

Реферат обзора

Азербайджан

Введение

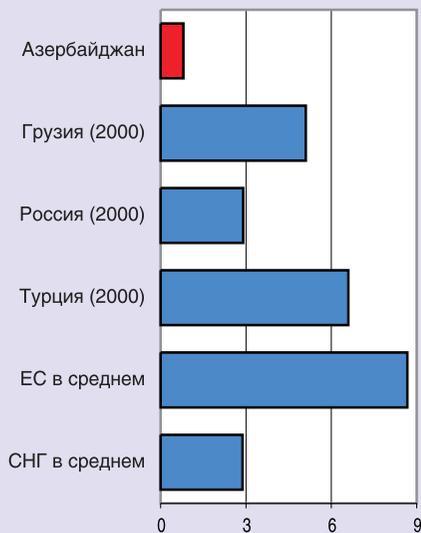
Государственный строй и
новейшая политическая история

Азербайджан получил независимость в 1991 г. Страна разделена на 2 части — автономную республику Нахичевань и основную территорию Азербайджана, между которыми находится территория Армении. В 1988 г. начался конфликт вокруг Нагорного Карабаха, вылившийся в войну 1992—1994 гг. Окончательное решение конфликта до сих пор не найдено. Глава государства — президент, избираемый всенародным голосованием сроком на 5 лет. Президент назначает премьер-министра, назначение утверждает однопалатный парламент (Милли Меджлис). Верховный суд, образованный в 1998 г., возглавляет судебную ветвь власти.

Население

В 2002 г. в стране проживало 8,2 млн человек, из них 12% — беженцы и вынужденные переселенцы, изгнанные с родных земель в результате нагорно-карабахского конфликта. С 1990 г. материальное положение многих семей все больше ухудшалось; сегодня средняя азербайджанская семья тратит на еду 70% своего чистого дохода. Чтобы облегчить решение задач переходного периода, Азербайджан присоединился к выдвинутой в апреле 2002 г. Инициативе СНГ-7, направленной на сокращение бедности и содействие экономическому развитию.

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Азербайджане и других странах в 2003 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

Средняя продолжительность
жизни

Согласно официальным данным, с 1990 г. по 1994 г. средняя продолжительность жизни уменьшилась с 71,4 до 67,9 года, но затем стала расти. Такая динамика характерна для большинства бывших республик Советского Союза. В 2002 г. средняя про-

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen
Телефон: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 18
Электронная почта: info@obs.euro.who.int
Сайт в интернете: www.observatory.dk

должительность жизни достигла 72,4 года. Однако на самом деле этот показатель может быть значительно ниже. 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 у женщин.

Основные причины смерти

Основные причины смерти — сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, травмы и отравления, а также инфекционные заболевания. Война в Нагорном Карабахе в значительной мере способствовала росту смертности в начале 1990-х гг. (позднее этот показатель уменьшился). В 2002 г. официальный уровень смертности детей на первом году жизни составлял 12,8‰, однако истинное число, вероятно, в шесть раз выше — примерно 75 на 1000. Не следует сильно доверять и официальной статистике по материнской смертности; по данным международных организаций, в 2000 г. она достигала 94 на 100 000 новорожденных.

Новейшая история системы здравоохранения

В советский период система здравоохранения строилась на принципах Семашко, планирование и управление осуществлялось централизованно. После распада Союза азербайджанская система здравоохранения столкнулась с серьезными экономическими трудностями. Из-за инертности и острой нехватки средств она оказалась не способной удовлетворить даже самые элементарные потребности населения. В 1992 и 1993 гг. были приостановлены даже важнейшие программы иммунизации. В результате вспыхнули уже, казалось, искорененные болезни, стал распространяться туберкулез и другие заболевания. Система здравоохранения оказалась на грани краха.

Направления реформ

Реформа назрела, но идет пока очень медленно. В 1993 г. правительство в срочном порядке провело серьезную оценку системы здравоохранения. В то время перед правительством остро стояли другие вопросы — обеспечение устойчивости политической системы, прекращение огня и начало масштабной программы социальной помощи беженцам и вынужденным переселенцам, — но их решение влияло и на здравоохранение. Реформу здравоохранения планировалось включить в общую программу перестройки производственно-социальной системы.

Расходы на здравоохранение и ВВП

С 1991 г. расходы на здравоохранение в Азербайджане сократились как в процентах от ВВП, так и в абсолютных величинах. По данным ВОЗ, в 2003 г. государственные расходы на здравоохранение составляли 0,8% ВВП — это самый низкий показатель в Европе. Эта величина не включает платежи населения (официальные и неофициальные).

Краткое содержание реферата

Структура здравоохранения почти не изменилась с советских времен. В годы независимости основной упор по инерции делается на стационарную помощь, хотя уже понятно, что этот путь не обеспечит потребности населения в медицинском обслуживании. Общедоступность медицинской помощи была поставлена во главу угла, однако постоянная нехватка средств привела к распространению неофициальных платежей, что в конечном итоге затруднило доступ к медицинской помощи для значительной части населения. Ситуация обострилась вследствие развала советской системы снабжения лекарствами и оборудованием и разрыва торговых свя-

зей. 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 остается государство.

Организационная структура и управление

Большинство медицинских учреждений принадлежат Министерству здравоохранения и местным органам власти. К Министерству здравоохранения относятся центральные и некоторые другие учреждения, в том числе республиканские больницы, научно-исследовательские институты и санитарно-эпидемиологические службы. Районным и городским органам власти принадлежат местные больницы, районные поликлиники и специализированные диспансеры. Свои медицинские учреждения есть у ряда министерств и ведомств; они обслуживают около 5% населения.

Министерство финансов определяет бюджет 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 международные организации вносят заметный вклад в формирование политики в области здравоохранения и обеспечение медицинского обслуживания, особенно в районах плотного проживания беженцев и вынужденных переселенцев.

Планирование, нормирование и управление

Высокоцентрализованная иерархическая структура управления на деле очень раздроблена. Министерство здравоохранения в конечном итоге отвечает за управление большей частью системы здравоохранения, но не имеет достаточных рычагов воздействия на местные больницы, финансируемые районной администрацией. Руководителям здравоохранения на местном уровне затрудняет задачу запутанная система подотчетности, а Министерству здравоохранения — ограниченность влияния на большинство медицинских учреждений страны. Тем не менее у министерства все же есть возможность воздействовать на районную администрацию, поскольку оно контролирует назначение районных руководителей здравоохранения.

Децентрализация системы здравоохранения

Районные управления играют важную роль в составлении и исполнении местного бюджета здравоохранения, но их возможности по рациональному использованию средств ограничены жесткими рамками постатейного бюджета, утверждаемого Министерством финансов, и контролем со стороны Министерства здравоохранения над назначениями на районном уровне. Большинство медицинских учреждений государственные, но есть и небольшой частный сектор.

Финансирование и затраты

Основные источники финансирования

Главный официальный источник финансирования здравоохранения — доходы от общего налогообложения, то есть государственный бюджет. В 2000 г. 78% средств поступило из местных бюджетов через рай-

онные управления здравоохранения, из центрального (республиканского) бюджета через Министерство здравоохранения — 22%.

Чтобы дополнить скудное государственное финансирование, в 1998 г. правительство ввело плату за некоторые виды медицинских услуг. По официальным данным, доля индивидуального медицинского страхования и платных услуг составляет около 5% в общем финансировании здравоохранения. Однако скорее всего она намного больше. По некоторым оценкам, в 2001 г. прямые официальные и неофициальные платежи населения составили 57% всех расходов на здравоохранение. Таким образом, можно считать финансирование системы здравоохранения смешанным частно-государственным.

Дополнительные источники финансирования

Прямые платежи населения включают в себя введенную в 1998 г. официальную плату за некоторые услуги государственных медицинских учреждений и неофициальную плату. Последняя бывает нескольких видов: полуофициальная плата за лекарственные средства и расходные материалы, плата за посещение больного, прямая неофициальная оплата услуг, плата за получение должности в лечебном учреждении. Официальная плата расходуется на дополнительную оплату труда медиков и закупку лекарственных средств. Средства от официальной оплаты услуг составляют около 10% местного бюджета здравоохранения.

Добровольное медицинское страхование введено в Азербайджане в 1995 г., но из-за его чрезвычайной дороговизны им охвачено менее 0,1% населения.

В последние годы нововведения в сфере здравоохранения осуществлялись при финансовой поддержке со стороны международных организаций, и есть вероятность, что такая помощь будет расширяться. Большая часть этих денег идет на развитие первичной медицинской помощи, составляя 25% общих государственных расходов в этом звене, или 10% общего бюджета Ми-

нистерства здравоохранения. Следует сказать, однако, что точно оценить масштабы финансирования из внешних источников довольно трудно.

Набор медицинских услуг

Принятая в 1995 г. конституция гарантирует гражданам право на доступ к медицинской помощи; медицинская помощь предоставляется государственными медицинскими учреждениями бесплатно (однако за некоторые услуги приходится платить). Бесплатно предоставляются всем гражданам следующие услуги: охрана здоровья матери, педиатрическая помощь, услуги по планированию семьи, а также лечение некоторых заболеваний, в частности диабета и туберкулеза. Некоторые категории граждан освобождены от платы. Если не считать беженцев и вынужденных переселенцев, то низкие доходы не являются основанием для освобождения от платы.

Расходы на здравоохранение

В 1991 г. на здравоохранение было расходовано 4,3% ВВП, в 2003 г. — чуть менее 1%. По официальным данным, расходы на здравоохранение в Азербайджане составляют около 25 долларов на душу населения, что в 50 раз меньше среднего уровня (1341 доллар на душу населения) в Европейском регионе ВОЗ (2001 г.). В эту сумму входит государственное финансирование, международная помощь и прямые платежи населения. По прогнозам, уровень государственного финансирования в ближайшие годы существенно не изменится, не стоит ждать и значительного роста поступлений из внешних источников. Вся надежда — на развитие нефтяной промышленности, которая может дать бюджету дополнительные средства.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание в основном сохранилось в том виде, в каком оно сформировалось при советской власти. В деревнях медицинскую помощь предоставляют фельдшерские пункты, поликлиники и сельские больницы. В сельских районах и городах есть центральные районные (городские) или муниципальные больницы и поликлиники. С 1997 г. больницы получили право выбирать врача. Первичная медицинская помощь часто сводится к выписыванию направлений, и многие предпочитают, минуя этот уровень, сразу обращаться к специалистам. Неофициальные поборы — еще одна причина, по которой люди избегают обращаться за первичной медицинской помощью.

В стране не готовят семейных врачей, плохо обеспечивается преемственность медицинской помощи: приходя на очередной прием, больной нередко попадает к другому врачу. Многие медицинские учреждения не удовлетворяют самым элементарным требованиям (в некоторых нет даже водопровода), им не хватает лекарственных средств, оборудование устарело. В то же время в первичном звене, как и во всей системе в целом, наблюдается избыток персонала и самих учреждений.

Азербайджан еще не приступал к внедрению комплексной семейной медицины в масштабах страны. Однако при поддержке международных организаций сейчас осуществляется ряд экспериментальных проектов, направленных на повышение качества и доступности первичной медицинской помощи.

Общественное здравоохранение

Две главные функции общественного здравоохранения по-прежнему выполняет государственная санитарно-эпидемиологическая служба. Во-первых, она отвечает за

санитарное состояние окружающей среды (устанавливает нормы, обеспечивающие безопасность воды и продуктов питания, и следит за их соблюдением) и борьбу с инфекционными заболеваниями. Во-вторых, она организует иммунизацию, контролирует ее проведение, снабжает районные медицинские учреждения необходимыми материалами.

Пропаганда здорового образа жизни и услуги по планированию семьи относятся к ведению Министерства здравоохранения, причем службы планирования семьи не только консультируют, но и обеспечивают средствами контрацепции. Однако в районные учреждения первичной медицинской помощи, куда обращается большинство людей, эти средства поставляются в недостаточном количестве.

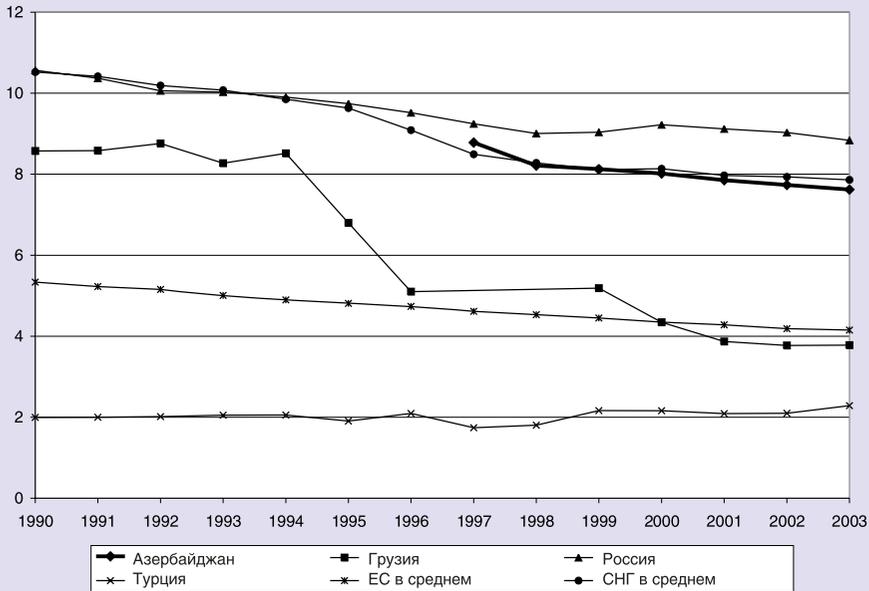
Специализированная медицинская помощь

В Азербайджане множество учреждений специализированной помощи, которые потребляют 65—70% всего бюджета здравоохранения. В стране примерно 740 больниц, в центральных районных больницах в среднем по 230 коек, в сельских — по 30. Есть еще 90 специализированных диспансеров и сеть санаториев для восстановительного лечения. Более 95% больниц принадлежат государству, в частном секторе — не менее 25 больниц.

С 1990 г. коечный фонд уменьшился, но обеспеченность населения больничными койками все еще достаточно высока — 827 на 100 000 населения (2003 г.). Для сравнения, в Европейском союзе в 2002 г. она составляла 611 коек на 100 000 населения. За годы независимости средняя занятость койки резко упала. Если в 1980 г. она составляла 70—80%, то сейчас менее 30%, а в инфекционных больницах менее 20%. Это обусловлено недостатками планирования стационарной помощи в соответствии с потребностями.

В этом секторе намечено провести несколько преобразований. Предлагается объединить специализированные больницы и больницы общего профиля, сокра-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Азербайджане и других странах в 1990—2003 г.



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

тить коечный фонд и шире использовать амбулаторные виды помощи, в частности укрепляя первичное звено.

Медико-социальная помощь

Система медико-социальной помощи 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 льгот. Государственная система социального страхования выплачивает пенсии по старости. Что же касается домов престарелых и инвалидов, то мест в них крайне мало.

Забота о детях возложена на три министерства: здравоохранения, образования, труда и социальной защиты. В различных учреждениях содержится довольно много детей, которые нередко оказываются там

из-за нищеты родителей или болезни, не имея других средств к существованию. Эти учреждения испытывают нехватку средств, а персонал не владеет современными методами воспитания и ухода за детьми.

Одной из сложнейших задач Министерства здравоохранения является обеспечение непрерывного профессионального образования. В годы независимости повышение квалификации свелось к минимуму, некоторые работники не проходили переподготовки вот уже 15 лет. Сейчас, при международной финансовой поддержке, внедряются новые методы в таких областях, как репродуктивное здоровье, лечение распространенных заболеваний, лекарственное обеспечение (возобновляемые фонды), компьютеризация и управление финансовыми средствами.

Медицинские кадры

Обеспеченность медицинскими кадрами в начале 1990-х гг. была довольно высокой; к

Таблица 1. Показатели работы больниц в Европейском регионе ВОЗ, 2003 г.

Страна	Число коек на 1000 населения	Частота госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Азербайджан	7,6	4,8	15,8	26,1
Грузия	3,8	4,8	7,4	89,5
Россия	8,8	22,0	12,6	86,0
Турция	2,3	8,1	5,6	61,9
ЕС в среднем	4,2	18,0	6,8 ^а	76,9 ^б
СНГ в среднем	7,9	19,8	12,1	85,9

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г. ^а 2002 г.; ^б 2001 г.

1998 г. она снизилась до 3,6 на 1000 населения и с тех пор существенно не менялась. Большинство врачей работают в Баку и городах на побережье Каспийского моря. Численность медицинских сестер и обслуживающего персонала постепенно уменьшается; в 2002 г. на одну медицинскую сестру приходилось 139 человек. Потребности в кадрах определяются по нормативам, предусматривающим высокую обеспеченность многими специалистами весьма узкой квалификации.

Хотя формально почти все медики работают по найму Министерства здравоохранения, фактически они занимаются частной практикой в государственных учреждениях. Это, наряду с отсутствием клинических руководств, ограничивает возможности повышения качества медицинского обслуживания.

Лекарственные средства

В годы независимости почти весь фармацевтический сектор был приватизирован, но его работу, как и раньше, регулирует Министерство здравоохранения. Однако, помимо государственных и частных аптек, есть еще большой нерегулируемый розничный рынок, на котором продается половина всех лекарств. Кроме того, до 70% всех импортируемых лекарств минует таможенную и не проходит контроля.

Около 10% государственного бюджета здравоохранения расходуется на «бесплат-

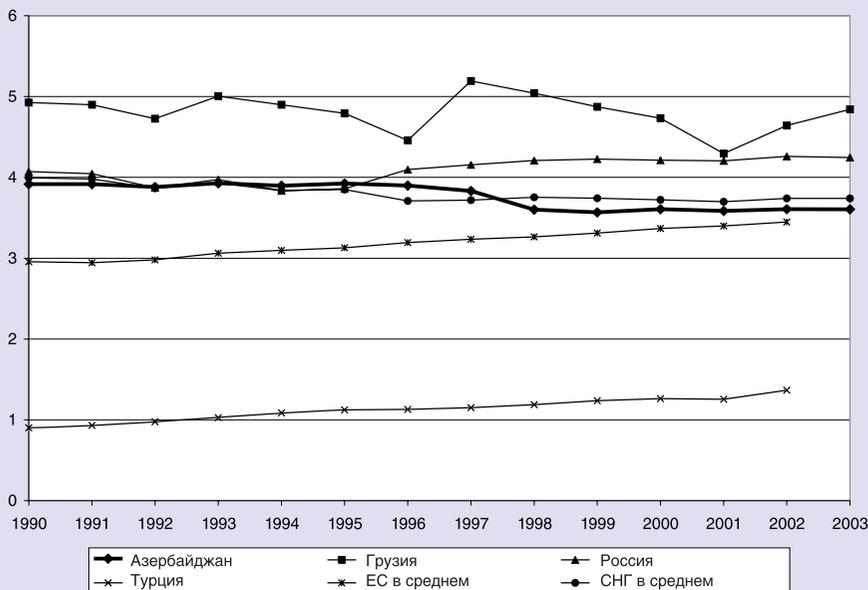
ные» лекарства. Этого хватает лишь на то, чтобы удовлетворить 5—10% спроса, поэтому люди часто вынуждены покупать необходимые лекарства в слабо регулируемом частном секторе. Централизованные закупки непатентованных лекарственных препаратов из основного списка составляют лишь 6—8% рынка лекарств.

Сейчас идет подготовка государственного перечня жизненно необходимых лекарственных средств, комплекта стандартных схем лечения и национального фармакологического справочника — все это необходимо для разработки государственной политики в сфере лекарственного обеспечения.

Распределение ресурсов

Районы готовят предложения по бюджету здравоохранения и подают их на рассмотрение в Министерство здравоохранения и местные органы власти. До недавнего времени финансирование осуществлялось на основании старых советских нормативов: для больниц — в зависимости от числа коек, для поликлиник — в зависимости от посещаемости. Сейчас от этого отказались, но сохранилось планирование расходов на основании бюджетов прошлых лет. Однако затраты на содержание персонала часто занижаются.

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Азербайджане и других странах в 1990—2003 г.



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

Министерство здравоохранения сводит воедино проекты бюджетов медицинских учреждений и представляет бюджет на утверждение в парламент. При утверждении бюджет обычно сокращается. В действительности тратится даже меньше, чем предусмотрено бюджетом, главным образом из-за строгих правил, мешающих перераспределению средств между статьями расходов. Остаток возвращается Министерству финансов, хотя система здравоохранения постоянно испытывает острую нехватку средств.

По предварительным оценкам, для обеспечения необходимого набора первичных медицинских услуг требуется 15—20 долларов на душу населения. Однако распределение по районам становится все более неравномерным. В 1999 г. 13 районов получили лишь по 2—3 доллара США на душу населения.

Финансирование больниц

Главный источник финансирования центральных больниц — бюджетные ассигнования, выделяемые Министерством финансов. Районные администрации выделяют средства в соответствии с постатейными бюджетами. Эти деньги идут на покрытие таких основных статей расходов, как заработная плата персонала, лекарства, оборудование, техническое содержание и вспомогательные службы. Больницы также берут с населения официальную плату за услуги; доходы делятся между больницей и Министерством финансов. Эти средства могут использоваться на дополнительную оплату труда, ремонт зданий и покупку оборудования. Несколько самых престижных бакинских больниц финансируются за счет частного медицинского страхования.

Заработная плата медицинских работников

Почти все азербайджанские медики являются, по крайней мере формально, государственными служащими. Средняя заработная плата в здравоохранении ниже, чем в любой отрасли народного хозяйства Азербайджана. В 2003 г. она составляла 28% от средней по стране. Кроме того, наблюдается почти двукратный разрыв в оплате труда мужчин и женщин, в основном из-за большой численности чрезвычайно низко оплачиваемых медицинских сестер.

Ни для кого не секрет, что официальная заработная плата составляет лишь малую часть от общего заработка, выступая в роли формальной «привязки» персонала к учреждению и своего рода лицензии на взимание неофициальной платы с больных. Чтобы занять старшую должность, нередко приходится заплатить значительную сумму; зато потом можно взимать с больных плату (официальную и неофициальную). Но не все медики получают неофициальную плату.

В рамках государственной программы по сокращению бедности и экономическому развитию в 2003—2005 гг. правительство сделало первый шаг на пути к решению этих вопросов, повысив в июне 2003 г. заработную плату бюджетникам в секторе здравоохранения на 50%.

Реформы здравоохранения

Азербайджанское законодательство в области здравоохранения начало меняться в 1993 г., с тех пор парламент принял много новых законов. Однако четких механизмов по обеспечению их применения нет, что во многом обусловлено раздробленностью системы, несогласованностью систем подотчетности и, возможно, в первую очередь, неспособностью выделить необходимые финансовые средства.

Вместе с тем успешный опыт ряда экспериментальных проектов стоит распространить в масштабах страны, в том числе опыт проекта по реорганизации первичного медицинского обслуживания, осуществляемого при поддержке ЮНИСЕФ и планируемого к расширению с 2005 г. Ведется работа по укреплению общественного здравоохранения. Например, в 2003 г. внедряется методика DOTS (строго контролируемое лечение туберкулеза коротким курсом химиотерапии), ведется анти-никотиновая пропаганда. Однако районные органы здравоохранения пока не осознали, что пропаганда здорового образа жизни должна стать одной из их обязанностей. В 1996 г. в шести районах страны осуществляется программа по внедрению современных методов контрацепции; будущее этой программы находится под угрозой ввиду возможного прекращения внешнего финансирования.

С 1995 г. Министерство здравоохранения взялось за рационализацию избыточной сети медицинских учреждений путем их слияния, закрытия и приватизации. Последнее прежде всего относится к стоматологическим услугам. При международной финансовой поддержке в 2001 г. началось осуществление проекта реформы здравоохранения, нацеленного на реорганизацию и укрепление медицинского обслуживания на районном уровне. С тех пор создано 45 общественных советов здравоохранения, подготовлен план рационализации для экспериментальных районов и проведены различные курсы повышения квалификации для медицинского персонала в этих районах.

С 2001 г. районы подотчетны Министерству здравоохранения, что стало первым шагом к рациональному управлению финансовыми средствами. Какое-то время рассматривалась возможность создания системы государственного медицинского страхования для финансирования здравоохранения, но до дела пока не дошло. Предполагается, что в такой системе покрытие расходов на медицинские услуги будет расширяться постепенно.

Заключение

Предстоит очень многое сделать для создания в Азербайджане системы здравоохранения, способной удовлетворить потребности населения страны. Некоторые особенности нынешней системы способствуют замкнутому кругу 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 подотчетно-

сти 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.

Обзор системы здравоохранения Азербайджана составили 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 ВОЗ по координации и связям.

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

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции и Финляндии, Венецианская область, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных стран.