евро).

В 1994 г. правительство Азербайджана заключило с западными нефтяными компаниями крупнейший договор стоимостью 7 млрд. долларов США на разработку шельфовых месторождений нефти в Каспийском море. Однако, как подобные договора в других богатых нефтью странах Центральной Азии, этот так называемый «договор века» не принес заметной пользы социальному сектору. В декабре 1999 г. создан Государственный нефтяной фонд Республики Азербайджан для управления поступлениями от деятельности иностранных компаний по освоению месторождений нефти и газа. Эти средства планируется использовать для развития социальной сферы и поддержки других отраслей, не связанных с добычей и переработкой углеводородного сырья. Недавно из этого фонда были выделены средства для помощи беженцам и вынужденным переселенцам (2). В целом экономика, в первую очередь промышленное производство и экспорт, по-прежнему сильно зависит от деятельности, связанной с освоением нефти и газа, обеспечившей свыше 30% ВВП в 2001 г. (22). Развитие других отраслей тормозится серьезными трудностями в управлении, хотя в последнее время здесь наметился некоторый прогресс (24). Кроме того, нормативно-законодательная база слабая, существующие законы часто не работают, инфраструктура не развита, средств не хватает.

Переход к рыночной экономике серьезно и надолго повлиял на доходы и благосостояние населения. В 2001 г. по индексу благосостояния (0,744) Азербайджан стоял на средних позициях, занимая 89-е место, — рядом с Грузией (88-е место), но позади Российской Федерации (63-е место) (14). Это отражает относительно низкую среднюю продолжительность жизни и бедность значительной части населения, несмотря на высокий, по официальным данным, уровень грамотности и образования взрослого населения. По официальной статистике, за последние десять лет уровень занятости почти не изменился, уровень зарегистрированной безработицы чуть выше 1% (11).

Таблица 4. Некоторые социально-экономические показатели, 1990–2002 гг.

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Годовой прирост ВВП, %	-11,7	-11,8	1,3	5,8	10,0	7,4	11,1	9,9	8,5
ВВП на душу населения, доллары США	–	313	407	503	559	572	653	706	742 ^в
Уровень занятости, %	68,8	81,5	79,9	80,4	79,5	78,9	77,9		
Реальная заработная плата ^а (1989 = 100%)	101,1	13,9	16,6	25,5	30,5	36,5	43,2	49,9	–
Коэффициент Джини	0,275 ^б	0,459	0,458	0,462	0,462	–	0,506	0,501	–

Источники: UNICEF (11), EBRD (22), Falkingham (26).

Примечания: ^а только государственный сектор, ^б 1989, ^в расчетные данные.

Однако, судя по данным переписи населения, в 1999 г. уровень безработицы был гораздо выше — около 16%², а по более поздним оценкам — от 11 до 12% (24, 25). Уровень безработицы выше среди горожанок; однако самый высокий уровень безработицы среди молодого населения, почти 70% безработных в Азербайджане моложе 35 лет (25). Снижение объемов производства привело к падению средней реальной заработной платы в государственном секторе. В 1995 г. она составила лишь 15% от уровня 1989 г., позднее выросла до 50% от уровня 1989 г. Спад экономики затронул большинство населения страны, правда, в разной степени. Так, за период с 1989 г. неравенство в распределении доходов по группам населения усилилось почти в два раза: в 2001 г. коэффициент Джини для распределения месячных доходов составил 0,501. Однако сегодня в Азербайджане заработная плата составляет лишь 44% ежемесячного подушного дохода (24). Значительная часть экономической деятельности протекает в теневом секторе, достигающем 60% всей экономики страны (26).

Начиная с 1990 г. материальное положение многих семей все больше ухудшалось. В 1990 г. средняя азербайджанская семья расходовала на еду 46% своего чистого дохода. Сегодня семьям приходится тратить в среднем 70% чистого дохода на самое необходимое питание (8). Проведенный в мае—июне 2003 г. опрос по оценке социально-экономического благополучия среди лиц в возрасте от 16 лет показал, что не менее половины из 1600 опрошенных считали свой доход недостаточным для удовлетворения своих потребностей в продуктах питания, оплате жилья, медицинского обслуживания и одежды (27). Особенно пострадали работники сельского хозяйства и непромышленных секторов, таких как образование, медицинское обслуживание и государственное управление, а также безработные. 79—89% опрошенных сказали, что их доходы не покрывают потребностей в

² Международная организация труда определяет безработицу следующим образом: к безработным относятся те, кто не имеет работы, ищет работу, занимался активным поиском работы в течение предыдущего месяца и может приступить к работе в течение ближайших двух недель или же не имеет работы, но нашел ее и собирается выйти на работу в течение ближайших двух недель.

медицинском обслуживании. Хотя для целой страны число опрошенных невелико, результаты опроса согласуются с другими свидетельствами нищеты значительной части населения Азербайджана. По оценкам 2001 г., почти 4 млн. человек — половина населения страны — жили за чертой бедности, расходуя менее 120 000 манатов (25 долларов США) на человека в месяц, расчетного минимума, гарантирующего необходимую калорийность суточного рациона и включающего пособия на основные виды обслуживания (24). Треть этих людей (более 15% населения) жили в крайней нищете с уровнем потребления менее 72 000 манатов на человека (15 долларов США). По имеющимся данным, нищета по доходам все в большей степени становится городским явлением, большая часть бедноты живет сейчас в городах, где нищета обусловлена нехваткой рабочих мест в официальном секторе экономики (24). Особенно тяжелое положение среди вынужденных переселенцев, большинство из которых осело в районах, приближенных к линии прекращения огня (пояс беженцев), а треть перебравшись в Баку, столицу страны. Неудовлетворительные условия жизни (плохие жилищные условия, трудности с водой, антисанитария) усугубляются нехваткой пригодной для обработки земли, да и вообще у этих людей весьма ограниченные возможности заработать на жизнь. Как ни странно, результаты исследования условий жизни вынужденных переселенцев, проведенного в 2002 г., противоречат этим более ранним данным и говорят о том, что в среднем доходы в этой группе несильно отличаются от доходов в других группах населения Азербайджана (24). Опрос выявил подгруппы с наибольшим риском нищеты, в первую очередь это семьи беженцев, перебравшиеся в Баку. Эти неожиданные результаты отчасти объясняются увеличением государственной помощи в последние годы (пособие на питание). И тем не менее в отсутствие надежных источников дохода вынужденные переселенцы остаются более уязвимой группой с точки зрения нищеты. К примеру, уровень безработицы среди вынужденных переселенцев в два раза выше.

Ограниченная сопоставимость данных различных исследований затрудняет оценку общих тенденций. Судя по динамике потребления и общему экономическому росту, начавшемуся в 1995 г., можно предполагать, что масштабы нищеты в последнее время несколько уменьшились. Однако в то же время есть данные, свидетельствующие о том, что неравенство в распределении доходов с 1999 г. усилилось (24). Таким образом, нищета и неравенство по-прежнему вызывают серьезное беспокойство.

Чтобы облегчить решение задач, вставших перед страной в годы независимости в связи с переходом к рыночной экономике, Азербайджан присоединился к Инициативе СНГ-7, выдвинутой в апреле 2002 г. и поддержанной Международным валютным фондом, Всемирным банком, Европейским банком реконструкции и развития, Азиатским банком развития и группой двусторонних финансирующих организаций (28). Главная цель инициативы — оказание помощи семи странам Содружества независимых государств в борьбе с нищетой. Правительство Азербайджана, в сотрудничестве со всеми соответствующими заинтересованными сторонами, подготовило всеобъемлющую государственную программу по сокращению бедности и

экономическому развитию, опубликованную 25 октября 2002 г. и утвержденную президентским указом 2 февраля 2003 г. (29). Это первая программа среднесрочного развития страны; она предусматривает политические меры и финансирование разнообразных проектов по целому ряду направлений, таких как социальная защита, здравоохранение, образование, помощь беженцам и вынужденным переселенцам (22). Программа опирается в основном на внутренние источники финансирования, прежде всего Государственный нефтяной фонд. Кроме того, правительство приняло документ «Цели в области развития», сформулированные в «Декларации тысячелетия» ООН в качестве долгосрочных целей по сокращению бедности.

Исторический очерк

До провозглашения независимости (1991 г.) Министерство здравоохранения Азербайджана было простым исполнителем воли Москвы, звеном централизованной иерархической структуры. В Советском Союзе была государственная система здравоохранения, планирование и управление осуществлялось из центра. Медицинская помощь была бесплатной и общедоступной. Достоинствами советской системы здравоохранения были широкий охват населения медицинским обслуживанием и иммунизацией, наличие лечебных учреждений даже в небольших деревнях и удаленных районах, бесплатное медицинское обслуживание и сильная государственная поддержка (субсидирование) лекарственного обеспечения, развитие высокоспециализированных медицинских услуг, создание и поддержка академических медицинских институтов. Однако были и недостатки (30). Обеспечивая широкий доступ к основным медицинским услугам, Советский Союз был не в состоянии развивать новые виды лечения, внедрившиеся на Западе с середины 1960-х гг. Фармацевтический сектор был развит слабо, большая часть лекарств ввозилась из Восточной Европы и Индии. Медицинские институты выпускали много врачей, чьи знания и умения были, однако, весьма ограниченными. Советская наука, зиждившаяся на подчинении авторитетам и традиции, все больше отставала и в результате не смогла снизить смертность от многих поддающихся лечению заболеваний, как это произошло на Западе в конце XX века.

Управление системой здравоохранения было жестко централизованным, финансирование и прочие ресурсы распределялись исходя из общенациональных нормативов, а не местных потребностей. Нормативы были больше ориентированы на расширение охвата, чем на повышение качества, что вело к созданию широкой сети плохо оборудованных больниц. Дешевизна рабочей силы и дороговизна даже доступного оборудования обуславливали чрезвычайно трудоинтенсивный характер системы здравоохранения. Свыше 70% бюджетных ассигнований расходовались на стационарное обслуживание, высокое качество услуг в городах обеспечивалось за счет недофинансирования сельских медицинских учреждений.

В годы независимости система здравоохранения столкнулась с серьез-

нейшими экономическими трудностями. Во многих районах продолжают ухудшаться качество и доступность медицинской помощи, а отсталая неповоротливая система управления мешает преобразованиям. Структура здравоохранения почти не изменилась с советских времен. Основной упор по инерции делается на стационарную помощь, хотя очевидно, что этот путь не может обеспечить потребности населения в медицинском обслуживании на нынешнем этапе развития страны. Общедоступность медицинской помощи была главным козырем советской системы здравоохранения, однако постоянная нехватка средств привела к широкому распространению взяток с пациентов, что в конечном итоге затруднило доступ к медицинской помощи для значительной части населения. Ситуация обострилась вследствие развала советской системы обеспечения лекарствами и оборудованием и разрыва старых торговых связей. Сегодня правительство старается решить некоторые из этих вопросов с помощью экспериментальных программ в области здравоохранения, нацеленных на развитие первичного медицинского обслуживания и рациональное использование ресурсов. Приватизация коснулась лишь малой части медицинских учреждений, монополистом в сфере медицинского обслуживания по-прежнему остается государство.

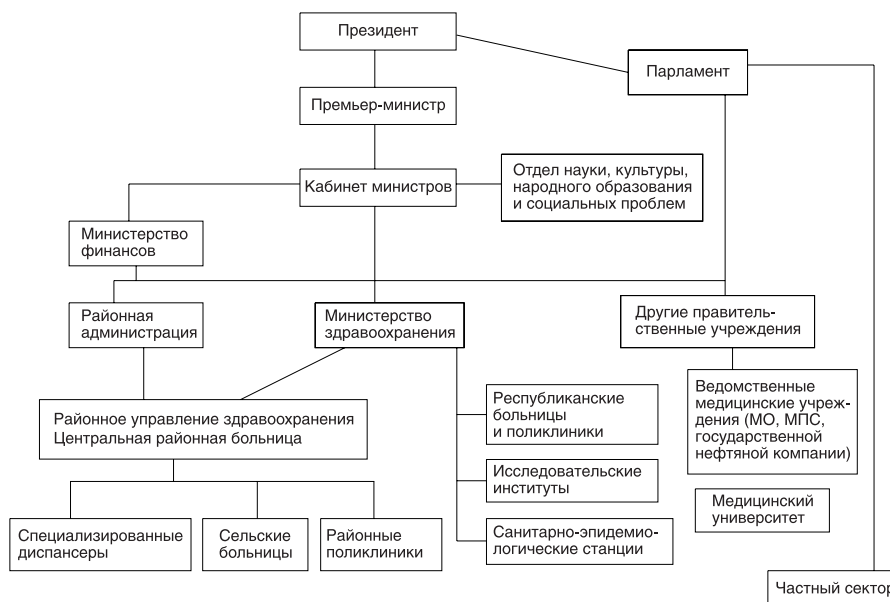
Организационная структура и управление

Структура здравоохранения

Согласно конституции 1995 г., обеспечение медицинского обслуживания населения — одна из главнейших обязанностей государства. В статье 41 сказано, что государство делает все необходимое для развития всех форм медицинского обслуживания на основе разнообразных форм собственности, гарантирует санитарно-эпидемиологическую безопасность, создает возможности для развития различных форм медицинского страхования. Устройство системы здравоохранения мало изменилось с советских времен. Разве что здесь, как и в других сравнительно небольших бывших республиках Советского Союза, нет областного (регионального) уровня. Есть небольшой частный сектор, но большинство услуг предоставляется государством. Медицинские учреждения в основном поделены между Министерством здравоохранения и местными органами власти. Министерству здравоохранения принадлежат центральные и некоторые другие учреждения, в том числе республиканские больницы, научно-исследовательские институты и санитарно-эпидемиологические службы, отвечающие за санитарное состояние окружающей среды и борьбу с инфекционными заболеваниями. Районным и городским органам власти принадлежат местные больницы, районные поликлиники и специализированные диспансеры. Кроме того, свои медицинские учреждения есть у некоторых министерств и ведомств, в том числе у министерств путей сообщения, обороны, нефтяной промышленности. Они обслуживают около 5% населения. Медицинский университет находился в ведении Министерства здравоохранения, но в годы независимости получил самостоятельность.

Как и в других бывших советских республиках, системы подотчетности в здравоохранении довольно сложны из-за разделения вопросов финансирования и управления. Районные управления здравоохранения подотчетны Министерству здравоохранения в том, что касается оказания медицинской помощи, однако в финансовом отношении они зависят от средств, выделяемых районными органами власти, которые, в свою очередь, получают день-

Рисунок 2. Организационная структура системы здравоохранения



ги (местные бюджеты) от Министерства финансов. Министерство здравоохранения получает около 25% государственного финансирования здравоохранения, а остальные 75% распределяются между районами и ведомственными медицинскими службами (8) (см. «Финансирование и затраты»). Еще недавно Министерство здравоохранения не получало официальных сведений о расходах на уровне района.

Министерство финансов определяет бюджет сектора здравоохранения, руководствуясь решениями президента и парламента. Эти решения, в свою очередь, формируются под влиянием отдела науки, культуры, народного образования и социальных проблем при кабинете министров. Отдел официально не связан с Министерством здравоохранения и, таким образом, до некоторой степени ограничивает его самостоятельность. Парламент также устанавливает правила работы частного сектора.

Неправительственные и многосторонние организации играют заметную роль в обеспечении медицинского обслуживания и формировании политики здравоохранения. Особенно важна деятельность неправительственных организаций по обеспечению медицинской помощи в районах плотного проживания беженцев и вынужденных переселенцев. Некоторые организации, в частности ЮНИСЕФ и Международный медицинский корпус, вместе с Министерством здравоохранения работают над внедрением новых форм медицинского обслуживания.

Планирование, нормирование и управление

Хотя Министерство здравоохранения и Министерство экономики официально занимаются планированием развития здравоохранения, у Министерства здравоохранения нет специального планового отдела. Вместо этого каждый отдел разрабатывает планы в области своей компетенции. Планирование большей частью сводится к обсуждению крупного капитального строительства, в первую очередь специализированных медицинских учреждений. В процессе реформ предполагается передать планирование на местный уровень.

Хотя Министерство здравоохранения может лишь ограниченно вмешиваться в дела не принадлежащих ему учреждений, в широкий круг его обязанностей входит планирование, регулирование и управление всей системой здравоохранения, в том числе в Нахичеванской Автономной Республике. Министерство также отвечает за разработку и исполнение законодательства по здравоохранению и регулирование, хотя, как уже отмечалось, решающее влияние на политику в сфере здравоохранения оказывает отдел науки, культуры, народного образования и социальных проблем при кабинете министров.

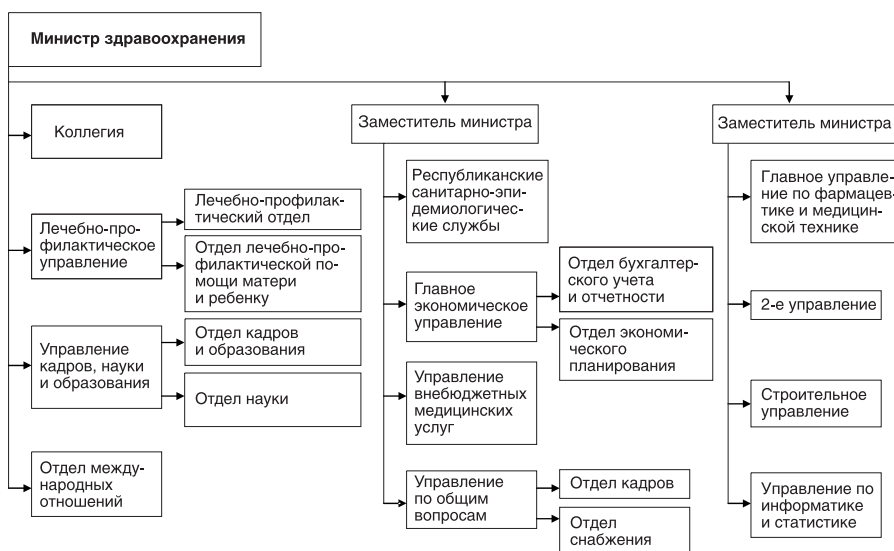
Министерство здравоохранения должно оценивать потребности населения в медицинском обслуживании и готовить предложения по бюджету сектора. На практике министерство больше занимается разработкой нормативов, таких как национальные стандарты качества и объема медицинских услуг. Кроме того, в его обязанности входит лицензирование лекарственных средств и координирование международной помощи в области здравоохранения. Министерство здравоохранения контролирует качество медицинской помощи и наблюдает за состоянием здоровья населения, правда, его возможности весьма ограничены из-за низкого качества упоминавшихся ранее данных. Министерство лицензирует и регулирует деятельность врачей и больниц. Хотя формально Медицинский университет считается самостоятельным, Министерство здравоохранения участвует в определении главных направлений медицинских исследований и в разработке программ подготовки медицинских кадров. После того как Медицинский университет получил самостоятельность, роль Министерства здравоохранения в кадровом планировании уменьшилась, однако на практике это мало что изменило.

Районные управления здравоохранения отвечают за планирование и обеспечение медицинского обслуживания в своих районах. Директоров районных управлений здравоохранения назначает Министерство здравоохранения по согласованию с районной администрацией.

Высокоцентрализованная иерархическая структура управления на деле очень раздроблена. Министерство здравоохранения отвечает за управление большей частью системы здравоохранения, но не имеет достаточных рычагов воздействия на местные больницы, поскольку их финансируют районные администрации. Руководителям здравоохранения на местном уровне затрудняет задачу запутанная система подотчетности, а Министерству здравоохранения — ограниченность влияния на большинство медицинских уч-

реждений страны и отсутствие информации о том, что в них происходит. Слаженной работе элементов системы мешает также отсутствие у медицинских руководителей управленческой подготовки. Широкое внедрение современных методов управления в сфере здравоохранения остается делом будущего. Это приводит к ряду последствий. Потенциально полезная информация из различных частей системы не используется, данные, свидетельствующие о неблагополучии, занижаются во избежание наказания. Это мешает выявлению проблем и направлению ресурсов на их решение.

Рисунок 3. Организационная структура министерства здравоохранения



Децентрализация здравоохранения

Здравоохранение по сути сохранило прежнюю централизованную структуру. Хотя районная администрация играет большую роль в составлении и исполнении местного бюджета здравоохранения, ее возможности по рациональному использованию средств ограничены жесткими рамками постатейного бюджета, утверждаемого Министерством финансов. Гибкость управления на местном уровне в какой-то мере ограничивается тем, что назначения местных руководителей находятся под контролем Министерства здравоохранения.

Большинство медицинских учреждений в Азербайджане остаются в собственности государства, некоторые были приватизированы. Строго говоря, приватизация больше напоминала избавление государства от балласта —

старых убыточных медицинских учреждений второстепенного значения. Так, в 2003 г. было приватизировано 350 медицинских учреждений, главным образом мелких стоматологических центров со старыми помещениями и оборудованием. Многие из них столкнулись с финансовыми трудностями и обанкротились. Кроме того, из-за нехватки средств такие учреждения часто были не в состоянии платить налоги и оплачивать коммунальные услуги.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

Система финансирования тоже мало изменилась с советских времен: государство одновременно является и покупателем, и производителем медицинских услуг. Главный официальный источник финансирования — государственные доходы от налогообложения, акцизных сборов и т. д. Система финансирования определена в статье 9 закона «Об охране здоровья населения» (1997 г.) (31). Согласно ей, источниками финансирования системы здравоохранения являются государственный бюджет, обязательное медицинское страхование, добровольные отчисления от прибыли учреждений и организаций, пожертвования юридических и физических лиц, а также другие источники, не противоречащие законодательству. Упомянутое в законе обязательное медицинское страхование пока не введено. Большинство медицинских учреждений до сих пор принадлежит государству. Поэтому главным официальным источником финансирования остаются центральный и местные бюджеты: в 2000 г. 78% средств поступило из местных бюджетов через районные управления здравоохранения, остальные 22% — из центрального (республиканского) бюджета через Министерство здравоохранения. Министерство финансов напрямую финансирует бюджеты местных органов власти. Помимо этого государство финансирует ведомственную медицину через соответствующие министерства (путей сообщения, обороны, Государственную нефтяную компанию). За исключением, быть может, медицинских учреждений Министерства обороны, бюджет которых не известен, ведомственные медицинские учреждения, как правило, небольшие, на их финансирование приходится около 2% расходов Министерства здравоохранения (8).

Из-за спада экономической активности в постсоветский период государственные доходы сильно сократились, что ощутимо сказалось на финансировании здравоохранения. В 1990-х гг. доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, уменьшилась, равно как и доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах. Чтобы дополнить скудное государственное финансирование, правительство ввело плату за некоторые виды медицинских услуг. Был принят закон «Об охране здоровья населения», в ста-

ть 3 которого сказано, что государство берет на себя обязательства по финансированию медицинского обслуживания. Оно намерено оплачивать все расходы системы здравоохранения, за исключением определенного перечня услуг, напрямую оплачиваемых пациентами. Однако в действительности государство не в состоянии выполнить свои обязательства. Неофициальная оплата медицинских услуг распространена настолько широко, что можно считать финансирование системы здравоохранения смешанным частно-государственным. Официальная оплата медицинских услуг, прямая или посредством индивидуального страхования, составляет около 5% общего финансирования здравоохранения.

Набор медицинских услуг

Принятая в 1995 г. конституция гарантирует гражданам право на доступную медицинскую помощь. В статье 41 говорится о том, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Эти права подробно прописаны в законе «Об охране здоровья населения» и включают следующее (31)³:

- Граждане Республики Азербайджан имеют право на медицинское обслуживание и получение медицинской помощи. Медицинское обслуживание предоставляется государственными медицинскими учреждениями бесплатно, кроме случаев, предусмотренных настоящим законом. Виды платной специализированной медицинской помощи определяются соответствующим органом исполнительной власти.
- Государство обеспечивает охрану окружающей среды, создание благоприятных условий труда и отдыха граждан, а также медико-санитарную и медико-социальную помощь.
- Граждане имеют право на получение систематической и достоверной информации о факторах, влияющих на их здоровье. Эта информация предоставляется гражданам через средства массовой информации или непосредственно соответствующим органом исполнительной власти на основании их запросов.
- Дети, подростки, студенты, беременные женщины, инвалиды и пенсионеры, те, кто занимается спортом, и большая часть военнослужащих имеют право на бесплатное медицинское обслуживание в государственных медицинских учреждениях.

Таким образом, медицинское обслуживание предоставляется государственными медицинскими учреждениями бесплатно, за исключением определенных услуг. Некоторые категории граждан освобождаются от платы (рамка 1), причем низкий уровень дохода не является основанием для такого освобождения.

³ Формулировки законов, приводимые в обзоре, могут немного отличаться от исходных вследствие перевода.

Рамка 1. Медицинские услуги, бесплатно предоставляемые всему населению

- Услуги по охране материнства: предоставляются бесплатно государственной системой здравоохранения всем женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде
- Медицинское обслуживание детей
- Услуги по планированию семьи
- Обслуживание лиц, работающих во вредных условиях, в контакте с инфекцией
- Психологическая помощь семьям
- Профилактика некоторых наследственных заболеваний
- Вакцинация против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, кори, свинки, краснухи и гепатита В
- Лечение туберкулеза
- Лечение малярии
- Медицинская помощь при диабете

Дополнительные источники финансирования

До 1998 г. основным источником финансирования азербайджанской системы здравоохранения считались доходы от налогообложения. Однако были также широко распространены неофициальные платежи и, кроме того, с 1994 г. стали платными некоторые специализированные медицинские услуги. В 1998 г. была введена плата за медицинские услуги. Отчасти это было сделано для того, чтобы уменьшить неофициальные платежи. До апреля 2003 г. 410 из 4310 медицинских учреждений (около 10%) были платными. Приказом № 34 Министерства здравоохранения от 1 апреля 2003 г. эта практика была прекращена сначала в 92 медицинских учреждениях, а с января 2004 г. в 48 учреждениях г. Баку и 2 учреждениях г. Сумгаит (приказ № 68 Коллегии Министерства здравоохранения от 27 ноября 2003 г.).

Сейчас из государственного бюджета финансируется около 40% всех расходов на здравоохранение. Эти средства предназначены для выплаты заработной платы, оплаты медицинского обслуживания всех льготных категорий и бесплатных услуг (вакцинация и другие, перечисленные в рамке 1). Однако этих денег не хватает для того, чтобы платить медикам заработную плату, обеспечивающую прожиточный минимум, для финансирования необходимых вспомогательных служб и лекарственного обеспечения.

В условиях недостаточного государственного финансирования решающее значение приобретают дополнительные источники, на долю которых приходится примерно 60% финансирования здравоохранения (8). В конце 1990-х гг. официальные и неофициальные прямые платежи населения составляли около 49%, а в 2001 г. — 57% всех расходов на здравоохранение (32). Введение официальной платы не смогло изжить неофициальные платежи. Между тем в стране, где средняя заработная плата составляет около 40 долларов США в месяц, даже относительно невысокая плата легко может стать препятствием для получения медицинской помощи (33). Согласно резуль-

татам уже упоминавшегося опроса работников (2003 г.), не менее двух третей опрошенных сообщили, что их доход недостаточен для удовлетворения потребностей в медицинской помощи (27). Бедные обычно болеют чаще, но зная, что придется платить, редко обращаются за медицинской помощью, особенно профилактической. Проведенный в 2001 г. опрос показал, что каждая третья семья не смогла воспользоваться необходимыми медицинскими услугами из-за их дороговизны (24). Среди бедных семей эта цифра достигает 40%.

Платежи населения

Прямые платежи населения составляют от 50 до 60% всех расходов на здравоохранение. К прямым платежам относится как введенная в 1998 г. официальная плата за некоторые услуги государственных медицинских учреждений, так и неофициальная оплата «из-под полы». Неофициальная плата бывает нескольких видов: полуофициальная плата за лекарства и расходные материалы, плата за посещение больного, прямая неофициальная оплата услуг, плата за получение должности в лечебном учреждении (24). Кроме того, платежи населения включают в себя плату за товары и услуги частного сектора, прямую оплату безрецептурных лекарств и расходных материалов. Предполагается, что расценки на одни и те же услуги должны быть везде одинаковыми, но в действительности в разных учреждениях они несколько отличаются. Официальная плата за услуги расходуется главным образом на дополнительную оплату труда медиков и закупку лекарств. Фактически плата за услугу делится на две части: одну получает лицо, оказавшее услугу, другую — медицинское учреждение (которое тоже может расходовать эти деньги для дополнительной оплаты труда). Средства от официальной оплаты услуг составляют около 10% местного бюджета здравоохранения.

Плата взимается за все услуги, не включенные в перечень услуг, предоставляемых государством бесплатно. К платным услугам относятся и некоторые виды травматологической и неотложной помощи (в частности, вправление вывиха, наложение гипсовой повязки). Плата колеблется от 0,2 доллара США за укол до 70 долларов США за хирургическую помощь (сумма, вдвое превышающая среднемесячную заработную плату). Некоторые категории населения освобождаются от платы (рамка 2). Если не считать беженцев и вынужденных переселенцев, бедность не служит основанием для освобождения от официальной платы за услуги. Тем не менее те, кто не может заплатить официальную цену, обычно освобождаются от платы. Правда, от них могут потребовать взятку на меньшую сумму.

Хотя официальные цены на амбулаторную помощь доступны большинству населения, из-за отсутствия квалифицированных семейных врачей больным нередко приходится обращаться к нескольким специалистам, чтобы получить необходимое лечение. Соответственно, придется оплатить, официально и неофициально, несколько консультаций, что может вызвать серьезные финансовые затруднения. Согласно результатам оценки уровня бедности, проведенной Всемирным банком в 2003 г., неофициальная плата

Рамка 2. Категории населения, освобождаемые от платы за медицинские услуги

- Военнослужащие и ветераны войн и их семьи
- Инвалиды
- Жертвы Чернобыля
- Больные диабетом
- Престарелые одинокие лица
- Подростки и призывники
- Беженцы и вынужденные переселенцы
- Медицинские работники
- Работники системы образования
- Пенсионеры (мужчины старше 65 лет, женщины старше 60 лет)
- Женщины в период беременности и в послеродовом периоде

за услуги зависит от качества услуг; плата за родовспоможение колеблется от 100—150 долларов США в небольших городах до 500—700 долларов США в бакинских больницах, что в 18 раз выше средней по стране заработной платы (24). Неофициальная плата, взимаемая с населения, достигает 20% всех расходов на здравоохранение.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование впервые введено в Азербайджане в 1995 г. По крайней мере две компании предлагают услуги по индивидуальному страхованию, но такая страховка стоит очень дорого и, как правило, ее покупают иностранные специалисты и лица, занятые в нефтяной промышленности. Добровольным медицинским страхованием охвачено примерно 15 000 человек, или менее 0,1% населения страны. По всей видимости, спрос на эти услуги в основном удовлетворен. Поскольку нефтяная отрасль продолжает развиваться, этот сектор, вероятно, тоже будет расти.

Одна страховая компания продает полисы по цене от 600 до 800 долларов США в год. Эти полисы покрывают большинство платных услуг, но действительны только в больницах, принадлежащих этой страховой компании. Другая компания предлагает несколько видов полисов, самый дешевый из которых стоит 5000 долларов США в год. Такой полис покрывает большинство основных медицинских услуг, но не включает лечение ряда таких важных групп заболеваний, как алкоголизм, рак, венерические болезни, туберкулез, диабет и другие. Более дорогие пакеты услуг, включающие медицинскую эвакуацию в Турцию или Российскую Федерацию, стоят до 17 000 долларов США. Услуги предоставляются через сеть частных и государственных больниц. Учитывая уровень средней заработной платы в Азербайджане, частные медицинские услуги и страхование абсолютно недоступны большинству населения, и похоже на то, что по крайней мере в первые семь лет своей работы страховые компании не рассматривали эту большую часть населения в качестве потенциальных клиентов.

Внешние источники финансирования

В конце 1990-х гг. вынужденные переселенцы и беженцы получали значительную помощь из-за рубежа, но за 10 лет источники финансирования истощились и сейчас помощь сокращается. В последние годы Азербайджан не получал крупной финансовой помощи извне, правда, поступали небольшие средства в поддержку новых программ в области здравоохранения и есть планы по увеличению такой помощи. В 1995 г. ЮНИСЕФ начал осуществлять проект по реформированию системы первичного медицинского обслуживания в Кубинском районе, а в 2001 г. Всемирный банк распространил этот проект еще на пять районов. С 1998 г. Агентство международного развития США финансирует программу гуманитарной помощи Азербайджану (45 млн. долларов США; 1998—2005 гг.), которая, в частности, предусматривает повышение доступности и качества медицинской помощи в общинах, затронутых военным конфликтом (34). В рамках этой программы Международный медицинский корпус внедряет новые методы организации медицинского обслуживания на юге Азербайджана. Поступают также средства от Всемирного банка в рамках программы реформ здравоохранения, осуществляемой с конца 2001 г. Большая часть денег, выделяемых финансирующими организациями, идет на развитие первичной медицинской помощи, составляя порядка 25% всех государственных расходов в этом звене, или 10% общего бюджета Министерства здравоохранения. Следует сказать, что довольно трудно точно оценить масштабы финансирования из внешних источников.

Расходы на здравоохранение

С 1991 г. (провозглашение независимости) расходы на здравоохранение в Азербайджане сократились как в процентах от ВВП, так и в реальном исчислении на душу населения (8). Анализируя приводимые далее цифры, следует помнить об их приближенном характере. В 1991 г. на здравоохранение было израсходовано 4,3% ВВП; к 1997 г. этот показатель уменьшился втрое, до 1,2% ВВП, затем повысился до 1,6% в 1999 г., но потом снова упал, и сейчас он чуть меньше 1%. В реальном выражении официальные расходы на здравоохранение в Азербайджане очень низки. За период с 1991 по 1997 г. они сократились со 148 до 19 долларов США на душу населения в год (6). Сегодня эти расходы составляют 25 долларов США, что гораздо ниже среднего уровня для стран Европейского региона ВОЗ, равного 1341 доллару США (2001 г.) (6). Эта цифра включает государственное и внешнее финансирование, а также прямые платежи пациентов. Последние несколько лет государство тратило на здравоохранение около 6 долларов США на душу населения в год (8) (см. Приложение 2). По прогнозам, в ближайшие годы уровень государственного финансирования здравоохранения существенно не изменится, не стоит ждать и значительного роста поступлений из внешних ис-

Таблица 5. Расходы на здравоохранение, % ВВП

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ВВП, млрд манатов	10 669	13 663	15 791	17 203	18 875	23 591	26 619	29 703 ^а	32 892 ^б
Доля ВВП, из- расходован- ная на здраво- охранение, %	1,4	1,5	1,2	0,9	1,6	0,9	0,8	0,8	—

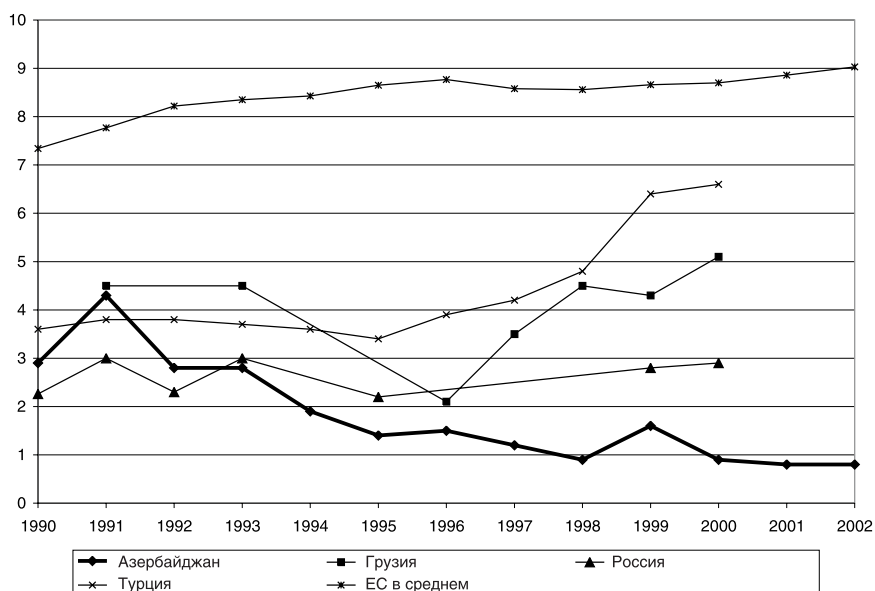
Источники: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, EBRD (22).

Примечания: ^а расчетные данные, ^б прогноз.

точников. Возможности повысить уровень возмещения затрат за счет обнищавших пациентов тоже невелики. Вся надежда — на развитие нефтяной промышленности, которая может дать бюджету дополнительные средства.

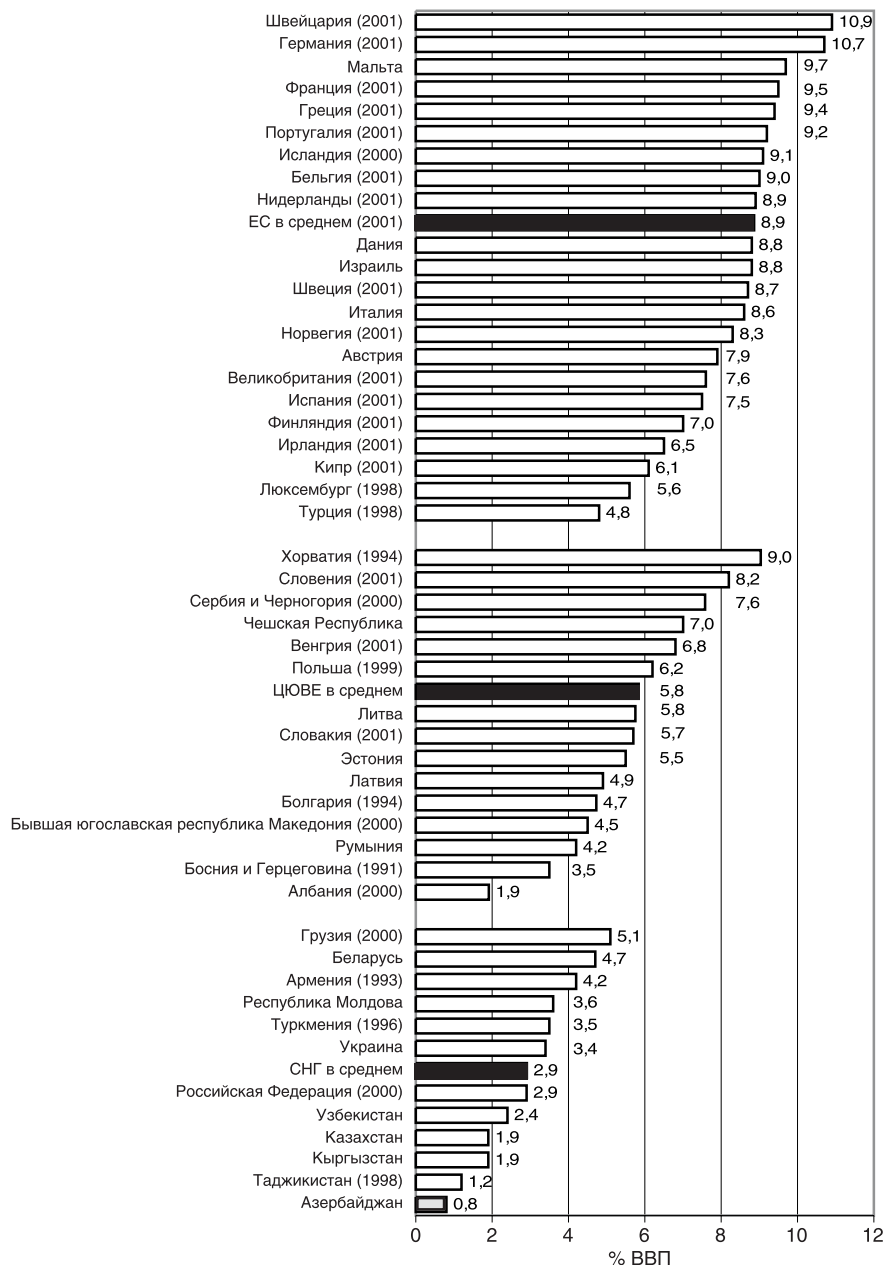
Доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах упала с 8—9% в начале 1990-х гг. до чуть более 5% в 2000 г. Для сравнения, доля расходов на образование в 2000 г. составила 24%, а на социальную защиту — 18%. На 2003 г. прогнозировалось увеличение доли расходов на здравоохранение до 8%. Однако, судя по последним данным Государственного статистического комитета, это было недостижимо; в 2002 г. фактические

Рисунок 4. Динамика общих расходов на здравоохранение (% ВВП) в Азербайджане и некоторых других странах, 1990—2002 гг.



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, 2004 г.

Рисунок 5. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. (или за год, указанный в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
 СНГ — Содружество независимых государств; ЦЮВЕ — страны Центральной и Юго-Восточной Европы;
 ЕС — Европейский союз.

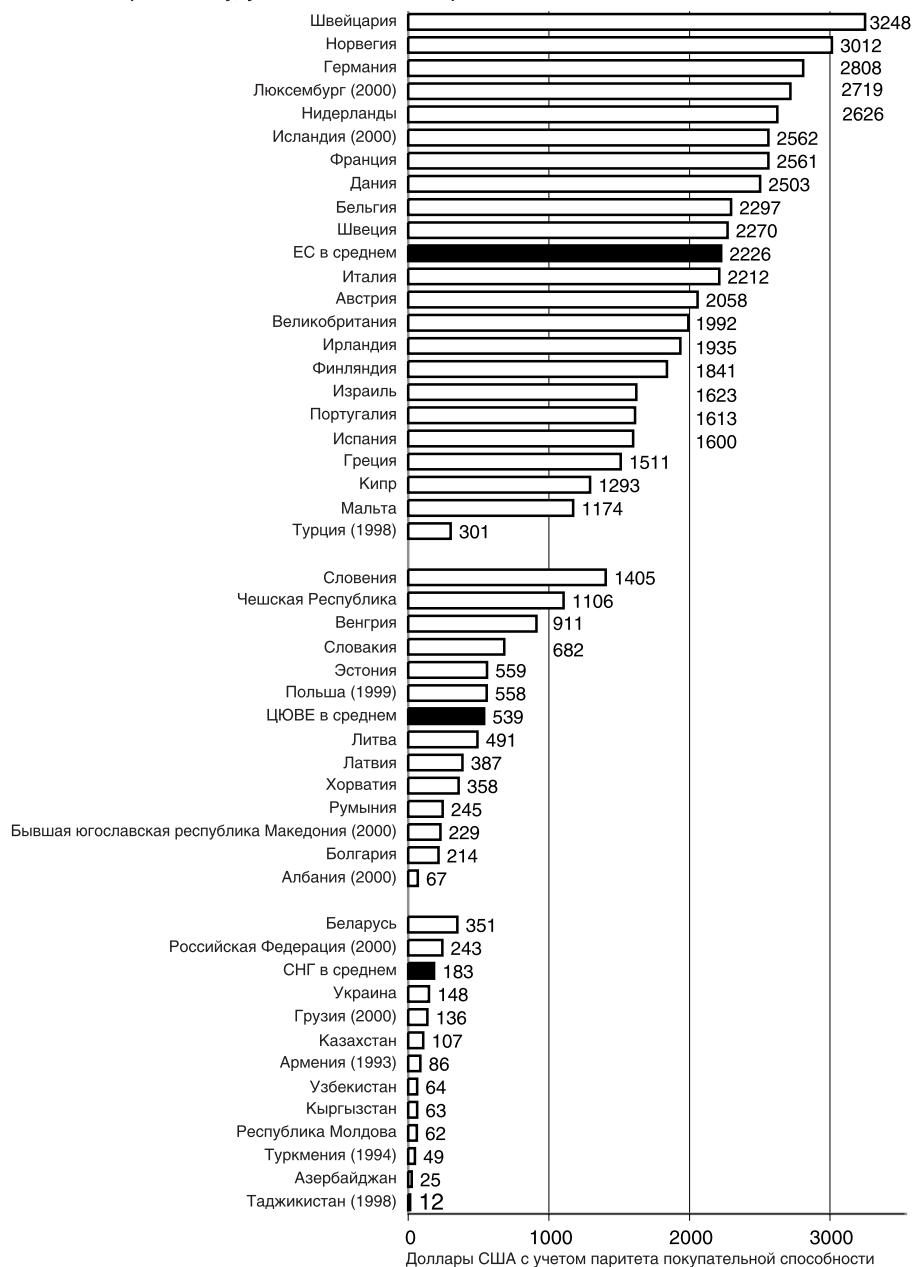
расходы на здравоохранение составили всего лишь 224 млрд. манатов, почти на 100 млрд. меньше, чем планировалось (35). Таким образом, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах, по-видимому, упала ниже уровня 5%. Но даже такой сравнительно небольшой бюджет не расходуется полностью. Так, в 1999 г. было израсходовано 83% выделенных средств и лишь 64% бюджета фармацевтической отрасли.

Таблица 6. Годовые государственные расходы, млрд. манатов

	Факт						Прогноз		
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Образование	376	509	564	570	795	905 (23,7%)	1011	1092	1198
Здраво- охранение	148 (6,8%)	201 (8,3%)	194 (6,6%)	156 (5,9%)	186 (5,7%)	203 (5,3%)	272 (7,6%)	321 (7,7%)	373 (8,0%)
Сельское хо- зяйство, рыбо- ловство и лес- ное хозяйство	0	0	139	82	155	170 (4,45%)	202	204	218
Социальная защита и соци- альное обеспе- чение	183	353	524	617	604	697 (18,3%)	736	917	1065
Фонд социаль- ной защиты	534	787	842	947	1131	1309 (34,3%)	1350	1637	1793
Общие госу- дарственные расходы	2150	2409	2943	2642	3257	3819	3571	4171	4647

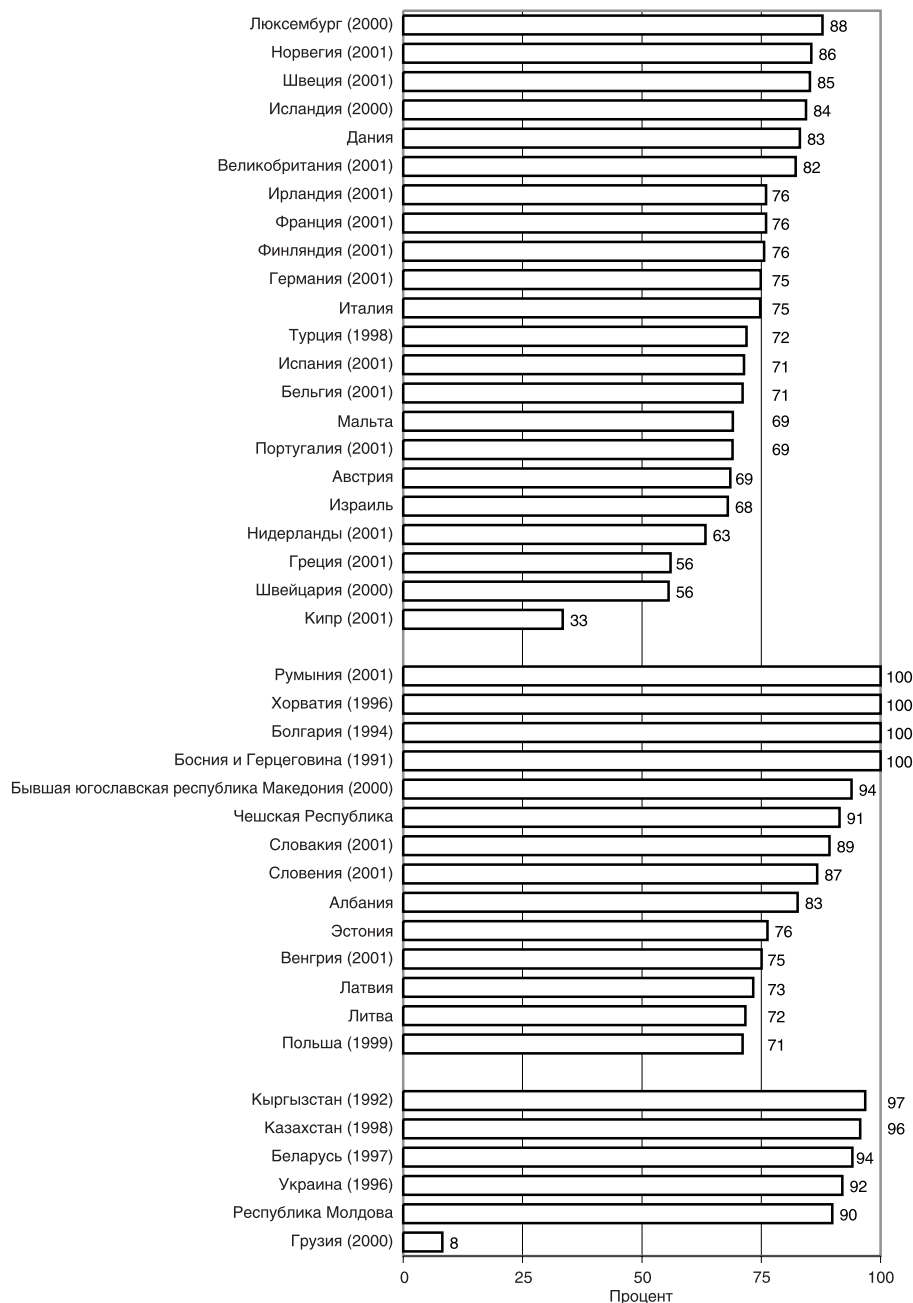
Источник: Группа макроэкономической политики, Министерство финансов (2002 г.).

Рисунок 6. Подушные расходы на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ (в долларах США с учетом паритета покупательной способности) в 2001 г. (или в году, указанном в скобках).



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
СНГ — Содружество независимых государств; ЦЮВЕ — страны Центральной и Юго-Восточной Европы;
ЕС — Европейский союз.

Рисунок 7. Доля расходов на здравоохранение из общественных источников в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. (или в году, указанном в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
Примечание: данные по Азербайджану отсутствуют.

Структура государственных расходов на здравоохранение

В 2000 г. 62% бюджетных средств, выделенных на здравоохранение, получил больничный сектор. Сектор первичной медицинской помощи получил 29% (в том числе санитарно-эпидемиологические службы), «прочие» расходы — 9%. Эти цифры не учитывают деньги из внешних источников, которые в основном направляются не в больничный сектор, а в сферу первичного медицинского обслуживания, добавляя еще 30–40% к выделенным из бюджета (8). Значительная часть бюджета здравоохранения (46%) идет на выплату заработной платы. Чтобы платить медикам «полную» заработную плату (обеспечивающую прожиточный минимум), потребовалось бы израсходовать на эти цели весь государственный бюджет. На статью «прочие», куда входит закупка оборудования и ремонт, выделено 18%, на «лекарства и материалы» — 8%, «письменные принадлежности и прочие товары» — 18%. Относительно малые объемы финансирования лекарственного обеспечения объясняются тем, что большинство лекарств больные должны покупать сами (8).

Таблица 7. Структура расходов здравоохранения в 1995–2001 гг., % от общих расходов на здравоохранение

Статья расходов	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Стационарная помощь	56,1	51,7	58,7	59,2	60,9	61,8	–	–
Лекарственные средства	9,8	9,7	14,4	17,9	17,3	16,5	12,5	9,9
Капитальные затраты	0,7	0,5	0,8	6,3	3,1	3,6	5,0	2,5

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Медицинское обслуживание

От советских времен страна унаследовала широкую сеть медицинских учреждений, включающую в себя 2350 самостоятельных учреждений⁵, от небольших фельдшерских амбулаторных пунктов до крупных больниц. В 2002 г. в Азербайджане было 735 больниц. Большинство из них, за исключением Бакинской клинической больницы, не очень большие (16). В частной собственности находятся 2% больниц и медицинских пунктов (не считая стоматологических кабинетов).

Таблица 8. Численность учреждений здравоохранения в Азербайджане

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Аптеки	1654	1581	1248	1240	1275	1400	1427	1615
Больницы	768	763	759	746	739	735	735	735
Поликлиники	1779	1722	1694	1630	1611	1614	1618	1620

Источник: Государственный статистический комитет Республики Азербайджан.

Первичное медицинское обслуживание

За исключением упоминавшихся ранее нескольких экспериментальных проектов, осуществляемых под руководством международных финансирующих организаций, учреждения первичной медицинской помощи продолжают работать по старинке. Как и в других бывших республиках Советского Союза, здесь нет такого понятия, как комплексная первичная медицинская помощь. Больные могут обращаться за первичной медицинской помощью в различные учреждения. Как правило, работающие обращаются в медицинский пункт по месту работы, а прочие граждане, в том числе матери и дети, — в ближайшее медицинское учреждение по месту жительства. У заводов и крупных компаний часто есть собственные фельдшерские пункты или ам-

⁵ Число 4310, приведенная в разделе «Дополнительные источники финансирования», относится к общему числу медицинских учреждений в 2003 г., включая частные, государственные, стационарные и амбулаторные отделения больниц, клиник и так далее.

булаторные клиники. В сельской местности основную медицинскую помощь оказывают фельдшерские медицинские пункты, амбулатории и сельские больницы. В сельских районах и городах есть центральные районные (городские) или муниципальные больницы и поликлиники. В советское время амбулаторно-поликлиническая помощь планировалась исходя из нормативов обеспеченности населения такой помощью. По последним данным, в Азербайджане 1830 фельдшерских медицинских пунктов, 360 сельских районных больниц, 680 сельских амбулаторий и 112 районных поликлиник. Помимо этого в 2002 г. было 40 государственных стоматологических поликлиник. Однако в государственном секторе трудится лишь малая часть из 2250 стоматологов, большинство работает в собственных частных клиниках, о чем свидетельствует изобилие рекламы стоматологических услуг в городах.

В 1997 г. пациенты получили право выбирать врача (закон об охране здоровья населения). Это ознаменовало отход от советской системы медицинского обслуживания, закреплявшей пациента за определенным врачом, через которого он получал доступ к большинству медицинских услуг, при этом первичные медицинские учреждения использовались для получения доступа к более высоким уровням обслуживания. Нередко первичное звено занималось не столько лечением больных, сколько выпиской направлений. Хотя теоретически у больных появилась большая свобода в выборе первичных медицинских услуг, на практике они сталкиваются с рядом трудностей и часто предпочитают, минуя этот уровень, напрямую обращаться в больницу. Для беднейшей части населения первичная медицинская помощь может оказаться не по карману; такие больные подчас вынуждены довольствоваться непрофессиональной помощью или вообще обходиться без медицинской помощи.

Стоящие перед первичным звеном здравоохранения задачи сложны, но преодолимы. В удаленных районах, особенно в горах, главной проблемой является отсутствие медицинских работников. Качество первичной медицинской помощи в целом низкое, что связано с отсутствием традиции подготовки семейных врачей. Плохо обеспечивается непрерывность медицинской помощи: приходя на очередной прием, больной нередко попадает к другому врачу. Невысокое качество медицинской помощи еще больше ухудшается из-за низкого качества лабораторных услуг; лабораториям не хватает диагностических наборов и исправного оборудования. Медицинским учреждениям не хватает лекарств и расходных материалов, а их оборудование давно устарело (36). По данным исследования, в конце 1990-х гг. на юге Азербайджана 70% обследованных медицинских учреждений не удовлетворяли самым элементарным требованиям, таким как наличие водопровода с чистой водой (37). Перерывы в подаче электроэнергии мешают проведению иммунизации и оказанию других услуг, требующих наличия работающего холодильника. Здания разрушаются, денег на ремонт нет. Практика неофициальных поборов отпугивает людей от обращения за медицинской помощью. По оценкам, менее 40% малообеспеченных беременных женщин по-

лучили необходимую родовую помощь; для хорошо обеспеченных женщин этот показатель равен 80% (9).

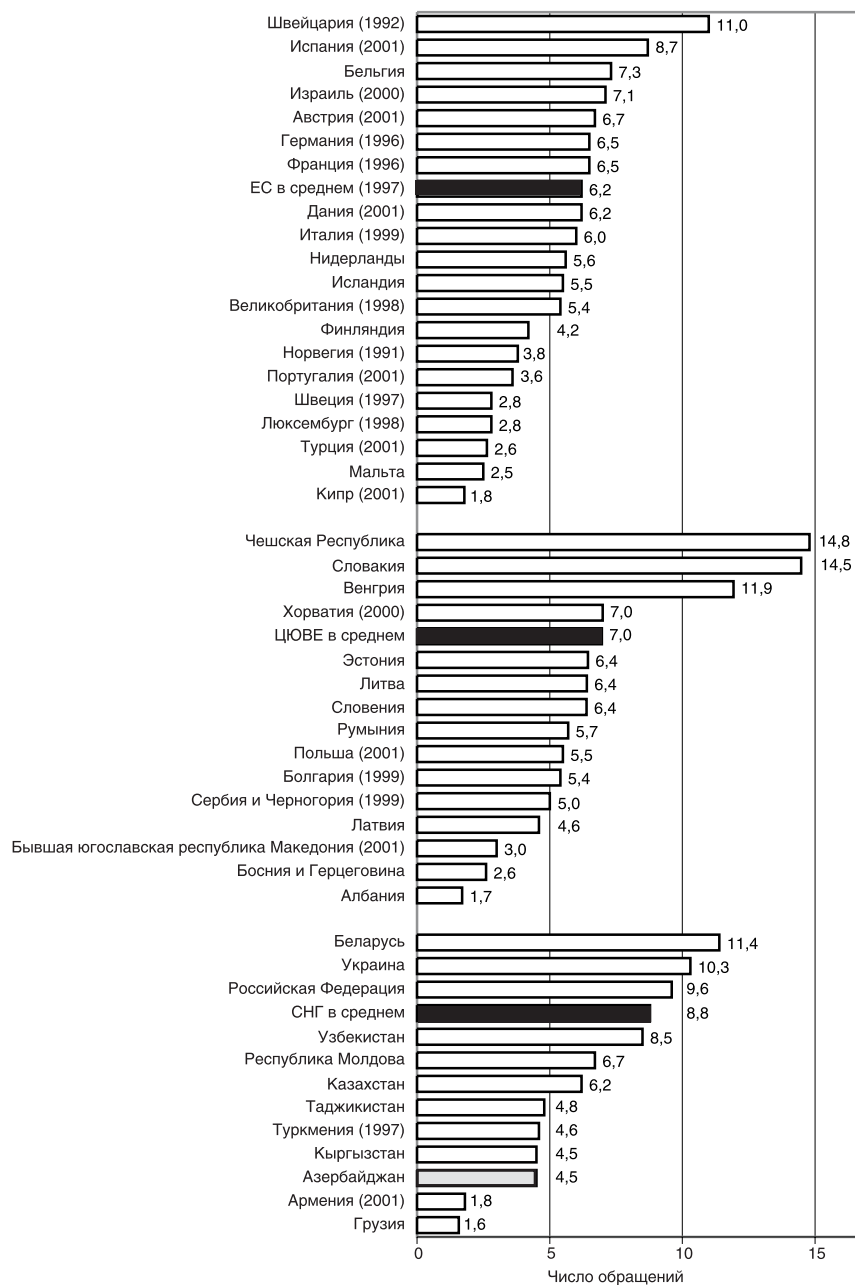
У первичного медицинского обслуживания много недостатков, но в их число не входит нехватка кадров или самих учреждений — и того, и другого в избытке и в городах, и в сельских районах. Азербайджан, в отличие от многих бывших республик Советского Союза, еще не приступал к развитию комплексной семейной медицины в масштабах страны. По сей день подавляющее большинство медицинских услуг оказывают специалисты, а значит, необходимо иметь врачей разных специальностей даже в малонаселенных пунктах, что крайне нерационально. Сегодня в Азербайджане при поддержке ЮНИСЕФ, Всемирного банка и Международного медицинского корпуса проводится ряд экспериментов по внедрению новых подходов к оказанию первичной медицинской помощи с целью повышения ее качества и доступности. В 1995 г. Министерство здравоохранения и ЮНИСЕФ запустили пробный проект в Кубе, а затем еще в четырех районах (Масалли, Ленкарань, Джалилабад и Нефтчала). Эта работа послужила основой для проекта реформы здравоохранения, поддержанного Всемирным банком, который теперь реализуется совместными усилиями Министерства здравоохранения и ЮНИСЕФ (см. «Реформы здравоохранения»).

Еще один новаторский проект — программу первичного медицинского обслуживания, ориентированного на потребности местного населения, — осуществлял в 2000—2003 гг. на юге страны Международный медицинский корпус. Программа была нацелена на повышение доступности, качества и рационализацию первичной помощи и охватывала 240 000 человек. Она предусматривала повышение квалификации кадров, обновление зданий и оборудования, совершенствование управления и привлечение общественности к участию во вновь созданных общественных комитетах здравоохранения.

Азербайджан сохранил советскую систему общественного здравоохранения. В широкой сети из 82 санитарно-эпидемиологических станций есть бактериологические, паразитологические, вирусологические и медико-экологические лаборатории. Работают в ней врачи-гигиенисты и лаборанты. Санитарно-эпидемиологическая служба отвечает за санитарное состояние окружающей среды (устанавливает нормы, обеспечивающие безопасность воды и продуктов питания, и следит за их соблюдением), борьбу с инфекционными заболеваниями, организацию и надзор за проведением иммунизаций, материально-техническое обеспечение иммунизаций, проводимых районными медицинскими учреждениями.

Официальные данные свидетельствуют о широком охвате населения иммунизацией, но, как и в большинстве бывших республик Советского Союза, неизвестно, насколько полно учитываются отводы детей от прививок по болезни и другим причинам. В 1999 г. официальная цифра охвата вакцинацией была 99% (38). Азербайджан участвовал в международных кампаниях по искоренению полиомиелита (39), внося свой вклад в достижение в 2002 г. Европейским регионом ВОЗ статуса зоны, свободной от полиомиелита. Последнее многоиндикаторное кластерное исследование (MICS) ЮНИСЕФ

Рисунок 8. Обращаемость за амбулаторной медицинской помощью в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. или в году, указанном в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
 СНГ — Содружество независимых государств; ЦЮВЕ — страны Центральной и Юго-Восточной Европы;
 ЕС — Европейский союз.

не смогло представить данных по уровню охвата иммунизацией в Азербайджане из-за крайне редкого использования детских медицинских карт (1,9%) для регистрации вакцинаций (9). Этот факт может вызвать сомнения в достоверности официальной статистики.

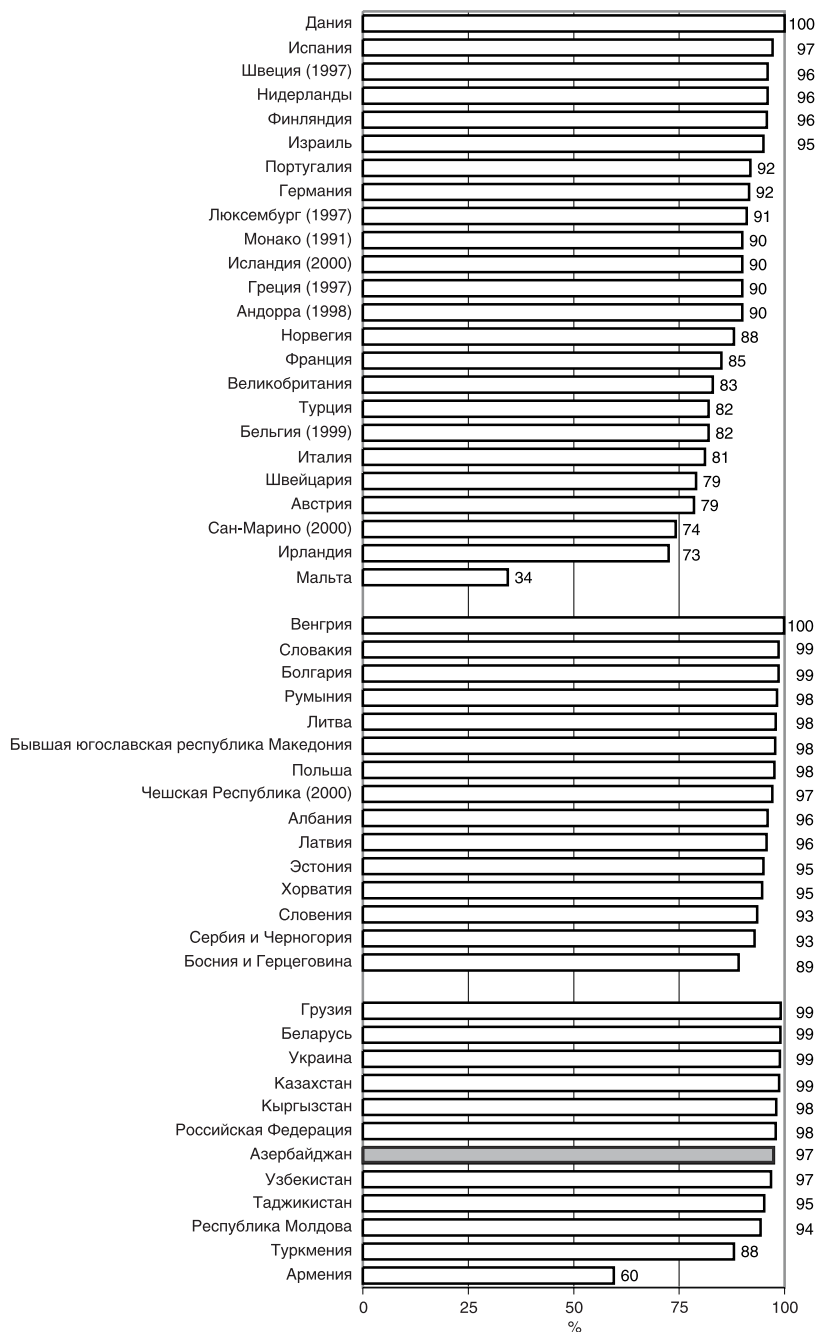
Пропаганда здорового образа жизни и услуги по планированию семьи относятся к компетенции Министерства здравоохранения, причем службы планирования семьи не только консультируют, но и обеспечивают средствами контрацепции. Однако эти средства в недостаточном количестве поставляются в районные учреждения первичной медицинской помощи, куда обращается большинство людей. Недавнее исследование на юге Азербайджана показало, что лишь в 45% обследованных учреждений были налажены регулярные поставки контрацептивов (37). В последние годы большая часть поставок контрацептивов финансировалась Агентством международного развития США и направлялась через Фонд населения ООН, но теперь объемы поставок сильно уменьшились, что отражает принципиальный отказ США от многих программ планирования семьи. Хотя сейчас в Азербайджане началась работа по профилактике ВИЧ-инфекции, исследование ЮНИСЕФ (2000 г.) показало низкий уровень осведомленности населения о ВИЧ-инфекции и способах ее профилактики (9).

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированная медицинская помощь включает в себя как специализированную амбулаторную помощь, так и основные виды стационарной помощи (кроме долговременного ухода). Более сложную специализированную помощь оказывают высокоспециализированные медицинские учреждения. В Азербайджане широкий сектор специализированной помощи, потребляющий 65–70% всего бюджета здравоохранения. В стране примерно 735 больниц. Помимо национальных (республиканских) больниц, расположенных преимущественно в Баку, есть 63 центральных районных больницы, в среднем на 233 койки, и около 360 сельских больниц, в среднем на 32 койки. 90 специализированных диспансеров, каждый из которых занимается лечением конкретного заболевания, оказывают как амбулаторную, так и стационарную специализированную помощь. Есть диспансеры для лечения туберкулеза, кожных и венерических болезней. Диспансеры работают во всех крупных городах и в большинстве районов. Специализированные отделения больниц общего профиля тоже оказывают специализированную помощь. В стране 21 клиника. Все они находятся в Баку и относятся к Государственному медицинскому университету либо к Институту повышения квалификации медицинских работников. Более 95% больниц принадлежат государству; в частном секторе не менее 25 больниц.

Одной из крупнейших в частном секторе является медицинская компания «MediClub», которая предлагает широкий спектр амбулаторных и стационарных услуг через сеть из шести небольших больниц, расположенных в

Рисунок 9. Охват иммунизацией против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. или в году, указанном в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.

разных районах страны. Клиентами компании являются в основном работники нефтяной промышленности, посольств, международных организаций, банков и других предприятий. Хотя компания обслуживает около 5000 пациентов «с улицы», ее услуги в основном ориентированы на 4000 постоянных клиентов, вносящих фиксированную ежегодную плату (например, 200 долларов США за семью из 4 человек), дающую им право на скидку. Однако даже со скидкой цены на услуги непомерно велики для большей части населения Азербайджана.

Помимо обычных медицинских учреждений есть еще сеть санаториев для восстановительного лечения. В стране 88 санаториев и так называемых «учреждений отдыха», в общей сложности на 14 000 мест. Медицинские пансионаты и 44 санатория предоставляют около 11 000 мест, 18 детских больниц санаторного типа с коечным фондом чуть больше 1500 и 4 профилактория (65 мест), 13 домов отдыха и пансионатов (около 1000 мест) и 27 туристических баз и других подобных учреждений, всего на 2300 мест. Раньше лечение в санатории оплачивало либо Министерство здравоохранения, либо Министерство труда и социальной защиты, в зависимости от принадлежности санатория.

Таблица 9. Показатели работы больниц, 1997–2002 гг.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Число госпитализаций на 100 населения	5,62	–	4,66	4,7	4,74	4,71
Средняя продолжительность госпитализации, сутки	–	–	14,9	15,4	15,5	15,3
Средняя занятость койки, %	–	–	30,0	28,5	25,7	25,6

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Таблица 10. Коечный фонд в 1990–2002 гг.

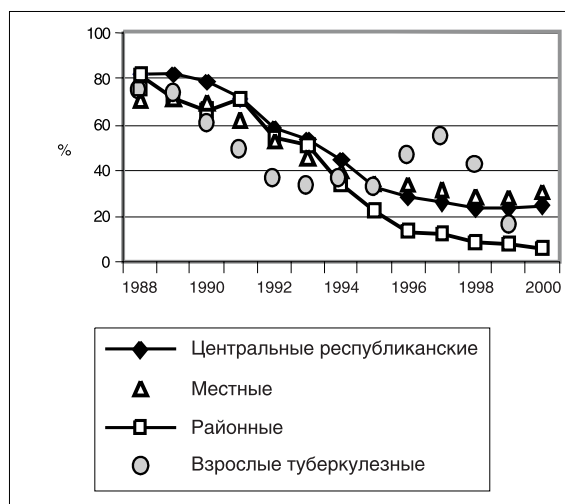
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего									
Тысяч коек	70,9	74,6	73,5	72,4	71,7	71,1	69,9	69,0	68,7
Министерство здравоохранения									
Тысяч коек	68,3	68,5	67,5	66,9	66,6	65,9	64,7	64,1	63,5
На 10 000 населения	94,6	88,7	86,5	84,9	83,8	82,2	80,1	79,0	77,7
Прочие государственные больницы									
Тысяч коек	2,6	6,1	6,0	5,5	5,1	5,2	5,2	4,9	5,2
На 10 000 населения	3,6	7,9	7,7	7,0	6,4	6,5	6,4	7,0	7,3

Источники: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ и Министерство здравоохранения (16).

Обеспеченность больничными койками в Азербайджане выше средней в Европейском союзе старого состава. В 2002 г. этот показатель составлял 840 коек на 100 000 населения, тогда как в Европе в целом он равнялся 725, а в Европейском союзе — 611 на 100 000 населения (2001 г.) (6). В 1990 г. коечный фонд в Азербайджане был еще больше — 1010 коек на 100 000 населения.

Однако интенсивность использования коечного фонда в Азербайджане еще меньше, чем во многих других странах. За годы независимости средняя занятость койки резко упала. Если в конце 1980-х гг. средняя занятость койки составляла 70—80%, то сегодня она равна 33% при практически таком же коечном фонде и выросшем населении. Занятость койки во взрослых туберкулезных больницах упала до 17% в 1999 г. Тот же показатель для инфекционных больниц, взрослых и детских, — ниже 15% (16) (см. также Приложение). Из-за нехватки средств на достойную оплату труда медиков, закупку современного оборудования и необходимых лекарств лечение в больницах часто оказывается малоэффективным. Анализируя официальные данные, следует учитывать то, что нынешний коечный фонд азербайджанской системы здравоохранения, созданный десятки лет назад исходя из потребностей и нормативов того времени, не удалось перепрофилировать в связи с сокращением заболеваемости многими инфекционными заболеваниями и изменением подходов к амбулаторной помощи (госпитализация в прошлом часто оказывалась неэффективной). К тому же сегодня лечение в больнице

Рисунок 10. Средняя занятость койки в больницах Министерства здравоохранения в 1988—2000 гг.



Источник: Министерство здравоохранения

многим не по карману, о чем свидетельствует возросшая частота домашних родов.

Обследование, проведенное в 1994 г. в масштабах страны, показало, что большинство пациентов были удовлетворены качеством стационарного лечения. К сожалению, нет более поздних данных, позволяющих судить том, что сейчас думает население страны о стационарной помощи.

Сегодня специализированные медицинские учреждения сталкиваются с серьезными трудностями. Часть из них обусловлена устаревшей системой финансирования (см. «Распределение средств»). Нормативное финансирование, зависящее от числа коек и численности персонала, сдерживает развитие специализированной помощи. При этом абсолютно не учитываются реальные потребности в такой помощи и исключается возможность рационального распоряжения средствами на местах. Прямой доступ к специализированной помощи тоже ведет к излишней трате средств: нередко к специалистам обращаются больные, которых следовало бы лечить в учреждениях первичной медицинской помощи, что обошлось бы дешевле и больному, и системе здравоохранения. К тому же, хотя больные напрямую, официально или неофициально, оплачивают значительную часть стоимости специализированных медицинских услуг, в отсутствие реальной конкуренции медицинские учреждения не стремятся повышать эффективность и гибкость обслуживания. Таким образом получается гибрид, вобравший в себя худшие черты директивной и рыночной систем. И наконец, плата за специализированные медицинские услуги такова, что делает их недоступными для значительной части населения.

В этом секторе планируется провести несколько преобразований. Предлагается объединить специализированные больницы и больницы общего профиля, сократить коечный фонд, а также шире использовать амбулаторные методы лечения, в частности развивать первичную медицинскую помощь.

Медико-социальная помощь

Под медико-социальной помощью здесь понимается немедицинское обслуживание зависимых категорий граждан, в частности престарелых и инвалидов. В Советском Союзе специализированная медико-социальная помощь была развита слабо, а потребности в ней удовлетворялась за счет нецелевого использования больничных коек, или же забота о престарелых и инвалидах ложилась на плечи семьи. Немало больничных коек по-прежнему занято теми, кому не нужна медицинская помощь, но за кем больше некому ухаживать.

Система медико-социальной помощи сильно раздроблена, разные ее части относятся к ведению министерств образования, внутренних дел, здравоохранения, труда и социальной защиты. Медико-социальная помощь предоставляется как в домах престарелых и инвалидов, так и по месту жительства. Оказывается поддержка в виде пенсий и многочисленных финансовых

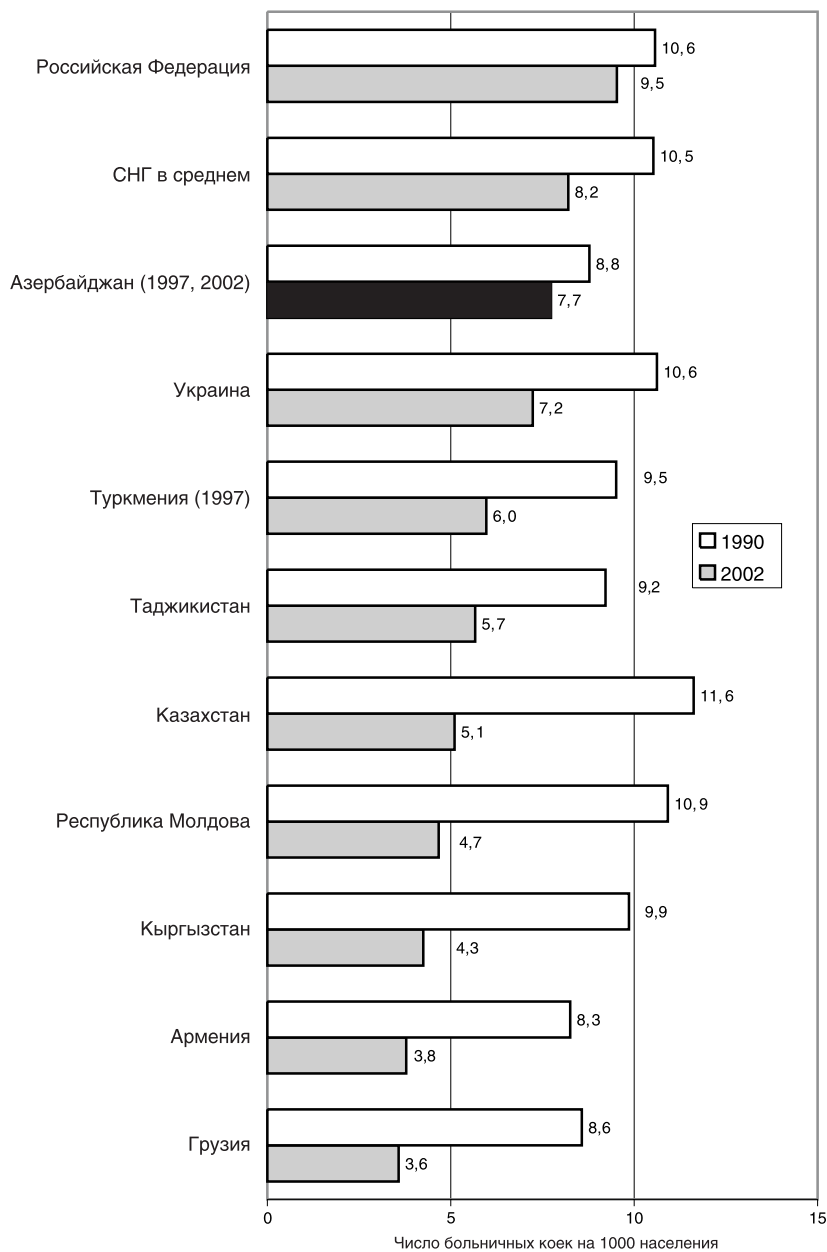
Таблица 11. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.

Страна	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Андорра	2,8	10,1	6,7 ^В	70,0 ^В
Австрия	6,1	28,6	6,0	76,4
Бельгия	5,8 ^А	16,9 ^В	8,0 ^В	79,9 ^Г
Кипр	4,1 ^Б	8,1 ^А	5,5 ^А	80,1 ^А
Дания	3,4 ^А	17,8 ^А	3,8 ^А	83,5 ^Б
ЕС в среднем	4,1 ^А	18,1 ^В	7,1 ^В	77,9 ^Г
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74,0 ^Ж
Франция	4,0 ^А	20,4 ^В	5,5 ^В	77,4 ^В
Германия	6,3 ^А	20,5 ^А	9,3 ^А	80,1 ^А
Греция	3,9 ^Б	15,2 ^Г	—	—
Исландия	3,7 ^Е	15,3 ^Г	5,7 ^Г	—
Ирландия	3,0	14,1	6,5	84,4
Израиль	2,2	17,6	4,1	94,0
Италия	3,9 ^А	15,6 ^А	6,9 ^А	76,0 ^А
Люксембург	5,6	18,4 ^З	7,7 ^Г	74,3 ^З
Мальта	3,5	11,0	4,3	83,0
Нидерланды	3,1 ^А	8,8 ^А	7,4 ^А	58,4 ^А
Норвегия	3,1 ^А	16,0 ^А	5,8 ^А	87,2 ^А
Португалия	3,3 ^Г	11,9 ^Г	7,3 ^Г	75,5 ^Г
Испания	3,0 ^А	11,5 ^Г	7,5 ^Г	76,1 ^Г
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 ^Е
Швейцария	4,0 ^А	16,3 ^Г	9,2 ^А	84,6 ^А
Турция	2,1	7,7	5,4	53,7
Великобритания	2,4 ^Г	21,4 ^Е	5,0 ^Е	80,8 ^Г
Центральная и Юго-Восточная Европа				
Албания	2,8	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^Г	7,2 ^Г	9,8 ^Г	62,6 ^В
Болгария	—	14,8 ^Е	10,7 ^Е	64,1 ^Е
Хорватия	3,7	13,8	8,7	89,6
ЦЮВЕ в среднем	5,2	17,6	8,1	72,5
Чешская Республика	6,3	19,7	8,5	72,1
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
Латвия	5,5	18,0	—	—
Литва	6,0	21,7	8,2	73,8
Словакия	6,7	18,0	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69,0
Бывшая югославская республика Македония	3,4 ^А	8,2 ^А	8,0 ^А	53,7 ^А
Содружество независимых государств				
Армения	3,8	5,9	8,9	31,6 ^А
Азербайджан	7,7	4,7	15,3	25,6
Беларусь	—	—	—	88,7 ^З
СНГ в среднем	8,2	19,7	12,7	85,4
Грузия	3,6	4,4	7,4	82,0 ^А
Казахстан	5,1	15,5	10,9	98,5
Кыргызстан	4,3	12,2	10,3	86,8
Республика Молдова	4,7	13,1	9,7	75,1
Российская Федерация	9,5	22,2	13,5	86,1
Таджикистан	5,7	9,1	12,0	55,1
Туркмения	6,0 ^А	12,4 ^А	11,1 ^А	72,1 ^А
Украина	7,2	19,2	12,3	89,2 ^Г
Узбекистан	—	—	—	84,5

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.

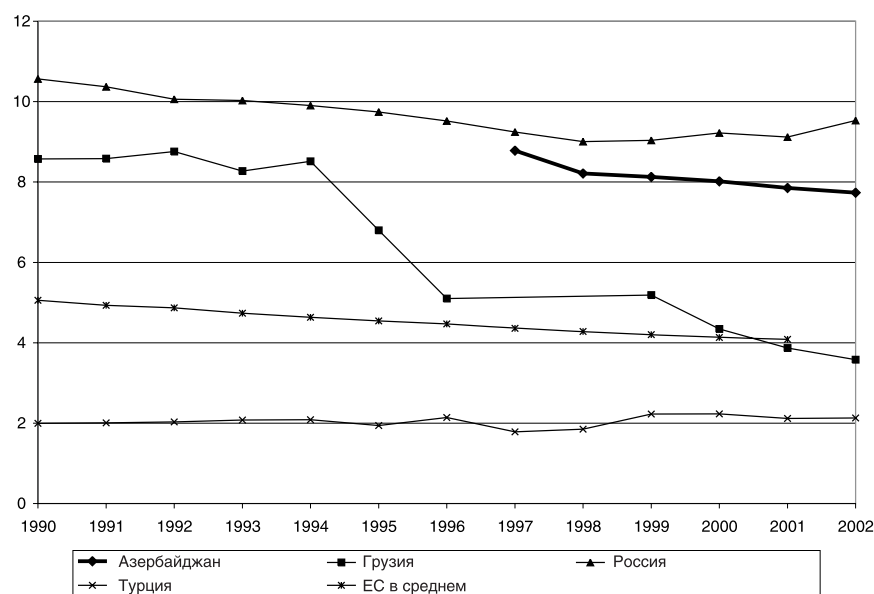
Примечания: ^А 2001, ^Б 2000, ^В 1999, ^Г 1998, ^А1997, ^Е 1996, ^Ж 1995, ^З 1994.

Рисунок 11. Число больничных коек на 1000 населения в странах СНГ в 1990 и 2002 гг. или в году, указанном в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
СНГ — Содружество независимых государств.

Рисунок 12. Число больничных коек на 1000 населения в Азербайджане и некоторых других странах, 1990—2002 гг.



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

льгот. Государственная система социального страхования выплачивает пенсии по возрасту. Что касается домов престарелых и инвалидов, то мест в них крайне мало. В 1999 г. Азербайджан участвовал в проведении «международного года пожилых людей», в связи с чем парламент принял закон о социальном обеспечении, призванный облегчить жизнь пожилым людям (40).

Забота о социально уязвимых детях возложена на три министерства: здравоохранения, образования, труда и социальной защиты. Существует шесть типов учреждений: санатории, дома малютки, интернаты (школы-интернаты для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей), школы-интернаты для детей с особыми потребностями, детские дома и детские сады. В этих учреждениях до сих пор довольно много детей. В советское время главной причиной широкого использования подобных учреждений была недоступность безопасных аборт и поощрение многодетности государством. Сегодня дети нередко оказываются в таких учреждениях из-за нищеты родителей или болезни, не имея других средств к существованию. Эти учреждения испытывают острую нехватку средств: денег не хватает на заработную плату, ремонт зданий, даже на детскую одежду и игрушки. Положение усугубляется тем, что персонал не владеет современными методами воспитания и ухода за детьми (41).

Психиатрическую помощь взрослым оказывают специализированные учреждения. В июне 2001 г. президент утвердил новый закон «О психиатриче-

ской помощи». Закон гласит, что психиатрическое лечение должно быть добровольным, за исключением случаев, когда больной в судебном порядке признается опасным для самого себя или для общества. Больные имеют право на уважение человеческого достоинства, соблюдение медицинской тайны, получение информации о своем заболевании, свободный выбор врача и лечебного учреждения, а также на то, чтобы их не использовали в качестве объекта биомедицинских или клинических исследований (42). Претворение в жизнь этих положений является важной задачей.

Медицинские кадры

По официальным данным, Министерство здравоохранения является работодателем более чем для 29 000 врачей и 59 100 медицинских сестер (2002 г.) (6, 35). Сюда входит персонал не только больниц министерства, но и районных учреждений (16). В 1997 г. на долю здравоохранения, вместе с социальным обеспечением и «физической культурой и спортом», приходилось 6% всех официальных рабочих мест. Сегодня обеспеченность населения медицинским персоналом близка к средней в бывших республиках Советского Союза. Уровень обеспеченности населения врачами довольно устойчив и даже немного растет, однако численность среднего и вспомогательного персонала постепенно уменьшается. Как уже отмечалось, потребности в кадрах рассчитываются по нормативам, предусматривающим высокую обеспеченность многими специалистами весьма узкой квалификации.

Врачи

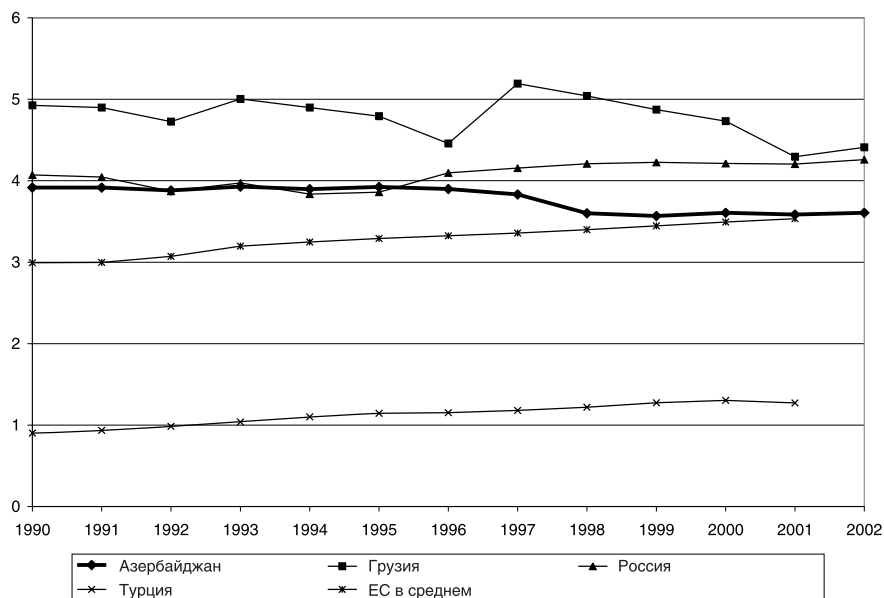
В начале 1990-х гг. обеспеченность населения врачами в Азербайджане была довольно высока — 3,9 врача на 1000 населения. Это выше, чем в среднем в Европейском регионе (3,4 на 1000) или в Европейском союзе (ЕС-15) (3,0 на 1000) (6). Десять лет спустя, в 2002 г., уровень был такой же, как в среднем в регионе, — 3,6 на 1000 населения. Хотя в советский период была создана достаточно широкая сеть медицинских учреждений, не всегда удавалось заполнить вакансии в сельских учреждениях. Большинство врачей работает в городах, расположенных на Апшеронском полуострове и побережье Каспийского моря.

Таблица 12. Число медицинских работников на 1000 населения, 1990–2001 гг.

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Врачи	3,92	3,92	3,90	3,83	3,60	3,57	3,61	3,59
Стоматологи	0,31	0,34	0,33	0,32	0,27	0,28	0,28	0,26
Медицинские сестры	9,69	9,00	8,78	8,39	7,67	7,59	7,46	7,38
Фармацевты	0,64	0,60	0,62	0,61	0,33	0,31	0,30	0,26

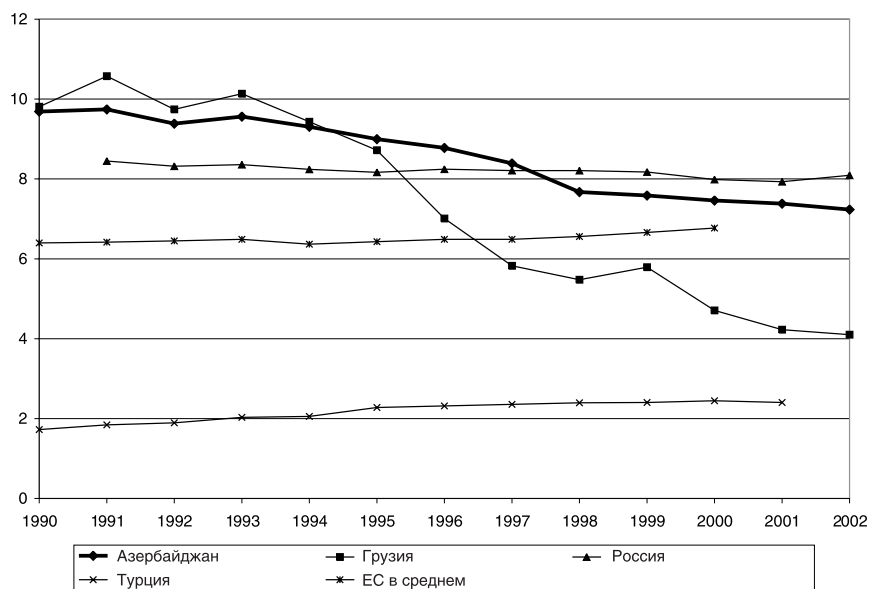
Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Рисунок 13. Число врачей на 1000 населения в Азербайджане и некоторых других странах, 1990—2002 гг.



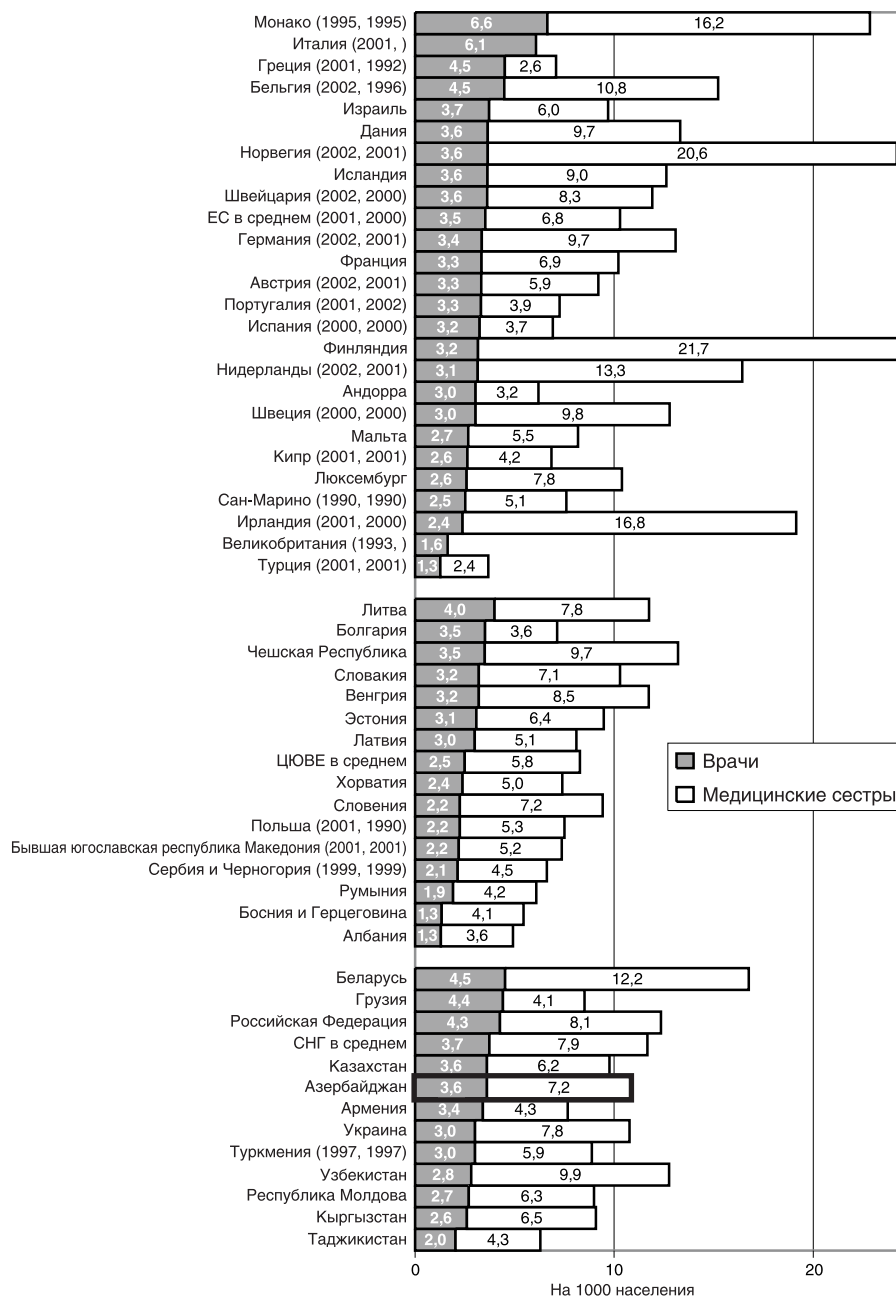
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Рисунок 14. Число медицинских сестер на 1000 населения в Азербайджане и некоторых других странах, 1990—2002 гг.



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Рисунок 15. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. или в году, указанном в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.
 СНГ — Содружество независимых государств; ЦЮВЕ — страны Центральной и Юго-Восточной Европы;
 ЕС — Европейский союз.

Сложнейшей задачей Министерства здравоохранения является обеспечение должной квалификации многочисленного медицинского персонала. Раньше медицинские работники регулярно проходили переаттестацию и переподготовку. Однако в постсоветский период обучение на рабочем месте свелось к минимуму, причем тенденция к этому появилась еще до 1991 г. Некоторые работники не проходили переподготовки вот уже 15 лет. Расходы на повышение квалификации такого большого числа медиков высоки, а из-за отсутствия оборудования приобретенные навыки быстро утрачиваются. И все-таки сейчас началось возрождение системы обучения без отрыва от производства. Международные финансирующие организации, в том числе ЮНИСЕФ и Международный медицинский корпус, совместно с Министерством здравоохранения внедряют новые подходы в таких областях, как репродуктивное здоровье, лечение распространенных заболеваний, лекарственное обеспечение (возобновляемые фонды), компьютеризация и управление финансовыми средствами. При осуществлении этих программ выявлен большой неудовлетворенный спрос на переподготовку во всех категориях медицинского персонала.

Хотя почти все медики формально работают по найму Министерства здравоохранения, фактически они занимаются частной практикой в государственных учреждениях. Их самостоятельность, а также отсутствие рекомендаций схем лечения сужает возможности для повышения качества медицинского обслуживания. Врачи не заинтересованы в контроле над платным лечением.

Медицинские сестры

В начале 1990-х гг. Министерство здравоохранения увеличило прием на работу среднего и младшего медицинского персонала, численность которого достигла в 1993 г. высокой отметки 65 400 человек, но с тех пор постепенно уменьшается. В 2002 г. в стране было 59 100 медицинских сестер (1 на 139 населения). В Азербайджане восемь медицинских училищ: два в Баку и по одному в Сумгаите, Гяндже, Саки, Нахичевани, Ленкарани и Мингечевире. В Баку есть также школа повышения квалификации медицинских сестер.

Лекарственные средства и медицинская техника

В годы независимости почти весь фармацевтический сектор был приватизирован, но его работу, как и раньше, регулирует Министерство здравоохранения. Большинство аптек являются частными предприятиями, лишь немногие остались в государственной собственности; производство лекарств тоже перешло в частные руки.

Розничная продажа лекарств происходит не только в государственных и частных аптеках. В стране огромный нерегулируемый теневой рынок лекарственных средств, на долю которого приходится 50% всех продаж лекарств.

венных средств. Несмотря на целый ряд законов, регулирующих импорт лекарств, почти 70% импорта минует таможенную и не проходит контроля. Масштабы нарушений свидетельствуют о слабых возможностях Министерства здравоохранения по обеспечению выполнения соответствующих законов. В результате в многочисленных частных торговых точках можно найти многие лекарства, вот только качество этих лекарств нередко вызывает сомнения.

В советское время почти все лекарства предоставлялись бесплатно, но сегодня это касается лишь ограниченного круга препаратов. Однако из-за нехватки бюджетного финансирования даже эти немногие препараты не всегда можно получить. Около 10% государственного бюджета здравоохранения направляется на покупку лекарственных средств (8), эта цифра не менялась с 1988 г. Денег хватает на то, чтобы удовлетворить 5—10% спроса, поэтому люди часто вынуждены покупать необходимые лекарства в слабо регулируемом частном секторе здравоохранения. Хотя есть понимание того, что можно сэкономить средства, закупая крупные партии непатентованных лекарственных препаратов основного списка, сегодня такие закупки составляют лишь 6—8% фармацевтического рынка.

Рациональное использование лекарств

Рациональное использование лекарств делает медицинскую помощь более доступной, одновременно улучшая ее качество и замедляя развитие резистентности возбудителей. В Азербайджане нередки случаи неправильного лечения, а действующий перечень жизненно необходимых лекарственных средств не отвечает международным требованиям. Схем лечения мало, а те, что есть, редко применяются. И пациенты, и врачи склонны без особой нужды прибегать к антибиотикам, а также использовать инъекции, когда вполне можно обойтись таблетками.

Эти важные вопросы активно обсуждаются, но заметных сдвигов пока не произошло. В отдельных районах достигнуты некоторые успехи в области переподготовки врачей, особенно тех, кто работает в больницах. В удаленных районах, где трудно достать лекарства, врачи часто просто дают общие рекомендации, в соответствии с которыми в частной аптеке пациенту подбирают подходящее лекарство из того, что есть. Чтобы бороться с такой практикой, необходим комплексный подход, предусматривающий создание стандартных перечней лекарств, пересмотр стандартов лечения, обучение врачей и информирование больных. В случае успеха выиграют те, кто не может себе позволить лишние траты; к тому же повысится качество медицинской помощи за счет сокращения применения ненужных лекарств. Потребуется планомерные согласованные усилия, начиная с разработки схем лечения некоторых распространенных заболеваний и соответствующими изменениями перечня жизненно необходимых препаратов. Координационный комитет проекта реформ здравоохранения пригласил консультанта для оказания технической помощи Министерству здравоохранения и его экспертному фармацевтическому комитету в разработке государственного пе-

речня жизненно необходимых лекарственных средств, комплекта стандартных схем лечения и национального фармакологического справочника, а также в создании в министерстве условий для разработки долгосрочной государственной политики в сфере лекарственного обеспечения.

Возобновляемые общественные фонды лекарственного обеспечения

Чтобы сделать качественные лекарства более доступными для населения, ЮНИСЕФ и ряд неправительственных организаций организовали, в качестве эксперимента, возобновляемые общественные фонды лекарственного обеспечения. Эксперимент проводился в ряде районов Азербайджана, в группах беженцев и вынужденных переселенцев. Нароботан полезный опыт, который, возможно, стоило бы шире использовать в рамках нового проекта реформ здравоохранения. Была продемонстрирована возможность создания и относительная устойчивость таких фондов. Участие общественности в составлении списков семей, освобождаемых от платы, помогло обеспечить высокую возвращаемость средств (сейчас освобождены от платы менее 10%). Перекрестное субсидирование и дополнительные взносы в фонды самими общинами позволяют вносить средства за освобожденных от платы.

Хотя эксперимент показал осуществимость такой схемы, создание фондов потребовало значительных расходов на обучение, начальный капитал и руководство, а также создания централизованной системы закупки и распространения для максимального снижения расходов. Несмотря на положительные результаты, при подведении промежуточных итогов (сентябрь 2003 г.) было решено не распространять этот опыт в рамках проекта реформ здравоохранения. Основная причина — значительное снижение рыночных цен на лекарства по сравнению с возможными ценами на них при распространении через фонды, учитывая затраты на материально-техническое обслуживание и накладные расходы. Впоследствии Министерство здравоохранения решило вопрос с распространением лекарств, закупленных для возобновляемых фондов.

Распределение средств

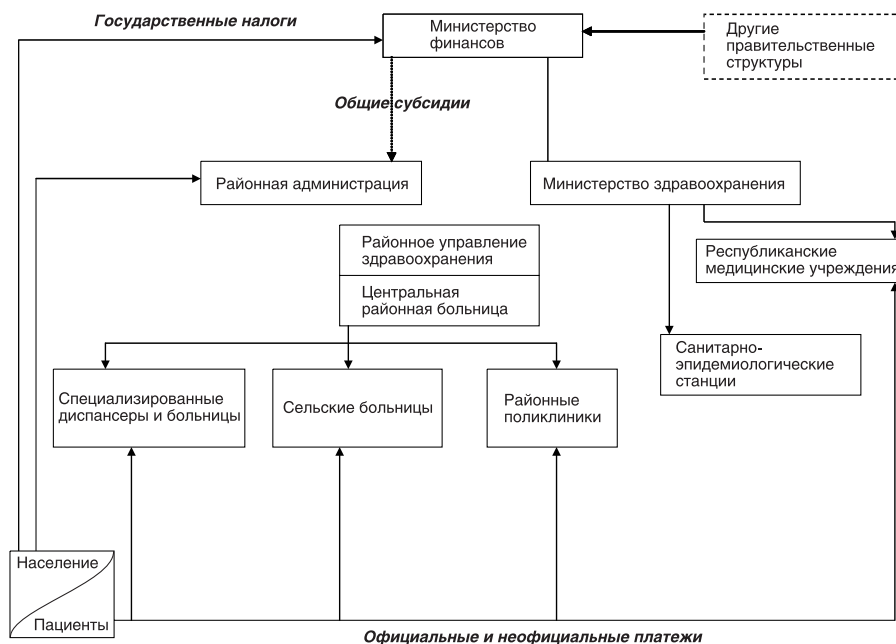
Бюджет здравоохранения и распределение средств

Районы готовят предложения по бюджету здравоохранения, которые затем рассматриваются и иногда корректируются Министерством здравоохранения и местными органами власти. Еще недавно финансирование осуществлялось на основании старых советских нормативов: для больниц — в зависимости от числа коек, для поликлиник — в зависимости от посещаемости. При этом большая часть средств направлялась в крупные больницы, а не туда, где они были нужнее. Сейчас от такого подхода отказались, но сохранилась система планирования расходов на основании бюджетов прошлых периодов (с учетом оценок затрат на содержание каждого медицинского учреждения). При этом, однако, затраты на содержание персонала часто занижаются.

Министерство здравоохранения собирает воедино проекты бюджетов медицинских учреждений и представляет общий бюджет на утверждение в парламент. При утверждении обычно происходит значительное сокращение бюджета. В 2001 г. Министерство запросило 70 млрд. манатов, но парламент утвердил лишь 50 млрд. манатов, урезав проект бюджета почти на 30%. Сокращения всегда затрагивали лишь незарплатные статьи бюджета. Таким образом, после утверждения бюджета ассигнования на другие статьи могли резко уменьшиться или вообще исчезнуть. В действительности тратится даже меньше, чем предусмотрено в бюджете. Строгие правила, установленные Министерством финансов, не позволяют перераспределять средства между статьями расходов. Составляемый заранее бюджет является примерной оценкой потребностей по каждой статье, так что при изменении ситуации в течение года может возникнуть необходимость по-иному распорядиться средствами. В 1998 г. Министерство здравоохранения израсходовало лишь 66% утвержденного бюджета, в 1999 г. — 83% (8). Неизрасходованные средства возвращаются Министерству финансов, несмотря на острую нехватку средств в системе здравоохранения.

У системы здравоохранения два главных официальных источника финансирования: центральный и местный бюджеты. Распоряжаются этими

Рисунок 16. Схема финансирования



средствами, соответственно, Министерство здравоохранения и районные власти. Бюджет Министерства здравоохранения предусматривает финансирование республиканских больниц и поликлиник, санитарно-эпидемиологических служб, Научно-исследовательского института здравоохранения и самого министерства. Местный бюджет здравоохранения предназначен для финансирования специализированных больниц и диспансеров районного уровня, сельских больниц и районных поликлиник, а также первичной медицинской помощи. Распределение средств происходит на основании исторически сложившихся нормативов и во многом зависит от наличия в районе больницы, при этом реальные показатели ее работы не принимаются в расчет.

Министерство здравоохранения почти не имеет влияния на то, как местные органы власти распоряжаются деньгами, выделенными им на нужды здравоохранения, и до недавнего времени не получало информации о том, как эти средства используются. В 2001 г. положение изменилось: теперь районные управления здравоохранения отчитываются перед Министерством здравоохранения по бюджетам и расходам, таким образом у министерства впервые появилась возможность составить ясное представление о том, что происходит на местном уровне. По оценкам, для обеспечения необходимого набора первичных медицинских услуг требуется 15–20 долларов США на душу населения. Однако выделяемых районам средств крайне недостаточно. В 1999 г. 13 районов получили лишь по 2–3 доллара США на душу насе-

ления на все медицинское обслуживание. В последующие годы некоторые районы получали еще меньше, например, в 2001 г. области городов Масалли и Исмаилы — менее 1,2 доллара на душу населения (24).

Третий источник финансирования медицинских учреждений — плата за услуги. Сегодня она составляет 10% в общем бюджете здравоохранения, но для разных учреждений эта цифра может существенно отличаться. 18% заработанных средств медицинские учреждения передают Министерству финансов в качестве налога на добавленную стоимость, и таким образом эти деньги оказываются утраченными для бюджета здравоохранения. Четвертым важным источником финансирования является неофициальная плата за услуги, а также прямая оплата лекарств больными, в основном из-за плохого лекарственного обеспечения медицинских учреждений.

Финансирование больниц

Центральные больницы получают большую часть своего финансирования от Министерства здравоохранения, которое передает им бюджетные ассигнования, выделенные Министерством финансов. Районные администрации выделяют средства в соответствии с постатейными бюджетами, причем ассигнования регулярно сокращаются (см. выше). Финансирование предназначено для покрытия таких основных статей расходов, как заработная плата персонала, лекарства, оборудование, техническое содержание и вспомогательные службы. Кроме того, больницы берут официальную плату за услуги непосредственно с больных. Доходы от этой платы делятся между больницей и Министерством финансов. Доходы от платных услуг разрешается использовать для дополнительной оплаты труда и, в тех редких случаях, когда еще что-то остается, для ремонта или переоборудования здания медицинского учреждения. Несколько самых престижных бакинских больниц финансируются за счет частного медицинского страхования.

Зарботная плата медицинских работников

Почти все азербайджанские медики являются, по крайней мере формально, государственными служащими. Однако многие испытывают тяжелые материальные трудности, так как официальная зарплата не позволяет удовлетворить даже самые насущные потребности. Средняя заработная плата в здравоохранении ниже, чем в любой другой отрасли экономики Азербайджана. В 2003 г. средняя заработная плата в Азербайджане составляла 383 100 манатов в месяц (78 долларов США), при этом в здравоохранении она составляла лишь 28% от средней по стране (108 900 манатов, или 22 доллара США) (33). Это намного ниже определенного правительством минимального потребительского бюджета в 76 долларов США в месяц. И хотя, по мнению Всемирного банка, эта цифра была завышенной, а реальная черта бедности в 2002 г. примерно равнялась 24 долларам США, все равно очевидно, что уровень за-

рабочей платы в здравоохранении крайне низок (43). Кроме того, наблюдается явное неравенство мужчин и женщин в оплате труда: у мужчин заработки вдвое выше, чем у женщин. Отчасти это объясняется большой численностью чрезвычайно низко оплачиваемых медицинских сестер и относительно высокими доходами врачей-специалистов, большинство из которых мужчины.

Как следствие у медиков возникает сильный стимул брать плату с больных, официальную и неофициальную. В такой ситуации неофициальные платежи считаются скорее механизмом финансирования основного медицинского обслуживания в условиях нехватки государственных средств, чем разновидностью взятки. Ни для кого не секрет, что официальная заработная плата составляет лишь малую часть от общего заработка. Заработная плата выступает в роли формальной «привязки» персонала к учреждению и своеобразной лицензии на взимание неофициальной платы с больных. Так, плата за назначение на старшую должность может равняться заработной плате за несколько лет. Заняв должность, врач может брать плату за услуги (официальную и неофициальную). Официальная плата расходуется на выплату заработной платы в местных учреждениях и эксплуатационные расходы системы здравоохранения в более широком смысле, поскольку часть собранной платы перераспределяется внутри системы здравоохранения. Если в городах конкуренция может сдерживать рост цен на услуги, то в сельских

Таблица 13. Средняя заработная плата (на октябрь 2001 г.)

Среднемесячная зарплата	Манаты	Доллары США ^a	% от средней зарплаты
Средняя по стране (октябрь 2000 г.)	205 225	42,76	
Министерство здравоохранения	75 808	15,79	36,9%
мужчины	125 253	26,09	61,0%
женщины	66 550	13,86	32,4%
Хирурги	83 510	17,40	40,7%
Педиатры	81 360	16,95	39,6%
Терапевты	75 715	15,77	36,9%
Стоматологи	73 174	15,24	35,7%
Гинекологи	74 489	15,52	36,3%
Акушерки	74 489	15,52	36,3%
Дипломированные медсестры	52 041	10,84	25,4%
Младшие медсестры	42 132	8,78	20,5%
Фельдшеры	118 242	24,63	57,6%
Техники-лаборанты	47 749	9,95	23,3%
Рентгенолаборанты	57 813	12,04	28,2%

Источник: Государственный комитет по статистике Республики Азербайджан.

Примечание: ^a по курсу 4800 манатов за 1 доллар США.

районах, где врачей мало, конкуренции практически нет. Эта система работает, но порождает ряд серьезных проблем, главная из которых — лишение беднейших слоев населения доступной медицинской помощи.

Однако далеко не все медики получают неофициальную плату (в более выгодном положении находятся обслуживающий персонал и те, кто общается непосредственно с больными). Любопытно, что среди бедных категорий населения, чей доступ к медицинской помощи ограничен, непропорционально велика доля медицинских работников. Авторы реформы здравоохранения предвидели это и освободили медиков от официальной платы в законе «Об охране здоровья населения» (1997 г.). По этому закону, при устройстве на работу медицинский работник получает специальную медицинскую страховку и доступ к медицинской помощи. В рамках государственной программы по сокращению бедности и экономическому развитию в 2003—2005 гг. правительство сделало первые шаги на пути к решению этих вопросов, повысив 1 июня 2003 г. заработную плату бюджетникам в секторе здравоохранения на 50%, выделив дополнительно на эти цели 30,1 млрд. манатов (29).

Реформы здравоохранения

Сегодняшняя азербайджанская система здравоохранения мало отличается от той, что была создана в Советском Союзе. Государство оказалось не в состоянии содержать широкую сеть плохо оборудованных больниц. Услуги раздроблены, связи между стационарной и амбулаторной медицинской помощью не налажены. Советская модель первичного медицинского обслуживания, для которой характерна узкая специализация врачей, слабая техническая оснащенность и нехватка вспомогательного персонала, нерациональна и неэффективна. Качественная медицинская помощь становится менее доступной, особенно для малообеспеченных, беженцев и вынужденных переселенцев. Большинство специалистов сходятся на том, что необходимо увеличивать финансирование и внедрять новые методы медицинского обслуживания.

Министерство здравоохранения начало процесс преобразований и активно взялось за реорганизацию медицинского обслуживания. В 1997 г. принят новый закон «Об охране здоровья населения» (вслед за этим в 1998 г. указом президента была образована Комиссия по реформе здравоохранения).

Чтобы новые законы заработали, Министерство здравоохранения подготовило в 1999 г. примерный план реформ здравоохранения (44), в котором был очерчен широкий круг сложнейших задач в области здравоохранения:

- реформа управления;
- развитие новых экономических механизмов;
- организация и развитие медицинского страхования;
- реформа первичного медицинского обслуживания;
- аккредитация, сертификация и лицензирование;
- приватизация медицинских учреждений;
- развитие медицинской науки;
- реформа системы подготовки и повышения квалификации кадров;
- реформа фармацевтического сектора;
- рационализация сети медицинских учреждений и коечного фонда;
- улучшение работы санитарно-эпидемиологических служб;
- реформа информатики и статистики.

В этом документе, являющемся по сути списком пожеланий, Министерство

перечислило те области, в которых оно хотело бы провести преобразования, но не сумело выделить главное в этом длинном списке задач. Задач, которые оно не смогло решить в предыдущие годы. Тем не менее этот документ был учтен при разработке правительственной стратегии по сокращению бедности и затем в программе по сокращению бедности и экономическому развитию, что, возможно, позволит приступить к решению некоторых основных задач плана.

Рабочая группа по здравоохранению, созданная для участия в разработке стратегии сокращения бедности, обозначила три направления, на которых необходимо сосредоточить усилия, чтобы добиться успеха:

- 1) более рациональное использование ограниченных государственных ресурсов;
- 2) реформа медицинского обслуживания, в первую очередь в целях лучшего удовлетворения потребностей малообеспеченных категорий населения;
- 3) повышение качества медицинских услуг, также с уделением особого внимания потребностям малообеспеченных (30).

Далее рабочая группа выделила ряд целей реформы здравоохранения:

- уменьшить территориальное неравенство в отношении доступности медицинской помощи;
- обеспечить оптимальный уровень охвата иммунизацией;
- эффективнее использовать доходы от платных услуг;
- определить набор медицинских услуг, бесплатно предоставляемых всему населению;
- добиться устойчивого улучшения здоровья населения и финансирования здравоохранения;
- повысить экономичность системы здравоохранения путем сокращения ненужных расходов;
- обеспечить условия открытой конкуренции для участия частного сектора в медицинском обслуживании;
- улучшить эпидемиологическую ситуацию;
- демократизировать управление здравоохранением;
- улучшить качество подготовки медицинских специалистов;
- создать национальную систему контроля за санитарно-эпидемиологической обстановкой и соответствующими факторами риска;
- улучшить лекарственное обеспечение населения и техническую оснащенность медицинских учреждений.

Хотя эта программа более конкретна, она тоже чрезвычайно обширна и не совсем понятно, во что она обойдется и как ее осуществлять.

Содержание реформ

Азербайджанское законодательство в области здравоохранения начало меняться в 1993 г. Статья 41 конституции, вступившей в силу в 1995 г., определила правовые рамки работы системы здравоохранения. За последние 10 лет Миллий Меджлис (парламент) принял немало вполне конкретных за-

конов. Однако четких механизмов по обеспечению их применения нет, что во многом обусловлено раздробленностью системы, несогласованностью систем подотчетности и, возможно в первую очередь, нехваткой средств. В Азербайджане, как и в других странах Содружества независимых государств, реформы часто вводятся президентскими указами, в подготовке которых главные заинтересованные стороны почти не участвуют, и поэтому вопросы практического осуществления реформ остаются непроработанными. Даже при поверхностном сопоставлении названий законов и приведенной выше характеристики азербайджанской системы здравоохранения видно, что эти законы были малоэффективны, за исключением разве что процедурных изменений в некоторых учреждениях Министерства здравоохранения. В довольно длинный список входят следующие законы:

- Об охране здоровья населения (26 июня 1997 г.);
- О санитарно-эпидемиологической безопасности (10 ноября 1992 г.);
- О донорстве крови и ее компонентов (7 февраля 1997 г.);
- О предотвращении распространения заболевания, вызванного ВИЧ (16 апреля 1996 г.);
- О фармацевтической деятельности;
- О новых принципах построения системы финансирования здравоохранения, подушном финансировании из местного бюджета, создания правовой базы для финансирования государственных программ;
- О медицинском страховании;
- О частной медицинской практике;
- О трансплантации человеческих органов и тканей;
- Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний;
- О борьбе с туберкулезом;
- Об аккредитации медицинских учреждений с целью регулирования их деятельности в период перехода к рыночной экономике и о сертификации медицинских работников;
- О частной медицинской практике;
- О создании нормативно-правовой базы для развития предпринимательства, охраны здоровья населения в частных стационарах и социальной защиты медицинского работника;
- О разработке законодательных актов, направленных на регулирование медицинского обслуживания населения во вновь создаваемой муниципальной системе, предоставлении муниципальным органам возможности участвовать в решении социальных проблем населения;
- Об усилении общественного здравоохранения в переходный период, о приоритетности охраны здоровья матери и ребенка;
- О создании необходимой законодательной базы для регламентирования видов, объемов и правил определения стоимости платных услуг и прогрессивной оплаты труда медицинского персонала в специализированных отделениях и медицинских учреждениях в переходный период.

Некоторые законы оказались весьма действенными. Ряд президентских указов (от 24 февраля 1994 г., 12 сентября 1996 г.) и закон об охране здоровья населения, принятый Миллий Меджлисом (6 марта 1996 г., 26 июня 1997 г.),

ввели плату за некоторые специализированные медицинские услуги. Президентский указ от 27 января 1997 г. разрешил частное предпринимательство в области лекарственных средств, традиционной и нетрадиционной медицины. И наконец, указом президента № 760 от 13 марта 1998 г. создана государственная консультативная комиссия по реформе здравоохранения.

Осуществление реформ

Планомерная реформа устаревшей азербайджанской системы здравоохранения, унаследованной с советских времен, еще впереди. Принято много новых законов, однако нерешенность структурных проблем здравоохранения и нехватка денег (несмотря на растущие доходы от добычи нефти) свидетельствуют о том, что эти законы работают. Вместе с тем успешный опыт экспериментальных проектов стоит распространить в масштабах страны.

ЮНИСЕФ поддержал проект по внедрению новой модели первичного медицинского обслуживания в Кубинском районе. В 1997 г. этот опыт был распространен на другие районы (Масалли, Ленкорань, Джалилабад, Нефтчала). Цель кубинского проекта — наметить пути перестройки первичного медицинского обслуживания на уровне района. Проект включал три составляющие: поощрение национального диалога о том, какие политические изменения необходимы для реформы здравоохранения; осуществление реформ первичного медицинского обслуживания, таких как рационализация медицинского обслуживания, обучение персонала и развитие управления; контроль и оценка достижений. За основу была взята общепринятая модель семейной медицины, правда, ее внедрение затруднялось отсутствием в стране соответствующей подготовки врачей. ЮНИСЕФ совместно с Агентством международного развития США, компанией «Unoc» и международной некоммерческой организацией «Корпус милосердия» поддержал целый ряд других мер по реформированию здравоохранения. Планы по расширению работы в области первичного медицинского обслуживания были разработаны в 2003 г., начало их реализации намечено на 2005 г. Они направлены на обеспечение доступной качественной первичной медицинской помощи. По мере осуществления реформ и их испытания на практике темпы распространения опыта могут ускоряться, правда, серьезным препятствием остается нехватка денег. Для следующего этапа расширения реформы потребуется не менее 5 млн. долларов США. Таким образом, эта работа приносит хорошие результаты, но для распространения опыта по всей стране потребуется еще много усилий.

Что касается общественного здравоохранения, то структура санитарно-эпидемиологической службы в основном осталась прежней, но произошли изменения в некоторых областях деятельности. Например, Министерство здравоохранения взяло на вооружение разработанную ВОЗ методику борьбы с туберкулезом DOTS (строго контролируемое лечение коротким курсом химиотерапии). Официально эта программа внедряется с января 2003 г., но

до сих пор ею охвачено лишь 4% больных. Более того, выявляемость заболевания составляет около 20%, в то время как по стандарту ВОЗ она равна 70%.

Признавая колоссальный вред, наносимый здоровью потреблением табака, Министерство здравоохранения начало кампанию против курения. Однако районные органы здравоохранения пока еще не осознали, что пропаганда здорового образа жизни должна стать одной из их задач. В 1996 г., при поддержке Фонда народонаселения ООН, Министерство начало содействовать распространению современных методов контрацепции в шести районах. Однако в будущем эта работа может прекратиться, если Агентство международного развития США перестанет давать на это деньги.

Министерство здравоохранения наконец-то взялось за рационализацию широкой сети устаревших, мало используемых медицинских учреждений. С 1995 г. при осуществлении указанных выше проектов министерство решает эту задачу путем слияния или закрытия медицинских учреждений. Работа продолжится в ближайшие годы. Некоторые медицинские учреждения, такие как стоматологические поликлиники, были приватизированы и больше не финансируются государством. Однако это главным образом небольшие учреждения, и их расходы составляют незначительную долю в общих расходах на здравоохранение.

Введение платы за услуги должно было увеличить бюджет здравоохранения на 10%, но оно сопровождалось сокращением государственного финансирования. Очевидно, что средств, поступающих от финансирующих организаций и из государственного бюджета, недостаточно для существенного улучшения медицинского обслуживания. Понимая нереалистичность ожидания ежегодного значительного увеличения финансирования, в 2001 г. правительство подготовило документ «Стратегия сокращения бедности», в котором обозначило ряд мер для постепенного увеличения финансирования, конечной целью которых является достижение такого уровня финансирования, который бы обеспечил необходимый уровень медицинского обслуживания. А тем временем Министерство здравоохранения, как производитель услуг, намерено продолжать работу по повышению качества и экономичности своих услуг. Всемирный банк через Международную ассоциацию развития выделил Республике Азербайджан кредит на обучение и инновации (Learning and Innovation Loan) в связи с проводимыми Министерством здравоохранения преобразованиями.

Осуществление проекта реформ здравоохранения началось в 2001 г. Его главной целью является изыскание путей реформирования и укрепления районного звена медицинского обслуживания. Ожидается, что проект позволит:

- расширить знания и возможности персонала Министерства здравоохранения по разработке и реализации необходимых реформ первичного медицинского обслуживания;
- повысить качество первичной медицинской помощи в экспериментальных районах;
- сделать первичное медицинское обслуживание в пяти экспериментальных районах более доступным;

Общий бюджет проекта оценивается в 5,5 млн. долларов США. Всемирный банк предоставляет 4 млн. СПЗ (специальных прав заимствования), что эквивалентно 5 млн. долларов США, или 90% общей стоимости проекта. Остальные 10% (0,5 млн. долларов США) вносит правительство Азербайджана.

Деятельность в рамках проекта координирует специальный отдел в Министерстве здравоохранения. Завершить проект планируется к концу 2004 г. В рамках проекта Министерство здравоохранения и ЮНИСЕФ заключили договор о проведении реформы медицинского обслуживания на районном уровне. Проект состоит из двух частей.

1. Нарастивание возможностей для изменения политики в области здравоохранения: развитие анализа и планирования, реформа финансирования здравоохранения, совершенствование политики в сфере лекарственного обеспечения, создание управленческой информационной системы.
2. Реформа системы первичного медицинского обслуживания на районном уровне призвана обеспечить прямое финансирование и ощутимую помощь в подготовке кадров пяти районам, где проводится эксперимент (Сальяны, Хачмас, Шарур, Геокчай и Шамкир). Чтобы оценить результаты проекта, для каждого экспериментального района был подобран соответствующий район сравнения. В контрольных районах собирают данные по ключевым показателям проекта, но эти районы не получают никакой помощи в рамках проекта. В этой данной части проекта предусматривается следующее:
 - рационализация медицинского обслуживания при активном участии общественности;
 - внедрение моделей первичного медицинского обслуживания при поддержке консультантов и помощников;
 - повышение качества и доступности первичного медицинского обслуживания примерно в восьми медицинских учреждениях в каждом районе;
 - обучение управленческих кадров районного звена системы здравоохранения современным методам управления (осуществляет ЮНИСЕФ);
 - повышение квалификации медицинского персонала на рабочем месте по существующим адаптированным программам ЮНИСЕФ, а также по новым программам в самых разных областях клинической медицины.

В рамках проекта реформы здравоохранения создано 45 общественных советов здравоохранения, подготовлен план рационализации для экспериментальных районов и проведены различные курсы повышения квалификации для медицинского персонала (29).

В 2001 г. проведена реформа финансовой отчетности в здравоохранении. Раньше Министерство здравоохранения не могло осуществлять планирование здравоохранения на уровне страны, поскольку не знало, сколько денег выделяет районам Министерство финансов. С 2001 г. районы стали отчитываться перед Министерством здравоохранения. Система еще только складывается, но это — первый шаг к рациональному управлению финансовыми средствами. Работа по совершенствованию системы продолжилась в июне 2002 г.: за три года в рамках программы технического содействия в институ-

циональном строительстве (ИВТА-II) Всемирный банк выделил Министерству здравоохранения 400 000 долларов США.

Какое-то время рассматривалась возможность создания системы государственного медицинского страхования для финансирования здравоохранения, но практических шагов в этом направлении пока не сделано. В 2000 и 2001 гг. из бюджета на эти цели было выделено 2,2 млн. долларов США. Однако, поскольку не было понятно, как именно надо использовать эти деньги, они были возвращены Министерству финансов. В нынешнем проекте реформы здравоохранения предусмотрены средства на изучение возможности создания программы страхования, включающей страхование для бедных (подраздел проекта о финансировании здравоохранения). В этой схеме покрытие расходов на медицинские услуги, вероятно, будет поэтапно расширяться.

Ожидается, что стратегия сокращения бедности, разработанная в 2002 г., послужит толчком к дальнейшим реформам, включая сокращение избыточного коечного фонда, обновление и переоснащение оставляемых учреждений, в том числе лабораторий, совершенствование подготовки руководящих кадров районного звена, улучшение информационных потоков (между пятью экспериментальными районами, с перспективой распространения опыта в масштабах страны) и совершенствование управления данными о финансовой деятельности. Для каждого экспериментального района разработан отдельный план рационализации. Эти планы предусматривают сокращение числа больничных коек, больниц и их персонала; создание новых востребованных услуг; увеличение числа амбулаторных учреждений первичного медицинского обслуживания; переориентацию с оказания специализированной помощи на основное первичное медицинское обслуживание, общую практику и профилактическую медицину. В стратегии сокращения бедности предлагалось повысить гибкость финансирования здравоохранения, разрешив при необходимости переносить средства из одной статьи расходов в другую. Будет ли это предложение реализовано, пока не ясно. Для более справедливого распределения средств по районам предложено постепенно перейти на подушное финансирование районных бюджетов здравоохранения, увеличить финансирование более нуждающихся районов. И наконец, восемнадцатипроцентный налог на добавленную стоимость, собираемый с доходов от платных услуг и передаваемый в Министерство финансов, предложено оставлять в районах для создания местных фондов субсидирования медицинского обслуживания (в первую очередь первичного) малообеспеченных категорий населения.

Заключение

Последние семьдесят лет медицинское обслуживание населения Республики Азербайджан обеспечивалось на основании административных нормативов, не учитывавших потребности местного населения и наличие средств. Кадровая политика была ориентирована на обеспечение большой численности медицинских работников, а не качества их работы. Медицинская помощь, пусть самая основная, была широкодоступна, но не было рычагов, позволяющих обеспечивать ее качество.

Распад Советского Союза привел к серьезным переменам в Азербайджане. Перед страной встали сложнейшие задачи в области политики, экономики и здравоохранения. Политические задачи были связаны с переходом Азербайджана от административно-командной советской системы к частично плюралистической системе, причем демократические институты приходилось строить в стране, где никогда не было демократии. Это было непросто. Экономике страны, десятилетиями страдавшей от недостатка инвестиций как в основные, так и в трудовые ресурсы, огромный ущерб нанес разрыв торговых связей, сложившихся в советский период. Конфликт с соседней Арменией усугубил ситуацию, приведя к появлению миллиона беженцев и вынужденных переселенцев. Что же касается здоровья населения, то в Азербайджане, как и в других странах Содружества независимых государств, низкая продолжительность жизни и широко распространены инфекционные заболевания.

Реформа назрела, но идет пока очень медленно. Негибкая система здравоохранения, страдающая от острой нехватки средств, не способна удовлетворить даже самые элементарные потребности населения. В 1992 и 1993 гг. были приостановлены даже такие важнейшие программы общественного здравоохранения, как иммунизация. Результатом стала вспышка таких заболеваний, как полиомиелит, дифтерия и малярия, с которыми, казалось, уже было покончено. Растет заболеваемость и другими болезнями, в частности туберкулезом. Здесь система здравоохранения потерпела почти полный крах.

В 1993 г. правительство в срочном порядке провело серьезную оценку системы здравоохранения. В то время на повестке дня стояли другие задачи, но от их решения зависела и ситуация в здравоохранении. В число этих задач

входили обеспечение устойчивости политической системы, прекращение огня и начало масштабной программы социальной помощи беженцам и вынужденным переселенцам. Реформу здравоохранения планировалось включить в общую программу перестройки производственно-социальной инфраструктуры страны.

Лишь не так давно в сфере здравоохранения начались, наконец, преобразования. Среди них — экспериментальный проект по внедрению новых методов первичного медицинского обслуживания, приватизация аптек и некоторых медицинских учреждений, признание прав пациента и совершенствование управления на местном уровне. Предстоит очень многое сделать для создания в Азербайджане системы здравоохранения, способной удовлетворить потребности населения страны. Некоторые особенности нынешней системы обуславливают замкнутый круг нищеты и болезней, что тяжким бременем ложится на плечи общества. К этим особенностям относятся следующие: здравоохранение ориентировано на лечение, а не на профилактику, причем действующая система стимулирования поощряет врачей откладывать и затягивать лечение в ущерб благополучию пациентов; отсутствие стимулов и возможностей для повышения качества услуг; отсутствие целостной системы подотчетности и закрытость денежных потоков; отсутствие информационных систем, позволяющих достоверно оценить состояние здоровья населения, что является необходимым условием для рационального управления и планирования медицинских услуг; и наконец, мизерное финансирование здравоохранения. Решение этих важнейших задач в конечном итоге будет способствовать улучшению работы всей системы в целом. Однако для этого необходим не только экономический рост, но и сильная политическая воля и готовность вкладывать средства в здравоохранение. Первые шаги в этом направлении делаются в рамках государственной программы по сокращению бедности и экономическому развитию, но судить о результатах пока рано.

Приложения

Приложение 1. Бюджет здравоохранения на 1998 и 1999 гг.

Государственный бюджет здравоохранения	1998			1999		
	Млрд. манатов		Испол- нение, %	Млрд. манатов		Испол- нение, %
	План	Факт		План	Факт	
Министерство здравоохранения	229,9	152,7	66,4	221,6	183,4	82,8
Государственные железные дороги	4,6	2,7	58,7	2,6	2,8	107,7
Всего	234,5	155,4	66,3	224,2	186,2	83,1
Из которых:						
Текущие расходы	105,8	70,7	66,8	104,5	98,5	94,3
Заработная плата	99,8	70,7	70,8	77	73,2	95,1
Взносы работодателей	6	0	0	27,5	25,3	92,0
Отчисления в социальный пенсионный фонд	6	0	0	27,5	25,3	92,0
Расходы на другие товары и услуги	114,1	74,5	65,3	112,4	81,9	72,9
Лекарственные средства	27,2	15,1	55,5	28,4	18,1	63,7
Продукты питания	17,6	11,3	64,2	18,3	12,8	69,9
Коммунальные услуги	27,9	19,3	69,2	30,8	24,5	79,5
Приобретение материа- лов и оборудования	11,2	7,2	64,3	6,4	5,2	81,3
Капитальные затраты	13,9	9,8	70,5	7,3	5,7	78,1

Источник: Министерство здравоохранения.

Приложение 2.
Расходы на здравоохранение в 1995–2002 гг.
на центральном и местном уровнях

Министерство здравоохранения	Расходы							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный бюджет	30	43	39	38	42	47 (22%)		
Местный бюджет	122	166	155	123	153	168 (78%)		
Всего	152	209	194	161	195	215	272	
На душу населения, манаты	19 886	27 051	24 872	20 440	24 518	26 821	33 659	
На душу населения, доллары	4,5	6,3	6,2	5,3	6,0	5,7	5,5	5,7

Источник: Министерство здравоохранения.

Приложение 3. Использование коечного фонда

Средняя занятость койки, %	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Республиканские больницы	65,2	33,8	34,3	33,0	32,8	30,9	33,7
Детские республиканские больницы	53,8	28,0	26,4	26,7	28,1	25,9	26,2
Городские больницы	70,0	32,7	29,2	26,6	24,3	23,0	23,3
Детские городские больницы	66,4	33,1	29,8	26,9	22,1	21,2	23,9
Инфекционные больницы							
взрослые	76,7	25,3	16,6	20,0	14,7	10,5	11,0
детские	61,9	30,8	26,1	27,0	19,2	14,4	13,2
Фтизиатрические больницы							
взрослые	61,3	33,1	47,3	55,5	42,4	17,9	—
детские	65,2	45,0	51,6	52,1	42,2	42,6	55,1
Центральные республиканские больницы	78,8	32,7	28,6	26,3	23,9	23,8	24,6
Районные больницы	66,0	22,4	13,3	12,5	8,9	8,2	6,3
Сельские больницы	69,0	34,4	34,1	31,9	28,8	28,1	31,0
Родильные дома	68,2	51,3	34,3	29,7	26,5	25,0	24,4
Университетские клиники	71,1	48,5	47,5	40,8	37,3	31,9	32,8
Исследовательские институты	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Психиатрические больницы	83,4	51,3	43,6	42,8	40,8	40,7	40,9
Диспансеры							
противотуберкулезные	70,0	49,9	61,6	52,4	46,2	43,0	61,4
онкологические	68,8	45,8	47,2	39,8	34,3	31,6	36,6
дермато-венерологические	63,1	40,0	39,2	33,5	27,3	26,2	29,7
психоневрологические	81,1	45,4	41,4	45,3	40,7	42,6	51,9
наркологические	72,2	54,8	49,6	54,0	44,9	35,9	32,5
кардиологические	67,1	36,9	33,5	28,3%	27,0	25,9	26,8

Источник: Министерство здравоохранения.

Приложение 4. Больницы Министерства здравоохранения и районных органов власти

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Общее число больниц	733	733	730	730	721	714	714	710	713
Общее число больничных коек	69 294	68 522	67 472	66 913	66 580	65 864	64 723	64 089	63 505
Центральные районные больницы	59	65	63	63	63	63	63		
Число коек в центральных районных больницах	14 949	14 625	14 455	14 447	14 475	14 401	14 721		
Сельские местные больницы	376	374	374	374	368	365	366		
Число коек в сельских больницах	13 065	12 922	12 352	12 176	12 065	11 985	11 925		
Круглогодичные санатории	29	26	25	23	23	23	23		
Число коек в круглогодичных санаториях	3800	3275	3142	2942	2875	2875	1731		
Детские дома	4	4	4	4	4	4	4		
Число мест в детских домах	360	310	350	350	350	400	400		

Источник: Министерство здравоохранения

Приложение 5.
Медицинские учреждения, находящиеся в ведении
Министерства здравоохранения

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Поликлинические отделения при больницах и родильных домах	614	611	605	602	600	595	597
Самостоятельные поликлиники и амбулатории	869	895	880	875	849	836	834
Сельские амбулатории	727	743	719	719	701	685	685
Медицинские пункты	61	152	105	91	57	97	110
Стоматологические поликлиники	44	48	48	47	49	48	49
Диспансеры							
противотуберкулезные	27	27	27	27	26	29	25
онкологические	9	9	9	8	8	8	8
кожно-венерологические	23	21	21	21	20	20	20
психоневрологические	10	11	11	11	11	11	11
эндокринологические	5	5	5	5	5	5	5
психотерапевтические	9	7	7	7	8	8	8
наркологические	8	8	9	9	9	9	9
кардиологические	3	4	4	4	4	4	4
Амбулатории и поликлиники, включая поликлинические отделения больниц и диспансеров	1678	1646	1626	1616	1589	1573	1573
Общее число станций неотложной медицинской помощи, из них:	67	70	69	74	69	69	70
самостоятельных	21	26	26	26	26	26	26
в составе других учреждений	46	44	43	48	43	43	44
Санитарно-эпидемиологические службы, включая службы дезинфекции	85	89	89	89	89	89	89
Фельдшерские пункты	693	423	353	344	284	155	148
Фельдшерско-акушерские пункты	2329	2084	2025	1920	1878	1817	1847

Источник: Министерство здравоохранения.

Приложение 6. Закон Республики Азербайджан «Об охране здоровья населения»

Статья 24. Каждый больной имеет право на:

- выбор врача (с согласия самого врача), за исключением случаев оказания неотложной помощи;
- обследование и лечение в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям;
- консультацию специалиста и стационарное лечение;
- конфиденциальность в отношении сведений личного характера, касающихся лечения, состояния здоровья, диагноза и другой информации, полученной при обследовании и лечении;
- добровольную дачу письменного или устного согласия на медицинское вмешательство;
- отказ от медицинского вмешательства;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья и на выбор, по своему усмотрению, лица, которое передаст ему эту информацию;
- предоставление отдельного места в больнице для исполнения религиозных обрядов при условии, что это не нарушает правил внутреннего распорядка.

В случае нарушения прав пациента он может обратиться к руководству медицинского учреждения, в соответствующий орган исполнительной власти или в суд в определенном законодательством порядке.

Литература

1. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Statistical yearbook of Azerbaijan. Baku, State Statistical Committee of Azerbaijan, 2003.
2. UNDP. Azerbaijan Human Development Report 2000. Baku, UNDP, 2000; and UNDP. Azerbaijan Human Development Report 2002. Baku, UNDP, 2002.
3. Government of Azerbaijan and the World Bank. Azerbaijan Republic Poverty Assessment Study/Internally Displaced Persons and Refugees. Azerbaijan, Government of Azerbaijan and the World Bank, 2002.
4. Fuller, L. RFE/RL Caucasus report. 5 December 2003. <http://www.rferl.org/reports/asfiles/> (accessed 2 March 2004), Radio Free Europe/Radio Liberty, 2003.
5. Constitution of Azerbaijan Republic, 1995.
6. World Health Organization. Health For All Database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
7. World Bank. 2003 World Development Indicators CD-ROM, World Bank, 2003.
8. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Independent Azerbaijan, 2001. CD-Rom compendium of official government statistic, 2002.
9. UNICEF. Azerbaijan. Multiple Indicator Cluster Survey. Baku, UNICEF, 2000.
10. Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Azerbaijan Ministry of Health, State Committee of Statistics et al. Reproductive Health Survey Azerbaijan, 2001. Final report. Baku/Atlanta, 2003.
11. UNICEF. Social monitor 2003. Florence, UNICEF, 2003.
12. UNICEF. The state of the world's children. New York, UNICEF, 1994- 2001, 2004.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: a comparative report. Atlanta, Department of Health and Human Services, 2003.

14. UNDP. Human Development Report 2003. New York, Oxford University Press, 2003.
15. Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J. et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2nd edition, data updated 15 July 2003. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/> (accessed 15 March 2004), 2003.
16. Ministry of Health. www.mednet.az (Ministry of Health of Azerbaijan Republic Internet Portal), 2002.
17. International Medical Corps. Service Database, 2002.
18. Ministry of Health. Rolling back malaria in Azerbaijan. Baku, 2000.
19. Claeys, P., Ismailov, R., Rathe, S. et al. Sexually transmitted infections and reproductive health in Azerbaijan. *Sexually Transmitted Diseases*. 2001; 28 (7): 372-378.
20. UNDP. HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the epidemic. Facts and policy options. Bratislava, UNDP, 2004.
21. Herzog, E. The new Caucasus. Armenia, Azerbaijan and Georgia. London, The Royal Institute of International Affairs, 1999.
22. EBRD. Strategy for Azerbaijan. London, European Bank for Reconstruction and Development, 2002.
23. World Bank. World Bank list of economies (April 2003), World Bank, 2003.
24. World Bank. Azerbaijan Republic poverty assessment. Volume II: The main report. Washington, D.C., World Bank, 2003.
25. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Survey of the economic activity of the population of Azerbaijan: methodology and analysis of the labour market situation. Baku, State Statistical Committee, ILO, UNDP, 2004.
26. Falkingham, J. Inequality & poverty in the CIS7 1989-2002. In: Lucerne Conference of the CIS-7 Initiative, January 20-22, 2003, Lucerne, 2003.
27. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Survey on the socio-economic security of the population of Azerbaijan. Baku, State Statistical Committee, ILO, UNDP, 2004.
28. IMF, W.B., EBRD, Asian Development Bank. Report on progress under the CIS-7 Initiative. <http://www.cis7.org> (accessed 2 March 2004), IMF, World Bank, EDRB, Asian Development Bank, 2003.
29. State Programme on Poverty Reduction and Economic Development. Annual progress report 2003. Baku, 2004.
30. State Program on Poverty Reduction. Sector Policy Note, March, 2002.
31. Government of Azerbaijan-UNICEF. Programme of Cooperation, Master Plan of Operations 2000-2004. Baku, Government of Azerbaijan-UNICEF, 1999.

32. World Bank. Azerbaijan public expenditure review. Washington, D.C., World Bank, 2003.
33. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Average government salaries. 2002.
34. U.S. Agency for International Development. Budget justification to the Congress. Fiscal year 2004, 2004.
35. State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Azerbaijan in figures 2003. <http://www.azstat.publications/azfigures/2003> (accessed 17 March 2004), State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2004.
36. London School of Hygiene & Tropical Medicine & UNICEF. Report of an evaluation of the PHC revitalization project in Azerbaijan. Final Report (Revised) January, 2000.
37. International Medical Corps. Network Survey, 2000.
38. World Health Organization & UNICEF. Review of National Immunization coverage 1980-1999, Azerbaijan. Baku, World Health Organization, UNICEF, 2001.
39. World Health Organization. Monthly morbidity world report, 28 July 2000.
40. United Nations Secretariat. Assessment on Aging. 2002.
41. United Aid for Azerbaijan. Children's Institutions in Azerbaijan. A Situation Analysis. Baku, United Aid for Azerbaijan, 2000.
42. International Helsinki Federation for Human Rights. Azerbaijan, www.ihf-hr.org/reports/AR2002/word%20format/Azerbaijan.doc, 2002.
43. World Bank. Poverty Reduction Strategy Paper, Azerbaijan Republic. Baku, World Bank, 2001.
44. Ministry of Health of the Azerbaijan Republic. Reorientation of the System of Health and Reforms Maintained in the Sphere of Organization and Rendering Medical Services to the Population. Baku, Ministry of Health of the Azerbaijan Republic, 1999.

Дополнительная литература

- Government of Azerbaijan-UNICEF, Programme of Cooperation, Master Plan of Operations 2000-2004. Baku, 1999.
- UNICEF. Children and women in Azerbaijan: A Situation Analysis. Baku, 1999.
- UNICEF. Project proposal: revitalization of PHC in refugee/IDP settlements. Baku, 2000.

Системы здравоохранения: время перемен

Серия обзоров, подготовленных Европейской обсерваторией по системам здравоохранения

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержат всесторонний анализ систем здравоохранения отдельных стран, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой элементы единого целого, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить характерные трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

Как получить обзор

Все обзоры (в формате PDF) можно найти на сайте www.observatory.dk. Там же можно подписаться на рассылку ежемесячно обновляемых материалов о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры систем здравоохранения, книги из серии совместных публикаций с издательствами Open University Press (на английском) и «Весь мир» (на русском), политические сводки, информационный бюллетень «EuroObserver» и журнал «EuroHealth». Печатный экземпляр обзора заказывайте по адресу

observatory@who.dk
или по телефону (+45) 39 17 17 17.

Издания
Европейской
обсерватории
по системам
здравоохранения
читайте на сайте
observatory@who.dk

На сегодня опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)
 Австрия (2001^д)
 Азербайджан (1996, 2004)
 Албания (1999, 2002^{а,ж})
 Андорра (2004)
 Армения (1996, 2001^ж)
 Беларусь (1997)
 Бельгия (2000)
 Болгария (1999, 2003^б)
 Босния и Герцеговина (2002^ж)
 Бывшая югославская республика Македония (2000)
 Великобритания (1999^ж)
 Венгрия (1999, 2004)
 Германия (2000^д, 2004^д)
 Греция (1996)
 Грузия (2002^{в,ж})
 Дания (2001)
 Израиль (2003)
 Исландия (2003)
 Испания (1996, 2000^г)
 Италия (2001)
 Казахстан (1999^ж)
 Канада (1996)
 Киргизия (1996, 2000^ж)
 Латвия (1996, 2001)
 Литва (1996, 2000)
 Люксембург (1999)
 Мальта (1999)
 Молдова (1996, 2002^ж)
 Нидерланды (2004)
 Новая Зеландия (2002)
 Норвегия (2000)
 Польша (1999)
 Португалия (1999, 2004)
 Россия (1998, 2003^ж)
 Румыния (1996, 2000^е)
 Словакия (1996, 2000, 2004)
 Словения (1996, 2002)
 Таджикистан (1996, 2000)
 Туркмения (1996, 2000)
 Турция (1996, 2002^{ж,з})
 Узбекистан (2001^ж)
 Украина (2004^ж)
 Финляндия (1996, 2002)
 Франция (2004^и)
 Хорватия (1999)
 Чешская республика (1996, 2000)
 Швейцария (2000)
 Швеция (1996, 2001)
 Эстония (1996, 2000)

Примечание

Все обзоры изложены на английском языке.
 Переводы на другие языки помечены:

- ^а албанский
- ^б болгарский
- ^в грузинский
- ^г испанский
- ^д немецкий
- ^е румынский
- ^ж русский
- ^з турецкий
- ^и французский